

Markus Thalheimer

Kodierleitfaden für die Hämatologie/Onkologie 2024

Inklusive aller Entscheidungen des
Bundesschlichtungsausschusses

2024



Praxiswissen Abrechnung

 medhochzwei

Thalheimer

Kodierleitfaden für die Hämatologie/Onkologie 2024

Kodierleitfaden für die Hämatologie/ Onkologie 2024

einschließlich Stammzelltransplantation und
Gerinnungsstörungen

Definitionen, Hitlisten und Beispiele auf Grundlage des
aG-DRG-Systems 2024

mit den Empfehlungen der DGHO und den kommentierten
Empfehlungen der SEG 4 des MD sowie allen Entscheidun-
gen des Bundesschlichtungsausschusses

von

Dr. Markus Thalheimer

21. Auflage 2024

Anschrift des Autors:
Dr. Markus Thalheimer
Geschäftsbereich Erlösmanagement
Universitätsklinikum Heidelberg
Im Neuenheimer Feld 672
69120 Heidelberg
markus.thalheimer@med.uni-heidelberg.de

Wichtiger Hinweis:

Die Angaben in diesem Kodierleitfaden wurden nach bestem Wissen und Gewissen gemacht und entsprechen dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes.

Für Angaben zu Diagnosen- und Prozeduren-Kodierungen kann trotzdem weder vom Verlag noch vom Autor Gewähr übernommen werden. Jeder Benutzer wird angehalten, die Angaben des Leitfadens sorgfältig zu prüfen und gegebenenfalls den eigenen DRG-Beauftragten zu Rate zu ziehen. Jede Verwendung der Codes und die daraus resultierenden DRGs erfolgen in der inhaltlichen Verantwortung des Benutzers.

Verwendete Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen usw. sind auch ohne Kennzeichnung nicht als frei zu betrachten und dürfen daher nicht von jedermann benutzt werden. Redaktion, Herausgeber, Verlag und vertreibende Einrichtung übernehmen keine Haftung für Schäden, die aus fehlerhaften Angaben in diesem Werk entstehen.

ISBN 978-3-98800-038-5

© 2024, medhochzwei Verlag, Heidelberg

www.medhochzwei-verlag.de

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Satz: Reemers Publishing Services GmbH, Krefeld
Umschlaggestaltung: kreativmedia KONZEPTION & DESIGN, Hückelhoven
Titelbild: Florian Augustin/Shutterstock.com
Druck: mediaprint solutions GmbH, Paderborn

Vorwort 2024 und Danksagung

Das Jahr 2024 bringt für die Hämatologie/Onkologie erneut nur wenige Änderungen im DRG-System, diesmal stand die Entwicklung der Hybrid-DRGs nach §115f SGB V im Vordergrund. In den letzten Jahren standen die Abbildung der COVID-19-Fälle und die Bewältigung der durch die Pandemie verursachten Veränderungen (Fallzahlrückgang, Leistungs- und Kostenverschiebungen) im Mittelpunkt der Anpassungen. Aber auch „unter der Oberfläche“ gibt es jährlich einige Detailveränderungen, die in diesem Leitfaden alle ausführlich erläutert werden. Wesentliche Umbauten erfuhr das System bei den onkologischen Zusatzentgelten. Wie jedes Jahr gibt es Anpassungen des Zusatzentgeltkatalogs an die Neuerungen und Preisveränderungen am Markt, insbesondere durch den Patentablauf und die Marktrücknahme einiger Medikamente, von denen in den letzten Jahren allein deshalb insgesamt 25 vom bewerteten in den unbewerteten Katalog verschoben wurden. 2024 wurden auch vier Substanzen aus dem Katalog gestrichen, die seit Jahren nicht mehr lieferbar waren. Bei Diagnosen und Prozeduren gibt es wie in den Vorjahren kaum Veränderungen, ebenso bei den Kodierrichtlinien. Der Schlichtungsausschuss Bund hatte 2023 einige Entscheidungen zu treffen, u. a. die Hauptdiagnose bei Wiederaufnahme betreffend. Alle SAB-Entscheidungen werden, die Onkologie betreffend, vorgestellt.

Der DRG-Katalog 2024 wurde mitten in der politischen Auseinandersetzung um die kommende Krankenhausreform veröffentlicht, überlagert von Ambulantisierungsgängsten und der parallelen Einführung der ersten Hybrid-DRGs. Die eigentlichen Veränderungen der stationären Vergütung mit der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten sind im Wesentlichen abgeschlossen, nun beginnt die Abgrenzung der Vorhaltekosten. Möglicherweise werden zukünftig Chemo- und Strahlentherapien im AOP-Katalog oder als Hybrid-DRGs abgebildet. Alles ist im Fluss. Es bleibt also spannend!

Alle Veränderungen sind wie immer direkt nach diesem Vorwort zusammengefasst.

Sämtliche Empfehlungen der DGHO sind auch 2024 in diesen Leitfaden aufgenommen worden. Aufgrund personeller Veränderungen im AK DRG und Gesundheitsökonomie erscheint seit 2023 kein eigener Kodierleitfaden der DGHO mehr. An dieser Stelle gebührt daher Frau Dr. Cornelia Haag, MBA, aus Dresden großer Dank. Sie hat in den letzten Jahren den DGHO-Leitfaden wesentlich erstellt und verantwortet und ging 2023 in den verdienten Ruhestand. Der AK hat daher entschieden, die existierenden Leitfäden perspektivisch zu einem zusammenzuführen. Auch allen anderen Mitgliedern des AK DRG soll an dieser Stelle ausdrücklich gedankt werden für die langjährige Mitarbeit am Kodierleitfaden der DGHO: Herrn PD Dr. Dominik Franz, Herrn Prof. Stefan Krause, Herrn Prof. Dr. Helmut Ostermann, Herrn Dr. Stefan Schönsteiner und Herrn Dr. Matthäus Bauer, um nur einige zu nennen. Der Leitfaden der DGHO entstand ursprünglich in Zusammenarbeit und unter Mitarbeit der DRG-Research-Group von Prof. Norbert Roeder, woran an dieser Stelle noch einmal mit Dank erinnert werden soll. Einige der Institutionen und Personen, die das DRG-System von der ersten Stunde an für die Hämatologie und Onkologie mit begleitet und gestaltet haben, sind heute nicht mehr aktiv, ihre Arbeit lebt auch in diesem Leitfaden fort. Aufgrund der Einstellung des DGHO-Leitfadens habe ich 2023 noch einmal beide Leitfäden abgeglichen, um sicher zu stellen, dass keine Informationen verloren gehen.

Die offiziellen Kodierempfehlungen der SEG4-Arbeitsgruppe des MD (Stand Ende 2023) habe ich ebenfalls, sofern für die Onkologie relevant, aufgenommen und kommentiert. Einige dissente Regeln wurden seit 2020 vom Bundesschlichtungsausschuss geklärt.

Ausführlich erläutert werden in diesem Leitfaden die Behandlung mit peripheren Blutzellen, nachdem inzwischen mehrere CAR-T-Zellprodukte zugelassen wurden. Dabei werden die Themen Entnahme und Transfusion ausführlich beschrieben. Ein

weiteres Kapitel befasst sich mit den weiter offenen Fragen zur Folgebehandlung bei Tumoren.

Mein besonderer Dank gilt wie jedes Jahr den Kollegen Frau Magdalena Geiss und Herr Dr. Johann Schmier, die mir regelmäßig konstruktive Verbesserungsvorschläge und Fehlerhinweise gaben. Auch hier nimmt mir der Ruhestand treue Mitstreiter, die ich vermissen werde. Herzlich danken möchte ich Herrn Dr. Tobias Rehlen, der Beiträge zu den Themen Ernährung/Kachexie und zur Komplikationsregel geleistet hat. Von ihm stammen auch die sehr übersichtlichen Algorithmen zu beiden Themen.

Zuletzt gilt mein Dank allen Anwendern für ihre Fragen und Vorschläge, die helfen, den Leitfaden kontinuierlich weiterzuentwickeln.

Für die Neuauflage dieses Leitfadens wurden alle Kapitel gründlich durchgesehen und ergänzt. Bitte senden Sie auch weiterhin Ihre Kommentare und Wünsche zur Verbesserung an mich!

Ich wünsche Ihnen viel Erfolg bei der Nutzung!

Januar 2024

Markus Thalheimer

Benutzungshinweise:

Verweise auf die Deutschen Kodierregeln sind in eckigen Klammern gehalten (z. B. [1401e] als Hinweis auf die dortige Regel). Es werden die Symbole und Abkürzungen der offiziellen Kataloge verwendet. Gruppen von Diagnosen sind ebenfalls in eckigen Klammern gehalten (z. B. [Anämie] für alle Anämie-Kodes).

Zusammenfassung aller relevanten Neuerungen 2024 auf einen Blick:

Fallpauschalen

- 6 neue und 2 gestrichene DRGs, daher im Saldo nun 1239 Fallpauschalen; keine Veränderungen in der Onkologie;
- Abwertung von Fällen mit Tumorlysesyndrom oder COVID-19 in R61
- Abwertung von Fällen mit Aplasie 10-19 Tagen innerhalb der Basis-DRG R63, Aufwertung von R63F
- Abwertung bestimmter Hauptdiagnosen von Q60B/C in Q60D, gleichzeitig Aufwertung von Fällen mit idiopathischer aplastischer Anämie von Q63B in Q63A
- Insgesamt Aufwertung der Behandlung von COVID-19-Fällen in 8 weiteren DRGs, entsprechend Abwertung in 6 DRGs

ICD-10, Diagnosen

- neue Codes Kälteagglutininkrankheit und -syndrom in D59.1-

OPS, Prozeduren

- neue Codes für Reserveantibiotika
- neue Codes in Kapitel 6 für kommerzielle CAR-T-Produkte
- Therapie mit Lutetium-177-PSMA-Liganden: Unterteilung nach eigenhergestellt und Fertigarzneimittel (Pluvicto)
- Neuordnung der Codes für Plasmapherese und Adsorption (8-821 ff)

Deutsche Kodierregeln

- keine Neuerungen zur Onkologie und Hämatologie
- Neudefinition der Sepsis in 0103, Abgrenzung der SIRS-Regel in 0105

Zusatzentgelte/NUB

- Neuaufnahme von Idarucizumab parenteral, Andexanet alfa parenteral, Letermovir oral, Letermovir parenteral, Avelumab parenteral, Apalutamid oral und Cemiplimab parenteral (vorher NUB)
- Streichung der ZE für Interferon alfa-2a (8-812.1*), Interferon alfa-2b (8-812.2*), Radioimmuntherapie mit 90Y-Ibritumomab tiuxetan und Liposomalem Cytarabin, intrathekal
- Verschiebung der Vergütung von Atezolizumab und Venetoclax vom unbewerteten in den bewerteten ZE-Katalog
- Umgekehrt Verschiebung von Itraconazol iv, Trabectedin, Plexixafor, Eculizumab iv und Tocilizumab iv in den unbewerteten Katalog
- Neues ZE für den Zusatzaufwand bei Gabe von CAR-T-Zellen
- Neue OPS-Kodes für pathogeninaktivierte Produkte in ZE 108 (HLA-kompatible TK) ohne Entgeltrelevanz
- Neues ZE für Gabe von rekombinantem aktiviertem Faktor VII bei postpartaler Blutung (wie ZE20XX-137, aber niedrigere Dosisstufen)
- Schaffung neuer OPS-Kodes in Kapitel 6-00j und 6-00k zur Verschlüsselung zahlreicher neuer Medikamente in der Hämatologie/Onkologie.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort 2024 und Danksagung	5
1 Allgemeine Kodierregeln	19
1.1 Definition der Hauptdiagnose	19
1.2 Definition der Nebendiagnose	21
1.3 Prozeduren	27
1.4 Allgemeiner Prüfalgorithmus	27
1.5 Typische Diagnosen-Prozeduren-Paare	30
2 Spezielle Kodierregeln, Hämatologie/Onkologie	33
2.1 Allgemeine Regeln	33
2.1.1 Allgemeine Hinweise zu Diagnosen	33
2.1.2 Kodierung von Nebendiagnosen mit CCL von 0	36
2.1.3 Reihenfolge der Nebendiagnosen	37
2.2 Spezielle Kodierregeln	37
2.2.1 Primärtumor als Hauptdiagnose [0201u]	38
2.2.2 Metastase als Hauptdiagnose [0201u]	45
2.2.3 Metastasen als Nebendiagnosen	46
2.2.4 CUP-Syndrom	47
2.2.5 Spezialfälle [0201u]	48
2.2.6 Wachstum per continuitatem [0206a]	55
2.2.7 Malignom in der Eigenanamnese, Restaging [0209u]	58
2.2.8 Rekonvaleszenz	60
2.2.9 Geplante Behandlung kann nicht durchgeführt werden	61
2.2.10 Verdachtsdiagnosen	64
2.3 Remissionsstatus [0208c]	66
3 Hämatologie	69
3.1 Akute Leukämien	70
3.1.1 Diagnose-Kodes akute Leukämien	75
3.1.2 Remissionsstatus akute Leukämien	79

3.2	Chronische Leukämien.....	80
3.2.1	Diagnose-Kodes chronische Leukämien.....	83
3.2.2	Remissionsstatus bei chronischen Leukämien.....	85
3.3	Lymphome.....	86
3.3.1	Vorbemerkung	86
3.3.2	Lymphom-Kodes.....	87
3.3.3	Remissionsstatus	94
3.3.4	Ausbreitung.....	94
3.4	Plasmozytom/Multiples Myelom	96
3.4.1	Diagnose-Kodes	96
3.4.2	Remissionsstatus bei Multiplem Myelom	96
3.4.3	Typische Manifestationen des Multiplen Myeloms.....	97
3.5	MDS und MPS.....	100
3.5.1	Diagnose-Kodes	100
3.6	Anämie.....	102
3.6.1	Anämie als Hauptdiagnose.....	104
3.6.2	Anämie als Nebendiagnose	104
3.7	Thrombozytopenie	109
3.8	Aplasie und Neutropenie	111
3.9	Amyloidose.....	113
3.10	Gerinnungsstörungen, Antikoagulation.....	115
3.10.1	Thrombophilien.....	115
3.10.2	Blutungsneigung und Antikoagulation	116
3.10.3	Weitere erworbene Gerinnungsstörungen.....	120
3.10.4	Angeborene Gerinnungsstörungen.....	121
3.10.5	Zusatzcodes für temporär und dauerhaft erworbene Gerinnungsstörungen.....	123
4	Onkologie.....	125
4.1	Diagnose-Regeln.....	125
4.2	DRG-Systematik.....	125
4.2.1	Allgemeine Systematik bei soliden Tumoren.....	125
4.3	Diagnose-Kodes.....	128
4.4	Kodierung von Weichteil-Tumoren	138
4.5	Metastasen	140

4.5.1	Metastasen bei Lymphomen und Leukämien.....	141
4.5.2	Metastase als Haupt- oder Nebendiagnose.....	142
4.5.3	Maligne Ergüsse.....	142
4.5.4	Systematik der Metastasen	143
4.6	Allgemeiner Kodier-Algorithmus	145
5	Stammzelltransplantation und Zelltherapie	151
5.1	Definitionen	151
5.1.1	HLA-Identität von Stammzelltransplantaten.....	151
5.1.2	In-vitro-Aufbereitung.....	153
5.2	Stammzellsammlung und Sammlung peripherer Blutzellen	156
5.2.1	Stammzellsammlung	156
5.2.2	Sammlung peripherer Blutzellen	157
5.2.3	Übersicht.....	158
5.2.4	Sammlung peripherer Stammzellen beim Patienten selbst	160
5.2.5	Sammlung peripherer Stammzellen bei Fremdspendern.....	163
5.2.6	Entnahme von Knochenmark beim Patienten	165
5.2.7	Entnahme von Knochenmark bei Fremdspendern.....	166
5.2.8	Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen	167
5.2.9	Gewinnung und Gabe von Lymphozyten zur DLI	168
5.2.10	Gewinnung und Gabe von Lymphozyten bei CAR-T-Behandlung.....	171
5.2.11	Zellapherese	176
5.3	Autologe Transplantation	177
5.3.1	Allgemeine Hinweise	177
5.3.2	Retransplantation im gleichen Aufenthalt	179
5.3.3	Zustand nach autologer Transplantation	180
5.3.4	Versagen eines Transplantats	180

5.4	Allogene Transplantation.....	181
5.4.1	Allgemeine Hinweise	181
5.4.2	Zustand nach allogener Transplantation.....	184
5.4.3	Versagen eines Transplantats	185
5.5	Graft versus Host Erkrankung (GvHD)	187
5.5.1	Akute GvHD Stadieneinteilung	189
5.5.2	Gesamt-Gradeinteilung der akuten GvHD (nach Consensus)	190
5.5.3	Chronische GvHD	191
5.6	Weitere Komplikationen nach Stammzell- und CAR-T-Zellgabe	200
5.6.1	Engraftmentsyndrom.....	200
5.6.2	Zytokin-Release-Syndrom (CRS).....	200
5.6.3	B-Zell-Aplasie nach CAR-T-Zellgabe	202
5.6.4	Neurotoxizität nach CAR-T-Zelltherapie	202
5.7	Sonstige Regeln bei allogener Transplantation.....	203
5.7.1	VOD	203
5.7.2	Immunkompromittierung und Immunsuppression	203
5.7.3	Anämie nach allogener Transplantation	207
5.7.4	PUVA-Therapie.....	207
5.7.5	Extrakorporale Photopherese	207
5.7.6	Nachuntersuchung nach Stammzelltransplantation	208
6	Infektionen	209
6.1	Allgemeine Bemerkungen.....	209
6.1.1	Kodierung von Keimbeseidlung ohne Infektion.....	210
6.2	Definition und Formen von Fieber	212
6.2.1	Definition von Fieber	212
6.2.2	Formen von Fieber	213
6.3	Fieber in der Aplasie.....	214
6.4	Sepsis	217
6.4.1	Definition der Sepsis — Neufassung 2016.....	217
6.4.2	Kodierung der Sepsis.....	227
6.4.3	Sepsis als Hauptdiagnose	231
6.4.4	Zusatzkode für nosokomial erworbene Sepsis.....	232

6.5	Bakterielle Infektionen	233
6.6	Bakterielle und virale Pneumonie.....	234
6.6.1	Bakterielle Pneumonie.....	234
6.6.2	Pneumonie durch virale und andere Erreger	235
6.7	Pilzinfektionen	237
6.7.1	Aspergillose.....	237
6.7.2	Hitliste Pilzinfektionen.....	239
6.8	CMV-Infekte	242
6.9	Infektionen bei Zustand nach Transplantation	243
6.10	Erreger-Resistenzen	244
6.10.1	Hitliste Codes.....	244
6.10.2	MRSA und MRE	249
6.10.3	Behandlung nicht multiresistenter, aber isolationspflichtiger Erreger	254
6.10.4	DRG R77Z Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern in der Hämatologie.....	256
6.10.5	Reserveantibiotika	257
6.11	Sonstiges zur Kodierung der Infektion	258
6.11.1	Katheter- und PORT-Infektionen	258
6.11.2	Im Krankenhaus erworbene Pneumonie, nosokomiale Pneumonie	258
6.11.3	Antibiotikaphylaxe	260
6.12	Kodierung von COVID-19-Fällen.....	260
6.12.6	Diagnosecodes.....	260
6.12.7	Abbildung der COVID-Fälle im DRG-System.....	262
7	Hitlisten Diagnosen	265
7.1	Diagnose-Definitionen	265
7.1.1	Hyper- und Hypokaliämie	265
7.1.2	Harn- und Stuhlinkontinenz.....	266
7.1.3	Mukositis.....	266
7.1.4	Ernährungsstörungen und Kachexie	268
7.1.5	Tumorlysesyndrom	273
7.2	Pflegerrelevante Diagnosen	274
7.3	Nebendiagnosen bei Neubildungen	282

7.4	Prophylaxe	285
7.5	Hitliste Nebendiagnosen	286
8	Prozeduren	293
8.1	Nicht kodierbare Prozeduren	293
8.2	Zusatzentgelte	294
8.2.1	Wesentliche Neuerungen bei den Zusatzentgelten für 2024 – Hämatologie und Onkologie.....	295
8.2.2	Liste der Zusatzentgelte	298
8.3	NUBs und ZE-Kandidaten.....	304
8.4	Definition von Prozeduren.....	308
8.4.1	Ernährung	309
8.4.2	Gabe von Blutprodukten allgemein.....	309
8.4.3	Thrombozytensubstitution	310
8.4.4	Erythrozytenkonzentrate und andere Blutprodukte.....	312
8.4.5	Knochenmark-Zytologie und -biopsie	313
8.4.6	In-vitro-Aufbereitung von Stammzelltransplantaten.....	313
8.4.7	Stammzellsupport und Stammzellboost	314
8.5	Chemotherapie.....	314
8.5.1	Allgemeine Hinweise	314
8.5.2	Konditionierungsprotokolle vor Transplantation.....	322
8.5.3	Chemotherapie bei Akuten Leukämien und Lymphomen.....	322
8.5.4	Definition der Chemotherapie-Kodes	323
8.6	Gerinnungsfaktoren.....	327
8.6.1	Ausgangslage.....	327
8.6.2	Gerinnungsfaktoren bei angeborenen Gerinnungsstörungen	329
8.6.3	Gerinnungsfaktoren bei erworbenen Gerinnungsstörungen	331
8.6.4	Gerinnungsfaktoren bei Gerinnungsstörungen der „Liste 3“	334
8.7	Hitliste Prozeduren.....	338
8.7.1	Hämato-onkologische Diagnostik	338

8.7.2	Allgemeine Diagnostik.....	350
8.7.3	Infektionen – Diagnostik und Therapie.....	352
8.7.4	Prozeduren bei Stammzelltransplantation .	354
8.7.5	Therapeutische Maßnahmen (außer TPL und Chemotherapie).....	360
8.7.6	Chemotherapie bei Neubildungen.....	365
8.7.7	Transfusionen	369
8.7.8	Zusatzentgeltfähige Medikamente	379
8.7.9	Notfälle, kardiologische Prozeduren, Reanimation	415
9	Wichtige Regeln zu DRGs in der Hämatologie/Onkologie ..	417
9.1	DRG-Kennzahlen.....	417
9.2	Wiederaufnahme-Regel	418
9.3	Wiederaufnahme wegen Komplikation	419
9.3.1	Komplikation im engeren Sinne.....	421
9.3.2	Wiederaufnahme aufgrund einer Behandlungsfolge.....	422
9.3.3	Wiederaufnahme aufgrund einer Tumorsymptomatik.....	422
9.3.4	Kodierung von Komplikationen	424
	Stichwortverzeichnis.....	427

1 Allgemeine Kodierregeln

1.1 Definition der Hauptdiagnose

Die Hauptdiagnose entscheidet maßgeblich über die Eingruppierung in eine DRG und muss daher mit großer Sorgfalt ermittelt werden. In den deutschen Kodierrichtlinien finden sich unter [D002u] zahlreiche Anmerkungen und Fallbeispiele hierzu.

Die Hauptdiagnose wird folgendermaßen definiert:

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

„Nach Analyse“ bedeutet, dass erst nach Ende der Behandlung, z. B. erst nach Vorliegen wichtiger Untersuchungsbefunde, die Einteilung vorgenommen wird. Auf für die Abrechnung relevante Befunde (z. B. die Histologie eines unklaren Tumors) muss also auch nach Entlassung des Patienten gewartet werden, bevor der Fall abgeschlossen werden kann. Dies gilt umso mehr, da die nachträgliche Rechnungskorrektur durch Gerichtsurteile und die Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) infolge des seit 2020 geltenden MDK-Reformgesetzes weitestgehend verboten ist.

Die Hauptdiagnose muss weder der Einweisungs- noch der Aufnahme- oder Entlassungsdiagnose entsprechen. Beispiel: Wird ein Patient wegen Luftnot eingewiesen, als deren Ursache sich ein Bronchialkarzinom herausstellt, welches dann behandelt wird, so ist die Einweisungs- und Aufnahmediagnose die Dyspnoe, die Hauptdiagnose das Bronchialkarzinom.

Symptom als Hauptdiagnose

Bei Symptomen, die als eindeutige und unmittelbare Folge der zugrunde liegenden Erkrankung gelten, wird die zugrunde liegende Erkrankung als Hauptdiagnose verschlüsselt. Ein Symptom ist nur dann **Hauptdiagnose**, wenn ausschließlich das Symptom einer

bei Aufnahme bereits bekannten Erkrankung behandelt wurde. Die entsprechende Grunderkrankung wird dann als Nebendiagnose verschlüsselt [DKR D002u]. Generell haben Symptome weiterhin nichts in der Kodierung verloren, außer sie lassen sich keiner schon verschlüsselten Krankheit zuordnen oder haben einen eigenen Aufwand.

Durch Gerichtsurteile und Entscheidungen des Bundesschlichtungsausschusses wurde die wichtige Definition der Hauptdiagnose weiter konkretisiert. Eine mögliche HD muss demnach bei Aufnahme schon bestanden haben, muss aber noch nicht diagnostiziert sein (SG Meinungen). Die HD muss die Verweildauer wesentlich mitbestimmt haben (ebenfalls SG Meinungen). Eine Hauptdiagnose kann sich auch erst im Verlauf eines Aufenthalts wegen einer zur Aufnahme führenden Symptomatik entwickeln, wie das BSG in seinem lesenswerten Urteil zur Definition der Hauptdiagnose feststellte (B 1 KR 9/15 R vom 21.4.2015). Im beurteilten Fall war ein Patient bei unklarem therapieresistentem Fieber aufgenommen worden, die Hauptdiagnose lautete entsprechend dem späteren Vollbild der Erkrankung Sepsis.

Näheres dazu im Kapitel „2 Spezielle Kodierregeln, Hämatologie/Onkologie“.

Komplikation nie Hauptdiagnose

Aufgrund der obigen Definition kann eine Krankheit, die bei Aufnahme noch nicht bestand, niemals Hauptdiagnose werden, auch wenn der Behandlungsaufwand für diese Krankheit den der tatsächlichen Hauptdiagnose überschreitet! Auch eine während des Aufenthaltes auftretende Komplikation (z. B. eine postoperative Thrombose oder Lungenentzündung) kann aus diesem Grund niemals Hauptdiagnose werden. Durch die Rechtsprechung des BSG haben sich seit 2012 die Regeln für die Fallzusammenführung bei Wiederaufnahme wegen Komplikation geändert. Details hierzu siehe Kapitel 9.2 Wiederaufnahme-Regel.

In seltenen Fällen können mehrere Erkrankungen Hauptdiagnose sein. Hauptdiagnose wird dann nach Ermessen des behandelnden Arztes die Erkrankung mit dem höchsten Verbrauch an Res-

sources. Der Ressourcenverbrauch kann durch die Verweildauer, den Materialeinsatz oder hohen Personaleinsatz (z. B. während einer längeren OP oder durch einen Intensivaufenthalt) bedingt sein, ist aber nicht weiter definiert. In den meisten Fällen ergibt sich dieser jedoch aus den Falldaten recht eindeutig. In diesem Fall konkurrierender Hauptdiagnosen sollte ein erfahrener Kodierexperte (z. B. der DRG-Beauftragte) in die Entscheidung einbezogen werden. Mehrere Sozialgerichtsurteile haben die Auswahl der Hauptdiagnose über die Kodierrichtlinien hinaus weiterentwickelt: Sollte eine Erkrankung bereits bei Aufnahme vorhanden, aber noch nicht bekannt gewesen sein, kann diese bei höchstem Ressourcenaufwand rückblickend zur Hauptdiagnose werden. Dies ist eine Erweiterung der Regeln um die Nebendiagnose Z53 und wird daher im Kapitel 2.2.9 näher erläutert.

Eine leichte Abwandlung der Hauptdiagnoseregeln hat der Bundeschlichtungsausschuss 2023 in einer Entscheidung bei Wiederaufnahme nach vorheriger Intervention zur operativen Versorgung vorgenommen. Hiernach ist die Hauptdiagnose zwar in Anwendung der DKR D005 „Folgezustände und geplante Folgeeingriffe“ die ursprüngliche Krankheit, auch dann, wenn die ursprüngliche Krankheit nicht mehr vorhanden ist. Allerdings ist bei Diagnosen mit zusätzlichen Informationen zum Ausprägungsgrad beim Folgeaufenthalt nicht mehr der ursprüngliche, sondern der aktuelle Ausprägungsgrad zu kodieren (SAB-Entscheidung S20220015 vom 10.08.2023, es ging um die Wiederaufnahme zur Chelezystektomie nach ERCP im Voraufenthalt, nach Beseitigung der Obstruktion war nur noch der Code ohne Obstruktion im OP-Aufenthalt als HD zu kodieren).

1.2 Definition der Nebendiagnose

Die Nebendiagnose ist definiert als „eine Krankheit oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich während des Krankenhausaufenthaltes entwickelt.“ [D003u].

Es dürfen nur solche Erkrankungen als Nebendiagnosen verschlüsselt werden, die einen diagnostischen und/oder therapeutischen Aufwand oder einen erhöhten Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand haben. Entscheidend ist auch die Beeinflussung des **Patientenmanagements**. Hierdurch werden Diagnosen kodiert, die die Behandlung/Betreuung an mehreren Stellen verändern (Beispiel: D90 Immunkompromittierung bei Änderung der Überwachung, anderem Antibiotikaregime usw.) Inzwischen sind Nebendiagnosen auch wichtig, um die stationäre Durchführung eigentlich ambulanter Eingriffe zu begründen (z.B. AOP-Leistungen). Hier tritt die formale Definition des Aufwands zugunsten einer Begründung der stationären Behandlung in den Hintergrund. Solche begründenden Nebendiagnosen versuchen die Selbstverwaltungspartner für den AOP-Katalog 2023 als sogenannte Kontextfaktoren zu definieren.

Weitere Ausnahmen von der Aufwandsregel der Nebendiagnosen sind die Metastasen bei Hauptdiagnose Primärtumor (siehe Kapitel 2) oder die beschreibenden Nebendiagnosen bei Hauptdiagnose Sepsis (siehe Kapitel 6).

Symptom als Nebendiagnose

Üblicherweise werden Symptome als Bestandteil einer bereits kodierten Erkrankung nicht zusätzlich kodiert (z.B. Kopfschmerzen bei Migräne). Das Symptom wird nur dann separat als Nebendiagnose erfasst, wenn es die Nebendiagnosekriterien erfüllt (Definition siehe unten), wie die Luftnot bei einem stenosierend wachsenden Bronchialkarzinom, falls Maßnahmen wie Stenteinlage oder Sauerstoffgabe dagegen ergriffen wurden. Die frühere Kodierregel, Symptome dann zu erfassen, wenn sie ein „eigenständiges Problem darstellen“, wurde wegen definitorischer Schwierigkeiten abgeschafft. Symptome werden wie Nebendiagnosen kodiert.

Achtung: Für die DRG-relevante Kodierung geht es nicht um die Auflistung aller bisher diagnostizierten Krankheiten. Es geht um die Kodierung der Krankheiten, die während des **aktuellen** stationären Aufenthaltes einen Aufwand verursachten. Häufig wer-

den Krankheiten, die ein Patient vor Jahren hatte, verschlüsselt. Dies führt bei Erlösrelevanz zur Streichung durch den MD.

Beispiel: Ein Patient hatte vor 7 Jahren einen Apoplex, der folgenlos (!) ausgeheilt ist. Diese Diagnose sollte nicht kodiert werden, auch wenn noch geringe Kosten, z. B. für eine Dauermedikation mit Thrombozytenaggregationshemmern, bestehen sollten. Das InEK trägt dieser Kodierpraxis insofern Rechnung, als solche Nebendiagnosen — sofern ohne Kostenaufwand in der Kalkulationsstichprobe — konsequent abgewertet werden. Auf diese Weise wurden bereits mehrere Tausend Nebendiagnosen in der CCL-Matrix entweder ganz gestrichen oder abgewertet, zuletzt für das Jahr 2023 nach einer Corona-bedingten Pause erneut über 1200 und für 2024 etwa 550 Nebendiagnosen. Dem standen nur 44 Neuaufnahmen oder Aufwertungen gegenüber. Einer der Hauptgründe für die Abwertung einer Nebendiagnose ist der nicht mehr vorhandene Kostenunterschied bei den Nebendiagnosen nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten. Die Abwertung betraf in den letzten Jahren auch für die Onkologie relevante Nebendiagnosen wie Anämie bei Neubildung (D63.0), wichtige Metastasencodes, wiederholt wichtige Sepsis- und SIRS-Kodes und Kodes für die Thrombopenie. Dafür wurden wichtige Kodes wie die Lungenaspergillose, die AML oder das diffuse großzellige B-Zell-Lymphom 2024 aufgewertet.

Im Einzelfall kann es schwierig sein, zu entscheiden, ob ein Aufwand relevant war oder nicht (z. B. Substitution von Schilddrüsenhormonen nach Strumaresektion vor Jahren – soll die Hypothyreose kodiert werden? Wenn ja, in welcher Situation? Nur nach weiterer Diagnostik wie Ultraschall oder Laborkontrollen?). Hier wurde durch Definitionen und Festlegungen der Fachgesellschaften, des BfArM und des InEK sowie des Bundesschlichtungsausschusses (z. B. Definition der Kachexie R64) teilweise Klarheit geschaffen. Trotzdem muss in vielen Fragen der gesunde Menschenverstand mit Beurteilung des gesamten Falles genügen oder eine Regel vereinbart werden. Für einzelne wichtige Nebendiagnosen wurden bereits Definitionen entwickelt oder diese Nebendiagnosen im ICD-10-Katalog differenziert (z. B. der

Kode N17.- für das akute Nierenversagen). Aufgrund häufiger Kodierung ohne Kostenrelevanz werden Nebendiagnosen vom InEK in der CC-Matrix seit Jahren abgewertet oder konflikträchtige Konstellationen durch klassifikatorische Änderungen entschärft, sodass die Erlösrelevanz und damit das Streitpotenzial sinken.

Falls die häusliche Medikation während des Krankenhausaufenthaltes aus den Beständen des Krankenhauses fortgeführt wird, können die damit behandelten Erkrankungen mit Augenmaß als Nebendiagnosen kodiert werden. Hier kann die Gabe eines Medikamentes ggf. zur Kodierung von mehreren Diagnosen führen (z. B. kann die Gabe eines Betablockers wegen Bluthochdruck und einer Herzerkrankung indiziert sein und rechtfertigt dann die Kodierung beider Diagnosen, siehe Beispiel 1 in DKR D003u). Streitbefangen ist bei dauerhafter Antikoagulation, wie lange die verursachende Erkrankung, z. B. die Lungenembolie, kodiert werden darf und ab wann der Kode *Z92.1 Dauertherapie (gegenwärtig) mit Antikoagulanzen* zu verwenden ist. Eine weitere Regel klärt, dass Zufallsbefunde während Routinekontrollen oder Untersuchungen aus anderer Intention nicht kodiert werden können, wenn nicht eine weiterführende Diagnostik oder Therapie erfolgt. Auch wiederholte Verlaufskontrollen genügen nicht der Nebendiagnosendefinition! Beispiel: Während eines Screening-Ultraschalls wird ein Uterusmyom entdeckt, dieses aber nicht weiter abgeklärt oder behandelt. Daher kann dieser Befund nicht kodiert werden (siehe Beispiel 2 in D003u).

Konsens herrscht auch, dass die alleinige Beobachtung und Verlaufskontrolle von pathologischen Werten (Labor oder Pathologiebefunde) nicht zur Kodierung einer Nebendiagnose ausreicht. Erst die daraus resultierende weiterführende Diagnostik oder Therapie rechtfertigt die Kodierung.

Seit Jahren überprüft das InEK relevante Nebendiagnosen hinsichtlich ihres CCL und kalkuliert diese neu, um die Werte an die aktuelle Kostensituation anzupassen. Inzwischen wurden mehrere Tausend Diagnosen an die deutsche CCL-Matrix angepasst und wiederholt aktualisiert. So wurden Metastasen, vor allem

der Lymphknoten, aufgewertet, resistente Keime wurden erstmals CCL-relevant, häufige Diagnosen wie Hyperkaliämie oder Anämie bei Neubildungen jedoch abgewertet. Diese Abwertung war wahrscheinlich auf die zu häufige Kodierung ohne relevanten Aufwand (und damit nachweisbare Kosten) zurückzuführen. Bei den Streichungen dominieren unklare Codes und unkomplizierte Erkrankungen sowie Komplikationen. Seit 2020 werden auch Nebendiagnosen abgewertet, deren Kosten hauptsächlich in der Pflege verortet sind, da diese Kosten aus dem DRG-System ausgegliedert wurden.

Auch andere häufige Nebendiagnosen wurden abgewertet oder gestrichen (Elektrolytstörungen, Störungen des Wasserhaushalts, Zystitis, Inkontinenz, Tumoranämie, Agranulozytose). In den letzten Jahren waren die Aufwertung der Knochtumore (C40.- und C41.-) und der fortgeschrittenen MDS-Formen (D46.2 und D46.3) sowie die Neuaufnahme des Tumorlysesyndroms (E88.3) wichtig, 2024 wurde als einzige onkologische Diagnose Bösartiges Melanom der Lippe (C43.0) neu in die Matrix aufgenommen. Ebenso wurden zahlreiche solide Tumore und LK-Metastasen teilweise nach einer neuen Systematik überarbeitet. Neben einer schon aus Australien übernommenen, zu hohen Bewertung liegt die Abwertung sicherlich auch an der zu großzügigen Kodierung von Nebendiagnosen, ohne dass in den Kalkulationsdaten relevante Kosten dafür gefunden werden. Diese Änderungen können theoretisch das PCCL-System insgesamt abwerten. Seit Jahren bleibt die Anzahl der PCCL-gesplitteten Basis-DRGs jedoch stabil. Seit 2014 hat das InEK die Berechnung der einzelnen CCL-Werte weiter verfeinert. Die meisten Nebendiagnosen werden inzwischen ganz gezielt nur in wenigen Basis-DRGs neu bewertet (meist abgewertet). Daneben wurde 2014 die PCCL-Formel dahingehend geändert, dass mehr CCL-relevante Nebendiagnosen erforderlich sind, um auf PCCL-Werte von 3 oder 4 zu kommen. Für 2016 wurden erneut die PCCL-Formel und eine Vielzahl an Nebendiagnosen angepasst. Dabei wurden neue PCCL-Stufen von 5 und 6 definiert („schwerste Komplikationen und Komorbiditäten“), welche inzwischen in 12 Basis-DRGs erlösrelevant sind, u.a. in A42, R60, R61 und R63. Ob-

wohl die durchschnittliche Anzahl der kodierten Nebendiagnosen pro Fall bis 2021 weiter angestiegen ist (v.a. wegen der für die Abrechnung von Coronatests erforderlichen Codes für Corona bzw. eine COVID-19-Erkrankung), hat das InEK die PCCL-Formel (noch) nicht verändert.

2022 verharrte die Anzahl der durchschnittlich kodierten Nebendiagnosen auf dem Vorjahresniveau von 8–9 Diagnosen je Fall.

Seit 2020 wurden Sepsis- und SIRS-Codes abgewertet oder gestrichen, auch für 2024. Dies erfolgt im Kontext der neuen Sepsisdefinition und der neuen DKR 0301 (siehe Kapitel 6). 2024 fanden erneut wesentliche Abwertungen von für die Onkologie relevanten Nebendiagnosen für Sepsis und Metastasen, aber auch häufig verwendete Codes für Infektionen und Zytopenien statt.

Neuaufnahmen in die CCL-Matrix erfolgten 2024 u. a. für:

- C43.0 Bösartiges Melanom der Lippe
- G93.3 Chronisches Müdigkeitssyndrom
- M30.3 Mukokutanen Lymphknotensyndrom [Kawasaki-Krankheit]

Wesentliche CCL-Abwertungen für 2024 (Auswahl aus 504 ausschließlich abgewerteten Codes)

- A41.- Sepsis-Codes
- C78.0 Sekundäre bösartige Neubildung der Lunge
- C79.5 Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes
- D63.0 Anämie bei Neubildungen
- D68.4 Erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren
- I26.9 Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale [erneut!]
- J90/J91 Pleuraerguss [versch. Codes]
- J96.00 Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxisch]
- R57.2 Septischer Schock
- R65.- SIRS

1.3 Prozeduren

Die erbrachten Prozeduren können anhand der Regeln im OPS erfasst werden. Hierbei gibt es Prozeduren, welche bei jeder Erbringung kodiert werden müssen, und solche, die nur einmal pro Aufenthalt erfasst werden. Zahlreiche Maßnahmen, welche bei fast jedem Patienten durchgeführt werden oder einen sehr geringen Aufwand darstellen (Blutentnahme, Ruhe-EKG, Visite usw.), müssen nicht kodiert werden. Entsprechende Listen finden sich in den Deutschen Kodierregeln P005u Tabelle 1 und P014o Tabelle 1.

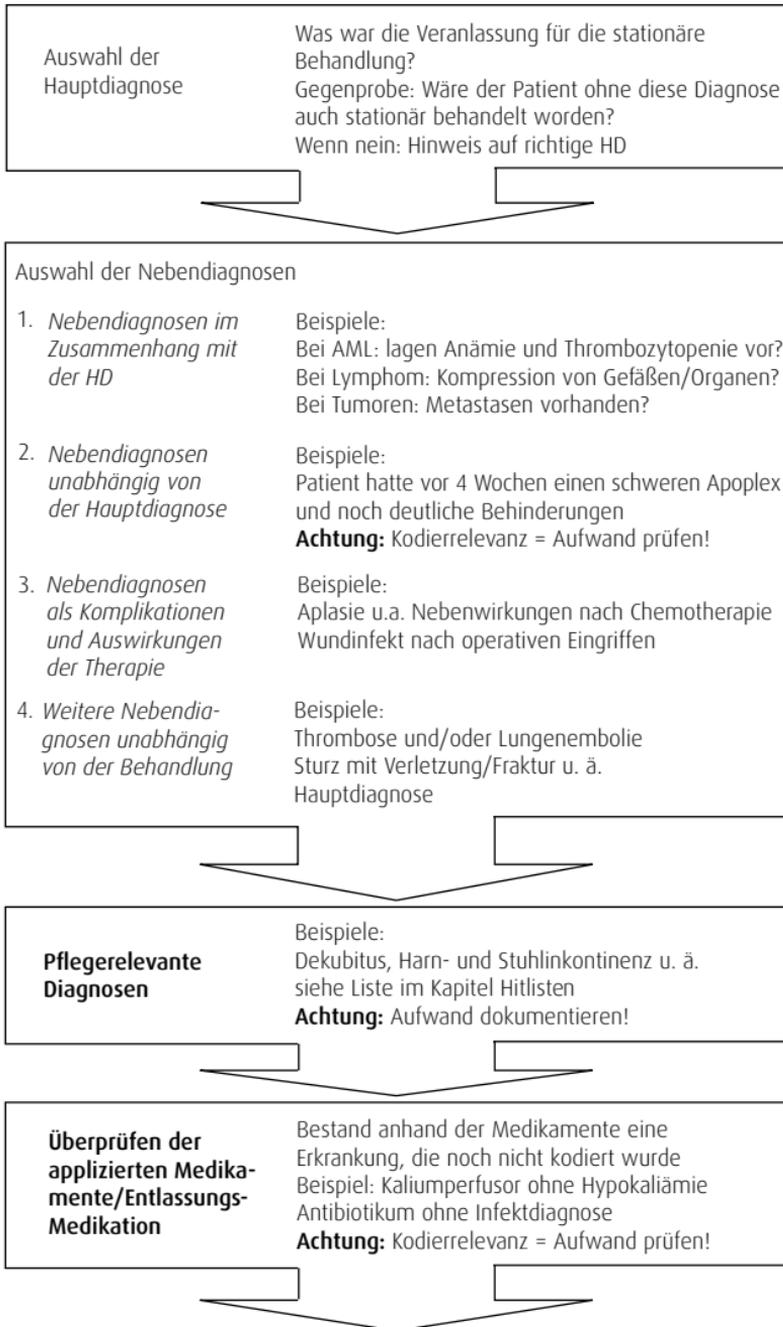
Etabliert ist seit 2005 eine einheitliche Systematik der Seitenlokalisierung.

Die Reihenfolge der Prozeduren ist nicht vorgegeben, allerdings sollten wesentliche Prozeduren schon der leichteren Kontrolle und der begrenzten Eingabefelder wegen zuerst kodiert werden [P001f].

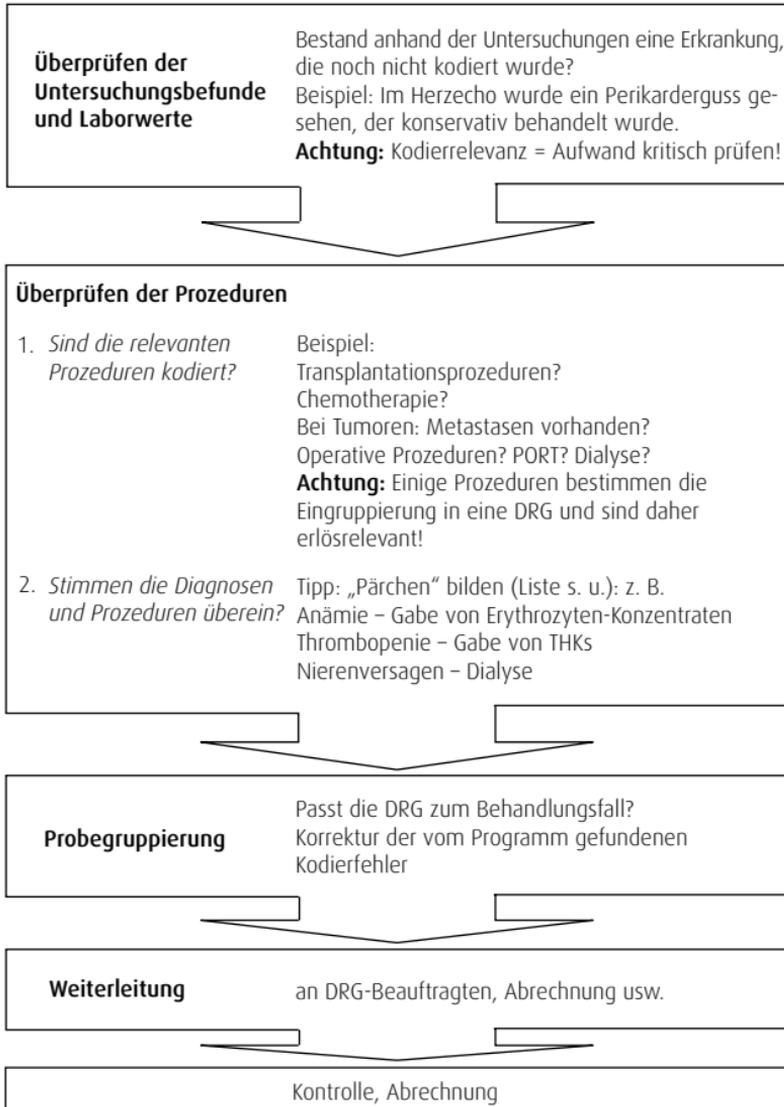
1.4 Allgemeiner Prüfalgorithmus

Das Vorgehen empfiehlt sich generell in folgender Reihenfolge:

- Auswahl der Hauptdiagnose
- Ermitteln der Nebendiagnosen nach 4 Kategorien
 - ND im Bezug zur Hauptdiagnose (z. B. pathologische Fraktur)
 - ND im Bezug zur Therapie (z. B. Anämie nach Chemotherapie)
 - ND/Komplikationen unabhängig von der HD und der Therapie (z. B. Fraktur nach Sturz)
 - ND ohne Bezug zur Hauptdiagnose (mitgebrachte Krankheiten mit Aufwand)
- Ermitteln pflegerelevanter Nebendiagnosen (siehe Checkliste in diesem Leitfaden)



- Abgleich der Medikamentengabe mit den Diagnosen
- Abgleich der Untersuchungsergebnisse inkl. Labor mit den Diagnosen
- Überprüfung der Prozeduren, vor allem der Split relevanten Prozeduren (z. B. Dialyse und Portimplantation)
- Überprüfung, ob ZE-fähige Prozeduren erfolgten
- Überprüfung, ob zu Prozeduren passende Diagnosen kodiert wurden
- Gegenprobe: findet sich zu allen kodierten Diagnosen in der Krankenakte eine begründende Dokumentation?
- Probegruppierung und Korrektur der erkannten Fehler
- Überprüfung der weiteren Regeln:
 - Ist bei internen Verlegungen die endgültige HD für den **ganzen** Fall korrekt gewählt?
 - Liegen Gründe für eine Fallzusammenführung vor, z. B. eine Komplikation als Wiederaufnahmegrund?
 - Liegt eine geplante Folgebehandlung vor (dann HD die Grunderkrankung)
- Weiterleitung zur Nachkontrolle und Abrechnung



1.5 Typische Diagnosen-Prozeduren-Paare

Die Kodierlogik fordert die gleichzeitige Erfassung von zueinander passenden Codes für eine Diagnose und eine Prozedur

(z. B. eine Anämie-Diagnose bei Erfassung eines Kodes für die Transfusion von Erythrozyten-Konzentraten). Die „Paare“ müssen nicht gleichzeitig vorkommen, es sollte aber jeweils die Plausibilität bei Fehlen eines Teils des Paares überprüft werden (z. B. kann eine Anämie-Diagnose auch ohne Gabe von Erythrozyten-Konzentraten kodiert werden, wegen des hohen Aufwands der Transfusion aber nicht umgekehrt). Als Faustregel gilt: Die Kodierbarkeit einer Prozedur rechtfertigt auch die Kodierung der dazu gehörenden Diagnose(n), da OPS-Prozeduren per definitionem mit einem gewissen Aufwand vergesellschaftet sind.

Die folgende Liste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, deckt aber die häufigsten Situationen ab.

Diagnosen		Prozeduren	
N17-N19	[Kode für Niereninsuffizienz] ggf. weitere Nierenerkrankung bei Mehrtagesfall: nicht Z99.2 und Z49.1*	8-853	[Hämofiltration]
		8-854	[Dialyse]
		8-855	[Hämodiafiltration]
		8-856	[Hämoperfusion]
		8-857	[Peritonealdialyse]
		8-85a	Dialyse nach TPL
		8-831.04	Legen großlumiger Katheter
Z49.2	Sonstige/Peritoneal-Dialyse		
Z49.1	Extrakorporale Dialyse und		
Z99.2	Abhängigkeit von Dialyse werden bei Mehrtagesfällen nicht kodiert.		
Z49.1	ist HD bei Tagesfall Aufnahme zur Dialyse! [1401e]*		
D50-D64	[Anämie]	8-800.c-	Gabe von EKs (Menge!)

Diagnosen		Prozeduren	
D69	[Purpura und hämorrhagische Diathesen, Thrombopenie]	8-800.9-	Gabe von patientenbezogenen TK
		8-800.p-	Gabe von pathogeninakt. patientenbezogenen TK
		8-800.g- 8-800. m-	Gabe von TK
		8-800.h- 8-800.n-	Gabe von pathogeninakt. TK
		8-800.f- 8-800.k-	Gabe von Apherese-THK
		8-800.d- 8-800.j-	Gabe von pathogeninakt. Apherese-TK
D80	[Immundefekt mit AK-Mangel]	8-810.w-	Gabe von polyvalenten Immunglobulinen
C00–C97, D46	Bösartige Neubildungen	8-54	[Zytostatische Chemotherapie]
Z52.3	Knochenmarkspender	5-410.00	Entnahme von KM zur Transplantation, Eigenspende
		5-410.01	Entnahme von KM zur Transplantation, Fremdspende
Z52.01	Stammzellspender	5-410.10	Entnahme von SZ zur Transplantation, Eigenspende
		5-410.11	Entnahme von SZ zur Transplantation, Fremdspende

* Die Kodierregel [1401e] ist durch Streichung der nicht bewerteten DRG L61Z seit 2016 nicht mehr erlösrelevant, die entsprechenden Fälle werden seitdem in L71Z eingruppiert.

2 Spezielle Kodierregeln, Hämatologie/Onkologie

2.1 Allgemeine Regeln

2.1.1 Allgemeine Hinweise zu Diagnosen

Generell können Diagnosen nur dann kodiert werden, wenn therapeutische oder diagnostische Maßnahmen bzw. ein erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand während der stationären Behandlung bestand. Dies ist bei der Hauptdiagnose per definitionem gegeben, bei Nebendiagnosen gilt die Kodierregel D003u. Nun sind diese Begriffe sehr dehnbar. Im Einzelfall ist nicht immer klar, ob z. B. eine bestimmte Untersuchung bereits als „diagnostische Maßnahme“ gelten kann, vor allem, wenn ein Test nur wenige Euro kostet und daher zumindest keinen hohen finanziellen Aufwand bedeutet. Trotz der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten seit 2020 ist der pflegerische Aufwand weiter Anlass zur Kodierung einer entsprechenden Nebendiagnose. Man wird beobachten müssen, ob die Kodierregel D003 entsprechend angepasst oder die entsprechenden Diagnosen in der CCL-Matrix abgewertet werden. Auch für 2024 bleibt das Regelwerk wie bisher.

Klar kodierbar sind all die Diagnosen mit Maßnahmen, die eine OPS-Ziffer besitzen und/oder erheblichen Aufwand bedeuten. Dies gilt gleichermaßen für diagnostische und therapeutische Maßnahmen. Konsens ist ebenfalls, dass minimale Tätigkeiten wie eine Blutbildkontrolle und Zufallsbefunde ohne weitere Abklärung nicht die Kodierung einer Diagnose rechtfertigen. Zwischen diesen beiden Bereichen gibt es allerdings eine große Grauzone nicht klar abgegrenzter und definierter Diagnosen. Mit der Zeit werden weitere relevante Definitionen verbindlich geklärt werden müssen. Zusätzlich sind die Krankenhäuser und vor allem die Fachgesellschaften gefordert, möglichst viele offene Fragen in Absprache mit den MD-Gremien zu klären. 2020 hat der Bundesschlichtungsausschuss beispielsweise entschieden,

dass eine Tumorkonferenz für die Kodierung einer Tumordiagnose (in diesem Fall einer Lungenmetastase) einen ausreichend hohen Aufwand darstellt (KDE 357). Dies war bisher von der SEG 4 verneint worden.

Die exakte Kodierung der Nebendiagnosen hat immense Bedeutung sowohl für den kurzfristigen Erlös des einzelnen Krankenhauses als auch für die langfristige Weiterentwicklung des Systems. Die Kosten- und Leistungsdaten eines Kalkulationskrankenhauses werden nicht nur zur Erstellung der aktuellen Rechnung, sondern auch als Datenbasis für zukünftige Kalkulationen verwendet. Dies ist das Prinzip des viel zitierten „selbst lernenden Systems“. Und hier steckt auch schon das erste Dilemma: der Kodierer wird sich immer wieder entscheiden müssen zwischen dem kurzfristigen „Profit“ und der sinnvollen langfristigen Entwicklung des Fallpauschalensystems. Hier herrscht ein permanenter Interessenkonflikt. Ein Beispiel soll dies verdeutlichen:

Beispiel

Eine Anämie hat als Nebendiagnose in der Regel einen CCL größer Null. In Klinik A wird diese Nebendiagnose bereits kodiert, wenn der Hb-Wert nur knapp unter die Normgrenze fällt (medizinisch korrekt). Klinik B definiert die Anämie sehr streng als nur dann kodierbar, wenn es zu einer Substitution von Erythrozytenkonzentraten kommt.

Kurzfristige Konsequenz:

Klinik A wird wahrscheinlich höhere Splits und damit einen höheren Erlös haben als Klinik B.

Langfristige Konsequenz:

Die vielen Anämie-Kodes der Klinik A (auch bei den „leichten“ Fällen kodiert) verwässern die Analyse und Kalkulation der Fallpauschalen, führen zu einer Abwertung des CCLs der Anämie-Diagnosen und zu einer Erlössituation, unter der letztlich alle leiden, insbesondere Kliniken mit hohen Kosten bei diesen Diagnosen. Oder anderes formuliert: eine Nebendiagnose, die

bei jedem Patienten auftaucht, ist sehr bald kein Kostentrenner mehr und damit nicht mehr erlösrelevant. Und umgekehrt: eine seltene Nebendiagnose, hinter welcher viel Aufwand und Ressourcenverbrauch steckt, wird entsprechend in der Kalkulation aufgewertet. So wurde die Anämie bei Neubildung (D63.0) seit 2008 abgewertet, wahrscheinlich aufgrund der oben genannten Mechanismen. Diese Diagnose hat für 2024 in medizinischen DRGs zwar noch einen CCL-Wert von 1 oder 2, wurde aber wiederholt deutlich abgewertet in mindestens 30 Basis-DRGs, erneut auch für 2024. Seit längerem erfolgen jährlich Abwertungen und Streichungen häufiger Nebendiagnosen. Aber es gibt auch positive Beispiele: 2012 wurde der Kode für Tumorlyse neu in die CCL-Matrix aufgenommen worden und ist in einigen DRGs schweregradsteigernd wirksam. Immer wieder wurden zahlreiche Kodes für Primärtumore und Metastasen aufgewertet, ebenso für 2017 der Kode für sonstige Eisenmangelanämie D50.8 und Kodes für myeloproliferative Erkrankungen aus D47. Für 2018 ist die Aufwertung des Kodes D70.11 und einiger GvHD-Kodes erwähnenswert. Leider gab es für 2019 bis 2024 überwiegend Abwertungen, auch bei relevanten Nebendiagnosen wie Sepsis-Kodes, SIRS, Metastasen und Pneumonien.

Aber auch ein positives Beispiel der Eingabe scheinbar „irrelevanter“ Kodes gibt es: aus der Kodierung *Z94 Zustand nach Transplantation* (in der Vergangenheit als Kode ohne CCL bewertet) konnte für bestimmte DRGs ein höherer Aufwand ermittelt werden, der in der Schaffung von neuen DRGs für Probleme bei transplantierten Patienten mündete (Details siehe Kapitel „Infektionen“). Seit 2008 sind diese Nebendiagnosen zusätzlich sogar CCL-relevant. So hat der Zustand nach Stammzelltransplantation (Z94.80 oder .81) in medizinischen DRGs einen CCL-Wert zwischen 1 und 3. Dies bedeutet aber, dass selbst scheinbar unwichtige Nebendiagnosen sorgfältig kodiert werden müssen.

Die Fachgesellschaft DGHO hat sich daher für einen Kurs entschieden, der das System langfristig optimiert und eine Diskriminierung zwischen leichten und schweren Fällen ermöglicht, indem die Nebendiagnosen relativ eng definiert werden.

Damit kommt eine Kodierung nach Empfehlung der DGHO nur bei **deutlichem** Aufwand zur Anwendung und trennt zwischen „billigen“ und „teuren“ Fällen. Sollten sich zu viele Kliniken zugunsten der kurzfristigen Erlössteigerung nicht an dieses Prinzip halten, werden die CCL-Werte und damit möglicherweise die DRGs allerdings mittelfristig zu Lasten aller nivelliert. Bisher ist das PCCL-System trotz Anpassungen über die Jahre das wichtigste Splitkriterium geblieben.

2.1.2 Kodierung von Nebendiagnosen mit CCL von 0

Die meisten Nebendiagnosen haben einen CCL von 0 und sind damit für die aktuelle Ermittlung der DRG ohne Belang. Trotzdem müssen diese „obligaten“ Diagnosen kodiert werden, wenn sie die Kriterien des Aufwandes in diagnostischer, pflegerischer oder therapeutischer Sicht erfüllen. Auch hier steht die langfristige Weiterentwicklung des Systems im Vordergrund: werden Diagnosen mit aktuell fehlendem Gewicht bei Aufwand kodiert, kann in zukünftigen Kalkulationen diesen Diagnosen aufgrund der Leistungs- und Kostendaten u. U. ein CCL zugewiesen oder eine neue DRG/ein neuer Split geschaffen werden.

Als allgemeines Grundprinzip kann gelten: bei der Kodierung nicht auf den Erlös, die DRG oder das Relativgewicht achten, sondern bei jeder Diagnose immer wieder hinterfragen: Stimmt die Diagnose und stellte sie während des betreffenden Aufenthalts einen Aufwand dar?

Richtiges Kodieren

- Kurzfristig → Akzeptieren einer niedriger bewerteten DRG
- Mittelfristig → Weniger Streit mit den Kostenträgern und dem MDK
- Langfristig → Klare Trennung der „teuren“ und der „billigen“ Fälle
 - Verbesserung der Systematik des DRG-Systems
 - Höhere Entgelte für teure Fälle

2.1.3 Reihenfolge der Nebendiagnosen

Es gibt keine Richtlinie, welche die Reihenfolge der Nebendiagnosen regelt. Dennoch sollten, wenn möglich, die wichtigen Nebendiagnosen, insbesondere die mit CCL versehenen Komorbiditäten und Komplikationen, zuerst genannt werden [D003u].

Weiterhin sind die Regeln zur Reihenfolge der Nebendiagnosen bei Mehrfachkodierung zu beachten (häufiger Fehler!): Im ICD-10-System gibt es verschiedene Kategorien von Diagnosen: Codes ohne weitere Kennzeichen oder mit einem Kreuz („Ätiologie“- oder „Kreuzdiagnosen“) heißen **Primär**-Diagnoseschlüssel. Codes mit einem Stern („Manifestations“- oder „Stern“-Diagnosen) sowie Codes mit einem Ausrufezeichen am Ende (Erläuterungen, Sonstiges) werden als **Sekundär**-Diagnoseschlüssel bezeichnet.

Es gelten folgende Regeln [D012v]:

- bei Kreuz/Stern-System Primär- immer vor Sekundär-Diagnoseschlüssel
- Ein Primär-Diagnoseschlüssel gilt für alle folgenden Sekundär-Diagnoseschlüssel bis zum Auftreten eines neuen Primär-Diagnoseschlüssels.
- Ein Sekundär-Diagnoseschlüssel kann nie mit einem anderen Sekundär-Diagnoseschlüssel verbunden werden.
- Ein Sekundär-Diagnoseschlüssel kann nie Hauptdiagnose sein.

2.2 Spezielle Kodierregeln

Zahlreiche Kodierregeln wurden bereits 2005 gestrichen. In den vergangenen Jahren wurden weitere Regeln gestrichen, da die Informationen schon in anderen Katalogen enthalten oder überholt waren. Aktuell existieren noch etwa 100 Regeln. Zum Kapitel 3 (Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems) gibt es keine Regeln mehr, allerdings wurden seit 2022 die ent-

sprechenden Entscheidungen des Bundesschlichtungsausschusses hier aufgenommen. Gestrichen wurden auch die Regeln zu Stammzellentnahme und -transplantation, zu Transfusionen und zu Versagen und Abstoßungsreaktionen nach Transplantation. Deren Inhalte sind, falls nicht überholt, in der Prozeduren-Regel P015u enthalten. Im Kapitel 2 Neubildungen wurden einzelne Regeln komplett gestrichen und durch Klarstellungen im OPS und ICD-10 ersetzt. Seit 2019 gab es – von Aufnahmen von SAB-Entscheidungen abgesehen – keine inhaltlichen Änderungen im Kapitel 2.

Die wichtigsten Neuerungen 2024 (weitere Details im Text)

- Für die Hämatologie und Onkologie gab es keine Neuerungen in den DKR.
- In einigen Kapiteln der DKR wurden die Fallbeispiele an die neuen ICD-10- und OPS-Kodes angepasst. Weiterhin erfolgten redaktionelle Anpassungen.
- Aufnahme neuer SAB-Entscheidungen bis Stand 09. September 2023
- Überarbeitung der Kodierregel 0301w zur Sepsis und Abtrennung der SIRS-Regel aus der Sepsis-DKR in eine eigene DKR 0105w.

2.2.1 Primärtumor als Hauptdiagnose [0201u]

Erfolgt die stationäre Aufnahme zur Diagnostik und/oder Behandlung des Malignoms, so ist das Malignom die Hauptdiagnose. Dies gilt auch, wenn das Malignom gar nicht mehr vorhanden ist (Beispiele: Konsolidierungstherapie bei ALL in CR, Chemotherapie nach R0-Resektion eines soliden Tumors, Mammaaufbau-OP 2 Jahre nach Ablatio und Chemo-/Strahlentherapie). Das Malignom bleibt Hauptdiagnose, bis die Behandlung endgültig abgeschlossen ist. Das beinhaltet alle Aufenthalte, die das Malignom und seine Behandlung betreffen, wie Operationen, Chemotherapien, Strahlentherapien, PORT-Anlage (siehe MD-Empfehlungen Nr. 36 und 237), Staging und Zwischenstaging (Restaging nicht immer,

siehe Kapitel 2.2.7!), Überwachung von Chemotherapiefolgen, Behandlung erwarteter Nebenwirkungen von Therapien (siehe Definition der „Komplikation“) usw. Auch die ausschließliche Diagnostik ohne histologische Sicherung oder weitere Therapie (z. B. wegen infauster Prognose) rechtfertigt die Kodierung des Primärtumors als HD und ggf. aller gefundenen Metastasen als ND bei systemischer Therapie (Beispiel: CT-morphologische Diagnose eines metastasierten Bronchialkarzinoms, siehe auch MD-Empfehlung Nr. 61 und 409).

Ebenso ist bei systemischer Chemotherapie, Antikörpertherapie und/oder Strahlentherapie immer der Primärtumor die Hauptdiagnose, wenn die Aufnahme primär zur systemischen Therapie erfolgt. Dies gilt auch bei unbekanntem Primärtumor (CUP-Syndrom) und für Lymphome und Leukämien mit Hirn- oder Knochenbefall. Zur Definition der systemischen Therapie siehe DKR 0201u Tabelle 1.

Wird die Tumorerkrankung nicht direkt behandelt (Beispiel: Tumorpatient kommt mit Infekt und nur der Infekt wird behandelt), so wird die Tumordiagnose für diesen Aufenthalt gemäß Entscheidung des Bundesschlichtungsausschusses Nebendiagnose, sofern Aufwand bestand. Siehe u.a. auch MD-Empfehlung Nr. 134 und 476.

Eine eher salomonische Entscheidung traf der Bundesschlichtungsausschuss am 18.09.2020, um eine zwischen FoKA und SEG 4 dissente Kodierempfehlung zu schlichten. Hier ging es ebenfalls um die Frage, ob der Tumor oder die Erstmanifestation eines Tumors (hier eine tiefe Beinvenenthrombose) HD ist (KDE 294). In dem beschriebenen Fall wurde der Patient wegen einer ambulant bereits diagnostizierten Becken-Beinvenenthrombose ins Krankenhaus aufgenommen und heparinisiert. Die weitere Diagnostik ergab u. a. eine Paraproteinämie bei Plasmozytom, die mittels Chemotherapie behandelt wurde. Hier richtet sich die Auswahl der Hauptdiagnose laut SAB nach dem Abschnitt „Zwei oder mehr Diagnosen, die gleichermaßen der Definition der Hauptdiagnose entsprechen“ der DKR D002 Hauptdiagnose.

Sowohl der Tumor als auch die Thrombose können also HD sein, der höhere Ressourcenaufwand entscheidet. Damit umgeht der SAB die schwierige Frage, ob die Thrombose eher ein Symptom des Plasmozytoms ist (Sicht des FoKA) oder eine eigenständige Erkrankung (Sicht der SEG 4). In einem anderen nicht onkologischen Fall (KDE 296) hat er sich hier am 30.09.2020 eindeutiger positioniert.

Beispiele

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

HD: C18.2 Karzinom des Kolon ascendens

Proz: 8-542.- Nicht-komplexe Chemotherapie

Ein Patient wird ausschließlich zur Port-Anlage vor geplanter Chemotherapie bei diffus großzelligem NHL stationär aufgenommen (siehe auch MD-Empfehlungen Nr. 36 und 518):

HD: C83.3 NHL, diffus großzellig

ND: Z45.20 Anpassung und Handhabung Port-System

Proz: 5-399.5 Implantation und Wechsel eines venösen Katheterverweilsystems

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

HD: C50.- Mamma-Karzinom

ND: Z42.1 Nachbehandlung plastische Chirurgie Mamma

Proz: 5-885.- Rekonstruktion der Mamma

Siehe auch MD-Empfehlung Nr. 106, 348, 349 und 442.

Hauptdiagnose bei notwendigen Folgebehandlungen

Laut DKR 0201u ist der Malignom-Code 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. Um diesen Satz wurde seit

Jahren in vielen Gremien der Selbstverwaltung heftig gestritten, sodass der erste Bundesschlichtungsausschuss im Sommer 2016 eine definitorische Klarstellung beschloss, welche als Fußnote in die DKR aufgenommen wurde.

Tumorpatienten müssen häufig auch zur Überwachung und Behandlung von Folgen der Behandlung oder des Tumors aufgenommen werden, so z. B. bei Fieber in der Aplasie. Nicht selten bestehen bereits bei Aufnahme oder entwickeln sich im Verlauf der stationären Behandlung weitere Folgen der Tumorthherapie. Oft beharren Krankenhäuser mit Verweis auf die o.g. Kodierregel 0201 grundsätzlich auf dem Tumor als Hauptdiagnose, ebenso beharrlich lehnt der MD dies ab und fordert eine mehr oder weniger willkürlich gewählte Folge/Komplikation als Hauptdiagnose. Hier wählte der Bundesschlichtungsausschuss nun eine Differenzierung nach der **Anzahl der behandelten Folgen/Komplikationen**.

Grundsätzlich wird bei den Folgebehandlungen nun unterschieden zwischen Behandlung einer einzelnen Folge/Komplikation (dann in Analogie zur Symptomregelung aus D002 HD diese Komplikation/Folge, Nebendiagnose der Tumor) und Behandlung von mehr als einer Folge/Komplikation (dann HD Tumor). Dabei wird nicht unterschieden, ob diese Folge Tumor- oder Therapie-bedingt ist. Diese wünschenswerte Klarstellung löst eine Vielzahl strittiger und häufiger Konstellationen. Aufgrund der Wichtigkeit hier der Wortlaut der entscheidenden Passage:

„Wird bei einem Patienten — mit zum Zeitpunkt der Aufnahme bekanntem Malignom und bevor die Malignombehandlung endgültig abgeschlossen ist — während des stationären Aufenthaltes ausschließlich eine einzelne Erkrankung (oder Komplikation) als Folge der Tumorthherapie oder eines Tumors behandelt, wird in diesem Fall die behandelte Erkrankung als Hauptdiagnose angegeben und der Tumor als Nebendiagnose. Hiervon ausgenommen sind solche Fälle, bei denen weitere diagnostische oder therapeutische Maßnahmen in direktem Zusammenhang mit der Tumorerkrankung durchgeführt werden.“

Der komplette Text des Beschlusses ist nachzulesen unter https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Beschluss_Schlichtungsausschuss_Bund_gem.____17c_Abs._3__KHG.pdf.

Auch die SEG 4 des MD hat diese Regel inzwischen in ihre Kodierempfehlungen integriert (z. B. Empfehlung Nr. 134, 237, 349, 583). Allerdings verbleiben trotz des Schlichtungsspruches Unklarheiten. So lehnen bei der Behandlung mehrerer Folgen einige MDen den Tumor als HD weiterhin ab und wählen mehr oder weniger willkürlich eine der Folgen als HD, was in offensichtlichem Widerspruch zur DKR 0201 steht. Vereinzelt wird eine artifizielle Unterscheidung in Komplikationen und Folgen vorgenommen, welche dann unterschiedlich gehandhabt werden. Auch dies hat der Schlichtungsspruch definitiv ausgeschlossen. Der Hauptstreit betrifft aber die Konstellation, bei der neben einer Tumorfolge auch noch der Tumor behandelt wird. Hier wird vom MD oft die Hauptdiagnoseregulung D002 außer Kraft gesetzt und der Tumor reflexartig zur HD gemacht, obwohl hier im Sinne konkurrierender HD zwischen dem Tumor und der Folge abgewogen werden müsste und die Diagnose mit dem höheren Ressourcenverbrauch die HD darstellt. Dies hat der alte Bundesschlichtungsspruch zwar gemeint, aber leider nicht explizit textlich klargestellt. Beispiel: Ein Patient wird zur Behandlung einer Pneumonie nach Chemotherapie stationär aufgenommen und 2 Wochen intensiv behandelt. Am Entlasstag erfolgt noch eine Messung eines Tumormarkers. Dies rechtfertigt für einige MD-Gutachter die HD Tumor, obwohl die Pneumonie einen weit höheren Ressourcenverbrauch hatte und – da Veranlassung für die stationäre Behandlung – die korrekte HD ist. Der neue Bundesschlichtungsausschuss hat in einer Revision der Kodierempfehlung Nr. 134 am 06.10.2020 (inzwischen integriert in die DKR 0201) die Sichtweise des alten Schlichtungsausschusses bestätigt. In dem beschriebenen Fall ist das Rektumkarzinom mit dem Kode C20 Bösartige Neubildung des Rektums als Hauptdiagnose zu kodieren. Da in diesem Fall der Dissens im Kern zu einer Nebendiagnose bestand und der MD die Hauptdiagnose C20 eher

damit begründet, dass weitere Diagnostik im Zusammenhang mit dem Tumor erfolgte, ist diese Klarstellung aber für die o. g. Differenzen nicht weiter hilfreich. Auch hat sich der Bundesschlichtungsausschuss hier um die Entscheidung gedrückt, ob und wie der Konflikt zwischen dem Ressourcenverbrauch verschiedener HD bei gleichzeitiger Behandlung des Tumors zu lösen ist bzw. ob die entsprechende Regelung aus D002 trotzdem gültig ist (wie es weiter oben im entsprechenden Text der DKR 0201 steht).

Auch bei der Entscheidung zur Kodierempfehlung Nr. 231 der SEG 4 des MD wurde lediglich auf die alte Entscheidung verwiesen. Dieser Fall war aber eindeutiger, da hier keine Diagnostik oder Therapie des Tumors erfolgte, sondern der Patient ausschließlich zu einer Fistelresektion aufgenommen wurde (dann als HD die Fistel mit dem *Kode K12.28 Sonstige Phlegmone und Abszess des Mundes* zu kodieren).

Gleichermaßen verhält es sich bei der Entscheidung des Bundesschlichtungsausschusses zur Kodierempfehlung Nr. 583. Hier ist eine Epilepsie aufgrund einer Hirnmetastasierung die HD, da sonst keine Tumorbehandlung erfolgte. Interessant dabei: Hirnmetastasen und der Tumor sind laut SAB als Nebendiagnosen zu verschlüsseln, obwohl kein Aufwand vorlag. Dies bestätigt die langjährige Kodier-Praxis, für die HD ursächliche Metastasen und Tumore entgegen dem Wortlaut der DKR D003 zu verschlüsseln.

Der folgende Algorithmus soll helfen, das Thema HD bei Folgebehandlung verständlicher zu machen: