

Kodierleitfaden

Nephrologie

Version 2017

Ein Leitfaden für die klinische Praxis
Deutsche Gesellschaft für Nephrologie (DGfN)

Diesen Kodierleitfaden haben erstellt:

Für die Deutsche Gesellschaft für Nephrologie (DGfN):

Prof. Dr. med. Andreas Kribben
Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft
für Nephrologie (DGfN) und
Direktor der Klinik für Nephrologie
Universitätsklinikum Essen
Hufelandstraße 55
45122 Essen
andreas.kribben@uni-due.de

Dr. med. Peter Lütkes
Leiter des Controlling
Universitätsklinikum Essen
Hufelandstraße 55
45122 Essen
peter.luetkes@uk-essen.de

Dr. med. Dietrich Tamm
II. Medizinische Klinik und
Medizin-Controlling
Gemeinschaftsklinikum Mittelrhein
Kemperhof Koblenz
Koblenzer Straße 115-155
56073 Koblenz

Dr. med. Reinhard Wanninger
Medizinische Klinik 5
Klinik für Nieren- und
Hochdruckkrankheiten
Klinikum Braunschweig gGmbH
Salzdahlumer Straße 90
38126 Braunschweig

Andrea Schmidt und
Marianne Tabeling
Medizinisches Controlling
Universitätsklinikum Essen
Hufelandstraße 55
45122 Essen

Priv.-Doz. Dr. med. Wolfram Jabs
Leitender Oberarzt
Nephrologie und Transplantationsimmunologie
Vivantes Klinikum im Friedrichshain
Landsberger Allee 49
10249 Berlin

1 Vorwort

Die deutsche Gesellschaft für Nephrologie folgt der langjährigen Tradition und legt auch dieses Jahr den Kodierleitfaden Nephrologie in der Version 2017 vor.

Der Kodierleitfaden richtet sich als Ergänzung und Interpretation der verbindlichen deutschen Kodierrichtlinien an alle, die sich im Krankenhaus mit dem DRG-System und der Kodierung von Diagnosen und Therapien befassen. Dabei gehen wir auf das gesamte Spektrum der Nephrologie von glomerulären Krankheiten über akutes Nierenversagen und chronische Nierenkrankheit bis hin zur Nierentransplantation ein. Sie finden allgemeine und spezielle Regeln zur Kodierung unter besonderer Berücksichtigung und Interpretation der nephrologischen Sachverhalte.

Diese Auflage wurde wie immer gründlich überarbeitet und an die Klassifikationen des Jahres 2017 angepasst. Inhaltlich sind vor allem die mit ausführlicheren Kommentaren versehenen Kodierempfehlungen des MDK (SEG 4-Kodierempfehlungen 1 – 573 vom 13.10.2016) und die Hinweise zu sozialrechtlichen Fragen und Finanzierungsangelegenheiten zu nennen.

Wir hoffen Ihnen die praktische Arbeit zur leistungsgerechten Kodierung mit diesem Kodierleitfaden zu erleichtern.

Prof. Dr. med. Andreas Kribben

Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie (DGfN)

und Leiter der DRG-Arbeitsgruppe

2 Inhalt

1	Vorwort	3
2	Inhalt.....	5
3	Abkürzungen	7
4	G-DRG-System in der Version 2017.....	8
4.1	Vom Behandlungsfall zum Entgelt	8
4.2	Nephrologische Aspekte im DRG-System.....	17
4.3	CCL, PCCL und ökonomischer Schweregrad	17
5	Allgemeine Kodierung	19
5.1	Diagnosen.....	19
5.2	Prozeduren	27
6	Spezielle Kodierung	30
6.1	Nephrologische Diagnosen.....	30
6.2	Glomeruläre Erkrankungen	30
6.3	Systemerkrankungen.....	33
6.4	Tubulointerstitielle Erkrankungen.....	40
6.5	Nephrolithiasis.....	42
6.6	Hereditäre Erkrankungen	42
6.7	Tumorerkrankungen.....	43
6.8.	Akutes Nierenversagen	45
6.9	Chronische Nierenkrankheit.....	49
6.10	Akutes Nierenversagen bei chronischer Nierenkrankheit	52
6.11	Kardioresnales Syndrom	52
6.12	Begleiterkrankungen der chronischen Nierenkrankheit	52
6.13	Dialyse	56
6.14	Klinische Zustände bei Nierenkrankheit.....	73
6.15	Stoffwechselstörungen.....	75
6.16	Diabetes mellitus.....	75
6.17	Hypertonie und vaskuläre Erkrankungen.....	84
6.18	Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems.....	87
6.19	Pulmonale Komplikationen	91
6.20	Infektionen	92
6.21	Sonstige Komplikationen.....	103
6.22	Intensivmedizinische Komplexbehandlung.....	104
6.23	Sonstige mit extrakorporalen Therapieverfahren behandelbare Erkrankungen	105

6.24	Transplantation.....	106
6.25	Diagnostische Prozeduren.....	113
6.26	Gabe von Medikamenten, Blut und Blutprodukten.....	114
7	Abrechnung der Dialyseleistung.....	117
7.1	Dialyse nicht als allgemeine Krankenhausleistung.....	117
7.2	Dialyse als allgemeine Krankenhausleistung.....	117
8	Index.....	121

3 Abkürzungen

AKI	Acute Kidney Injury
ANV	Akutes Nierenversagen
APD	Automatisierte Peritonealdialyse
CAPD	Continuierliche ambulante Peritonealdialyse
CCL	Complication and Comorbidity Level
CCPD	Continuierliche cyklische Peritonealdialyse (=APD)
CKD	Chronic Kidney Disease
DSA	Digitale Subtraktionsangiografie
EDD	Extended daily dialysis
GFR	Glomeruläre Filtrationsrate
HD	Hämodialyse
HDF	Hämodiafiltration
HF	Hämofiltration
HIT	Heparininduzierte Thrombopenie
IPD	Intermittierende Peritonealdialyse
MRSA	Methicillin-resistenter Staph. aureus (syn. ORSA)
ORSA	Oxacillin-resistenter Staph. aureus (syn. MRSA)
PCCL	Patient Clinical Complexity Level
PKMS	Pflegekomplexmaßnahmen-Score
PPSB	Prothrombin-Komplex-Konzentrate
SLE	Systemischer Lupus erythematodes
SLED	Sustained low-effient dialysis
SIRS	Systemic inflammatory response syndrome
VZV	Varicella-Zoster-Virus

4 G-DRG-System in der Version 2017

Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK, www.g-drg.de) hat mit dem diagnosebezogenen G-DRG-Entgeltsystem (German Diagnosis Related Groups) zahlreiche Änderungen in der Version 2017 eingeführt. Neben den „üblichen“ Änderungen und Weiterentwicklungen in der Kalkulation sind hier insbesondere die Änderungen des Krankenhaus-Strukturgesetzes (KHSG) zu nennen. Diese umfassen eine Reihe von Veränderungen, u.a. der Einstieg in eine deutliche Abwertung der Sachkosten-Anteile und dezidierte Maßnahmen zur Eindämmung von wirtschaftlichen bedingten Leistungsausweitungen. Inwiefern dies die Nephrologie betreffen wird, kann nur die Entwicklung der nächsten Jahre zeigen.

4.1 Vom Behandlungsfall zum Entgelt

Die Dokumentation der Diagnosen geschieht in der Patientenakte und den Arztbriefen mit der medizinischen Nomenklatur im Klartext (z.B. „Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4“) nach medizinischen Regeln. Für Abrechnungszwecke einschließlich der DRG-Ermittlung müssen diese Begriffe in Codes der ICD-10 übersetzt werden. Für die stationären und teilstationären Patienten, ist der ICD-10-GM verbindlich. Dabei werden die Begrifflichkeiten der medizinischen Nomenklatur in die Klassifikation der ICD-10 übertragen. Dies führt in der Regel zur Zusammenfassung verschiedener Diagnosen zu einem ICD-10 Kode.

Beispielsweise wird sowohl das medikamentös-toxische als auch das hypovolämische akute Nierenversagen mit N17.9- „Akutes Nierenversagen“ (inkl. Akute Nierenschädigung), nicht näher bezeichnet kodiert. Die Unterscheidung zwischen einem renalen und einem prärenalen akuten Nierenversagens geht dabei verloren. Klartextinformationen zur Information für den weiterbehandelnden Arzt können deshalb nicht durch ICD-10-Kodes ersetzt werden.

Aus den verschiedenen Diagnosekodes eines Behandlungsfalls muss nach den deutschen Kodierrichtlinien eine Hauptdiagnose festgelegt werden. Diagnosen von relevanten Begleiterkrankungen oder Komplikationen werden als Nebendiagnosen kodiert.

Diagnostische und therapeutische Maßnahmen werden mit OPS-Prozedurenkodes kodiert. Für die stationären und teilstationären Patienten, ist der OPS verbindlich. Auch hier entsteht durch die Klassifikation ein gewollter Informationsverlust. Beispielsweise wird eine intermittierende Hämodialyse unabhängig vom verwendeten Dialysator mit 8-854.2 Hämodialyse intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation oder 8-854.3 Hämodialyse intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen kodiert. Die meisten laborchemischen und mikroskopischen Untersuchungsmethoden können nicht kodiert werden.

Jeder Kombination aus Haupt- und Nebendiagnosen sowie Prozeduren ist eindeutig eine DRG zugeordnet. Von den insgesamt 1.255 DRGs (35 mehr als im Jahr 2016) sind 1.208 mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen versehen, 42 DRGs müssen krankenhausesindividuell verhandelt werden. Wie auch in den Vorjahren gibt es fünf teilstationäre DRG, darunter die teilstationäre Dialyse. Die Bewertungsrelationen für das Jahr 2017 beruhen auf Kostendaten des Jahres 2015 aus 245 Krankenhäusern, darunter 10 Universitätskliniken.

Die Bewertungsrelation definiert den DRG-Erlös für den Behandlungsfall über die Multiplikation mit einem DRG-Punktwert (Basisfallwert). Daher ist für eine korrekte Ermittlung der Erlöse im DRG-System eine qualitativ hochwertige und umfassende Dokumentation unabdingbar.

4.1.1 Teilstationäre Leistungen nach Dialysestandard 2016

Die Behandlung von chronischen Dialysepatienten kann die Eingliederung in das Versorgungssystem eines Krankenhauses erfordern, wenn der Gesundheitszustand des Patienten aus medizinischen Gründen nicht allein die Dialysebehandlung im engeren Sinne, sondern darüber hinaus eine Behandlung innerhalb der medizinisch-organisatorischen Infrastrukturen des Krankenhauses mit

jederzeitigen fachübergreifenden Behandlungsmöglichkeiten erforderlich macht. Die teilstationäre Dialyse wird in Krankenhäusern mit nephrologischer Schwerpunktambulanz oder Schwerpunktambulanz, die eine Auffangdialyse bereitstellen, durchgeführt.

Dies gilt insbesondere für chronische Dialysepatienten mit besonderen Risikoprofilen, dekompensierten Komorbiditäten oder Vorerkrankungen, die in der ambulanten Versorgung ohne Krankenhausbindung nicht adäquat zu diagnostizieren, zu therapieren oder zu überwachen sind.

Die teilstationäre Dialyse ist, wie andere teilstationäre Leistungen, gemäß §39 SGB V Bestandteil des Spektrums von Krankenhausbehandlungen und wird nach dem DRG-System vergütet. Nephrologische Schwerpunktambulanz sind verpflichtet, Kapazitäten für Auffangdialysen vorzuhalten (1; Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä), Anlage 9.1: Anhang 9.1.4). Eine Auffangdialyse erfordert die Bereitstellung von Dialysepersonal und Geräten für die jederzeitige (24 Stunden am Tag, 7 Tage pro Woche) Behandlung von Patienten mit kompliziertem Dialyseverlauf und interkurrenten Erkrankungen.

Außerdem wird die Möglichkeit der Behandlung von Patienten mit anderen extrakorporalen Behandlungsverfahren wie Plasmaaustausch und Immunadsorption bereitgehalten. Mit der Bereitstellung von Auffangdialysen sind Vorhaltekosten verbunden. Die teilstationäre Dialyse ermöglicht das wirtschaftliche Vorhalten der notwendigen Infrastruktur- und Personalanforderungen für die jederzeit mögliche Durchführung von Auffangdialysen sowie für die Behandlung von Patienten mit akutem Nierenversagen. Darüber hinaus ist die teilstationäre Dialyse für die Erfüllung des Weiterbildungsauftrags erforderlich und erhöht die Prozessqualität.

Die teilstationäre Dialysebehandlung im Krankenhaus kann bei chronischen Dialysepatienten mit schweren, instabilen gesundheitlichen Problemen, die einen erhöhten ärztlichen und pflegerischen Aufwand bedingen, erforderlich sein. Indikatoren dafür können unten aufgeführte Symptome oder Krankheitsbilder in Abhängigkeit vom Schweregrad und Verlauf sein. Das Vorliegen von mindestens zwei der aufgeführten Symptome oder Krankheitsbilder qualifiziert für eine teilstationäre Dialyse. In solchen Fällen darf eine teilstationäre Dialyse durchgeführt werden. Das Vorhandensein der die teilstationäre Dialyse begründenden Symptome/Krankheitsbilder ist regelmäßig (6-monatlich) zu überprüfen und nachzuweisen.

- Erhöhtes Mortalitätsrisiko. i
- Häufig rezidivierende schwere intradialytische Blutdruckabfälle, z. B. bei Ultrafiltrationsintoleranz. ii
- Persistierende schwere Hypotonie. iii
- Instabile intradialytische Herz-Rhythmusstörungen. iv
- Schwere Herzinsuffizienz, NYHA III -IV, häufig dekompensierend. v
- Schwere Herzklappenfehler/dissezierendes Aortenaneurysma.vi
- Dekompensierte Leberzirrhose/hepatorenales Syndrom.
- Infektiöse, isolierungspflichtige Krankheitsbilder wie z. B. aktive Tbc.
- Unkontrollierte psychiatrische Krankheitsbilder, Eigengefährdung, Fremdgefährdung. vii
- Patienten mit Ereignissen (z.B. abgelaufenes akutes Nierenversagen), bei denen es möglich erscheint, die Dialyse kurzfristig wieder zu beenden. viii
- Patienten mit schweren Verläufen von Autoimmunerkrankungen. ix
- Patienten mit mehr als einem vollstationären Aufenthalt pro Quartal, bei denen die Zahl der Krankenhausaufenthalte reduziert werden soll. x

- Häufig rezidivierende Dialysezugangsprobleme. xi
- Patienten mit schwer beherrschbaren Blutungen oder Gerinnungsproblemen (z. B. HIT-2, Notwendigkeit der Citratdialyse).
- Patienten mit schweren Infektionen durch multiresistente Erreger (MRSA, 3- oder 4-MRGN, VRE, etc.). xii

i Zutreffend bei Vorliegen von ≥ 5 Scoring-Punkten gemäß klinischen Scoring entsprechend der Publikation von Couchoud et al (Nephrol Dial Transplant 24:1553-61, 2009). Das erhöhte Mortalitätsrisiko ist zu Beginn der teilstationären Dialyse und im Verlauf halbjährlich zu dokumentieren

ii Bei ≥ 3 Maßnahmen-generierenden Blutdruckabfällen / Quartal

iii RR systolisch < 100 mmHg

iv Wenn Maßnahmen zur Therapie oder Monitorüberwachung erforderlich sind.

v Hoher Schweregrad NYHA III-IV oder vor Dialyseeinleitung Notwendigkeit zur stationären Therapie 2x/6 Monate oder 3x/Jahr.

vi Nur Stadien von Klappenvitien, die eine Indikation zur Klappenintervention darstellen.

vii Fachärztlich psychiatrische Einschätzung notwendig.

viii Bis zu maximal 3 Monaten, wenn eine Rekompensation von Eigen- oder Transplantatnieren möglich erscheint.

ix Bei einer über Glukokortikoide hinausgehende Immunsuppression oder bei über die Nieren hinausgehende Organbeteiligungen.

x Elektiv geplante Interventionen sind hierbei nicht zu berücksichtigen.

xi ≥ 2 Interventionen/Jahr.

xii : mit Notwendigkeit zur Isolation oder der Notwendigkeit von speziellen hygienischen Maßnahmen, d.h. über die üblichen Hygienemaßnahmen hinausgehend, zur Prophylaxe einer Keimübertragung

Die teilstationäre Dialyse ist nicht an einen vollstationären Aufenthalt gebunden (wie bei der vor- oder nachstationären Abrechnungsart) und ist mit der Basis-DRG L90 Niereninsuffizienz, teilstationär abrechnungsfähig:

- L90A gilt für alle Dialyseverfahren bei Kindern unter 15 Jahren, der Erlös wird krankenhausesindividuell verhandelt
- L90B gilt für Patienten über 14 Jahre und dem Verfahren der Peritonealdialyse (intermittierend, IPD), diese DRG ist in 2017 mit einer Bewertungsrelation von 0,098 bewertet.
- L90C gilt für die Verfahren der intermittierenden und verlängert intermittierenden Hämodialyse, Hämofiltration und Hämodiafiltration bei Patienten über 14 Jahren und hat eine Bewertungsrelation von 0,088

Hinweis: Trotz unterschiedlicher Materialkosten der verschiedenen Dialyseverfahren werden im DRG-Kontext alle Formen der teilstationären Dialysebehandlung mit dem gleichen Entgelt vergütet.

Nach der Fallpauschalenverordnung wird nach § 6 (teilstationäre Leistungen) die teilstationäre Dialyse mit tagesbezogenen teilstationären Fallpauschalen abgerechnet. Aus pragmatischen Gründen wird jeder Fall quartalsweise abgerechnet, indem die Summe der effektiven Bewertungsrelationen für jede einzelne Dialyseleistung in Rechnung gestellt wird.

Die Nachtdialyse, die z.B. berufstätigen Patienten angeboten wird, wird abrechnungstechnisch wie eine teilstationäre Dialyse tagsüber behandelt. Die Hauptdiagnose wird für die teilstationäre Dialyse entsprechend der DKR 1401e angegeben:

Diagnose	Kode
Extrakorporale Dialyse	Z49.1

Beispiel:

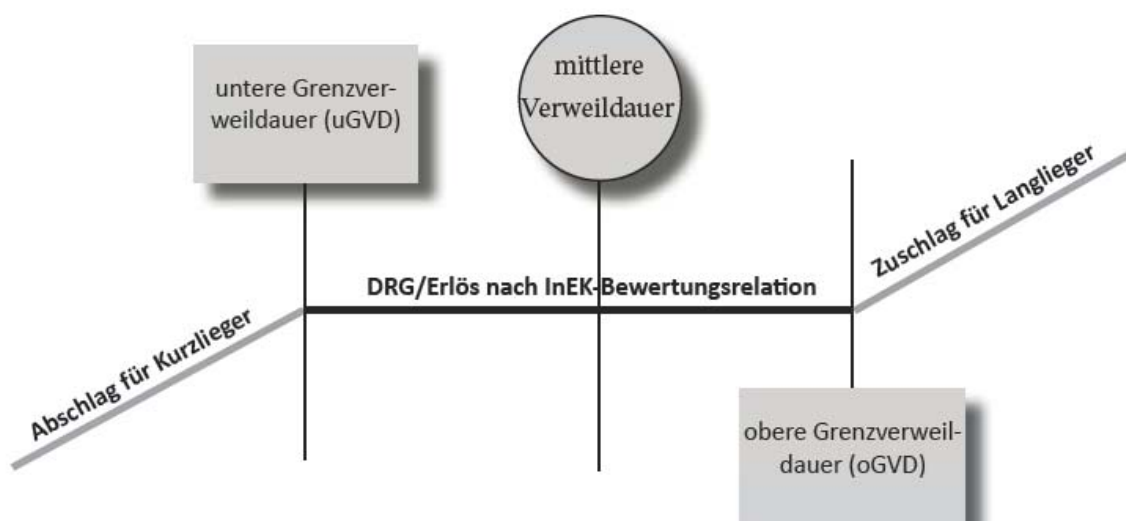
Durchführung der teilstationären Hämodialyse bei einem erwachsenen Patienten mit bekannter chronischer Nierenkrankheit im Stadium 5 bei Nephrosklerose und weiteren komplizierenden Erkrankungen.

HD:	Z49.1 Extrakorporale Dialyse		
ND:	N18.5 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	Datum	Bewertungsrelation
PR:	8-854.2 Intermittierende Hämodialyse, Heparin oder keine Antikoagulation	02.01.2017	0,088
	8-854.2 Intermittierende Hämodialyse, Heparin oder keine Antikoagulation	04.01.2017	0,088
	8-854.2 Intermittierende Hämodialyse, Heparin oder keine Antikoagulation	06.01.2017	0,088
	8-854.2 Intermittierende Hämodialyse, Heparin oder keine Antikoagulation	09.01.2017	0,088

Dem gegenüber steht die stationäre Dialyse für Patienten, bei denen zur Dialysebehandlung eine stationäre Behandlung erforderlich ist. Hauptdiagnose ist in diesem Fall immer der Grund für die stationäre Behandlung, also die Erkrankung oder Komplikation. Der ICD-Kode Z49.1 wird nicht kodiert. Der Fall wird wie jeder stationäre Fall in eine DRG eingruppiert.

4.1.2 Zu- und Abschläge

Der Erlös wird weiter modifiziert durch Zuschläge für Langlieger und Abschläge für Kurzlieger, Verlegungen und Wiederaufnahmen. Bei Langliegern ist die Verweildauer länger als die für jede DRG ausgewiesene obere Grenzverweildauer (oGVD). Bei Kurzliegern ist die Verweildauer unter der DRG-individuellen unteren Grenzverweildauer (uGVD).



DRG-Verweildauer-Erlös-Beziehung

4.1.3 Verlegungsregelung

Patienten gelten nach der DRG-Definition dann als verlegt, wenn zwischen der Entlassung aus dem Krankenhaus A und der Aufnahme in das Krankenhaus B nicht mehr als 24 Stunden vergangen sind. Wenn ein Krankenhaus einen Patienten vor Erreichen der mittleren Verweildauer der DRG verlegt, muss der DRG-Erlös um einen Verlegungsabschlag gemindert werden. Dies gilt auch, wenn ein Patient aus einem anderen Krankenhaus übernommen und dann vor Erreichen der mittleren Verweildauer weiterverlegt oder entlassen wird. Die Zu- und Abschläge sowie die Verweildauer-Grenzwerte sind im Fallpauschalenkatalog ausgewiesen.

Es gibt zwei Ausnahmen von der Verlegungsregelung:

1. Wenn der Patient in dem verlegenden Krankenhaus nicht länger als 24 Stunden behandelt wurde, greift der Verlegungsabschlag für das aufnehmende Krankenhaus nicht.
2. Im DRG-Katalog sind 125 DRGs von der Verlegungsregelung ausgenommen. Mit „Verlegung“ ist hier immer eine Verlegung in ein anderes akut-stationäres Krankenhaus gemeint, nicht eine Verlegung in eine Reha-Klinik oder eine (stationäre) Pflegeeinrichtung.

4.1.4 Wiederaufnahmen

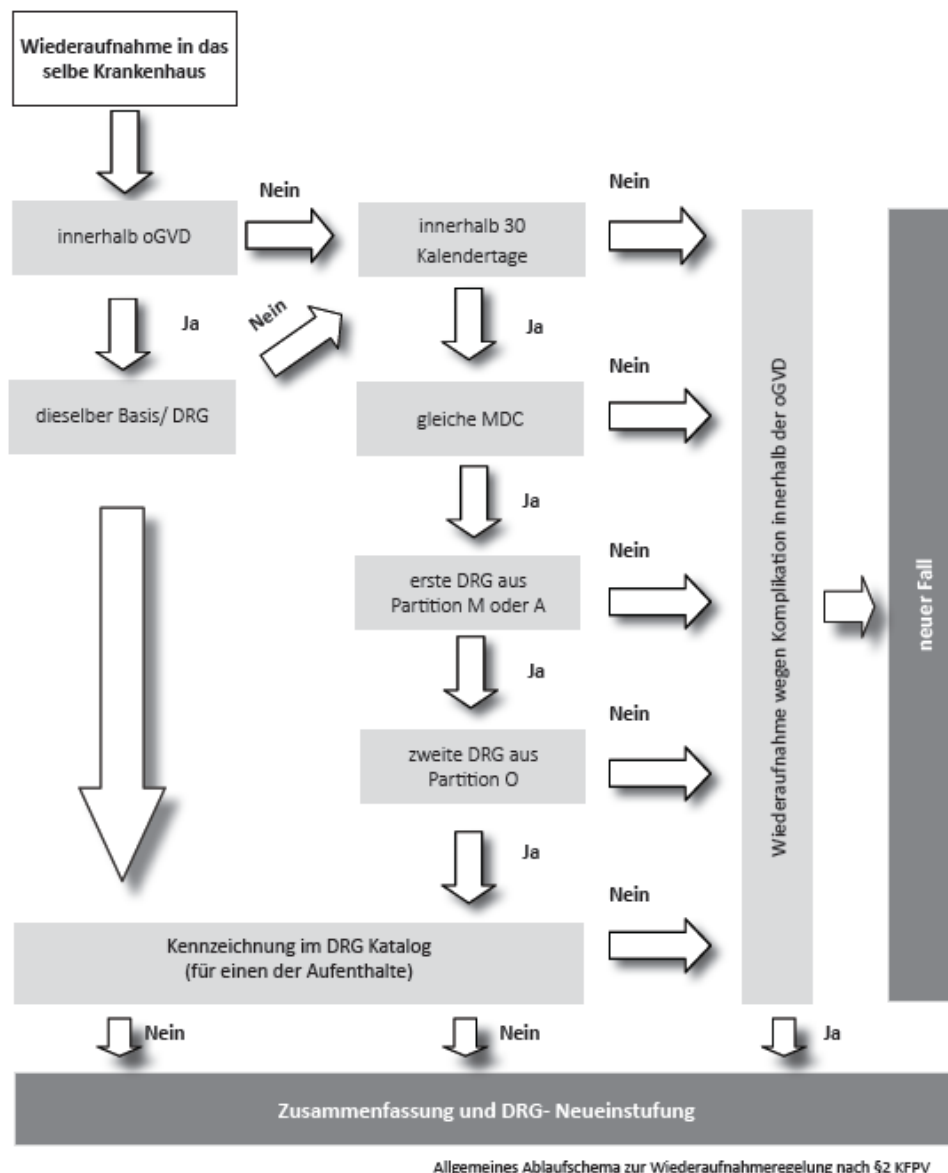
Für Wiederaufnahmen in dasselbe Krankenhaus sind mehrere Konstellationen definiert, bei deren Vorliegen unterschiedliche Aufenthalte eines Patienten, obwohl zeitlich getrennt, zu einem Aufenthalt zusammengefasst werden.

- Wenn ein Patient innerhalb der oberen Grenzverweildauer des ersten Aufenthaltes wieder in das gleiche Krankenhaus aufgenommen wird und der Behandlungsfall in die gleiche Basis-DRG eingruppiert wird, werden Verweildauern, Diagnosen und Prozeduren beider Aufenthalte zusammengefasst. Die DRG-Bewertung erfolgt auf Grundlage der zusammengefassten Daten der Aufenthalte.
- Wenn ein Patient innerhalb von 30 Kalendertagen zunächst in einer DRG der medizinischen oder anderen (= endoskopisch oder interventionell definiert) Partition und dann in einer DRG aus der chirurgischen Partition derselben MDC (Major Diagnostic Category) behandelt wird.
- Wenn Patienten oder Patientinnen wegen einer in den Verantwortungsbereich des Krankenhauses fallenden Komplikation im Zusammenhang mit der durchgeführten Leistung innerhalb der oberen Grenzverweildauer wiederaufgenommen werden. Dabei ist der Komplikationsbegriff nicht definiert. Es ist strittig, wie weit der Verantwortungsbereich des Krankenhauses reicht. In den Abrechnungsbestimmungen ist seit 2007 festgelegt, dass eine Zusammenfassung bei unvermeidbaren Nebenwirkungen von Chemo- oder Strahlentherapie nicht vorgenommen wird. Das Auftreten eines Rezidivs ist ebenfalls ausgenommen. In Anlehnung an diese Regelung wird daher beispielsweise das Auftreten einer akuten Rejektion bei einem Nierentransplantierten nicht als Komplikation im Sinne der Fallpauschalenverordnung gewertet. In zwei BSG-Entscheidungen vom 12.7.2012 (B 3 KR 15/11 R und B 3 KR 18/11 R) wird der Komplikationsbegriff allerdings sehr weit gefasst und überschreitet nach Auffassung der Krankenhausgesellschaften den im Wortlaut der Vereinbarung enthaltenen „Verantwortungsbereich des Krankenhauses“ deutlich.

Ausnahmen von der Wiederaufnahmeregelung gelten für 277 speziell gekennzeichnete DRGs, vor allem aus den Bereichen Transplantation, Onkologie, Schwangerschaft und Geburt.

Für die Nephrologie sind neben den Transplantations-DRGs insbesondere folgende DRGs von der Wiederaufnahmeregelung ausgenommen:

DRG	Bezeichnung
L36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L60A	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte, oder mit Dialyse und akutem Nierenversagen und äußerst schweren CC oder mit Dialyse und komplizierenden Faktoren, Alter < 16 Jahre
L60B	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit Dialyse und komplizierenden Faktoren, Alter > 15 Jahre
L60C	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit Dialyse oder äußerst schweren CC oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
L60D	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne Dialyse, ohne äußerst schwere CC, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
L71Z	Niereninsuffizienz, ein Belegungstag mit Dialyse



Über die in der Fallpauschalenvereinbarung vorgesehenen Regelungen zur Zusammenfassung und DRG-Neueinstufung hinaus hat das Bundessozialgericht in mehreren Entscheidungen seit 2015 (u.a.: B 1 KR 34/15 R, 19.04.2016) von den Krankenhäusern gefordert, die Wirtschaftlichkeit der Behandlung im Sinne der Kostenträger zu beachten und deshalb auch in anderen Fällen eine Zusammenführung vorzunehmen.

Diese „wirtschaftlichen Fallzusammenführungen“ werden von Krankenkassen zunehmend gefordert, ein Reglement dafür liegt jedoch nicht vor.

4.1.5 Zusatzentgelte

Aufwändige Leistungen wie Dialysebehandlungen können zusätzlich zur DRG-Fallpauschale abgerechnet werden. Diese Leistungen sind im Fallpauschalenkatalog als Zusatzentgelte (ZE) definiert und mit vorgegebenen Preisen versehen. Diese Dialysen werden als interkurrente Dialyse bezeichnet. Dies gilt nicht für Krankenhausfälle mit den folgenden Basis-DRG's („Nieren-DRG's“): L60, und L71. In diesen DRG's ist die Dialyseleistung bereits in dem Entgelt für die Fallpauschale enthalten. Bei der Höhe der Zusatzentgelte wird nicht zwischen der verwendeten Antikoagulation unterschieden.

Die Zusatzentgelte in der Übersicht:

Hämodialyse:

Intermittierende und verlängert intermittierende Hämodialyse

ZE	Bezeichnung	Preis
ZE01.01	Intermittierende Hämodialyse, Patienten > 14 Jahre	225,21 €
ZE01.01	Verlängert intermittierende Hämodialyse, Patienten > 14 Jahre	225,21 €
ZE01.02	Intermittierende Hämodialyse, Patienten < 15 Jahre	420,51 €
ZE01.02	Verlängert intermittierende Hämodialyse, Patienten < 15 Jahre	420,51 €

Für die verlängert intermittierende Hämodialyse zur Elimination von Proteinen mit einer Molekularmasse bis 60.000 kD (HCO-Dialyse) gilt das ZE2017-109, für welches ein krankenhausesindividuelles Zusatzentgelt zu vereinbaren ist.

Kontinuierliche Hämodialyse

ZE	Bezeichnung	Preis
ZE120.01	CVVHD bis 24 Stunden	323,72 €
ZE120.02	CVVHD mehr als 24 bis 72 Stunden	776,93 €
ZE120.03	CVVHD mehr als 72 bis 144 Stunden	1.553,86 €
ZE120.04	CVVHD mehr als 144 bis 264 Stunden	2.783,99 €
ZE120.05	CVVHD mehr als 264 bis 432 Stunden	4.661,57 €
ZE120.06	CVVHD mehr als 432 bis 600 Stunden	6.927,61 €
ZE120.07	CVVHD mehr als 600 bis 960 Stunden	10.229,55 €
ZE120.08	CVVHD mehr als 960 bis 1.320 Stunden	15.085,35 €
ZE120.09	CVVHD mehr als 1.320 bis 1.680 Stunden	19.941,15 €
ZE120.10	CVVHD mehr als 1.680 bis 2.040 Stunden	24.796,95 €
ZE120.11	CVVHD mehr als 2.040 bis 2.400 Stunden	29.652,75 €

ZE	Bezeichnung	Preis
ZE120.12	CVVHD mehr als 2.040 Stunden	34.508,55 €

Hämodiafiltration:**Intermittierende und verlängert intermittierende Hämodiafiltration**

ZE	Bezeichnung	Preis
ZE02.01	Intermittierende Hämodiafiltration	235,16 €
ZE02.01	Verlängert intermittierende Hämodiafiltration	235,16 €

Kontinuierliche Hämodiafiltration

ZE	Bezeichnung	Preis
ZE121.01	CVVHDF bis 24 Stunden	360,77 €
ZE121.02	CVVHDF mehr als 24 bis 72 Stunden	865,85 €
ZE121.03	CVVHDF mehr als 72 bis 144 Stunden	1.731,70 €
ZE121.04	CVVHDF mehr als 144 bis 264 Stunden	3.102,62 €
ZE121.05	CVVHDF mehr als 264 bis 432 Stunden	5.195,09 €
ZE121.06	CVVHDF mehr als 432 bis 600 Stunden	7.720,48 €
ZE121.07	CVVHDF mehr als 600 bis 960 Stunden	11.400,33 €
ZE121.08	CVVHDF mehr als 960 bis 1.320 Stunden	16.811,88 €
ZE121.09	CVVHDF mehr als 1.320 bis 1.680 Stunden	22.223,43 €
ZE121.10	CVVHDF mehr als 1.680 bis 2.040 Stunden	27.634,98 €
ZE121.11	CVVHDF mehr als 2.040 bis 2.400 Stunden	33.046,53 €
ZE121.12	CVVHDF mehr als 2.040 Stunden	38.458,08 €

Hämofiltration:**Intermittierende und verlängert intermittierende Hämofiltration**

ZE	Bezeichnung	Preis
ZE62	Intermittierende Hämofiltration	262,42 €
ZE62	Verlängert intermittierende Hämofiltration	262,42 €

Kontinuierliche Hämofiltration

ZE	Bezeichnung	Preis
ZE119.01	CVVHF bis 24 Stunden	384,39 €
ZE119.02	CVVHF mehr als 24 bis 72 Stunden	922,54€
ZE119.03	CVVHF mehr als 72 bis 144 Stunden	1.845,07 €
ZE119.04	CVVHF mehr als 144 bis 264 Stunden	3.305,75 €

ZE	Bezeichnung	Preis
ZE119.05	CVVHF mehr als 264 bis 432 Stunden	5.535,22 €
ZE119.06	CVVHF mehr als 432 bis 600 Stunden	8.225,95 €
ZE119.07	CVVHF mehr als 600 bis 960 Stunden	12.146,72 €
ZE119.08	CVVHF mehr als 960 bis 1.320 Stunden	17.912,57 €
ZE119.09	CVVHF mehr als 1.320 bis 1.680 Stunden	23.678,42 €
ZE119.10	CVVHF mehr als 1.680 bis 2.040 Stunden	29.444,27 €
ZE119.11	CVVHF mehr als 2.040 bis 2.400 Stunden	35.210,12 €
ZE119.12	CVVHF mehr als 2.040 Stunden	40.975,12 €

Peritonealdialyse:**Intermittierende Peritonealdialyse (IPD)**

ZE	Bezeichnung	Preis
ZE122	IPD	270,91 €

Kontinuierliche Peritonealdialyse (CAPD)

ZE	Bezeichnung	Preis
ZE123.01	CAPD bis 24 Stunden	197,90 €
ZE123.02	CAPD mehr als 24 bis 72 Stunden	474,96 €
ZE123.03	CAPD mehr als 72 bis 144 Stunden	949,92 €
ZE123.04	CAPD mehr als 144 bis 264 Stunden	1.701,94 €
ZE123.05	CAPD mehr als 264 bis 432 Stunden	2.833,93 €
ZE123.06	CAPD mehr als 432 bis 600 Stunden	4.235,06 €
ZE123.07	CAPD mehr als 600 bis 960 Stunden	6.235,06 €
ZE123.08	CAPD mehr als 960 bis 1.320 Stunden	9.222,14 €
ZE123.09	CAPD mehr als 1.320 bis 1.680 Stunden	12.190,64 €
ZE123.10	CAPD mehr als 1.680 bis 2.040 Stunden	15.159,14 €
ZE123.11	CAPD mehr als 2.040 bis 2.400 Stunden	18.127,64 €
ZE123.12	CAPD mehr als 2.040 Stunden	21.096,14 €

Für die Peritonealdialyse: Kontinuierlich, maschinell unterstützt, mit Zusatzgeräten (APD, CCPD) (OPS 8-857.2*, ZE82) muss ein krankenhausindividuelles Zusatzentgelt verhandelt werden.

Es gibt weitere für die Nephrologie relevante Zusatzentgelte, zum Beispiel das ZE107 für Transfusion von mehr als 15 Erythrozytenkonzentraten oder das ZE154 für die Gabe von Eculizumab bei verschiedenen nephrologischen Erkrankungen.

Eine Abrechnung der Dialysen zusätzlich zur Basis-DRG L09 bei Shuntoperation oder I66 bei Morbus Wegener ist möglich.

Das Zusatzentgelt ist eine Entgeltart innerhalb des Budgets.

4.2 Nephrologische Aspekte im DRG-System

Die Fälle mit akuter Nierenschädigung und chronischer Nierenkrankheit als Hauptdiagnose werden in aufwands-unterschiedlichen Gruppen innerhalb der Basis-DRGs L60 und L71 abgegrenzt.

Es bestehen folgende DRG-Splitkriterien:

- Handelt es sich um einen Belegungstag oder mehr?
- Wurde eine Dialyse durchgeführt?
- Liegen äußerst schwere oder schwere Nebendiagnosen vor?
- Besteht ein akutes Nierenversagen?
- Hat der Patient eine Kalziphylaxie?
- Ist das Patiententalter unter 16 oder über 15 Jahre?

Im DRG-System 2017 gibt es in der nephrologischen Basis-DRG L60 im Vergleich zu 2016 Verschiebungen, die durch drei Faktoren zustanden kommen: Veränderungen der CC-Matrix und der PCCL-Bewertung, aber auch eine veränderte Gewichtung von kurzzeitigen Intensivaufenthalten (siehe Tabelle).

DRG 2016	BR* 2016	DRG 2017	BR* 2017	Differenz
L60A	3,558	L60A	3,876	0,318
L60B	2,295	L60B	2,314	0,019
L60C	1,636	L60C	1,630	-0,006
L60D	0,920	L60D	0,883	-0,037

*BR = Bewertungsrelation laut Fallpauschalenkatalog

4.3 CCL, PCCL und ökonomischer Schweregrad

Es gibt eine Reihe von Diagnosen, die als Nebendiagnose eine Schweregradgewichtung haben. Es handelt sich um Diagnosen, die besonders schwere Komplikationen oder Begleiterkrankungen sein können und die einen höheren Ressourcenverbrauch im Krankenhaus nach sich ziehen. Diese Gewichtung, der sogenannte CCL (Complication and Comorbidity Level), wird mit einem Wert von 1 bis 6 angegeben und ist weiterhin noch abhängig von der medizinischen oder operativen Partition der DRG.

CCL-Schweregrad-Stufen:

- 1 leichte CC
- 2 mäßig schwere CC
- 3 schwere CC
- 4 äußerst schwere CC

Mehrere dieser schweregradgewichteten Diagnosen ergeben den medizinischen Gesamtschweregrad des Behandlungsfalles und finden Ausdrucks in dem PCCL (Patient Clinical Complexity Level), der die Maßzahl für den kumulativen Effekt der CC-Diagnosen ist. Die Berechnung erfolgt über eine Glättungsformel und durch ein komplexes Verfahren, das vermeidet, dass ähnliche Konstellationen von Nebendiagnosen mehrfach gewertet werden.

Die Glättungsformel ist so angepasst worden, dass viele niedrige CCL-Werte nicht mehr so schnell zu einem hohen PCCL führen wie früher und die PCCL-Werte aller Fälle gleichmäßig in den

Schweregradstufen 1-6 verteilt sind. Damit nimmt die Kodierung der Nebendiagnosen an Bedeutung zu.

PCCL-Schweregrad-Stufen:

- 0 keine CC
- 1 leichte CC
- 2 mäßig schwere CC
- 3 schwere CC
- 4 äußerst schwere CC
- 5 und 6 schwerste CC

Der PCCL berechnet sich aus den in absteigender Wertigkeit sortierten CCL-Werten aller Nebendiagnosen (ND). In 2016 scheint eine stärkere Differenzierung der Fälle mit äußerst schweren CC, gerade im Hinblick auf Extremkostenfälle, vielversprechend. Eine Verbesserung der Abbildbarkeit von Fällen mit äußerst schweren CC soll durch neue Schweregrade (4, 5 und 6 statt 4) erzielt werden. Es gibt keine Veränderung für Fälle mit niedrigerem PCCL (0 bis 3).

Bisherige Formel	keine CC	leichte CC	mäßige CC	schwere CC	äußerst schwere CC		
	0	1	2	3	4		
Neue Formel	keine CC	leichte CC	mäßige CC	schwere CC	äußerst schwere CC		
	0	1	2	3	4	5	6

5 Allgemeine Kodierung

Die deutschen Kodierrichtlinien (DKR Version 2017, www.g-drg.de) wurden durch die Selbstverwaltungspartner (Deutsche Krankenhausgesellschaft, GKV-Spitzenverband und der Verband der privaten Krankenversicherungen) und das InEK redaktionell überarbeitet. Hauptsächlich betrifft das Klarstellungen und redaktionelle Änderungen. Zusätzlich wurden die Kodierregeln und Beispiele an die Klassifikationen (ICD-10-GM Version 2017, OPS Version 2017, G-DRG-Version 2017) angepasst.

5.1 Diagnosen

Diagnosen werden nach der International Classification of Diseases (ICD) kodiert. Die vom DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, www.dimdi.de) herausgegebene deutsche Version für dieses Jahr heißt ICD-10-GM, wobei GM für „German Modification“ steht.

ICD-10-Kodes sind alphanumerische Schlüssel mit drei bis fünf Stellen. Es müssen immer alle Stellen angegeben werden (Nutzung der endständigen Kodes).

Jeder Diagnosekode besteht aus drei Teilen:

Beispiel: ICD-10-Kode N18.2 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 2		
Kapitel	Kategorie	Spezifikation
N	18.	2

Der führende Buchstabe gibt das Kapitel an. Die ersten beiden Kapitel mit den Kennzeichen „A“ und „B“ behandeln Infektionen, die Kapitel „C“ und „D“ bösartige und gutartige Neubildungen. Die folgenden Kapitel sind nach Organsystemen gegliedert. Das Kapitel „N“ betrifft die Erkrankungen des Urogenitalsystems. Im „R“-Kapitel werden Symptome aufgelistet; das „Z“-Kapitel fasst besondere Konstellationen zusammen, die keinem der anderen Kapitel zugeordnet werden können.

Nach dem führenden Buchstaben für das Kapitel folgt eine zweistellige Zahl, die die Diagnosenkategorie repräsentiert (z.B. N17.- für akutes Nierenversagen und N18.- für chronische Nierenkrankheit). In der Regel wird der Kode durch eine oder zwei mit einem Punkt abgetrennte Ziffern spezifiziert (z.B. N18.2 für Chronische Nierenkrankheit, Stadium 2).

Findet sich eine Diagnose in keiner der aufgelisteten Spezifizierungen, wird in der Regel „.8“ Sonstige kodiert. Liegen keine ausreichenden Informationen zur Wahl einer Spezifizierung vor (ist also z.B. das Stadium nicht bekannt), wird „.9“ nicht näher bezeichnet kodiert

Wird beispielsweise bei einer akuten Nierenschädigung ein histopathologischer Befund erhoben, der zu keiner der unter N17.0-, N17.1- oder N17.2- vorgegebenen Spezifikationen passt, ist N17.8- der korrekte Kode. Liegt, was bei akuter Nierenschädigung die Regel ist, keine Histologie vor, ist es der Kode N17.9-.

Für Kostensicherungs- und Abrechnungszwecke stationärer Fälle müssen verschiedene Diagnosetypen einschließlich Aufnahme-, Verlegungs-, Entlassungs-, Haupt- und Nebendiagnosen an die Krankenversicherungen übermittelt werden.

Hauptdiagnose ist die Diagnose, die rückblickend, also nach Abschluss des gesamten Falles, als diejenige festgestellt wird, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich war (offizielle Definition nach den Deutschen Kodierrichtlinien, DKR D002f).

Die Hauptdiagnose gilt für den gesamten Fall, unabhängig davon, ob der Patient innerhalb des Krankenhauses verlegt wird oder nicht. Der Kode für die Hauptdiagnose ist das zentrale Zuordnungskriterium für die Ermittlung der DRG.

Erläuterung: Die Hauptdiagnose ist diejenige Diagnose, die mit dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Kodierung nach der Entlassung den stationären Aufenthalt begründet hat. Sie wird unter Berücksichtigung aller vorliegenden Informationen festgelegt. Hierbei sind auch Befunde heranzuziehen, die nach der Entlassung eingehen (DKR D002f). Es muss sich bei der Hauptdiagnose keinesfalls um eine Aufnahmediagnose handeln.

Beispiel:

Ein Patient wird wegen Hämoptoe stationär aufgenommen. Während des stationären Aufenthalts wird die Diagnose M. Wegener gestellt.

- Aufnahmediagnose, ICD-Kode: R04.2 *Hämoptoe*; die Abklärung ergibt einen Morbus Wegener
- Hauptdiagnose, ICD-Kode: M31.3 *Wegener-Granulomatose*

Die der Hauptdiagnose zugrundeliegende Erkrankung muss bei der Aufnahme bereits bestanden haben und darf nicht erst als Komplikation während des stationären Aufenthaltes entstanden sein. Dabei reicht es aus, wenn bei der Aufnahme Symptome oder Beschwerden bekannt und dokumentiert sind und die endgültige Diagnose erst während des Aufenthaltes gestellt wird. Bei mehreren Diagnosen, die gleichzeitig diese Definition erfüllen, entscheidet der behandelnde Arzt und legt die Diagnose, die den höchsten Aufwand verursachte, als Hauptdiagnose fest (DKR D002f).

5.1.1 Nebendiagnosen

Nebendiagnosen sind Krankheiten oder Beschwerden, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose bestehen oder sich während des Aufenthaltes entwickeln. Kodierrelevant sind Nebendiagnosen nur, wenn sie diagnostische oder therapeutische Maßnahmen oder einen erhöhten Aufwand für Betreuung, Pflege oder Überwachung verursachen (DKR D003d).

5.1.2 Einweisungsdiagnose

Die Einweisungsdiagnose wird vom einweisenden Arzt festgelegt und spielt im DRG-System keine Rolle.

5.1.3 Aufnahmediagnosen

Die Aufnahmediagnosen werden vom aufnehmenden Arzt festgelegt und geben den Grund der stationären Aufnahme des Patienten mit dem Wissensstand zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme an. Sie müssen nicht der Einweisungsdiagnose entsprechen. Die den Aufnahmediagnosen zugeordneten ICD-10-Kodes müssen zur Kostensicherung des stationären Aufenthaltes innerhalb von drei Werktagen nach der Aufnahme der Krankenkasse übermittelt werden. Die Aufnahmediagnosen werden nicht zur DRG-Gruppierung herangezogen.

5.1.4 Verlegungsdiagnose

Bei einer internen Verlegung eines Patienten von einer Fachabteilung in eine andere Abteilung desselben Krankenhauses muss zum Zeitpunkt der Verlegung eine Verlegungsdiagnose (sogenannte Fachabteilungs-Hauptdiagnose) angegeben werden. Diese wird ebenfalls an die Kostenträger übermittelt.

5.1.5 Entlassdiagnosen

Entlassdiagnosen geben rückblickend die Umstände des stationären Aufenthaltes inklusive Komplikationen und Komorbiditäten wieder. Dabei werden auch während des stationären Aufenthaltes erfolgreich behandelte und abgeheilte Erkrankungen (z.B. Pneumonie) angegeben, auch wenn diese zum Zeitpunkt der Entlassung nicht mehr vorhanden sind. Sicher ausgeschlossene Verdachtsdiagnosen dürfen nicht als Entlassungsdiagnosen kodiert werden. Diagnosen, die auf Diagnostik, Therapie oder Pflege keinen Einfluss hatten, sind ebenfalls nicht als Nebendiagnosen anzugeben.

Beispielsweise wird bei einem Aufenthalt zur Transplantation unter Entlassdiagnosen N18.5 *Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5* und nicht etwa Z94.0 *Zustand nach Nierentransplantation* als Hauptdiagnose angegeben.

5.1.6 Kreuz-Stern-System (†*)

Zur weiteren Differenzierung von Diagnosen können Stern(*)-Codes angegeben werden. Dabei wird zuerst die Ätiologie (= Primärkode mit Kreuz †), dann die Manifestation (= Sekundärkode mit Stern *) kodiert. Als Kreuzkode kann jeder medizinisch plausible ICD-10-Schlüssel ohne Stern (*)- oder Ausrufezeichen (!) verwendet werden. Stern- und Ausrufezeichen-Codes dürfen nicht alleine aufgeführt werden und können niemals eine Hauptdiagnose sein.

Zum Beispiel wird eine Nephropathie bei Typ-1-Diabetes primär als Typ-1-Diabetes mit E10.20† *Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus mit Nierenkomplikationen, nicht als entgleist bezeichnet* kodiert. Mit dem Kreuz-Stern-System muss durch den zweiten Code N08.3* *Glomeruläre Krankheit bei Diabetes mellitus* die Manifestation angegeben werden. Der Sternkode allein gibt aber weder den Diabetestyp noch die Stoffwechsellage wieder. Deshalb können nur beide Codes zusammen die vollständige Information übermitteln.

5.1.7 Ausrufezeichen-Kode (!)

Die mit einem Ausrufezeichen gekennzeichneten Codes können nur zusätzlich zu einem Code ohne Stern und ohne Ausrufezeichen benutzt werden.

Zum Beispiel sollte bei der Kodierung eines Harnwegsinfektes (N39.0) der Erreger durch einen Ausrufezeichen-Kode mit angegeben werden (z.B. B96.2! für E. coli).

5.1.8 Unspezifische Codes

Als unspezifische Codes gelten „Sonstige“ (i. d. R. -.8) oder „Nicht näher bezeichnete“ (i. d. R. -.9). Dabei bedeutet „Sonstige“, dass der genaue Krankheitszustand bekannt ist, aber in der ICD kein spezifischer Code für diesen Zustand existiert. „Nicht näher bezeichnet“ bedeutet, dass nicht genug Informationen vorliegen (z.B. keine Histologie bei akutem Nierenversagen), um den Krankheitszustand genauer beschreiben zu können. Codes, die mit -.8 oder mit -.9 enden, sollten vermieden werden, wenn spezifischere Codes zur Verfügung stehen, da oft nur spezifische Codes für die DRG- Zuordnung Berücksichtigung finden.

5.1.9 Symptome

Bei Symptomen wird unterschieden, ob die zugrundeliegende Erkrankung während des Krankenhausaufenthaltes identifiziert wird oder zum Zeitpunkt der Aufnahme bereits bekannt war. Stellt sich ein Patient mit einem Symptom oder der Manifestation einer zugrundeliegenden Erkrankung vor und wird die zugrundeliegende Erkrankung während des Klinikaufenthaltes identifiziert, so wird diese Erkrankung als Hauptdiagnose („Ätiologiekode“) kodiert. Das Symptom darf in dieser Konstellation nur dann zusätzlich als Nebendiagnose kodiert werden, wenn es ein

eigenständiges wichtiges Problem darstellt und im Regelfall nicht eindeutige und unmittelbare Folge der Grunderkrankung ist (DKR D002f).

Stellt sich ein Patient mit einem Symptom oder der Manifestation einer zugrundeliegenden Erkrankung vor, ist die zugrundeliegende Erkrankung bereits zum Zeitpunkt der Aufnahme bekannt und wird ausschließlich das Symptom behandelt, ist das Symptom die Hauptdiagnose („Manifestationskode“). Die zugrundeliegende Erkrankung ist als Nebendiagnose („Ätiologiekode“) zu kodieren

Beispiel:

Bei einem Patienten wird ein nephrotisches Syndrom mit chronischer Nierenkrankheit im Stadium II stationär abgeklärt und die histologische Diagnose einer fokalen segmentalen Glomerulonephritis gestellt.

HD: N04.1 Nephrotisches Syndrom bei fokal segmentaler Läsion
ND: N18.2 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 2
PR: 1-465.0 Nierenbiopsie mit Steuerung durch bildgebende Verfahren

Für die Entscheidung, ob die Grunderkrankung oder die aktuelle Manifestation hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Aufenthalts verantwortlich war, ist grundsätzlich immer zu fragen, warum der Patient überhaupt ins Krankenhaus gekommen ist und was vorrangig bzw. überwiegend im Krankenhaus behandelt wurde.

Treten bestimmte Manifestationen oder Symptome bei einer Grunderkrankung oder einem Syndrom immer auf (z.B. Proteinurie bei nephrotischem Syndrom), so dürfen diese nicht gesondert kodiert werden, sondern sind im Kode für die Grunderkrankung enthalten.

Ausnahme: Wenn Symptome oder Manifestationen eigenständige medizinische oder pflegerische Probleme darstellen, werden sie extra aufgeführt.

5.1.10 Verdachtsdiagnosen

Verdachtsdiagnosen sind Diagnosen, die zur Aufnahme führen, sich aber im Laufe des Aufenthaltes weder sicher bestätigen, noch sicher ausschließen lassen. Sie werden unterschiedlich kodiert; je nachdem, ob eine Behandlung auf Verdacht erfolgte oder ob der Patient in ein anderes Krankenhaus verlegt wurde oder entlassen wurde.

Konstellation 1:

Wenn Untersuchungen vorgenommen, aber keine Behandlung in Bezug auf die Verdachtsdiagnose eingeleitet wurde, sind die Symptome zu kodieren.

Beispiel:

Ein Kind wurde wegen rechtsseitigen 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. Die Hauptdiagnose ist R10.3 *Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches* (DKR D008b).

Konstellation 2:

Wenn eine Behandlung der Verdachtsdiagnose eingeleitet wurde und/ oder der Patient mit der Verdachtsdiagnose in ein anderes Krankenhaus verlegt wurde, wird die Verdachtsdiagnose als Hauptdiagnose kodiert. Es gilt der Informationsstand bei Entlassung bzw. Verlegung, d.h. auch bei weiterführenden Informationen aus dem aufnehmenden Krankenhaus darf die angegebene Verdachtsdiagnose nicht im Nachhinein geändert werden.

Beispiel:

Ein Patient wurde mit Verdacht auf Meningitis wegen starker 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. Die Hauptdiagnose ist G03.9 *Meningitis, nicht näher bezeichnet* (DKR D008b).

5.1.11 Syndrome

Wenn es für ein Syndrom im ICD-10 Verzeichnis einen spezifischen Kode gibt, wird dieser verwendet. Bei ausschließlicher Diagnostik und Behandlung einer im Vordergrund stehenden Manifestation eines Syndroms ist die Manifestation die Hauptdiagnose. Das Syndrom selbst und weitere relevante Manifestationen werden als Nebendiagnosen kodiert (DKR D004d).

Ist für ein angeborenes Syndrom kein spezifischer Kode in der ICD-10 enthalten, kann der Kode Q87.8 *Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungssyndrome, anderenorts nicht klassifiziert* als Nebendiagnose benutzt werden, ansonsten wird das Syndrom mit den Kodes für seine Einzelsymptome kodiert.

Beispiel:

Ein Patient wird wegen einer chronischen Nierenkrankheit (Kreatinin 5,0 mg/dl) bei Alport-Syndrom stationär behandelt.

HD: N18.4 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4

ND: Q87.8 Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungssyndrome, anderenorts nicht klassifiziert.

H90.5 Innenohrschwerhörigkeit

5.1.12 Geplante, aber nicht durchgeführte Behandlung

Bei stationärer Aufnahme für eine geplante Maßnahme, die aber nicht durchgeführt wird, bleibt die ursprüngliche Hauptdiagnose bestehen. Wenn die Maßnahme aus technischen oder personellen Gründen nicht durchgeführt werden konnte und der Patient wieder entlassen wurde, wird als Nebendiagnose der ICD-Kode Z53 *Personen, die Einrichtungen des Gesundheitswesens wegen spezifischer Maßnahmen aufgesucht haben, die aber nicht durchgeführt wurden* kodiert. Ist eine bestimmte Krankheit oder Komplikation Ursache für die nicht durchgeführte Maßnahme, muss diese zusätzlich zum Diagnosekode Z53 kodiert werden.

Beispiel:

Stationäre Aufnahme einer Patientin mit einer Nierenzyste zur operativen Entfernung. Die Patientin klagt über Kopfschmerz, und bei der Untersuchung wird eine Sinusitis festgestellt. Die Operation kann nicht durchgeführt werden.

HD:	N28.1	Erworbene Nierenzyste
ND:	J01.1	Akute Sinusitis frontalis
	Z53	Personen, die Einrichtungen des Gesundheitswesens wegen spezifischer Maßnahmen aufgesucht haben, die aber nicht durchgeführt wurden.

5.1.13 Nachuntersuchung

Bei Patienten mit onkologischen Erkrankungen, die zur Nachuntersuchung nach komplett abgeschlossener Behandlung aufgenommen werden, wird bei Nachweis von Rest-Tumorgewebe oder Vorliegen eines Rezidivs der entsprechende Primärtumor verschlüsselt.

Wenn kein Tumorgewebe mehr nachweisbar ist, wird als Hauptdiagnose ein Kode der Kategorie Z08.- Nachuntersuchung nach Behandlung wegen bösartiger Neubildung verwendet. Das (ausgeheilte) Malignom selbst wird als Nebendiagnose aus der Kategorie Z85.- angegeben. Es wird kein Kode aus den Codegruppen C00 – C75 bösartige Neubildungen verwendet. Diese werden nur angegeben, wenn noch Resttumor nachgewiesen wird.

Hauptdiagnosen für Patienten in der Nachsorge ohne Nachweis eines malignen Geschehens:

Nachuntersuchung nach	Kode
...chirurgischer Behandlung	Z08.0
...Strahlentherapie	Z08.1
...Chemotherapie	Z08.2
...Kombinationstherapie	Z08.7
...sonstiger Behandlung (z.B. Hyperthermie)	Z08.8

Der Zustand nach einem Malignom wird als Nebendiagnose mit einem Kode aus Z85.- *Bösartige Neubildung in der Eigenanamnese* angegeben.

Zustand nach...	Kode
Malignom der Verdauungsorgane	Z85.0
Malignom der Trachea, Bronchien oder Lunge	Z85.1
Malignom anderer intrathorakaler Organe	Z85.2
Malignom der Brustdrüse [Mamma]	Z85.3
Malignom der Genitalorgane	Z85.4
Malignom der Harnorgane	Z85.5
Leukämie	Z85.6
M. Hodgkin, NHL	Z85.7
Malignome sonstiger Organsysteme (z.B. ZNS)	Z85.8

Bei Patienten, die zur Nachuntersuchung nach einer Organtransplantation stationär aufgenommen werden, wird folgender Kode als Hauptdiagnose angegeben.

Diagnose	Kode
Nachuntersuchung nach Organtransplantation	Z09.80

5.1.14 Anamnestische Diagnosen

Rein anamnestische Diagnosen (z.B. Zustand nach Tonsillektomie vor 20 Jahren) werden in der Regel nicht kodiert. Nur bei Erkrankungen, die zu behandlungsbedürftigen Folgeerkrankungen geführt haben, wird als Hauptdiagnose die zugrundeliegende Erkrankung oder das führende Symptom, die zur Aufnahme in das Krankenhaus geführt haben oder Grund für die weiterführende Behandlung sind, kodiert.

Der Residual- oder Folgezustand (aktuelle Krankheit) wird zuerst angegeben, gefolgt von den Nebendiagnosen für die Ursachen des Residualzustandes (frühere Krankheit oder Ursache für die Spätfolge) und anderen anamnestischen Diagnosen (z.B. Krankheiten in der Eigenanamnese, Verlust von Extremitäten oder Organen, sogenannte „Zustand nach“-Diagnosen oder Diagnosen, die Abhängigkeiten von medizinischen Geräten oder Hilfsmitteln bezeichnen).

5.1.15 Folgezustände

Sofern die zugrundeliegende Krankheit nicht mehr aktiv ist, wird nicht der Kode für die akute Form der Krankheit kodiert, sondern der Folgezustand mit den entsprechenden spezifischen ICD-Kodes. Die Kodierung der Folgezustände von Krankheiten erfordert zwei Codes: einen Kode für den Restzustand oder die Art der Folgezustände und einen für die Ursache der Folgezustände. Die anamnestische Diagnose sollte dann als Nebendiagnose aufgeführt werden, wenn Diagnostik, Therapie oder Pflegeaufwand beeinflusst wurden.

Der Zustand, der durch die anamnestische Diagnose beschrieben wird, sollte nicht während des aktuellen Krankenhausaufenthaltes eingetreten sein: So wird für den stationären Aufenthalt, in dem eine Nierentransplantation durchgeführt wurde, der ICD-Kode N18.5 *Chronische Nierenerkrankung, Stadium 5* und der OPS-Kode 5-555.0 *Lebendnierentransplantation* bzw. 5-555.1 *Leichennierentransplantation...* kodiert, nicht jedoch Z94.0 *Zustand nach Nierentransplantation*.

Folgezustände, anamnestische Diagnosen und Manifestationskodes (*) sind niemals die Hauptdiagnose.

5.1.16 Mehrere Lokalisationen

Manifestiert sich eine Erkrankung an zwei oder mehreren Lokalisationen, so darf derselbe Diagnosekode nur einmal angegeben werden. Gibt es einen Diagnosekode für die doppelseitige Erkrankung, so muss dieser benutzt werden. Gibt es keinen speziellen Kode, so kann ein „B“ hinter der Kodenummer angegeben werden.

5.1.17 Pflegerelevante Nebendiagnosen

Nebendiagnosen, die sich aus der Krankenpflege ergeben, können vom Pflegepersonal erfasst werden und müssen vom ärztlichen Dienst geprüft werden. Gemäß der Kodierrichtlinie D001a, nach der die Kodierung in der Verantwortung des behandelnden Arztes liegt, muss geprüft werden, ob die Pflegediagnosen die Nebendiagnosendefinition erfüllen. Das ist in der Regel der Fall, weil der Pflegeaufwand in der DKR D003 als Definitionskriterium genannt ist.

Beispiele für pflegerelevante Nebendiagnosen:

Diagnose	Kode
Dekubitus 1. Grades (Rötung)	L89.0

Diagnose	Kode
Dekubitus 2. Grades (Hautdefekt)	L89.1
Dekubitus 3. Grades (Verlust aller Hautschichten)	L89.2
Dekubitus 4. Grades (Knochenbeteiligung)	L89.3
Kreislaufkomplikationen nach medizinischer Maßnahme, nicht näher bezeichnet	I97.9
Harnwegsinfektion, nicht näher bezeichnet	N39.0
Übelkeit und Erbrechen	R11
Hämaturie, nicht näher bezeichnet	R31
Verlust der unteren Extremität unterhalb oder bis zum Knie, einseitig	Z89.5
Verlust der unteren Extremität oberhalb des Knies, einseitig	Z89.6
(Teilweiser) Verlust der unteren Extremität, beidseitig	Z89.7
Verlust von oberen und unteren Extremitäten [jede Höhe]	Z89.8

Bei besonders pflegeintensiven Patienten kann auf der Normalstation ein Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS) erfasst und mit einem OPS-Kode abgebildet werden. Der PKMS wurde vom deutschen Pflegerat entwickelt, um hochaufwendige Pflege, also die volle Übernahme der Pflege in den Leistungsbereichen Körperpflege, Ernährung, Ausscheidung und Bewegung abbilden zu können.

Ein Leistungsmerkmal setzt sich aus einem Grund für hochaufwendige Pflege und einer dazugehörigen Pflegeintervention zusammen. Die Punkte werden für jeden Kalendertag über die gesamte Verweildauer addiert, und die Gesamtpunktzahl der Aufwandspunkte führt dann zu einem OPS-Kode. Der PKMS-Score gilt nur auf Normal- und IMC-Stationen und wird bei einer Verlegung auf eine Intensivstation ab dem Verlegungstag nicht angegeben, da bereits ein Intensivscore erfasst wird. Bei der Verlegung von der Intensiv- auf die Normalstation kann für diesen Tag der PKMS eingestuft werden.

Das ZE130.01 mit einer Entgelthöhe von 1.004,49 € wird bei 43 bis 129 PKMS-Punkten ausgelöst, das ZE130.02 mit 2346,55 € dementsprechend ab 130 PKMS-Punkten (nach oben offen).

Diagnose	Kodegruppe
Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen (PKMS-E)	9-200.-
Hochaufwendige Pflege von Kindern und Jugendlichen (PKMS-J)	9-201.-
Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern (PKMS-K)	9-202.-

Ab 2017 wird die Darstellung eines erhöhten Pflegebedarfs über die Kodierung des Barthel-Index und des FIM (Functional Independence Measure) in manchen Fällen DRG-relevant.

Diagnose	Kode
Motorische Funktionseinschränkung	U50.*
Kognitive Funktionseinschränkung	U51.*
Frührehabilitations-Barthel-Index (FRB)	U52.*

5.2 Prozeduren

Für die medizinischen Maßnahmen gibt das DIMDI die Prozedurenklassifikation OPS heraus. Sie beschränkt sich auf bestimmte diagnostische und therapeutische Maßnahmen. Nur Operationen sind umfassend aufgeführt, in den anderen Bereichen ist der Erfassungsgrad sehr unterschiedlich.

Die Codes bestehen aus drei Teilen:

Beispiel: OPS-Kode 8-854.2 Hämodialyse Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation		
Kapitel	Maßnahme	Spezifikation
8-	854.	2

Die führende Ziffer ordnet den Code in eines von sechs Kapiteln für Diagnostik, Bildgebung, Operationen, Medikamente, nicht-operative therapeutische Maßnahmen oder ergänzende Maßnahmen ein.

Art der Maßnahme	Kennziffer
Diagnostik	1
Bildgebung	3
Operationen	5
Medikamente	6
Sonstige therapeutische Maßnahmen	8
Ergänzende Maßnahmen	9

Nach einem Bindestrich folgt eine dreistellige Zahl, die die Art der Maßnahme (z.B. „854“ für Hämodialyse) angibt.

Nach einem Punkt wird der Code in der Regel durch eine oder zwei Ziffern spezifiziert (z.B. „2“ für *intermittierend*, *Heparin oder keine Antikoagulation*, und „62“ für *kontinuierlich*,... *mehr als 72 bis 144 Stunden*). Entspricht die durchgeführte Prozedur keiner der vorgesehenen Spezifizierungen, wird ein „x“ Sonstige angegeben. Hiermit werden z.B. Maßnahmen kodiert, die neu in die Klinik eingeführt wurden und für die noch kein spezifischer Code existiert. Die aus Gründen der Klassifikationssystematik vorgesehene Endung „y“ *Nicht näher bezeichnet* sollte nicht verwendet werden, da durch Verwendung dieser Codes demonstriert wird, dass der Kodierende nicht weiß, welche Prozedur durchgeführt worden ist.

Für die Prozeduren an paarigen Organen ist die Angabe eines Seitenkennzeichens gefordert, das durch das Hinzufügen von R (rechts) L (links) oder B (beidseits) erfolgt. Die entsprechenden Codes sind im OPS-Katalog durch einen Doppelpfeil (⇔) gekennzeichnet.

5.2.1 Signifikante Prozeduren

Eine Prozedur ist signifikant, wenn sie entweder chirurgischer Natur ist (also üblicherweise in einem OP stattfindet), ein Eingriffs- oder Anästhesierisiko birgt oder Spezialeinrichtungen oder -geräte oder eine spezielle Ausbildung erfordern (DKR P001f). Alle signifikanten Prozeduren, die vom Zeitpunkt der Aufnahme bis zum Zeitpunkt der Entlassung vorgenommen wurden und im OPS abbildbar sind, werden kodiert. Das schließt diagnostische, therapeutische und pflegerische Prozeduren ein.

5.2.2 Nicht kodierbare Prozeduren

Prozeduren, die regelmäßig bei den meisten Patienten und/oder mehrfach während eines Krankenhausaufenthaltes durchgeführt werden, werden nicht kodiert, da sich ihr Aufwand in der Diagnose oder in den anderen angewandten Prozeduren widerspiegelt. Sie wurden aus diesem Grunde nicht in den OPS-Katalog aufgenommen und sollen auch nicht mit den Restklassen „Andere...“ kodiert werden (DKR P014e und DKR P003d).

Beispiele für nicht zu kodierende Prozeduren:
Aufnahme- und Kontrolluntersuchung
Visite und Konsiliaruntersuchung
Blutentnahme und Laboruntersuchungen
Konventionelle Röntgenuntersuchung
Sonographien mit Ausnahme sonographischer Spezialverfahren, u.a. der Endosonographie, Kontrastmittelsonographie u.a.
Ruhe-EKG, Belastungs-EKG, Langzeit-EKG
24-Stunden-Blutdruckmessung
Echokardiografie (außer TEE)
Lungenfunktionstest mit Ausnahme von pneumologischen Funktionsuntersuchungen (1-71)
Subkutane Medikamentengabe, z.B. Heparin
Verbände außer bei großflächigen Hauterkrankungen
Legen eines transurethralen Blasenkatheters
Legen einer Magensonde
Medikamentöse Therapie mit Ausnahme von: <ul style="list-style-type: none"> • Neugeborenen • Nicht-antibiotischer Chemotherapie • Systemischer Thrombolyse • Immunglobulingabe • Gabe von Gerinnungsfaktoren • Andere Immuntherapie • Antiretrovirale Therapie • Medikamenten aus Kapitel 6 des OPS

5.2.4 Einmal zu kodierende Prozeduren

Prozeduren, die während eines stationären Aufenthaltes wiederholt durchgeführt werden, wie z.B. Patientenmonitoring bei mehreren Intensivaufenthalten, Lagerungsbehandlung oder Schmerztherapie, dürfen für jeden stationären Aufenthalt nur einmal kodiert werden (DRK P005h).

Multiple Prozeduren beinhalten Maßnahmen, die während einer stationären Behandlung mehrmals angewandt werden, sie unterscheiden sich nach Größe, Zeit oder Anzahl (DKR P005k):

- Multiple Prozeduren unterschiedlicher Größe an der gleichen Lokalisation wie z.B. bei der Entfernung von erkranktem Gewebe an mehreren Stellen des Rückens in einer Sitzung (Mehrere Sitzungen während eines stationären Aufenthalts werden mit mehreren Codes verschlüsselt.)
- Multiple Prozeduren unterschiedlicher Zeit sind z.B. kontinuierliche Dialysebehandlungen, Chemotherapien und die Komplexbehandlung bei MRSA (es wird zum Datum der ersten Leistung ein OPS-Code angegeben, der den gesamten Zeitraum ohne Unterbrechung beinhaltet - näheres im Kapitel 4.12 Dialysen)
- Multiple Prozeduren unterschiedlicher Anzahl (Menge) sind z.B. Plasmaseparationen und andere extrakorporale Therapieverfahren, Blut- und Blutprodukte (PPSB, ATIII) und Medikamente (die kumulierte Menge wird rückblickend am Tag der ersten Leistung erfasst).

5.2.5 Nicht vollendete oder unterbrochene Prozedur

Wird eine geplante Prozedur nicht vollendet oder vorzeitig unterbrochen, wird die geplante Prozedur kodiert (siehe auch Kap. 4.12.1; geplante Dialyse). Bei operativen Eingriffen wird ein Zusatzcode angegeben.

Prozedur	Kode
Vorzeitiger Abbruch einer Operation (Eingriff nicht komplett durchgeführt)	5-995

5.2.6 Monokausale Kodierung

Kodierrichtlinie P003 beschreibt, dass die Abbildung eines Eingriffs möglichst mit einem Code Grundprinzip des OPS ist. Das wird als monokausale Kodierung beschrieben.

Immer wieder kommt es zu Streitigkeiten, ob eine Operation mit mehreren OPS- Codes verschlüsselt werden darf. Es wird empfohlen, dies dann zu tun, wenn durch die Kombination der verschiedenen OPS eine verbesserte Spezifizierung der zu kodierenden Maßnahme erreicht wird. Eine redundante Kodierung (OPS-Code für die gesamte Maßnahme mit anschließender doppelter Kodierung der einzelnen OP-Schritte) ist natürlich zu vermeiden. Das DIMDI hat Ende 2012 in einer FAQ zum OPS (2011) darauf hingewiesen, dass es in solchen Fällen zulässig ist, zwei OPS-Kodes zu verschlüsseln, auch wenn die OPS-Systematik bei diesen Schlüsseln keine Hinweise auf Verwendung weiterer Codes enthält.

6 Spezielle Kodierung

Die folgenden Ausführungen zur Kodierung in der Nephrologie entsprechen den aktuellen deutschen Kodierregeln und den Hinweisen aus ICD-10 und OPS.

6.1 Nephrologische Diagnosen

In der ICD-10 werden die Erkrankungen der Nieren und Harnwege in sechs Gruppen eingeteilt:

1. Glomeruläre Krankheiten (N00-N08)
2. Tubulointerstitielle Nierenerkrankungen (N10-N16)
3. Niereninsuffizienz (N17-N19)
4. Urolithiasis (N20-N23)
5. Sonstige Krankheiten von Niere und Ureter (N25-N29)
6. Sonstige Krankheiten des Harnsystems (N30-N39)

Weitere für die Nephrologie relevante Erkrankungen finden sich in den folgenden ICD-10-Kapiteln:

- Diabetes mellitus (E10-E14)
- Hochdruck und Hochdruckkrankheiten (I10-I15)
- Ischämische Herzkrankheiten (I20-I25)
- Systemerkrankungen Bindegewebe (M30-M36)
- Atherosklerose, Aneurysma (I70-I73)

6.2 Glomeruläre Erkrankungen

Bei den glomerulären Erkrankungen, die nicht Teil einer systemischen Erkrankung sind, geben die ersten drei Stellen des Codes die klinische Symptomatik an.

Ist keine histologische Diagnose bekannt, folgt als vierte Stelle eine 9:

Diagnose	Kode
Akutes nephritisches Syndrom	N00.9
Rapid-progressives nephritisches Syndrom	N01.9
Rezidivierende und persistierende Hämaturie	N02.9
Chronisches nephritisches Syndrom	N03.9
Nephrotisches Syndrom	N04.9
Nicht näher bezeichnetes nephritisches Syndrom	N05.9
Isolierte Proteinurie	N06.9
Hereditäre Nephropathie, anderorts nicht klassifiziert	N07.9

Ist eine histologische Diagnose bekannt, wird an vierter Stelle des Codes anstatt der .9 eine Ziffer von .0 bis .8 verwendet:

Histologie	4. Stelle
------------	-----------

Histologie	4. Stelle
Minimale glomeruläre Läsion	.0
Fokale und segmentale glomeruläre Läsion	.1
Diffuse membranöse Glomerulonephritis	.2
Diffuse mesangioproliferative Glomerulonephritis	.3
Diffuse endokapillär-proliferative GN	.4
Diffuse mesangiokapilläre Glomerulonephritis, membranoproliferative Glomerulonephritis Typ I	.5
Dense-deposit-Krankheit, membranoproliferative Glomerulonephritis Typ II	.6
Glomerulonephritis mit diffuser Halbmondbildung	.7
Sonstige morphologische Veränderungen	.8

Beispiel:		
Bei einem Patienten wird ein nephrotisches Syndrom mit chronischer Nierenkrankheit (Glomeruläre Filtrationsrate 65 ml / min / 1,73 m ²) stationär abgeklärt und die histologische Diagnose einer fokal segmentalen Glomerulonephritis gestellt.		
HD:	N04.1	Nephrotisches Syndrom bei fokal segmentaler glomerulärer Läsion
ND:	N18.2	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 2
PR:	1-465.0	Nierenbiopsie mit Steuerung durch bildgebende Verfahren

Glomeruläre Erkrankungen, die Teil einer systemischen Erkrankung sind, werden nach der Kreuz-Stern-Systematik kodiert. Stern-(*)-Kodes aus dem Kapitel N08.- können wie alle Stern-(*)-Kodes nie allein, sondern immer nur in Verbindung mit einer führenden Kreuz-(+)-Diagnose angegeben werden.

Glomeruläre Erkrankungen als Teil einer systemischen Erkrankung:

Erkrankungen / Kreuz-Kode		Stern-Kode
Glomeruläre Erkrankungen bei infektiösen oder parasitären Erkrankungen		N08.8*
Malaria quartana	B52.0†	
Mumps	B26.8†	
Schistosomiasis	B65.1†	
Syphilis	A52.7†	
Sepsis	A40.- bis A41.-†	
Glomeruläre Erkrankungen bei Neubildungen		N08.1*
Multiples Myelom [Plasmozytom]	C90.0-†	
Makroglobulinämie Waldenström	C88.0-†	
Glomeruläre Erkrankungen bei Blutkrankheiten und Störungen mit Beteiligung des Immunsystems		N08.2*

Erkrankungen / Kreuz-Kode		Stern-Kode
Dissiminierte intravasale Gerinnung	D65†	
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	D59.3†	
Kryoglobulinämie	D89.1†	
Purpura Schoenlein-Henoch	D69.0†	
Sichelzellenkrankheiten	D57.-†	
Glomeruläre Erkrankungen bei Diabetes mellitus		N08.3*
Diabetes mellitus	(E10-E14†, vierte Stelle .2)	
Glomeruläre Erkrankungen bei sonstigen endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten		N08.4*
Amyloidose	E85.-†	
Fabry-(Anderson-) Krankheit	E75.2†	
Lecithin-Cholesterin-Acyltransferase-Mangel	E78.6†	
Glomeruläre Erkrankungen bei Systemerkrankungen des Bindegewebes		N08.5*
Goodpasture-Syndrom	M31.0†	
Mikroskopische Polyangiitis	M31.7†	
SLE	M32.1†	
Thrombotisch thrombozytopenische Purpura (TTP)	M31.1†	
Wegenersche-Granulomatose	M31.3†	
Glomeruläre Erkrankungen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten		N08.8*
Glomeruläre Krankheiten bei subakuter bakterieller Endokarditis	I33.0†	

Prozeduren bei Glomerulonephritiden

Prozedur	Kode
Perkutane Biopsie Niere mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	1-465.0 ⇄
Biopsie an der Niere durch Inzision	1-560.0 ⇄
Biopsie am perirenal Gewebe durch Inzision	1-560.1 ⇄

Der Kode 1-465.0 betrifft die ultraschallgesteuerte Biopsie der Nieren. Der Kode 1-463.0 *Perkutane Nadelbiopsie der Niere* wird in der Regel nicht verwendet, da er nur für Biopsien ohne Steuerung durch bildgebende Verfahren vorgesehen ist. Die Kodes 1-560.0 und -.1 bezeichnen die offene intraoperative Biopsie.

Weitere Prozeduren sind:

Prozedur
Dialyse - Siehe Kapitel 4.10.1 bis 4.10.6

Prozedur
Plasmapherese - Siehe Kapitel 4.10.7

6.3 Systemerkrankungen

Um das Ausmaß einer Beteiligung der Niere bei Systemerkrankungen zu beschreiben, ist die Angabe mehrerer Codes notwendig:

- Der Code für die entsprechende Systemerkrankung (Kreuzcode)
- Der zugehörige Code aus N08.- oder N16.- für die Nierenkrankheit (Sterncode)
- Der Code für das Ausmaß der chronischen Nierenkrankheit entsprechend der Klassifikation (Stadium 1: N18.1, Stadium 2: N18.2, Stadium 3: N18.3, Stadium 4: N18.4, Stadium 5: N18.5 [siehe Kapitel 4.8.2 Chronische Nierenkrankheit])

6.3.1 Kollagenosen

6.3.1.1 Systemischer Lupus erythematoses (SLE)

SLE-Kreuz- Kode	Manifestation / Stern- bzw. Ausrufezeichen-Kode	
M32.1†	SLE mit Beteiligung von Organen und Organsystemen	
	Endokarditis	I39.-*
	Perikarditis	I32.8*
	Lungenbeteiligung	J99.1*
	Glomeruläre Nierenbeteiligung	N08.5*
	Tubulointerstitielle Nierenbeteiligung	N16.4*
M32.0	Arzneimittelinduzierter SLE	
	Unerwünschte Nebenwirkung bei therapeutischer Anwendung von Arzneimitteln und Drogen	Y57.9!
M32.8	SLE ohne Organmanifestation	

Antiphospholipidantikörpersyndrom bei SLE	Kode
Sonstige näher bezeichnete Koagulopathien	D68.8

Beispiel:

Ein Patient mit bekanntem systemischen Lupus erythematoses mit Nierenbeteiligung (Glomeruläre Filtrationsrate 40 ml / min / 1,73 m²) wird wegen einer Klebsiellen-Pneumonie unter immunsuppressiver Behandlung stationär aufgenommen. Die immunsuppressive Therapie wird unterbrochen.

HD: J15.0 Pneumonie bei Klebsiella pneumoniae

ND: M32.1† SLE mit Organbeteiligung

N08.5* Glomeruläre Krankheit bei Systemerkrankungen des Bindegewebes

ND:	N18.3	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 3
	D90	Immunkompromittierung nach immunsuppressiven Maßnahmen
	Y57.9!	Unerwünschte Nebenwirkung bei therapeutischer Anwendung von Arzneimitteln und Drogen

Beispiel:		
Bei einem Patienten mit bekanntem systemischen Lupus erythematodes kommt es bei normaler GFR zum Auftreten eines nephrotischen Syndroms. Zur weiteren Therapieplanung wird eine Nierenbiopsie durchgeführt.		
HD:	M32.1†	SLE mit Organbeteiligung
ND:	N08.5	Glomeruläre Krankheit bei Systemerkrankungen des Bindegewebes
	N18.1	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 1
PR:	1-465.0	Perkutane Biopsie an der Niere mit Steuerung durch bildgebende Verfahren

6.3.1.2 Sklerodermie

Sklerodermie ohne Organmanifestation	Kode
Progressive systemische Sklerose	M34.0

Sklerodermie Kreuz-Kode	Manifestation / Stern- bzw. Ausrufezeichen-Kode	
M34.8†	Sklerodermie mit Organmanifestation (Sonstige Formen der systemischen Sklerose)	
	Lungenbeteiligung	J99.1*
	Myopathie	G73.7*
M34.2	Arzneimittelinduzierte Sklerodermie, (Systemische Sklerose, durch Arzneimittel oder chemische Substanzen induziert)	
	Unerwünschte Nebenwirkung bei therapeutischer Anwendung von Arzneimitteln und Drogen	Y57.9!

6.3.1.3 CREST-Syndrom

Diagnose	Kode
CR(E)ST-Syndrom: Kombination von Kalzinose, Raynaud-Phänomen, Ösophagus-funktionsstörungen, Sklerodaktylie, Teleangiektasie	M34.1

6.3.1.4 Dermatomyositis-Polymyositis

Diagnose	Kode
Juvenile Dermatomyositis	M33.0
Sonstige Dermatomyositis	M33.1
Polymyositis	M33.2
Dermatomyositis-Polymyositis bei Neubildungen	M36.0*

6.3.1.5 Sjögren-Syndrom

Sjögren-Syndrom ohne Organmanifestation	Kode
Sjögren-Syndrom (Sicca-Syndrom)	M35.0

Sjögren-Syndrom mit Organmanifestation	Kode
Sjögren-Syndrom (Sicca-Syndrom)	M35.0†
Keratokonjunktivitis	H19.3*
Lungenbeteiligung	J99.1*
Myopathie	G73.7*
Tubulointerstitielle Nierenkrankheiten bei systemischen Krankheiten des Bindegewebes	N16.4*

6.3.1.6 Mischkollagenose

Diagnose	Kode
Mischkollagenose (Sharp Syndrom, mixed connective tissue disease)	M35.1

Undifferenzierte Kollagenosen

Diagnose	Kode
Undifferenzierte Kollagenosen	M35.9

6.3.2 Vaskulitis

Nach der Chapel-Hill-Konsensus-Konferenz 2012 werden die Vaskulitiden unterschieden je nach Beteiligung der betroffenen Gefäße (siehe Tabelle).

Einteilung der Vaskulitiden (Chapel-Hill Konsensus-Konferenz 2012)	
4.3.2.1 Vaskulitis der großen Gefäße	Takayasu Arteriitis (Alter < 40 Jahre)
	Riesenzellarteriitis (Alter > 50 Jahre, z.B. Arteriitis temporalis)
4.3.2.2 Vaskulitis der mittelgroßen Gefäße	Pan-(Poly-)arteriitis nodosa
	Kawasaki-Krankheit (Haut-, Mukosa-, konjunktivale Beteiligung)
4.3.2.3 Vaskulitis der kleinen Gefäße	Granulomatose mit Polyangiitis (früher „Morbus Wegener“, Granulome, ANCA positiv)
	Mikroskopische Polyangiitis (keine Granulome, ANCA positiv)
	Eosinophile granulomatöse Polyangiitis (früher „Churg-Strauss“, ANCA positiv, Asthma)
	IgA Vaskulitis (früher „Purpura Schönlein-Henoch“)
	Kryoglobulinämische Vaskulitis (Kryoglobuline, oft mit Hepatitis C zusammen)

6.3.2.1 Vaskulitis der großen Gefäße

Erkrankung	Diagnose-Text	Kode
Takayasu-Syndrom	Aortenbogensyndrom (Takayasu-Syndrom)	M31.4
Riesenzellarteriitis	Riesenzellarteriitis bei Polymyalgia rheumatica	M31.5
	Sonstige Riesenzellarteriitis einschließlich Temporal-Arteriitis ohne Polymyalgia rheumatica	M31.6

6.3.2.2 Vaskulitis der mittelgroßen Gefäße

Erkrankung	Diagnose-Text	Kode
Panarteriitis	Panarteriitis / Polyarteriitis nodosa	M30.0
	Panarteriitis mit Lungenbeteiligung	M30.1
	Juvenile Panarteriitis	M30.2
	Sonstige Panarteriitis-nodosa-verwandte Zustände einschließlich Polyangiitis-Overlap-Syndrom	M30.8
Kawasaki-Syndrom	Mukokutanes Lymphknotensyndrom (Kawasaki- Syndrom)	M30.3

6.3.2.3 Vaskulitis der kleinen Gefäße

Bei den Vaskulitiden der kleinen Gefäße finden sich typische histologische und serologische Marker (siehe Tabelle).

Klassifikation der Kleingefäßvaskulitiden nach der Chapel-Hill-Konsensus-Konferenz 2012		
Name	Charakteristikum	
	Histologie	Serologie
Granulomatöse ANCA-assozierte Vaskulitis (GAAV) (früher M. Wegener)	Granulome, Gefäßnekrosen, nekrotische, pauci-immune GN	Meist c-ANCA
Mikroskopische Polyangiitis (MPA)	Gefäßnekrosen, nekrotische, pauci-immune GN	75% p-ANCA 25% c-ANCA
Eosinophile granulomatöse Polyangiitis (früher Churg-Strauss-Syndrom)	Eosinophile Granulome/Infiltrate, Interstitielle Nephritis mit Eosinophilen oder nekrotische pauci-immune GN	50% ANCA, meist p-ANCA
IgA Vaskulitis (früher „Purpura Schönlein-Henoch“)	IgA-Ablagerung	Gesamt-IgA oft erhöht
Kryoglobulinämische Vaskulitis	Immunkomplexe, je nach Zusammensetzung Typ I – III	Kryoglobuline, Rheumafaktor pos, C3 und/oder C4 und C1q erniedrigt
Kutane leukozytoklastische Vaskulitis	Immunkomplexe	
Hinweise		
c-ANCA:	in der Immunfluoreszenz mit alkoholfixierten Granulozyten zytoplasmatisches Muster, meist gegen Proteinase-3 (PR3) gerichtet	
p-ANCA:	perinukleäres Muster, überwiegend gegen Myeloperoxidase (MPO)	
Typ I:	monoklonale Ig	
Typ II:	mono- und polyklonale Ig	
Typ III:	Polyklonale Ig	

Granulomatöse ANCA-assozierte Vaskulitis (GAAV) (früher M. Wegener)

GAAV ohne Atemwegs- oder Nierenbeteiligung	Kode
Wegener-Granulomatose	M31.3

GAAV mit Atemwegs- oder Nierenbeteiligung	Kode
Wegener-Granulomatose	M31.3†
Glomeruläre Krankheit bei M. Wegener	N08.5*
Atemwegskrankheit bei M. Wegener	J99.1*

Beispiel:
Ein Patient wird wegen Hämoptoe stationär aufgenommen. Während des stationären Aufenthalts

wird die Diagnose M. Wegener mit Lungen- und Nierenbeteiligung gestellt.

HD: M31.3† M. Wegener

ND: N08.5* Glomeruläre Krankheiten bei Systemerkrankungen des Bindegewebes

J99.1* Krankheiten der Atemwege bei sonstigen diffusen Bindegewebskrankheiten

N18.2 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 2

Die Hämoptoe ist ein Symptom des M. Wegener und kann kodiert werden, wenn z.B. eine Bronchoskopie durchgeführt worden ist.

Chemotherapie bei GAAV (früher M. Wegener)

Beispiel:

Ein Patient kommt zu einem Endoxanstoß bei GAAV mit Nierenbeteiligung.

HD: M31.3† M. Wegener

ND: N08.5* Glomeruläre Krankheiten bei Systemerkrankungen des Bindegewebes

N18.3 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 3

PR: 8-542.11 Nicht komplexe Chemotherapie, 1 Tag, 1 Medikament

MDK-Kodierempfehlung Nr. 296 der MDK-Gemeinschaft

Schlagworte Nierenversagen, akut, Morbus Wegener

Stand 04.06.2009

Aktualisiert 01.01.2016

Fallkonstellation

Aufnahme bei akuter Verschlechterung der Nierenfunktion. Auf Grund eines akuten Nierenversagens (Nierenbiopsie RPGN – rapide progressive Glomerulonephritis) Durchführung von Hämodialysen. Als Grunderkrankung wird ein M. Wegener diagnostiziert (Erstdiagnose), eine Plasmapherese und Endoxan®-Stoß-Therapie erfolgen. Die Patientin bleibt dialysepflichtig. Was ist die Hauptdiagnose?

MDK-Kodierempfehlung

Ein Kode aus N17.8- *Sonstiges akutes Nierenversagen* ist als Hauptdiagnose zuzuweisen, da es den stationären Aufenthalt hauptsächlich veranlasst hat. Der Morbus Wegener war bisher nicht bekannt. Auch wenn im Rahmen des Aufenthaltes die Erstdiagnose gestellt wurde, so hat er dennoch den stationären Aufenthalt nicht hauptsächlich veranlasst. Die Glomerulonephritis ist – zusammen mit dem Befall des oberen und unteren Respirationstraktes – eine Manifestation der granulomatösen Vaskulitis bei Wegener'scher Granulomatose. Die Nierenbeteiligung des M. Wegener (M31.3) ist im Kreuz-Stern-System durch die spezifische Schlüsselnummer N08.5* *Glomeruläre Krankheiten bei Systemerkrankungen des Bindegewebes* zu kodieren. Der glomeruläre Befall bei Wegener-Granulomatose ist nicht gleichzusetzen mit einem akuten Nierenversagen. Das akute Nierenversagen stellt medizinisch und nach der Systematik der ICD-10-GM eine eigenständige Diagnose dar, auch wenn ein ursächlicher Zusammenhang mit der Grunderkrankung besteht.

Das beschriebene akute Nierenversagen ist über die Schlüsselnummer N17.8- *Sonstiges akutes Nierenversagen* spezifisch zu kodieren, da ein histologischer Befund vorliegt.

Siehe auch Kodierempfehlung 268

⇒Kommentar der Autoren

Aus unserer Sicht kann dieser Kodierempfehlung nicht gefolgt werden. Der geschilderten akuten Nierenschädigung liegt zweifelsfrei die granulomatöse ANCA-assoziierte Vaskulitis (M. Wegener) zugrunde und erfüllt damit die Definition der Hauptdiagnose. Dies wird auch durch die Tatsache unterstrichen, dass hier mit der Plasmaseparation eine weitere spezifische Therapie der Grunderkrankung erfolgt ist. Dies wird auch nicht dadurch entkräftet, dass der M. Wegener erst im Verlaufe des stationären Aufenthaltes diagnostiziert wurde. Nach der Logik der deutschen Kodierrichtlinien wäre sogar eine Diagnose-Stellung nach Beendigung des stationären Aufenthaltes zulässig, wenn erst der histologische Befund den M. Wegener nachweist.

Zu dem Verweis auf die Kodierempfehlung 268 wird an anderer Stelle ausführlich eingegangen.

Weitere Vaskulitiden der kleinen Gefäße

Erkrankung	Diagnose-Text	Kode
Churg-Strauss-Syndrom	Panarteriitis mit Lungenbeteiligung, allergische Granulomatose (Churg-Strauss-Granulomatose)	M30.1
Mikroskopische Polyangiitis	Mikroskopische Polyangiitis und Polyarteriitis	M31.7
Purpura Schoenlein-Henoch	Purpura anaphylactoides, allergische Vaskulitis (Purpura Schoenlein-Henoch)	D69.0
Essentielle kryoglobulinämische Vaskulitis	Kryoglobulinämie	D89.1
Kutane leukozytoklastische Vaskulitis	Arteriitis, nicht näher bezeichnet	I77.6

6.3.5 Weitere Systemerkrankungen

Erkrankung	Diagnose-Text	Kode
Goodpasture-Syndrom	Goodpasture-Syndrom	M31.0
Thrombotisch-thrombozytopenische Purpura (TTP)	Thrombotisch-thrombozytopenische Purpura	M31.1
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	Hämolytisch-urämisches Syndrom	D59.3
Amyloidose	Primäre systemische Amyloidose	E85.8
	Sekundäre Amyloidose	E85.3
	Amyloidose, nicht näher bezeichnet	E85.9
M. Behçet	M. Behçet	M35.2
Familiäres Mittelmeerfieber	Familiäres Mittelmeerfieber	E85.0

Chemotherapie bei Systemerkrankungen

Prozedur	Kode
Nicht komplexe Chemotherapie	8-542.-

Die Chemotherapie kann auch bei nicht-onkologischen Erkrankungen kodiert werden. Die Gabe der nicht komplexen und mittelgradig komplexen Chemotherapie wird differenziert in die Anzahl der Tage, die Zytostatika verabreicht wurden und die Anzahl der verwendeten Medikamente (Siehe 11. Beispiel). Der Diagnosekode Z51.1 Chemotherapiesitzung wegen bösartiger Neubildung wird nicht verwendet.

6.4 Tubulointerstitielle Erkrankungen

6.4.1 Tubulointerstitielle Nephritis

Diagnose	Kode
Akute tubulointerstitielle Nephritis	N10
Nichtobstruktive, mit (vesikoureteralem) Reflux verbundene chronische Pyelonephritis	N11.0
Chronische obstruktive Pyelonephritis	N11.1
Sonstige chronische tubulointerstitielle Nephritis	N11.8
Tubulointerstitielle Nephritis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	N12

Bei Nachweis eines Erregers wird dieser mit einem zusätzlichen Kode (B95! – B98!) angegeben.

6.4.2 Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie

Diagnose	Kode
Angeborene Hydronephrose	Q62.0
Atresie und (angeborene) Stenose des Ureters	Q61.1
Angeborener Megaureter	Q62.2
Sonstige (angeborene) obstruktive Defekte des Nierenbeckens und des Ureters	Q62.3
Agenesie des Ureters	Q62.4
Duplikatur des Ureters	Q62.5
Lageanomalie des Ureters	Q62.6
Angeborener vesiko-uretero-renaler Reflux	Q62.7
Sonstige angeborene Fehlbildungen des Ureters	Q62.8
Nierenstein ohne Hydronephrose	N20.0
Ureterstein ohne Hydronephrose	N20.1
Nierenstein und Ureterstein gleichzeitig, ohne Hydronephrose	N20.2
Hydronephrose bei ureteropelviner Obstruktion ohne Infektion	N13.0
Hydronephrose bei Ureterstriktur, anderenorts nicht klassifiziert ohne Infektion	N13.1

Diagnose	Kode
Hydronephrose bei Obstruktion durch Nieren- und Ureterstein ohne Infektion	N13.2
Sonstige und nicht näher bezeichnete Hydronephrose ohne Infektion	N13.3
Hydroureter ohne Infektion	N13.4
Abknickung und Striktur des Ureters ohne Hydronephrose, ohne Infektion	N13.5
Pyonephrose, Obstruktive Uropathie mit Infektion; alle Zustände unter N13.0-N13.5 mit Infektion der Niere	N13.6
Uropathie in Zusammenhang mit vesikoureteralem Reflux	N13.7
Pyelonephritis in Verbindung mit Reflux	N11.0
Sonstige obstruktive Uropathie und Refluxuropathie	N13.8
Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie, nicht näher bezeichnet	N13.9

6.4.3 Arzneimittel- und schwermetallinduzierte tubulointerstitielle und tubuläre Krankheitszustände

Diagnose	Kode
Nephropathie durch Schwermetalle	N14.3
Nephropathie durch sonstige Arzneimittel, Drogen und biologische Substanzen	N14.1
Toxische Nephropathie, andernorts nicht klassifiziert	N14.4
Nephropathie durch nicht näher bezeichnete(s) Arzneimittel, Droge oder biologische Substanz	N14.2

Die toxische Substanz wird mit einem zusätzlichen Kode (Kapitel XIX) angegeben.

6.4.4 Weitere tubulointerstitielle Nierenkrankheiten

Diagnose	Kode
Balkan-Nephropathie	N15.0
Nierenabszess	N15.10
Perinephritischer Abszess	N15.11
Sonstige tubulointerstitielle Nierenkrankheiten	N15.8
Tubulointerstitielle Nierenkrankheit, nicht näher bezeichnet	N15.9
Analgetika-Nephropathie	N14.0

6.4.5 Tubulointerstitielle Nierenkrankheiten bei anderen Krankheiten

Diagnose	Kode
Tubulointerstitielle Nierenkrankheiten bei:	
infektiösen und parasitären Krankheiten Brucellose A23.-†, Toxoplasmose B58.8†, Salmonelleninfektion, A02.2†, Diphtherie A36.8†, Sepsis A40-A41†,	N16.0*
Neubildungen	N16.1*

Diagnose	Kode
Leukämie C91-C95†, Lymphom C81-C85†, C96.-†, Plasmozytom C90.0-†	
Blutkrankheiten und Störungen mit Beteiligung des Immunsystems Sarkoidose D86.-†, gemischte Kryoglobulinämie D89.1†	N16.2*
Stoffwechselkrankheiten Glykogenspeicherkrankheit E74.0†, Wilson-Krankheit E83.0†, Zystinose E72.0†	N16.3*
systemischen Krankheiten des Bindegewebes Sicca-Syndrom [Sjögren-Syndrom] M35.0†, Systemischer Lupus erythematodes M32.1†	N16.4*
Transplantatabstoßung T86.1†	N16.5*
Sonstige anderenorts klassifizierte Krankheiten	N16.68*

6.5 Nephrolithiasis

Es wird nicht die Morphologie der Nierensteine, sondern die Lokalisation klassifiziert.

Diagnose	Kode
Nierenstein	N20.0
Ureterstein	N20.1
Nieren- und Ureterstein	N20.2
Harnstein, nicht näher bezeichnet	N20.9

Kodierung der ESWL von Steinen in den Harnorganen

Prozedur	Kode
Harnblase	8-110.0
Ureter	8-110.1↔
Niere	8-110.2↔
Sonstige	8-110.x↔

6.6 Hereditäre Erkrankungen

Hereditäre Erkrankungen sind in dem ICD-10-GM Kapitel „Q“ klassifiziert.

Alport-Syndrom

Diagnose	Kode
Sonstige angeborene Fehlbildungssyndrome, anderenorts nicht klassifiziert	Q87.8

Der Kode wird als Nebendiagnose angegeben. Hauptdiagnose ist die im Vordergrund der Behandlung stehende spezifische Manifestation des Syndroms wie z.B. die chronische Nierenkrankheit oder Schwerhörigkeit

Zystennieren und Nierenzysten

Diagnose	Kode
Angeborene solitäre Zyste	Q61.0
Erworbene Nierenzyste	N28.1
Medulläre Nierenzyste	Q61.5
Polyzystische Niere, infantiler Typ	Q61.1
Polyzystische Niere, Erwachsenentyp	Q61.2
Polyzystische Niere, nicht näher bez.	Q61.3
Sonstige zystische Nierenkrankheiten	Q61.8
Zystische Nierenkrankheit, nicht näher bez.	Q61.9
Zystenleber	Q44.6

Von-Hippel-Lindau-Syndrom

Diagnose	Kode
Sonstige Phakomatosen, anderenorts nicht klassifiziert	Q85.8

Nephronophthise

Diagnose	Kode
Sonstige zystische Nierenkrankheiten	Q61.8

Tuberöse Sklerose

Diagnose	Kode
Tuberöse (Hirn-)Sklerose, Bourneville Pringle-Syndrom	Q85.1

6.7 Tumorerkrankungen

6.7.1 Nierenzellkarzinom, Nierensarkom und Wilms-Tumor

Diagnose	Kode
Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen das Nierenbecken	C64
Bösartige Neubildung des Nierenbeckens	C65
Bösartige Neubildung des Ureters	C66

6.7.2 Plasmozytom und bösartige Neubildung der Plasmazelle

Diagnose	Kode
Plasmozytom (Multiples Myelom), ohne Angabe einer Remission oder in partieller Remission	C90.00
Plasmozytom (Multiples Myelom), in kompletter Remission	C90.01

Diagnose	Kode
Plasmazellenleukämie, ohne Angabe einer Remission oder in partieller Remission	C90.10
Plasmazellenleukämie, in kompletter Remission	C90.11
Plasmozytom, extramedullär, ohne Angabe einer Remission oder in partieller Remission	C90.20
Plasmozytom, extramedullär, in kompletter Remission	C90.21

Bei Behandlungsfällen, die speziell zur Chemotherapie aufgenommen werden, wird ein Prozedurenkode zur Chemotherapie angegeben. Der Diagnosekode Z51.1 *Chemotherapiesitzung wegen bösartiger Neubildung* wird nicht verwendet.

Prozedur	Kode
Nicht komplexe Chemotherapie	8-542.**

** Die letzten beiden Stellen des Kodes geben die Anzahl der Tage und die Anzahl der Zytostatika wieder.

Diese Prozedur wird verwendet bei Eintages- oder nicht komplexer Chemotherapie. Beispiele für Chemotherapieblöcke sind im OPS aufgelistet:

- Einzelne VCR- oder AMD-Injektionen oder DOX-Infusionen während Block AV-1 oder AV-2 bei Nephroblastom
- BEACOPP (Tag 1-3 oder Tag 8), CHOP, MCP, VACOP-B, FCM, COP-BLAM, Fludarabin, Fludarabin/Cyclophosphamid, Cladribin, Bendamustin, 2-CDA, Alkeran i.v., Bortezomib, VAD, VID, VAP bei Lymphom oder Plasmozytom, TAD bei Plasmozytom

Prozedur	Kode
Mittelgradig komplexe Chemotherapie	8-543.**

** Die letzten beiden Stellen des Kodes geben die Anzahl der Tage und die Anzahl der Zytostatika wieder.

Die Prozedur wird bei 3-4tägiger Blockchemotherapie angegeben. Beispiel:

- Ifosfamid/Etoposid/Epirubicin (IEV) bei Lymphom und Plasmozytom

Bei der Kodierung der Chemotherapie werden die Anzahl der Tage und die der verschiedenen Medikamente kodiert.

Anzahl der Tage	*5. Stelle
1 Tag	8-54-.1-
2 Tage	8-54-.2-
3 Tage	8-54-.3-
4 Tage	8-54-.4-
5 Tage	8-54-.5-

Anzahl der Medikamente	*6. Stelle
1 Medikament	.-1
2 Medikamente	.-2
3 Medikamente	.-3
4 Medikamente und mehr	.-4

Anzahl der Tage	*5. Stelle
6 Tage	8-54-.6-
7 Tage	8-54-.7-
8 Tage	8-54-.8-
9 Tage und mehr	8-54-.9-

Anzahl der Medikamente	*6. Stelle
------------------------	------------

Beispiel:	
Chemotherapie bei einem Patienten mit Plasmozytom	
HD: C90.00+	Multiples Myelom [Plasmozytom], ohne Angabe einer Remission
ND: N08.1*	Glomeruläre Krankheiten bei Neubildungen
PR: 8-542	Nicht komplexe Chemotherapie

Patienten, die wegen einer unvermeidbaren Nebenwirkung durch die Behandlung mit Chemo- oder Strahlentherapie aufgenommen werden, sind von der Wiederaufnahmeregelung ausgeschlossen (Abrechnungsregel §2 Wiederaufnahmen in dasselbe Krankenhaus).

Operative Prozeduren bei Tumorerkrankungen

Prozedur	Kode
Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Niere	5-552.*↔
Partielle Resektion der Niere	5-553.*↔
Nephrektomie (inkl. Adrenalektomie)	5-554.*↔

*An 5. Stelle erfolgt die weitere Differenzierung innerhalb der Kodegruppe.

6.7.3 Tumorlyse-Syndrom

Tumorlyse-Syndrom nach zytostatischer Therapie bei Neoplasie

Diagnose	Kode
Tumorlyse-Syndrom	E88.3

6.8. Akutes Nierenversagen

Bei dem akuten Nierenversagen kommt es zu einem raschen Abfall der glomerulären Filtrationsrate. Eine akute Nierenschädigung liegt bei Anstieg des Serumkreatinins von einem gemessenen oder anzunehmenden Grundwert um mindestens 50 % innerhalb von 7 Tagen oder bei einem Anstieg über einen gemessenen Ausgangswert um mindestens 0,3 mg/dl innerhalb von 48 Stunden vor. Außerdem liegt ein akutes Nierenversagen mit einer gemessenen Urinausscheidung von weniger als 0,5 ml/kg/h in 6 Stunden vor. Diese Definitionen werden in den im März 2012 veröffentlichten internationalen KDIGO-Leitlinien der International Society of Nephrology (ISN) zum akuten Nierenversagen (Acute Kidney Injury) verwendet (<http://www.kidney-international.org>). Sie lösen die bisherigen Definitionen des akuten Nierenversagens der RIFLE-Kriterien und der AKIN-Definitionen ab. Die Diagnose „akutes Nierenversagen“ ist also unabhängig von der Notwendigkeit einer Dialysebehandlung.

Dem englischen Begriff für AKI, acute kidney injury (akute Nierenschädigung) wird bei den KDIGO - Leitlinien der Begriff akute kidney impairment (akute Nierenstörung) zur Seite gestellt, um darauf hinzuweisen, dass mit AKI nicht nur die Schädigung, sondern auch eine Funktionsstörung der Nieren gemeint ist. Der deutsche Begriff akutes Nierenversagen (ANV) als Übersetzung von acute kidney injury/ impairment steht deshalb sowohl für eine akute Nierenschädigung als auch für eine akute Störung der Nierenfunktion, unabhängig davon, ob die Nierenfunktion geringfügig, stärker ausgeprägt oder vollständig reduziert ist.

Seit der ICD-GM 2015 wurde der Code für das akute Nierenversagen erweitert auf 5 Stellen, wobei mit der 4. Stelle die Histologie der Nierenschädigung und mit der 5. Stelle der Schweregrad der Nierenschädigung verschlüsselt wird. Liegt keine Histologie vor (was der Regelfall sein dürfte), so ist mit N17.9- zu kodieren. Erfolgt eine Dialysebehandlung, so ist immer der Code N17.-3 gültig.

Diagnose mit Histologie	Kode
Akutes Nierenversagen mit Tubulusnekrose	N17.0-
Akutes Nierenversagen mit akuter Rindennekrose	N17.1-
Akutes Nierenversagen mit Marknekrose	N17.2-
Akutes Nierenversagen mit sonst. histologischen Befund	N17.8-
Diagnose ohne Histologie	Kode
Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet	N17.9-

Schweregradeinteilung des akuten Nierenversagens

Die Einteilung in die Schweregrade erfolgt anhand der Serumkreatininwerte und/oder anhand der Urinausscheidung.

Stadien	Prozedur/ 5. Stelle	Serum-Kreatinin	Beispiel (Kreatinin)	Diurese	Beispiel (Diurese)
1*	N17.-1	Anstieg um mindestens 50% bis unter 100% gegenüber dem Ausgangswert innerhalb von 7 Tagen <i>oder</i> Anstieg um mindestens 0,3mg/dl innerhalb von 48 Stunden	<i>Serum-Kreatinin von 0,8 auf 1,2 = Anstieg um 0,4 = 50%</i>	Abfall auf unter 0,5ml/kg Körpergewicht/ Stunde über 6-12 Stunden (adäquate Flüssigkeitszufuhr vorausgesetzt)	<i>bei 80 kg KG = 40ml/h = max. 480 ml/ 12h -nach 12 Stunden Erholung der Diurese auf Normalniveau</i>
2	N17.-2	Anstieg um mindestens 100% bis unter 200% gegenüber dem Ausgangswert innerhalb von 7 Tagen	<i>Serum-Kreatinin von 0,8 auf 1,6 = Anstieg um 0,8 = 100%</i>	Abfall auf unter 0,5ml/kg Körpergewicht/ Stunde über mindestens 12 Stunden (adäquate Flüssigkeitszufuhr vorausgesetzt)	<i>bei 80 kg KG = 40ml/h = 960 ml/24h</i>
3	N17.-3	Anstieg um mindestens 200% gegenüber dem Ausgangswert innerhalb von 7 Tagen <i>oder</i> Anstieg auf mind. 4,0mg/dl <i>oder</i> Einleitung einer Nierenersatztherapie	<i>von 0,8 auf mindestens 2,4 = Anstieg um 1,6 = 200%</i>	Abfall auf 0,3ml/kg Körpergewicht/ Stunde über mindestens 24 Stunden <i>oder</i> Vorliegen einer Anurie über mindestens 12 Stunden (adäquate Flüssigkeitszufuhr vorausgesetzt)	<i>bei 80kg KG = 24ml/h = 576ml/24h</i>
3	N17.-3	Patienten bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres: Abfall der glomerulären Filtrationsrate (eGFR) auf unter 35ml/min/1,73m ²			
	N17.-9	Stadium nicht näher bezeichnet			
*Für die Anwendung der Kriterien bei Stadium 1 ist ein adäquater, dem klinischen Zustand angepasster Hydratationszustand zum Zeitpunkt der Messungen Voraussetzung.					

Die Kodierung des akuten Nierenversagens erfolgt immer unabhängig davon, ob die Ursache prä-, intra- oder postrenal bedingt ist.

In den vergangenen Jahren hat es zahlreiche bis zum Bundessozialgericht gehende Streitigkeiten gegeben, weil es im ICD10 GM die missverständliche und in den KDIGO-Leitlinien nicht vorkommende Formulierung „ein adäquater, dem klinischen Zustand angepasster Hydratationszustand“ gab. Hier ist mit der ICD10-2017 GM nun mehr Klarheit geschaffen worden, da dieser Passus nur noch für den Schweregrad 1 des akuten Nierenversagens gilt. Bei der Kodierung eines akuten Nierenversagens im Stadium 2 oder 3 ist dieser Passus entfallen.

Neben dem Kode N17.-- gibt es weitere ICD-Kodes, die bei den entsprechenden Erkrankungen stattdessen zu verwenden sind.

Diagnose	Kode
Nierenversagen nach medizinischen Maßnahmen	N99.0
Hepatorenales Syndrom	K76.7
Nierenkrankheit, mit der Schwangerschaft verbunden	O26.81 plus weitere Kodes
Niereninsuffizienz nach Abort, Extrauterin- und Molenschwangerschaft	O08.4
Postpartales Nierenversagen	O09.4

Die in der ICD10-2017 GM als Exklusiva aufgeführten Begriffe „extrarenale Urämie“ bzw. „prärenale Urämie“ (ICD-Kode R39.2) entstammen nicht der nephrologischen Fachliteratur und sind somit entbehrlich.

Viele Patienten weisen bei der Aufnahme bereits ein akutes Nierenversagen auf, d.h. bei Aufnahme oder innerhalb der ersten 48 Stunden nach Aufnahme werden die höchsten Kreatininkonzentrationen gemessen, wobei häufig die Kreatininwerte vor dem Aufenthalt nicht bekannt sind. Im weiteren Verlauf kommt es dann zu einem Abfall bis hin zur Normalisierung der Retentionswerte. In diesen Fällen wird der beste während des Aufenthaltes gemessene Kreatininwert als Referenzwert verwendet.

Beispiel:

Stationäre Aufnahme eines Patienten mit akutem Nierenversagen (Serum-Kreatinin von 1,5mg/dl). Im Laufe der Behandlung sinkt das Serum-Kreatinin auf minimal 1,0mg/dl ab.

Zur Berechnung des Stadiums des akuten Nierenversagens wird nun der beste Wert (1,0 mg/dl) als Referenzwert verwendet.

Vor der Aufnahme muss das Serum-Kreatinin also um mindestens 0,5mg/dl angestiegen sein = 50% des besten Wertes.

HD: N17.91 Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet, Stadium 1

Typische Aufwände für die Kodierung des akuten Nierenversagens sind:

- Einfuhr/ Ausfuhr-Bilanzierung
- Volumengabe
- Diuretikagabe
- Intensivmedizinische Überwachung

Ob das Akute Nierenversagen Haupt- oder Nebendiagnose ist, hängt vom Einzelfall ab. Steht die Behandlung des akuten Nierenversagens im Vordergrund der stationären Behandlung, ist es als Hauptdiagnose, ansonsten als Nebendiagnose zu verschlüsseln.

Typische Diagnosen im Zusammenhang mit einem akuten Nierenversagen

Diagnose	Kode
Kardiogener Schock	R57.0
Hypovolämischer Schock	R57.1
Sepsis, nicht näher bezeichnet, SIRS infektiöser Genese mit Organkomplikation	A41.9 R65.1!
Streptokokkensepsis SIRS infektiöser Genese mit Organkomplikation	A40.- R65.1!
Sepsis durch <i>Staphylococcus aureus</i> SIRS infektiöser Genese mit Organkomplikation	A41.0 R65.1!
Rhabdomyolyse	M62.8
Hämolyse bei Sonstige autoimmunhämolytische Anämien	D59.1
Thrombotische Mikroangiopathie (Moschkowitz-Syndrom)	M31.1
Hämolytisch-urämisches Syndrom	D59.3

Der Zusatzkode R57.2 Septischer *Schock* wird angegeben, wenn eine schwere Sepsis mit volumenrefraktärer Hypotonie besteht oder Katecholamine zur Aufrechterhaltung des Kreislaufs notwendig sind.

6.9 Chronische Nierenkrankheit

Nach den KDIGO-Leitlinien besteht eine chronische Nierenkrankheit, wenn ein struktureller Nierenschaden und/oder eine Niereninsuffizienz mit einer glomerulären Filtrationsrate (GFR) unter 60 ml/min/1,73 m² über einen Zeitraum von mindestens 3 Monaten dokumentiert ist oder aufgrund der Gesamtkonstellation vermutet werden kann. Ein Nachweis z.B. eines erhöht gemessenen Kreatininwertes vor mehr als drei Monaten ist somit nicht erforderlich.

Ein struktureller Nierenschaden besteht bei

- Vorliegen abnormaler Urin-Befunde (Albuminurie>30mg/gKreatinin, auffälliges Urinsediment)
- Auffälliger Befund bei der Bildgebung (polyzystische oder dysplastische Nierenerkrankungen, Hydronephrose, Nierenarterienstenose, renales Tumorwachstum, kleine hyperechogene Nieren, verschmälertes Nierencortex)
- Auffälliger Befund in Histologie (glomeruläre, vaskuläre, tubulointersititelle, zystische oder kongenitale Erkrankungen)
- Elektrolytstörungen und andere tubuläre Störungen (renale tubuläre Azidose, nephrogener Diabetes insipidus, Fanconi-Syndrom, Cystinurie, Proteinurie ohne Albuminurie, renaler Kalium- oder Magnesium Verlust)
- Z.n. Nierentransplantation

Zum Nachweis einer Niereninsuffizienz mit einer glomerulären Filtrationsrate unter 60 ml/min/1,73 m² stehen mehrere Möglichkeiten zur Bestimmung der GFR zur Verfügung.

In den KDIGO-Leitlinien wird dazu folgendes Vorgehen empfohlen:

1. Geschätzte GFR über Serumkreatininbestimmung (eGFRcreat) nach der 2009 CKD-EPI Kreatinin-Formel

2. Wenn eGFRcreat 45-59 ml/min/1,73m² UND fehlender Nachweis eines strukturellen Nierenschadens, ist eine Bestätigung durch geschätzte GFR über Cystatin-C- (eGFRcys) oder kombinierte Serumkreatinin-und Cystatin-C- (eGFRcreat-cys) Bestimmung jeweils nach der 2012 CKD-EPI-Formel empfohlen. Falls eGFRcys oder eGFRcreat-cys in diesem Fall ≥ 60 ml/min/1,73m² ist keine Nierenfunktionseinschränkung im Sinne CKD zu kodieren.

Aber auch die Messung der Kreatinin-Clearance über Urinsammlung und die Abschätzung der GFR mit anderen Formeln können verwendet werden. Im ICD-10GM gibt es keine Vorgabe oder Einschränkung dazu.

Bei Formeln ist die Verwendung der CKD-EPI-Formel zu empfehlen, weil diese weniger Einschränkungen in Bezug auf das Kollektiv bei der Validierung hat, als die MDRD- oder Cockcroft/Gault-Formel. Vereinzelt von Kostenträgerseite geführte Diskussionen, dass alle GFR-Formeln nicht für Patienten über 70 Jahre validiert sind und deshalb ab diesem Alter nur N18.89 kodiert werden darf, sind sachlich nicht richtig, da u.a. die CKD-EPI-Formel und die BIS-Formeln in diesem Alter validiert sind.

Quelle: KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation of Chronic Kidney Disease, Kid Intern volume 3 | issue 1 | JANUARY 2013 <http://www.kidney-international.org>

Klassifikation der chronischen Nierenkrankheit (chronic kidney disease, CKD)

Die ICD-10 teilt die chronische Nierenkrankheit entsprechend dieser Kriterien nach dem Ausmaß der Nierenfunktionseinschränkung ein, wobei die Albuminausscheidung unberücksichtigt bleibt.

Stadieneinteilung der chronischen Nierenkrankheit (chronic kidney disease, CKD) nach KDIGO 2013:

GFR-Kategorien in ml/min/1,73m ²		Albuminurie-Kategorie in mg/24 Stunden		
		A1 unter 30	A2 30 bis 300	A3 mehr als 300
CKDG1	GFR 90 oder höher	ICD- Kode: N18.1		
CKDG2	GFR 60 bis unter 90	ICD- Kode: N18.2		
CKDG3a	GRF 45 bis unter 60	ICD- Kode: N18.3		
CKDG3b	GFR 30 bis unter 45			
CKDG4	GFR 15 bis unter 30	ICD- Kode: N18.4		
CKDG5	GFR unter 15	ICD- Kode: N18.5		
CKDG5D	Dialysepflichtige chronische Niereninsuffizienz, Terminale Niereninsuffizienz	ICD- Kode: N18.5		

Jeder GFR-Wert führt in einen differenzierten ICD-10-Kode, die Albuminausscheidung wird in der jetzigen Version des ICD noch nicht berücksichtigt.

Zur Abschätzung des Grades der Nierenfunktionseinschränkung stehen mehrere Möglichkeiten zur Bestimmung der GFR zur Verfügung:

1. Kreatinin-Clearance (erfordert eine 24-h- Urinsammlung)
2. Gemittelte Harnstoff- / Kreatininclearance (erfordern eine 24-h-Urinsammlung, empfohlen ab GFR < 30 ml/min/1,73m²)

3. Cystatin-C-Clearance (teuer)
4. Rechenformeln wie CKD-Epi 2009 oder MDRD 2009

All diese Möglichkeiten haben ihre Vor- und Nachteile, sind aber für den klinischen Alltag validiert und hinreichend plausibel. Bei Verwendung von Rechenformeln empfiehlt die DGfN die CKD-Epi-Formel, weil diese in weit gestreuten Populationen weniger Menschen als chronisch nierenkrank klassifizierte und das Mortalitäts- und ESRD-Risiko genaueren Kategorien zuordnet als die MDRD-Formel. Die Rechenformel nach Cockcroft/Gault (CG) sollte nicht mehr eingesetzt werden.

Der Zusatz T gilt für nierentransplantierte Patienten und der Zusatz D für Dialysepatienten.

Vereinzelt von Kostenträgerseite geführte Diskussionen, dass die GFR-Formeln nicht für Patienten über 70 Jahre validiert sind und deshalb ab diesem Alter nur N18.89 kodiert werden darf, sind sachlich nicht richtig. Vielmehr gilt, dass Formeln wie z.B. CKD-Epi altersunabhängig benutzt werden können.

Die Codes N18.1 und N18.2 dürfen nur dann kodiert werden, wenn eine chronische Nierenschädigung nachgewiesen wurde (Nierenbiopsie, pathologische Urinbefunde wie Urineiweißausscheidung usw.).

Ob die chronische Nierenkrankheit Haupt- oder Nebendiagnose ist, hängt vom Einzelfall ab. Steht die Behandlung der Nierenkrankheit im Vordergrund der stationären Behandlung, ist sie als Hauptdiagnose, ansonsten als Nebendiagnose zu verschlüsseln.

Hat eine Diagnose (z.B. Infektion), die nicht im Zusammenhang mit der Nierenkrankheit steht, zur Aufnahme geführt, ist sie die Nebendiagnose.

Beispiel:

Ein Patient mit chronischer Nierenkrankheit (GFR 40ml/min/1,73m²; Albuminurie-Kategorie 100 mg/24h), urämischer Perikarditis und Anämie wird stationär aufgenommen.

- HD: N18.4† Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4 mit urämischer Perikarditis
- ND: D63.8* Renale Anämie
- I32.8* Pericarditis bei sonstigen andernorts klassifizierten Krankheiten

Beispiel:

Ein Patient mit terminaler Niereninsuffizienz wird mit einer Pneumokokkenpneumonie aufgenommen und während des Aufenthaltes dreimal dialysiert.

- HD: J13 Pneumokokkenpneumonie
- ND: N18.5 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5
- PR: 8-854.2 Intermittierende Hämodialyse, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation
- 8-854.2 Intermittierende Hämodialyse, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation
- 8-854.2 Intermittierende Hämodialyse, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation

In einigen ICD-Kodes ist die Nierenerkrankung bereits enthalten, wie z.B. bei der diabetischen Nephropathie (u.a. E11.20† und N08.3*) oder der hypertensiven Nierenkrankheit (I12.--). Damit ist aber keine Aussage über die Funktionseinschränkung möglich. Von daher ist in diesen Fällen gemäß

der DRG-Systematik der entsprechende Kode N18.- Hauptdiagnose und der Kode für die hypertensive Nierenkrankheit (I12.--) Nebendiagnose.

Die Kodes N18.89 Sonstige chronische Nierenkrankheit, Stadium nicht näher bezeichnet, N18.9 Chronische Nierenkrankheit, nicht näher bezeichnet und N19 Nicht näher bezeichnete Niereninsuffizienz sind entbehrlich und sollten nicht verwendet werden.

Der Kode N18.80 bezeichnet die einseitige chronische Nierenfunktionsstörung, wenn der Funktionsanteil der Nieren < 35% beträgt. Dabei ist es unerheblich, mit welcher Methode der Funktionsanteil der Niere bestimmt wurde.

6.10 Akutes Nierenversagen bei chronischer Nierenkrankheit

Auch bei Patienten mit chronischer Nierenkrankheit kann es zu einem akuten Nierenversagen kommen. In diesen Fällen ist das akute Nierenversagen Hauptdiagnose und die chronische Nierenkrankheit Nebendiagnose entsprechend der vorliegenden Stadien.

6.11 Kardiorenales Syndrom

Eine spezifische Kodierung des kardiorenalen Syndroms gibt es nicht. Das kardiorenale Syndrom ist charakterisiert durch das gleichzeitige Auftreten von Organveränderungen an Herz und Niere, wobei es häufig noch zu weiteren Organerkrankungen kommen kann und eine Intensivierung der Herzinsuffizienztherapie zu einer Verschlechterung der Nierenfunktion führt. Die Abbildung dieses komplexen Krankheitsbildes erfolgt über eine Kombination spezifischer ICD-10 bzw. OPS-Kodes. Die in Frage kommenden Kodes sind u.a. akute und chronische Herzerkrankungen, Herzinsuffizienz, akutes Nierenversagen und chronische Nierenkrankheit, Koronarangiographie und Herzoperationen, die sich in den entsprechenden Kapiteln dieses Kodierleitfadens wiederfinden.

6.12 Begleiterkrankungen der chronischen Nierenkrankheit

Typische Begleiterkrankungen einer chronischen Nierenkrankheit sind die renale Anämie sowie der sekundäre Hyperparathyreoidismus. Diese dürfen nur angegeben werden, wenn sie die Kriterien der Nebendiagnose erfüllen, also z. B. wenn Medikamente zur Behandlung dieser Erkrankungen gegeben werden oder eine komplexe Diagnostik (z.B. mit Großgeräten oder signifikanten Prozeduren) erfolgt ist.

6.12.1 Renale Anämie

Diagnosen	Kode
Chronische Nierenkrankheit, Stadium 3-5	N18.3-5
Anämie bei sonstigen chronischen anderenorts klassifizierten Krankheiten	D63.8*

Der Kode D63.8* ist im systematischen Verzeichnis des ICD-10 dem Kapitel Anämie bei chronischen, andernorts klassifizierten Krankheiten (in diesem Fall die chronische Nierenkrankheit) zugeordnet und wird laut ICD-10 nur in Fällen einer chronischen Nierenkrankheit Stadium 3 bis 5 (CKD3-5, CKD3T-5T und CKD5D) kodiert.

6.12.2 Sekundärer Hyperparathyreoidismus

Diagnose	Kode
Sonstige Krankheit infolge tubulärer Schädigung	N25.8

Für den sekundären Hyperparathyreoidismus renalen Ursprungs kommt nur der Kode N25.8 in Betracht. Der Kode E21.1 sekundärer Hyperparathyreoidismus, andernorts nicht klassifiziert darf dafür nicht verwendet werden.

6.12.3 Urämische Perikarditis und Neuropathie

Diagnose	Kode
Urämische Perikarditis (N18.-†)	I32.8*
Urämische Neuropathie (N18.-†)	G63.8*

6.12.4 Nephrogene systemische Fibrose (NSF)

Diagnose	Kode
Dermatofibrose	L90.5 †
Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten	M73.8-*

An der 5. Stelle wird die Lokalisation der Erkrankung des Weichteilgewebes kodiert.

MDK-Kodierempfehlung Nr. 268 der MDK-Gemeinschaft

Schlagworte Nierenversagen, akut, prärenal, Niereninsuffizienz, Nierenkrankheit, chronisch
 Aktualisiert 01.01.2016

1. Problem

Nach welchen Kriterien wird ein akutes Nierenversagen (ohne Histologiebefund) verschlüsselt?

MDK-Kodierempfehlung

Das Akute Nierenversagen (ANV) ist eine schnell eintretende, prinzipiell reversible Verschlechterung der exkretorischen Nierenfunktion. Die Diagnose orientiert sich an den RIFLE-Kriterien (Risk-Injury-Failure- Loss-ESRD; internationale Konsensuskonferenz 2004) - Definition ANV (RIFLE-Stadium Failure):

- Anstieg des Serumkreatinins um das 3-fache des Ausgangswertes oder
- Serum-Kreatinin > 4 mg/dl mit einem akuten Anstieg von mindestens 0,5 mg/dl oder
- Abfall der GFR > 75% oder
- Rückgang der Urin-Ausscheidung auf < 0,3ml/kg/h für 24 h oder
- Anurie für mindestens 12 Stunden.

2007 wurde auf einer internationalen Konsensuskonferenz des Acute Kidney Injury Network (AKIN) der Begriff acute kidney injury geprägt. Dabei entsprechen die AKIN-Stadien 1 und 2 einem drohenden akuten Nierenversagen. Erst Stadium 3 beschreibt das Krankheitsbild des akuten Nierenversagens und entspricht dem Stadium Failure nach RIFLE.

2012 wurde durch die KDIGO-Foundation (Kidney Disease: Improving Global Outcomes) eine Leitlinie zur stadiengerechten Prävention und Therapie der akuten Nierenschädigung veröffentlicht, die auf den RIFLE und AKIN-Kriterien basiert und das Konzept der AKI (Acute Kidney Injury) weiterentwickelt. KDIGO definiert die akute Nierenschädigung (AKI) als einen abrupten Rückgang der Nierenfunktion, der auch – aber nicht nur – das akute Nierenversagen

umfasst. Entsprechend sind die Schwellenwerte, ab denen von einer AKI gesprochen wird, niedriger angesetzt.

Die KDIGO-Leitlinien weisen explizit darauf hin, dass die akute Nierenschädigung (AKI: Acute Kidney Injury) nicht mit einem Akuten Nierenversagen (ARF: Acute Renal Failure) gleichzusetzen ist. Dies wird leider in manchen deutschsprachigen Publikationen durch eine ungenaue Übersetzung bzw. Gleichsetzung der Begriffe suggeriert.

Ein Patient kann ein akutes Nierenversagen und eine chronische Niereninsuffizienz / Nierenkrankheit zugleich aufweisen. Sofern weder eindeutig ein akutes noch ein chronisches Nierenversagen vorliegt, ist die Niereninsuffizienz mit N19 nicht näher bezeichnete Niereninsuffizienz zu verschlüsseln, wenn eine Beeinflussung des Patientenmanagements vorgelegen hat.

2015 wurden in die Kategorie N17.- *Akutes Nierenversagen* der ICD-10-GM fünfte Stellen zur differenzierten, stadiengerechten Kodierung des akuten Nierenversagens gemäß den KDIGO-Leitlinien aufgenommen. Damit ist zwar eine stadiengerechte Abbildung auf der 5. Stelle möglich, allerdings finden sich damit auch die Stadien 1 und 2 unter der Bezeichnung „akutes Nierenversagen“. Zur klinischen Abgrenzung der akuten Nierenschädigung (AKI)/des akuten Nierenversagens von einem lediglich durch Exsikkose bedingten Anstieg der Retentionswerte ist allerdings bei den Stadien 1-3 der Hinweis „adäquate Flüssigkeitszufuhr vorausgesetzt“ eingefügt worden.

⇒Kommentar der Autoren

In den KDIGO-Leitlinien wird explizit darauf hingewiesen, dass die AKIN-Stadien das gesamte Spektrum des ANV/AKI abdecken (Kidney International Supplements, 2012). Der Begriff steht sowohl für für acute kidney injury als auch für acute kidney insufficiency. Die Autoren dieses Kodierleitfadens weisen darauf hin, dass die Übersetzung der KDIGO-Richtlinien sprachlich korrekt ist.

Die Kodegruppe N17.- Akutes Nierenversagen hat in der Version 2017 vier eindeutige Inklusiva, nämlich Acute Kidney Injury [AKI], akute Niereninsuffizienz, akute Nierenschädigung und akutes prärenales Nierenversagen. Außerdem wird explizit auf die KDIGO-Leitlinien verwiesen, nach denen ein akutes Nierenversagen vorliegt, wenn mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllt ist:

- *Anstieg des Serumkreatinins über einen gemessenen Ausgangswert um mindestens 0,3mg/dl innerhalb von 48 Stunden*
- *Anstieg des Serumkreatinins von einem gemessenen Ausgangswert oder anzunehmenden Grundwert des Patienten um mindestens 50% innerhalb der vorangehenden 7 Tage oder*
- *Abfall der Urinausscheidung auf weniger als 0,5 ml/kg/h über mindestens 6 Stunden.*

Mit der ICD10-GM 2017 wurde klargestellt, dass sich der Zusatz „adäquate Flüssigkeitszufuhr vorausgesetzt“ nur noch auf den Schweregrad 1 der akuten Nierenschädigung bezieht. („Für die Anwendung der Kriterien bei Stadium 1 ist ein adäquater, dem klinischen Zustand angepasster Hydratationszustand zum Zeitpunkt der Messungen Voraussetzung, bei Stadium 2 und 3 gilt diese Voraussetzung nicht.“)

Nach DKR D006e wird bei gleichzeitigem Vorliegen der akuten und chronischen Form einer Krankheit zuerst die akute (N17.-) und dann die chronische (N18.-) kodiert. Der Kode N19 ist immer ungenau und zu vermeiden.

2. Problem

Wie wird ein prärenales Nierenversagen z.B. bei Exsikkose kodiert?

MDK-Kodierempfehlung

Liegt nach den unter Punkt 1 genannten Kriterien ein prärenales akutes Nierenversagen vor (Stadium Failure nach RIFLE bzw. Stadium 3 nach AKIN), ist dies mit N17.9 Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet zu verschlüsseln.

⇒Kommentar der Autoren

Ein prärenales akutes Nierenversagen jeden Stadiums und nicht nur im Stadium Failure bzw. AKIN 3 wird mit dem entsprechenden Kode aus N17.- verschlüsselt. Dies wurde vielfach sozialgerichtlich bestätigt, z.B. SG Freiburg vom 24.05.2012, SS KR 6370/11.

3. Problem

Wann wird von einer chronischen Niereninsuffizienz / Nierenkrankheit gesprochen?

MDK-Kodierempfehlung

Die Definition der chronischen Niereninsuffizienz / Nierenkrankheit nach den KDIGO Guidelines 2013 (Kidney Disease Outcomes Quality Initiative) lautet wie folgt:

Die Chronische Nierenkrankheit ist definiert als strukturelle oder funktionelle Auffälligkeit der Niere über mehr als 3 Monate mit Auswirkungen auf die Gesundheit.

Kriterien hierfür sind:

Zeichen einer Nierenschädigung über mindestens 3 Monate (ein oder mehrere Kriterien):

- Albuminurie (Albuminurie ≥ 30 mg/24 h, Albumin/Kreatinin, Quotient > 30 mg/g bzw. ≥ 3 mg/mmol)
- Abnormes Urinsediment
- Elektrolytstörungen oder andere abnorme Befunde infolge tubulärer Erkrankung
- Abnormer histologischer Befund
- Abnorme Befunde in bildgebenden Verfahren
- Nierentransplantation in der Anamnese
oder GFR < 60 ml/min/1,73 m² über mindestens 3 Monate

⇒Kommentar der Autoren

Es muss aufgrund der Gesamtkonstellation beurteilt werden, ob der Nierenschaden und/oder die reduzierte GFR bereits länger als 3 Monate bestehen. Ein Nachweis z.B. eines erhöht gemessenen Kreatininwertes vor mehr als drei Monaten ist nicht erforderlich.

4. Problem

Kann eine chronische Niereninsuffizienz / Nierenkrankheit als Nebendiagnose kodiert werden, wenn die glomeruläre Filtrationsrate (GFR) nur unter Verwendung der MDRD (Modification of Diet in Renal Disease)- oder Cockcroft-Gault-Formel bestimmt wird ohne sonstige

Maßnahmen?

MDK-Kodierempfehlung

Die chronische Niereninsuffizienz / Nierenkrankheit hat bei der in Frage 4 genannten Konstellation das Patientenmanagement nicht beeinflusst. Der abnorme Befund hat keine klinische Bedeutung im Sinne einer therapeutischen Konsequenz oder einer weiterführenden Diagnostik gehabt. In diesem Fall ist die chronische Niereninsuffizienz/-krankheit nicht als Nebendiagnose anzugeben.

⇒ **Kommentar der Autoren**

Es muss aufgrund der Gesamtkonstellation beurteilt werden, ob der Nierenschaden bereits länger als drei Monate besteht. Die Frage einer „Beeinflussung des Patientenmanagements“ ist unabhängig von der Bestimmungsmethode des KDOQI-Stadiums der chronischen Nierenkrankheit. Sofern z.B. medikamentöse Maßnahmen einschließlich Dosisanpassungen vorgenommen wurden oder vom Standardvorgehen abgewichen wird, ist die Definition der Nebendiagnose erfüllt.

6.13 Dialyse

6.13.1 Kodierung der Dialyseleistung

Als Dialysebehandlung im physikalischen Sinn wird ein Vorgang bezeichnet, durch den Urämietoxine, wasserlösliche Substanzen und/oder Wasser über extra- oder intrakorporale Membranen mittels Diffusion, Ultrafiltration und Konvektion aus dem Körper entfernt werden. Gleichzeitig erfolgt die Regulation des Säure-Basen- und Elektrolyt-Haushaltes.

Die Dialysebehandlung unter dem Aspekt des zeitlichen Ablaufs ist definiert als eine Behandlung mit festgelegtem Anfangs- und Endzeitpunkt. Sie beginnt mit der Eröffnung eines funktionierenden Blutzugangs (Shunt, Katheter, o.ä.) mittels einer Kanüle oder eines Konnektors und endet mit dem Verschluss dieses Zugangs. Die Peritonealdialyse beginnt mit dem Einlauf der Dialysierflüssigkeit und endet mit dem vollständigen Auslauf des Dialysats. Ein funktionierender Zugang ist Voraussetzung für jede Dialysebehandlung; seine Anlage oder Revision stehen dabei nicht im Zusammenhang mit der Durchführung der Dialysebehandlung (Dialysestandard 2016).

Jede durchgeführte Dialyse und jedes andere inta- oder extrakorporale Therapieverfahren werden kodiert. Für die kontinuierlichen Hämo- bzw. Peritonealverfahren gelten spezifische Vorgaben gemäß OPS 2017.

Intermittierende Blutreinigungsverfahren

Bei den intermittierenden Verfahren wird jede einzelne Behandlung angegeben. Je nach Ort, wo die Blutreinigung erfolgt, wird zwischen intra- und extrakorporalen Verfahren unterschieden. Zu den intermittierenden extrakorporalen Blutreinigungsverfahren gehören die Hämodialyse (HD), die Hämofiltration (HF) und die Hämodiafiltration (HDF), die in der Regel an 3-4 Tagen pro Woche über jeweils 4 – 5 Stunden stattfinden. Zu den intermittierenden intrakorporalen Verfahren zählt die intermittierende Peritonealdialyse (IPD), die ebenfalls in der Woche an 3 – 4 Tagen mit einer täglichen Dauer von jeweils 8 - 12 Stunden erfolgt.

Verlängert intermittierende Verfahren

Zu den verlängert intermittierenden extrakorporalen Verfahren gehören die Dialyseverfahren, die als „extended daily dialysis“ (EDD) im Allgemeinen mehr als 6 Stunden und als „sustained low-effient dialysis“ (SLED) mehr als 12 Stunden, aber weniger als 24 Stunden dauern. Eine Nachtdialyse mit

einer Dialysezeit von 8 Stunden zählt ebenfalls zu den verlängert intermittierenden Verfahren (Dialysestandard 2016).

Seit 2009 ist die verlängert intermittierende Dialyse zur Elimination von Leichtketten im OPS gesondert kodierbar: 8-854.8 Verlängert intermittierende Hämodialyse zur Elimination von Proteinen mit einer Molekularmasse bis 60.000 (Elimination von Leichtketten).

Kontinuierliche Blutreinigungsverfahren

Kontinuierliche Blutreinigungsverfahren sind Verfahren, bei denen eine Behandlung für mehr als 24 Stunden ohne Unterbrechung geplant ist. Zu diesen gehören die kontinuierliche Hämodialyse (CVVHD), die kontinuierliche Hämofiltration (CVVHF), die kontinuierliche Hämodiafiltration (CVVHDF), die kontinuierliche ambulante Peritonealdialyse (CAPD) und die automatisierte Peritonealdialyse (APD).

Eine Dialysebehandlung, die für mehr als 24 Stunden geplant ist, aber vorher beendet wird, ist als kontinuierliches Verfahren zu verschlüsseln. Die entsprechenden Codes lauten (DKR 1401e):

8-854.60 kontinuierliche Hämodialyse; bis 24 Std.,

8-853.70 kontinuierliche Hämofiltration; bis 24 Std.,

8-855.80 kontinuierliche Hämodiafiltration; bis 24 Std.,

8-857.10 kontinuierliche, nichtmaschinell unterstützte Peritonealdialyse; bis 24 Std.,

8-857.20 kontinuierliche, maschinell unterstützte Peritonealdialyse; bis 24 Std.

Eine Behandlung, bei der schon von vornherein eine Pause von mehreren Stunden geplant ist, oder deren Laufzeit für weniger als 24 Stunden geplant ist, zählt zu den intermittierenden oder verlängert intermittierenden und nicht zu den kontinuierlichen Verfahren (Dialysestandard 2016).

Bei den kontinuierlichen Verfahren wird mit der sechsten Stelle des Codes die Dauer des Behandlungszyklus verschlüsselt. Ein Behandlungszyklus beginnt mit der Eröffnung eines funktionierenden Blutzugangs (Katheter) zum Anschluss an die Dialysemaschine und endet mit Entlassung des Patienten oder der Unterbrechung des Verfahrens für mehr als 24 Stunden. In folgenden Situationen erfolgt keine erneute Verschlüsselung der Prozedur:

- a.) bei Filter-, Beutel-, System- oder Datumswechsel, sowie bei einer technischen Unterbrechung (OPS).
- b.) bei Unterbrechung wegen einer Untersuchung oder Operation des Patienten. Wird beispielsweise ein kontinuierliches Dialyseverfahren über 74 Stunden durchgeführt, und wurde die Dialyse wegen CT-Untersuchungen des Patienten für insgesamt 4 Stunden unterbrochen, wird trotz der Unterbrechung ein Code mit der Angabe *von 72 bis 144 Stunden* verwendet.

Bei mehreren kontinuierlichen Verfahren während eines stationären Aufenthaltes wird jeder Behandlungszyklus mit einem eigenen Code verschlüsselt (DKR 1401e).

Dabei ist zu betonen, dass es im Hinblick auf die Kodierung nicht auf das verwendete Gerät, sondern auf den Dialysemodus und die geplante Länge der Behandlung ankommt. Es muss sichergestellt sein, dass eine kontinuierliche Behandlung ohne dazwischenliegende Pausen durchgeführt werden kann.

Antikoagulation

Bei den extrakorporalen Dialyseverfahren wird in der 5. Stelle die Art der Antikoagulation angegeben. Es wird unterschieden zwischen „keiner Antikoagulation“ und „Antikoagulation mit unfraktioniertem oder fraktioniertem Heparin“ einerseits und „Antikoagulation mit sonstigen Substanzen“ wie Citrat, Argatroban, Danaparoid, Lepirudin und weiteren Substanzen.

Bei Anwendung unterschiedlicher Substanzen zur Antikoagulation ist die Art der Antikoagulation zu verschlüsseln, welche bei der Behandlung überwiegend verwendet wurde. Dies gilt auch, wenn die kontinuierliche Dialyse aus medizinischen Gründen unterbrochen wurde, um einen Wechsel der Antikoagulation z.B. im Rahmen einer neu diagnostizierten HIT vorzunehmen.

6.13.2 Hämodialyse

Intermittierende Hämodialyse (HD)	
Kode nach Art der Antikoagulation	
Heparin oder keine Antikoagulation	Sonstige Substanzen (z. B. Citrat, Argatroban, Danaparoid, Lepirudin etc.)
8-854.2	8-854.3

Verlängert intermittierende Hämodialyse (> 6 Stunden)	
Kode nach Art der Antikoagulation	
Heparin oder keine Antikoagulation	Sonstige Substanzen (z. B. Citrat, Argatroban, Danaparoid, Lepirudin etc.)
8-854.4	8-854.5
Zur Elimination von Proteinen mit einer Molekularmasse bis 60.000 (inkl. Elimination von Leichtketten)	
8-854.8	

Kontinuierliche veno-venöse Hämodialyse (CVVHD)			
Dauer [Stunden]	Dauer [Tage]	Kode nach Art der Antikoagulation	
		Heparin oder keine Antikoagulation	Sonstige Substanzen (z. B. Citrat, Argatroban, Danaparoid, Lepirudin etc.)
bis 24 Stunden	bis 1 Tag	8-854.60	8-854.70
mehr als 24 bis 72 Stunden	2-3 Tage	8-854.61	8-854.71
mehr als 72 bis 144 Stunden	4-6 Tage	8-854.62	8-854.72
mehr als 144 bis 264 Stunden	7-11 Tage	8-854.63	8-854.73
mehr als 264 bis 432 Stunden	12-18 Tage	8-854.64	8-854.74
mehr als 432 bis 600 Stunden	19-25 Tage	8-854.66	8-854.76
mehr als 600 bis 960 Stunden	26-40 Tage	8-854.67	8-854.77
mehr als 960 bis 1.320 Stunden	41-55 Tage	8-854.68	8-854.78
mehr als 1.320 bis 1.680 Stunden	56-70 Tage	8-854.69	8-854.79
mehr als 1.680 bis 2.040 Stunden	71-85 Tage	8-854.6a	8-854.7a

Kontinuierliche veno-venöse Hämodialyse (CVVHD)			
Dauer [Stunden]	Dauer [Tage]	Kode nach Art der Antikoagulation	
		Heparin oder keine Antikoagulation	Sonstige Substanzen (z. B. Citrat, Argatroban, Danaparoid, Lepirudin etc.)
mehr als 2.040 bis 2.400 Stunden	86-100 Tage	8-854.6b	8-854.7b
mehr als 2.400 Stunden	mehr als 100 Tage	8-854.6c	8-854.7c

Beispiel:

Ein chronischer Dialysepatient wird wegen Verdacht auf „Unterdialyse“ aufgenommen, die sich im Verlauf nicht bestätigt. Es werden drei intermittierende Hämodialysen an 3 aufeinanderfolgenden Tagen durchgeführt, die Antikoagulation erfolgt mit Heparin.

HD: N18.5 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5

PR: 8-854.2 Intermittierende Hämodialyse, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation

8-854.2 Intermittierende Hämodialyse, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation

8-854.2 Intermittierende Hämodialyse, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation

Beispiel:

Ein Patient aus dem chronischen Dialyseprogramm wird zur Behandlung einer Streptokokkenpneumonie stationär aufgenommen. Er wird während des stationären Aufenthaltes 5-mal hämodialysiert (interkurrente Dialyse). Wegen einer heparininduzierten Thrombozytopenie (HIT Typ II) werden die Dialysen mit Argatroban durchgeführt.

HD: J15.3 Streptokokkenpneumonie

ND: N18.5 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5

D69.53 HIT TYP II

PR: 8-854.3 Intermittierende Dialyse mit sonstigen Substanzen

8-854.3 Intermittierende Dialyse mit sonstigen Substanzen

8-854.3 Intermittierende Dialyse mit sonstigen Substanzen

8-854.3 Intermittierende Dialyse mit sonstigen Substanzen

8-854.3 Intermittierende Dialyse mit sonstigen Substanzen

6.13.3 Hämofiltration

Intermittierende Hämofiltration (HF)
Kode nach Art der Antikoagulation

Heparin oder keine Antikoagulation	Sonstige Substanzen (z. B. Citrat, Argatroban, Danaparoid, Lepirudin etc.)
8-853.3	8-853.4

Verlängert intermittierende Hämofiltration (> 6 Stunden)	
Kode nach Art der Antikoagulation	
Heparin oder keine Antikoagulation	Sonstige Substanzen (z. B. Citrat, Argatroban, Danaparoid, Lepirudin etc.)
8-853.5	8-853.6

Kontinuierliche veno-venöse Hämofiltration (CVVHF)			
Dauer [Stunden]	Dauer [Tage]	Kode nach Art der Antikoagulation	
		Heparin oder keine Antikoagulation	Sonstige Substanzen (z. B. Citrat, Argatroban, Danaparoid, Lepirudin etc.)
bis 24 Stunden	bis 1 Tag	8-853.70	8-853.80
mehr als 24 bis 72 Stunden	2-3 Tage	8-853.71	8-853.81
mehr als 72 bis 144 Stunden	4-6 Tage	8-853.72	8-853.82
mehr als 144 bis 264 Stunden	7-11 Tage	8-853.73	8-853.83
mehr als 264 bis 432 Stunden	12-18 Tage	8-853.74	8-853.84
mehr als 432 bis 600 Stunden	19-25 Tage	8-853.76	8-853.86
mehr als 600 bis 960 Stunden	26-40 Tage	8-853.77	8-853.87
mehr als 960 bis 1.320 Stunden	41-55 Tage	8-853.78	8-853.88
mehr als 1.320 bis 1.680 Stunden	56-70 Tage	8-853.79	8-853.89
mehr als 1.680 bis 2.040 Stunden	71-85 Tage	8-853.7a	8-853.8a
mehr als 2.040 bis 2.400 Stunden	86-100 Tage	8-853.7b	8-853.8b
mehr als 2.400 Stunden	mehr als 100 Tage	8-853.7c	8-853.8c

Beispiel:

Ein Patient entwickelt postoperativ nach 3fach-ACVB eine akute, dialysepflichtige Nierenschädigung, welche mit einer CVVHF behandelt wird. Am 2. Behandlungstag mit Dialyse wird wegen Eintrübung eine CCT durchgeführt. Nach mehr als 24 Stunden wird die CVVHF-Behandlung für weitere fünf Tage fortgeführt (im Folgenden werden nur die nephrologisch relevanten Diagnosen und Prozeduren genannt).

HD:	XXXX	
ND:	N17.93	Akutes Nierenversagen Stadium 3
PR:	8-853.71	Kontinuierliche, venöse, pumpengetriebene Hämofiltration, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation, mehr als 24 bis 72 Stunden (1-mal)
	8-853.72	Kontinuierliche, venöse, pumpengetriebene Hämofiltration, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation, mehr als 72 bis 144 Stunden (1-mal)

Beispiel:		
Ein Patient entwickelt postoperativ nach 3fach AVB eine akute, dialysepflichtige Nierenschädigung, welches mit einer CVVHF behandelt wird. Alle 48 Stunden wird der Dialysator gewechselt. Die Gesamtbehandlung mit der CVVHF erfolgt über 32 Tage (im Folgenden werden nur die nephrologisch relevanten Diagnosen und Prozeduren genannt).		
HD:	XXXX	
ND:	N17.9	Akutes Nierenversagen
PR:	8-853.77	Kontinuierliche, venöse, pumpengetriebene Hämofiltration, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation, mehr als 600 bis 960 Stunden (1-mal)

Die kontinuierliche arteriovenöse Hämofiltration (CAVHF) kommt in Deutschland so gut wie nicht mehr zum Einsatz, so dass auf die Darstellung der OPS-Kodes (8-853-1-) verzichtet wird.

6.13.4 Hämodiafiltration

Die Hämodiafiltration fordert einen konvektiven Stofftransport von mindestens 2,5 l pro Stunde (Dialysestandard 2016).

Intermittierende Hämodiafiltration (HDF)	
Kode nach Art der Antikoagulation	
Heparin oder keine Antikoagulation	Sonstige Substanzen (z. B. Citrat, Argatroban, Danaparoid, Lepirudin etc.)
8-855.3	8-855.4

Verlängert intermittierende Hämodiafiltration (> 6 Stunden)	
Kode nach Art der Antikoagulation	
Heparin oder keine Antikoagulation	Sonstige Substanzen (z. B. Citrat, Argatroban, Danaparoid, Lepirudin etc.)
8-855.5	8-855.6

Kontinuierliche veno-venöse Hämodiafiltration (CVVHDF)		
Dauer [Stunden]	Dauer [Tage]	Kode nach Art der Antikoagulation

		Heparin oder keine Antikoagulation	Sonstige Substanzen (z. B. Citrat, Argatroban, Danaparoid, Lepirudin etc.)
bis 24 Stunden	bis 1 Tag	8-855.70	8-855.80
mehr als 24 bis 72 Stunden	2-3 Tage	8-855.71	8-855.81
mehr als 72 bis 144 Stunden	4-6 Tage	8-855.72	8-855.82
mehr als 144 bis 264 Stunden	7-11 Tage	8-855.73	8-855.83
mehr als 264 bis 432 Stunden	12-18 Tage	8-855.74	8-855.84
mehr als 432 bis 600 Stunden	19-25 Tage	8-855.76	8-855.86
mehr als 600 bis 960 Stunden	26-40 Tage	8-855.77	8-855.87
mehr als 960 bis 1.320 Stunden	41-55 Tage	8-855.78	8-855.88
mehr als 1.320 bis 1.680 Stunden	56-70 Tage	8-855.79	8-855.89
mehr als 1.680 bis 2.040 Stunden	71-85 Tage	8-855.7a	8-855.8a
mehr als 2.040 bis 2.400 Stunden	86-100 Tage	8-855.7b	8-855.8b
mehr als 2.400 Stunden	mehr als 100 Tage	8-855.7c	8-855.8c

Die kontinuierliche arteriovenöse Hämodiafiltration (CAVHDF) kommt in Deutschland so gut wie nicht mehr zum Einsatz, so dass auf die Darstellung der OPS-Kodes (8-855.1-) verzichtet wird.

6.13.5 Peritonealdialyse

Zunächst wird spezifiziert, ob es sich um eine kontinuierliche Peritonealdialyse ohne maschinelle Unterstützung (CAPD), eine kontinuierliche Peritonealdialyse mit maschineller Unterstützung (APD, CCPD) oder um eine intermittierende Peritonealdialyse (IPD) handelt. Die Entscheidung trifft also das nephrologische Behandlungsteam.

Bei der APD ist es unerheblich, ob tagsüber Dialysat intraperitoneal verbleibt („voller Bauch“) oder nicht („leerer Bauch“, NIPD) oder ob noch ein manueller Wechsel des Dialysats am Tag erfolgt („Tagwechsel“, CCPD). Jeder Behandlungszyklus wird einzeln kodiert. Der Behandlungszyklus dauert bei der CAPD und der APD in der Regel vom Zeitpunkt der stationären Aufnahme bis zur Entlassung. Die Dialysatmenge sowie die Anzahl und der Zeitpunkt von Dialysatwechseln haben keinen Einfluss auf die Kodierung. Wird die Peritonealdialyse erst während des stationären Aufenthaltes begonnen oder vor der Entlassung beendet oder für mehr als 24 Stunden unterbrochen, verkürzt sich die Behandlungszeit entsprechend.

Die intermittierende Peritonealdialyse (IPD) findet üblicherweise mittels einer 8-12-stündigen Behandlung mit einem Gerät an 3-4 Tagen in der Woche statt. Außerhalb der Dialysezeit verbleibt in der Regel keine Dialyseflüssigkeit in der Bauchhöhle. Die Betreuung von IPD-Patienten erfolgt in einem Zentrum durch nephrologisches Fachpersonal (Dialysestandard 2016).

Bei Prüfungen durch den MDK gibt es immer wieder Schwierigkeiten in der Abgrenzung zwischen IPD und APD. Beispiel: Eine Zusatz-IPD z.B. wegen Überwässerung führt zu insgesamt drei Behandlungen an 3 aufeinander folgenden Tagen. Die Behauptung des MDK ist häufig, dass es sich hierbei nur um eine APD handeln würde.

⇒Kommentar der Autoren

Laut OPS 2017 ist jede durchgeführte Peritonealdialyse zu kodieren.

Bei der kontinuierlichen Peritonealdialyse beginnt ein Behandlungszyklus mit der stationären Aufnahme des Patienten und endet mit Entlassung des Patienten oder der Unterbrechung des Verfahrens für mehr als 24 Stunden. Bei Filter-, Beutel-, System- oder Datumswechsel ist keine neue Verschlüsselung der Prozedur erforderlich. Dieser Satz gilt also ausschließlich für kontinuierliche Peritonealdialysen (CAPD, APD) und nicht für die intermittierende Peritonealdialyse (IPD). Ausschlaggebend ist also das durch das Behandlungsteam geplante Dialyseverfahren in Analogie zu den kontinuierlichen Hämoverfahren („...die für mehr als 24 Stunden geplant war, aber vorher abgebrochen wurde“).

Prozedur	Kode
Intermittierende, maschinell unterstützte Peritonealdialyse (IPD)	8-857.0

Kontinuierliche Peritonealdialyse (CAPD, APD)			
Dauer [Stunden]	Dauer [Tage]	Kode nach Art der maschinellen Unterstützung	
		CAPD (ohne masch. Unterstützung)	APD, CCPD, NIPD (mit maschineller Unterstützung)
bis 24 Stunden	bis 1 Tag	8-857.10	8-857.20
mehr als 24 bis 72 Stunden	2-3 Tage	8-857.11	8-857.21
mehr als 72 bis 144 Stunden	4-6 Tage	8-857.12	8-857.22
mehr als 144 bis 264 Stunden	7-11 Tage	8-857.13	8-857.23
mehr als 264 bis 432 Stunden	12-18 Tage	8-857.14	8-857.24
mehr als 432 bis 600 Stunden	19-25 Tage	8-857.16	8-857.26
mehr als 600 bis 960 Stunden	26-40 Tage	8-857.17	8-857.27
mehr als 960 bis 1.320 Stunden	41-55 Tage	8-857.18	8-857.28
mehr als 1.320 bis 1.680 Stunden	56-70 Tage	8-857.19	8-857.29
mehr als 1.680 bis 2.040 Stunden	71-85 Tage	8-857.1a	8-857.2a
mehr als 2.040 bis 2.400 Stunden	86-100 Tage	8-857.1b	8-857.2b
mehr als 2.400 Stunden	mehr als 100 Tage	8-857.1c	8-857.2c

Beispiel:

Ein Patient, der CAPD macht, wird über 7 Tage wegen einer Pneumonie stationär behandelt, ein

Erreger wird nicht gefunden.

HD: J15.9 Bakterielle Pneumonie

ND: N18.5 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5

Pr: 8-857.13 Kontinuierliche, nicht maschinell unterstützte Peritonealdialyse (CAPD), mehr als 144 bis 264 Stunden

Beispiel:

Ein Patient, der 3x wöchentlich über jeweils 8 Stunden in einem Zentrum mit IPD behandelt wird, wird wegen einer Überwässerung stationär behandelt. Dazu erfolgen nach Aufnahme 3 IPD-Behandlungen an drei aufeinanderfolgenden Tagen sowie im Anschluss zwei weitere Behandlungen jeden 2. Tag.

HD: N18.5 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5

Pr: 8-857.0 Intermittierende PD

8-857.0 Intermittierende PD

8-857.0 Intermittierende PD

8-857.0 Intermittierende PD

8-857.0 Intermittierende PD

Therapeutische Spülung über Peritonealdialysekatheter

Zum Beispiel zur Gabe von Antibiotika

Diagnose	Kode
Therapeutische Spülung über liegenden intra-peritonealen Katheter Inkl.: Peritonealdialysekatheter	8-179.0

Dieser Kode findet keine Anwendung bei der intraperitonealen Antibiotikagabe im Rahmen einer pPD-assoziierten Peritonitis.

6.13.6 Aufnahme zur Dialyse

Werden Patienten speziell zur Dialyse aufgenommen, ist:

- bei teil- und vollstationären Tagesfällen Z49.1 Extrakorporale Dialyse die Hauptdiagnose. Als Nebendiagnose wird die zugrundeliegende Krankheit kodiert.
- bei mehrtägigen Aufenthalten die Erkrankung, die zur stationären Aufnahme führte, die Hauptdiagnose. Der Kode Z49.1 Extrakorporale Dialyse wird nicht als Nebendiagnose angegeben.

Der Kode Z99.2 Langzeitige Abhängigkeit von der Dialyse wird in diesen beiden Fällen nicht kodiert (DKR 1401e).

Beispiel:

Ein Patient kommt ausschließlich zur Dialyse und wird am gleichen Tag wieder entlassen

(teilstationäre Dialyse):		
HD:	Z49.1	Extrakorporale Dialyse
ND:	N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5
Pr:	8-854.2	Intermittierende Hämodialyse, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation

6.13.7 Plasmapherese und weitere extrakorporale Verfahren

Bei der Plasmapherese erfolgt die Substitution durch eine Elektrolytlösung oder eine Albuminlösung (Humanalbumin). Beim Plasmaaustausch erfolgt die Substitution mit Frischplasma oder kryodepletiertem Plasma (Dialysestandard 2016).

- Plasmapherese sowie Plasmaaustausch mit Substitution von „normalem“ Plasma (gefrorenes Frischplasma) oder Humanalbumin inklusive gleichzeitiger Zellapherese
- Plasmaaustausch inklusive gleichzeitiger Zellapherese mit Substitution von kryodepletiertem Plasma

Die für die Plasmapherese eingesetzten Plasmapräparate werden nicht gesondert kodiert, die OPS-Kodes 8-812.6-, 8-812.7- bzw. 8-812.8 dürfen nicht kodiert werden. Desgleichen ist eine Kodierung des verwendeten Plasmavolumens nicht kodierbar.

Plasmapherese

Prozedur	Kode
Plasmapherese mit normalem Plasma	8-820.0-ff
Plasmapherese mit kryodepletiertem Plasma	8-820.1-ff
Plasmapherese mit gefrorenem, pathogen-reduziertem Apheresefrischplasma vom Einzelspender	8-820.2-ff

In dem endstelligen Kode wird die Anzahl der durchgeführten Behandlungen während des gesamten Behandlungsfalles angegeben.

Doppelfiltrationsplasmapherese (Membran-Differenzial-Filtration, MDF)

Prozedur	Kode
Doppelfiltrationsplasmapherese ohne Kryofiltration	8-826.0- ff
Doppelfiltrationsplasmapherese mit Kryofiltration	8-826.1- ff

In dem endstelligen Kode wird ebenfalls die Anzahl der durchgeführten Behandlungen während des gesamten Behandlungsfalles angegeben.

Bei allen folgenden Verfahren in diesem Kapitel wird jede durchgeführte Behandlung einzeln kodiert.

Immunadsorption

Prozedur	Kode
Immunadsorption mit nicht regenerierbarer Säule	8-821.0
Immunadsorption mit regenerierbarer Säule; Ersteinsatz (Angabe einmal pro Protokoll)	8-821.10
Immunadsorption mit regenerierbarer Säule; Weitere Anwendung	8-821.11
Adsorption zur Entfernung hydrophober Substanzen (niedrig- und/oder	8-821.2

Prozedur	Kode
mittelmolekular), Inkl. Zytokin-Adsorption	

LDL-Apherese

LDL-Apherese einschließlich der Lipid- und Lipoprotein(a)-Apherese. Für die Lipidapherese steht kein gesonderter Kode zur Verfügung.

Prozedur	Kode
LDL-Apherese	8-822

Zellapherese zu therapeutischen Zwecken

Prozedur	Kode
Zellapherese	8-823

Spezielle Zellaphereseverfahren

Prozedur	Kode
Zellapherese mit Adsorption von Granulozyten und Monozyten an Zellulose-Perlen	8-825.0
Zellapherese mit Adsorption von Granulozyten, Monozyten und Lymphozyten in einem Polypropylen- Adsorptionsfilter	8-825.1

Photopherese

Prozedur	Kode
Photopherese (extrakorporale Photochemotherapie)	8-824

Apherese der löslichen, FMS-ähnlichen Tyrosinkinase 1

Prozedur	Kode
Apherese der löslichen, FMS-ähnlichen Tyrosinkinase 1 [sFlt-1-Apherese]	8-827

Hämoperfusion

Prozedur	Kode
Hämoperfusion	8-856

Leberersatztherapie

Zu den Verfahren der Leberersatztherapie zählen unter anderem das Molecular Absorbent Recirculating System, die fraktionierte Plasmaseparation, Adsorption und Dialyse, die Albumindialyse sowie die Bilirubin-Gallensäure-Absorption.

Prozedur	Kode
Extrakorporale Leberersatztherapie	8-858

6.13.8 Vorbereitung auf die Dialyse und Shuntanlage

Wird ein niereninsuffizienter Patient speziell zur Anlage eines Dialyseshunts, eines Dauerdialysekatheters oder zur Implantation eines PD-Katheters aufgenommen, ist die chronische Nierenkrankheit die Hauptdiagnose. Die Kodierregel DKR 0912f legt fest, dass auch hier die übliche Regelung zur Hauptdiagnose angewendet wird.

Anlage eines arteriovenösen Shunts

Je nach durchgeführter Operation stehen verschiedene Codes zur Verfügung.

Prozedur	Kode
Anlage eines arteriovenösen Shunts, Innere AV-Fistel (Cimino-Fistel)	
ohne Vorverlagerung der Vena basilica	5-392.10
mit Vorverlagerung der Vena basilica	5-392.11
Anlage eines arteriovenösen Shunts mit alloplastischem Material (z.B. Goretex-Prothese)	5-392.2
Innere AV-Fistel mit alloplastischem Material	
Mit Implantat ohne Abstrom in den rechten Vorhof	5.392.30
Mit Implantat mit Abstrom in den rechten Vorhof	5.392.31
Sonstige	5-392.3x
Innere AV-Fistel mit autogenem Material (autogene Vene)	5-392.5
Vorverlagerung der Vena basilica als selbständiger Eingriff	5-392.7

Revision oder Verschluss eines arteriovenösen Shunts

Prozedur	Kode
Revision eines arteriovenösen Shunts	5-394.5
Verschluss eines arteriovenösen Shunts	5-394.6

Bei einer Shuntoperation können verschiedene der genannten Codes nebeneinander angegeben werden, z. B. bei Verschluss eines bestehenden Shunts und gleichzeitiger Neuanlage oberhalb des bisherigen Shunts.

Anlage und Wechsel eines Akutdialyse-Katheters

Prozedur	Kode
Legen eines großlumigen Katheters zur extrakorporalen Blutzirkulation	8-831.5
Wechsel eines Katheters	8-831.2

Für die Entfernung eines Akutdialysekatheters gibt es keinen eigenständigen Kode.

Anlage und Entfernung von Katheterverweilsystemen

Diese OPS-Kodes werden für die Implantation von getunnelten Hämodialysekathetern wie z.B. für Demers-, Tesio- oder Kimal-Katheter verwendet.

Prozedur	Kode
Implantation / Wechsel eines venösen Katheters	5-399.5
Revision eines Katheters	5-399.6
Explantation eines Katheters	5-399.7

Für die Lysetherapie thrombosierter Dialysekatheter gibt es keinen Kode.

Anlage und Entfernung eines Peritonealdialysekatheters

Prozedur	Kode
Einlegen eines Peritonealdialysekatheters	5-549.2
Revision/Wechsel eines Peritonealdialysekatheters	5-549.3
Entfernung eines Peritonealdialysekatheters	5-549.4

6.13.9 Komplikationen durch den Dialysezugang

6.13.9.1 Hämodialyse

a) Shuntkomplikationen

Shuntverschluss als Folge eines mechanischen Problems (Knickstenose)

Diagnose	Kode
Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte und Implantate im Herzen und in den Gefäßen	T82.5

Shuntverschluss als Folge einer Thrombose

Diagnose	Kode
Sonstige näher bezeichnete Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	T82.8

Shuntinfektion

Diagnose	Kode
Infekt und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen oder in Gefäßen	T82.7

Steal-Syndrom bei Shunt

Das Steal-Syndrom ist eine schwerwiegende Komplikation, die bei einem arteriovenösen Shunt auftreten kann.

Diagnose	Kode
Sonstige Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate in den Gefäßen	T82.8

Behandlung von Shuntkomplikationen

Die interventionelle Behandlung von Shuntkomplikationen wird durch die folgenden Codes verschlüsselt.

Prozedur	Kode
Perkutan-transluminale Ballonangioplastie künstlicher Gefäße	8-836.0e
Perkutan-transluminale selektive Thrombolyse künstlicher Gefäße	8-836.7e

Operativer Shuntverschluss

Die Krankenhausaufnahme zum operativen Verschluss eines Shunts wird mit folgendem ICD- und OPS-Kode kodiert (DKR 0912f)

Katalog	Diagnose/ Prozedur	Kode
ICD	Sonstige näher bezeichnete Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff	Z48.8
OPS	Verschluss eines arteriovenösen Shuntes	5-394.6

Die Diagnose Z48.8 kann nur dann Hauptdiagnose sein, wenn die Dialysebehandlung z.B. nach erfolgreicher Nierentransplantation abgeschlossen ist und der Shunt verschlossen wird. Wird der Shunt wegen Komplikationen am Shunt selbst oder wegen kardiologischer Probleme verschlossen, ist der Grund dafür die Hauptdiagnose.

Muss bei einem dialysepflichtigen Patienten ein neuer Shunt gelegt werden, da der bestehende Shunt verschlossen ist, ist das keine Vorbereitung zur Dialyse, sondern eine Shunt-Neuanlage unter laufender Nierenersatztherapie.

Dies ist ein Beispiel für die nicht immer ganz logische Darstellung klinischer Sachverhalte durch die abstrakten Regelwerke der ICD-10 und deutschen Kodierrichtlinien. Es bleibt allerdings festzuhalten, dass die Regel, wenn auch nicht logisch, so doch eindeutig ist.

Beispiel:	
Stationäre Aufnahme eines Patienten mit Shuntverschluss durch Thrombose. Es muss ein neuer Shunt gelegt werden.	
HD:	T82.8 Shuntverschluss (Gefäßkomplikation)
ND:	N18.5 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5
Pr:	5-394.6 Verschluss eines arteriovenösen Shuntes
	5-392.1 Anlage eines arteriovenösen Shunts, innere AV- Fistel (Cimino-Fistel)
	8-854.2 Intermittierende Hämodialyse, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation

MDK-Kodierempfehlung Nr. 466 der MDK-Gemeinschaft			
Schlagworte	Shuntkomplikation,	Shuntverschluss,	Shuntneuanlage, Nativshunt, Prothesenshunt, Niereninsuffizienz
Stand	01.01.2016		
Fallkonstellation 1 (bis 2012 Kodierempfehlung Nr. 15)			
Stationäre Aufnahme elektiv zur geplanten Revision eines Shunts wegen Knickstenose (Shunt aus alloplastischem Material) bei dialysepflichtiger Nierenkrankheit. Diagnostik und			

Indikationsstellung ambulant erfolgt, erfolgreicher Revisionseingriff.

MDK-Kodierempfehlung

Wenn der liegende Shunt (Shunt aus alloplastischem Material) auf Grund einer Komplikation nicht mehr funktionsfähig ist und die Aufnahme speziell zur Revision des Shunts erfolgt, ist als Hauptdiagnose die Schlüsselnummer T82.5 *Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte und Implantate im Herzen und in den Gefäßen* zuzuweisen.

Es handelt sich hier um den spezifischsten Code, da neben der Information des verwendeten alloplastischen Materials noch zusätzlich der Organbezug und die Art der Komplikation abgebildet ist. Siehe hierzu auch die Hinweise und Beispiele unter dem Code. Nach DKR D002 ist hier ausnahmsweise der T-Code der spezifischere Code und somit vorrangig vor einem unspezifischen Code aus dem Organkapitel.

Kodierung der Haupt- und Nebendiagnosen

HD: T82.5 *Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte und Implantate im Herzen und in den Gefäßen*

ND: N18.5 *Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5*

⇒Kommentar der Autoren

Die Empfehlung des MDK entspricht der Aussage in diesem Kodierleitfaden.

Fallkonstellation 2

Stationäre Aufnahme elektiv zur geplanten Revision eines Shunts wegen Knickstenose bei dialysepflichtiger Nierenkrankheit (Shunt aus alloplastischem Material). Diagnostik und Indikationsstellung ambulant erfolgt, Revisionseingriff nicht erfolgreich, deshalb Indikation zur Shuntneuanlage.

MDK-Kodierempfehlung

Wenn der liegende Shunt (Shunt aus alloplastischem Material) auf Grund einer Komplikation nicht mehr funktionsfähig ist und die Aufnahme speziell zur Revision des Shunts erfolgt, ist als Hauptdiagnose die Schlüsselnummer T82.5 *Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte und Implantate im Herzen und in den Gefäßen* zuzuweisen. Die Shuntkompliation hat den stationären Aufenthalt hauptsächlich veranlasst. Es war bei Indikationsstellung nicht absehbar, dass eine Shuntneuanlage erfolgen muss.

Es handelt sich hier um den spezifischsten Code, da neben der Information des verwendeten alloplastischen Materials noch zusätzlich der Organbezug und die Art der Komplikation abgebildet sind. Siehe hierzu auch die Hinweise und Beispiele unter dem Code.

Nach DKR D002 ist hier ausnahmsweise der T-Code der spezifischere Code und somit vorrangig vor einem unspezifischen Code aus dem Organkapitel.

⇒Kommentar der Autoren

Die Empfehlung des MDK entspricht der Aussage in diesem Kodierleitfaden.

Fallkonstellation 3 (bis 2012 Kodierempfehlung Nr. 20)

Stationäre Aufnahme elektiv zur Thrombektomie wegen Thrombose eines AV-Shunts (Shunt aus körpereigenem Material) bei dialysepflichtiger Nierenkrankheit. Diagnostik und

Indikationsstellung ambulant erfolgt, erfolgreiche Thrombektomie.

MDK-Kodierempfehlung

Für einen Patienten, der bereits vorher einen Shunt erhielt und bereits regelmäßig dialysiert wird, ist als Hauptdiagnose die Krankheit zu kodieren, die den stationären Aufenthalt hauptsächlich verursacht hat. Dies ist die Thrombose im AV- Shunt, der in diesem Fall aus körpereigenem Material (Vene/Arterie) besteht. Nach DKR D002 sind die Codes aus dem Organkapitel vorrangig vor den Codes für Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Maßnahmen und vor den T-Codes zu verwenden.

Da es sich in der Regel um eine Thrombose des venösen Schenkels handelt, ist als Hauptdiagnose die Schlüsselnummer 180.80 *Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis oberflächlicher Gefäße der oberen Extremitäten* zuzuweisen. Ist in seltenen Fällen auch der arterielle Schenkel betroffen, kann dies durch den Code 174.2 *Embolie und Thrombose der Arterien der oberen Extremitäten* oder 174.3 *Embolie und Thrombose der Arterien der unteren Extremitäten* abgebildet werden.

⇒Kommentar der Autoren

Der MDK ist der Meinung, dass es sich bei einem chronisch dialysepflichtigem Patienten, der bereits vorher einen Shunt erhielt, in der Regel um eine Thrombose des venösen Schenkels handelt. Er empfiehlt daher, die 180.80 Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis oberflächlicher Gefäße der oberen Extremitäten zu kodieren.

Aus unserer Sicht empfehlen wir allerdings unverändert die Kodierung der T82.8, da hier im Inklusivum explizit der AV-Shunt erwähnt ist. Gerade der venöse Schenkel eines Shunts wird durch den vermehrten Blutfluss umgebildet und unterscheidet sich daher von gewöhnlichen Venen, weshalb auch der T82.8 als spezifischer Code definiert wurde.

Fallkonstellation 4

Stationäre Aufnahme elektiv zur Thrombektomie wegen Thrombose eines Shunts (Shunt aus alloplastischem Material) bei dialysepflichtiger Nierenkrankheit. Diagnostik und Indikationsstellung ambulant erfolgt, erfolgreiche Thrombektomie.

MDK-Kodierempfehlung

Die Shuntthrombose hat den stationären Aufenthalt hauptsächlich verursacht. Wenn der liegende Shunt aus alloplastischem Material auf Grund einer Thrombose nicht mehr funktionsfähig ist und die Aufnahme speziell zur Thrombektomie erfolgt, ist als Hauptdiagnose die Schlüsselnummer T82.5 *Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte und Implantate im Herzen und in den Gefäßen* zuzuweisen, da hierfür kein spezifischer Code aus den Organkapiteln der ICD existiert.

Es handelt sich hier um den spezifischen Code, da neben der Information des verwendeten alloplastischen Materials noch zusätzlich der Organbezug und die Art der Komplikation abgebildet sind. Siehe hierzu auch die Hinweise und Beispiele unter dem Code.

⇒Kommentar der Autoren

Wir empfehlen die Kodierung der T82.8, da es sich nicht um eine rein mechanische Komplikation handelt, sondern um eine Thrombose. Für die Thrombose als Ursache gibt es keinen spezifischen Code, deshalb wird die Restklasse T82.8 Sonstige näher bezeichnete Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen angegeben.

Fallkonstellation 5 (bis 2012 Kodierempfehlung Nr. 245)

Stationäre Aufnahme zur geplanten Shuntneuanlage bei Shuntverschluss (AV-Shunt aus körpereigenem Material oder Shunt mit alloplastischem Material) mit bekannter dialysepflichtiger Nierenkrankheit. Diagnostik und Indikationsstellung ambulant erfolgt.

MDK-Kodierempfehlung

Ab 2007 ist in der speziellen Kodierrichtlinie 0912 der Passus Chirurgisch angelegte arteriovenöse Fistel/Shunt gestrichen worden und somit für die Zuweisung der Hauptdiagnose die Regelung der DKR D002 anzuwenden. Verantwortlich für den stationären Krankenhausaufenthalt ist die Shuntneuanlage bei dialysepflichtiger Nierenkrankheit. Die Shuntneuanlage erfolgt in Zielrichtung der Behandlung der dialysepflichtigen Nierenkrankheit. Die Schlüsselnummer N18.5 ist somit Hauptdiagnose.

Die Shuntneuanlage erfolgt weder zur Behebung einer Komplikation eines nicht mehr funktionsfähigen Shunts noch stellt sie einen Revisionseingriff dar. Die Neuanlage ist bei fehlender Revisionsmöglichkeit wie die Shunterstanlage bei dialysepflichtiger Nierenkrankheit zu werten. Die Aufnahme erfolgt explizit nicht zur Durchführung gezielter Maßnahmen am nicht mehr funktionsfähigen Shunt. Die Indikationsstellung zur Neuanlage war bereits ambulant gestellt worden und somit die Ursache des Shuntversagens und die Revisionsmöglichkeit abgeklärt.

⇒Kommentar der Autoren

Der Empfehlung des MDK, hier die chronische Niereninsuffizienz zu empfehlen, kann nicht gefolgt werden. Hier erfolgt, anders als z.B. im MDK-Beispiel zum M. Wegener (siehe Kapitel 4.3), nicht die Therapie einer Grunderkrankung, sondern spezifisch die Behandlung einer Komplikation, nämlich des Shuntverschlusses. Läge der Shuntverschluss nicht vor, würde der Patient gar nicht stationär aufgenommen, sondern weiter ambulant dialysiert. Daher bleiben wir bei unserer Empfehlung, in diesem Fall den Shuntverschluss mit T82.5 als Hauptdiagnose zu kodieren.

b) Dialysekatheter-Komplikationen

Katheterthrombosen

Diagnose	Kode
Mechanische Komplikation durch Gefäßkatheter bei Dialyse	T82.4

Katheterinfektionen

Katheter für	Diagnose	Kode
Hämodialyse	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	T82.7

Bei nachgewiesenem Erreger sind diese zusätzlich anzugeben (z.B. B95.7! Sonstige Staphylokokken als Ursache von Krankheiten).

6.13.9.2 Peritonealdialyse

PD-Katheter-assoziierte Infektionen

Bei einer Infektion an der Katheteraustrittsstelle und bei einer Infektion des Peritonealdialysekatheter-Tunnels lautet die Hauptdiagnose:

Diagnose	Kode
----------	------

Diagnose	Kode
Infektion und entzündliche Reaktion durch Katheter zur Peritonealdialyse	T85.71

Peritonitis

Bei einer PD-assoziierten Peritonitis lautet die Hauptdiagnose:

Diagnose	Kode
Akute Peritonitis	K65.0

Bei Nachweis der Erreger sind diese mit einem zusätzlichen Kode (B94.8! bis B95.7!) anzugeben.

Ist nicht die Infektion durch den PD-Katheter die Ursache für die Peritonitis, sondern eine Hohlorganperforation bei z. B. Sigmadivertikulitis (K57.20), Appendizitis (K35.-) oder Cholezystitis (K81.0), dann ist die Diagnose der zugrundeliegenden Erkrankung die Hauptdiagnose.

Fehllage oder Leckage des PD-Katheters

Dies wird mit dem Kode T85.6 Mechanische Komplikationen durch PD-Katheter verschlüsselt.

In allen Fällen wird bei dialysepflichtigen Patienten zusätzlich die N18.5 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5 als Nebendiagnose angegeben.

6.13.10 Dialysekomplikationen

Muskelkrämpfe

Diagnose	Kode
Urämische Neuropathie (N18.-†)	G63.8*

Dysequilibrium

Diagnose	Kode
Sonstige Komplikation während der Behandlung	T88.8

6.14 Klinische Zustände bei Nierenkrankheit

6.14.1 Überwässerung und Exsikkose

Diagnose	Kode
Flüssigkeitsüberschuss	E87.7
Periphere Ödeme	R60.9
Volumenmangel	E86

Der Kode E87.7 ist als Hauptdiagnose nicht zulässig, kann aber als Nebendiagnose kodiert werden. Der Kode R60.9 ist nur zu verwenden, wenn keine Ursache gefunden wurde. Beim Nachweis einer Nierenkrankheit (z. B. beim Nephrotischen Syndrom) darf dieser Kode nicht genommen werden.

6.14.2 Elektrolytstörungen

Elektrolytstörungen können nur kodiert werden, wenn eine Therapie durchgeführt wurde oder ein anderer erhöhter Aufwand notwendig war.

Natrium und Osmolarität

Elektrolytstörung	Diagnose	Kode
Natrium und Osmolarität	Hyperosmolalität und Hybernatriämie	E87.0
	Hypoosmolalität und Hyponatriämie	E87.1
Kalium	Hyperkaliämie	E87.5
	Hypokaliämie	E87.6
Calcium	Kalziphylaxie	E83.50
	Sonstige Störungen des Kalziumstoffwechsels	E83.58
Phosphat	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes, anderenorts nicht klassifiziert	E87.8
Magnesium	Störungen des Magnesiumstoffwechsels	E83.4

Beispiel:

Aufnahme eines dialysepflichtigen Patienten wegen einer Hyperkaliämie, eine Dialyse ist erforderlich.

HD: E87.5 Hyperkaliämie

ND: N18.5 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5

Pr: 8-854.2 Intermittierende Hämodialyse, Antikoagulation mit Heparin

6.14.3 Säure-Basen-Haushalt

Diagnose	Kode
Azidose (einschließlich Laktatazidose)	E87.2
Alkalose	E87.3

Diese Codes gelten sowohl für die metabolische als auch für die respiratorische Azidose und Alkalose.

6.14.4 Pruritus, Durst, Fehlernährung

Pruritus, Durst

Diagnose	Kode
Sonstiger Pruritus	L29.8
Übermäßiger Durst	R63.1

Fehlernährung und Malnutrition

Diagnose	Kode
Leichte Energie- und Eiweißmangelernährung	E44.1
Mäßige Energie- und Eiweißmangelernährung	E44.0
Erhebliche Energie- und Eiweißmangelernährung	E43
Unsachgemäße Ernährung und Fehlernährung	R63.3

Die ICD-Systematik enthält für diese Schlüssel detaillierte Definitionen, die für die Kodierung nachgewiesen sein müssen.

6.15 Stoffwechselstörungen

6.15.1 Gicht

Diagnose	Kode
Gicht	M10.-
Gicht durch Nierenfunktionsstörung	M10.3 + N17-N19
Gichtnephropathie	M10.- + N29.8*

6.15.2 Hyperlipidämie

Diagnose	Kode
Hypercholesterinämie	E78.0
Hypertriglyzeridämie	E78.1
Gemischte Hyperlipidämie	E78.2

6.15.3 Adipositas

Diagnose	Kode
Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr	E66.0-
Arzneimittelinduzierte Adipositas	E66.1-
Übermäßige Adipositas mit alveolärer Hypoventilation	E66.2-
Sonstige Adipositas	E66.8-

Bei Patienten über 18 Jahren muss der BMI dokumentiert sein.

6.15.4 Eiweißstoffwechsel

Diagnose	Kode
Hypoproteinämie	R77.8
Hypalbuminämie	R77.0

6.16 Diabetes mellitus

Der Diabetes mellitus (D.m.) wird immer mit einem fünfstelligen ICD-10-Kode angegeben (DKR 0401h).

Stelle des ICD-Kodes					
1.	2.	3.		4.	5.
E	1	0	.	0	1
Diabetes mellitus Typ 1				Mit Koma	Als entgleist bezeichnet

Die ersten drei Stellen legen den Diabetestyp fest.

Diagnose	Kode
Diabetes mellitus Typ 1	E10.-
Diabetes mellitus Typ 2	E11.-
D.m. in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung	E12.-
Sonstiger näher bezeichneter D.m. (z.B. Steroiddiabetes, pankreopriver Diabetes)	E13.-
D.m. in der Schwangerschaft	O24.-

Der Kode E12.- *Diabetes mellitus* in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung wird in der Praxis nicht vorkommen. (siehe DKR 0401), der Kode E14.- *Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus* ist unspezifisch und zu vermeiden.

Die vierte Stelle gibt die Manifestation der Komplikationen an.

Die fünfte Stelle beinhaltet den Zustand der Stoffwechsellage.

Der Blutzuckerspiegel allein ist dabei kein Indikator für einen entgleisten Diabetes -Siehe auch MDK-Kodierempfehlung Nr. 9.

MDK-Kodierempfehlung Nr. 9 der MDK-Gemeinschaft

Schlagworte Diabetes mellitus, entgleist

Stand 08.08.2005

Aktualisiert 01.01.2016

Problem

Eine allgemein gültige Definition des entgleisten Diabetes mellitus existiert in der Fachliteratur nicht. Es besteht die Notwendigkeit Kriterien zu entwickeln, die eine Differenzierung erlauben.

MDK-Kodierempfehlung

Ein Diabetes mellitus gilt dann als entgleist, wenn mindestens einer der folgenden Punkte erfüllt ist:

- Rezidivierende (an mehreren Tagen) Hypoglykämien unter 50 mg/dl (2,775 mmol/l) mit Symptomen mit mindestens dreimal täglichen BZ-Kontrollen und Therapieanpassung
- Stark schwankende BZ-Werte (Unterschied mindestens 100 mg/dl (5,55 mmol/l)) mit mindestens dreimal täglichen BZ-Kontrollen und Therapieanpassung
- Deutlich erhöhtes HbA1c (größer als 10 % bzw. 85 mmol/l) als Parameter der Stoffwechselsituation während der letzten 3 Monate mit entsprechender therapeutischer Würdigung während des stationären Aufenthaltes (mindestens 3x tägliche Kontrolle und Therapieanpassung)
- Mindestens dreimal Werte >300 mg/dl (16,65 mmol/l) mit mehrfacher Therapieanpassung

- Bei Werten unter 300 mg/dl (16,65 mmol/l): aufwändiges Management mit an mehreren Tagen mehr als dreimal tgl. Kontrollen und dokumentiertem Nachspritzen von Altinsulin oder kurzwirksamen Insulinanaloga

Diese Empfehlung gilt nicht beim Therapiemanagement nach dem Basis-Bolus-Prinzip.

6.16.1 Kodierung von Komplikationen und Stoffwechsellage

Koma oder Ketoazidose

Komplikation	4. Stelle
Mit Koma (hyperglykämisch, hyperosmolar)	E1-. 01
Mit Ketoazidose ohne Koma	E1-. 11

Für Koma und Ketoazidose gibt es als fünfte Stelle nur „entgleist“, da in beiden Fällen immer eine Entgleisung der Stoffwechsellage vorliegt.

Organkomplikationen

Manifestation	4. Stelle
Mit Nierenkomplikationen	E1-.2-
Mit Augenkomplikationen	E1-.3-
Mit neurologischen Komplikationen	E1-.4-
Mit peripher vaskulären Komplikationen	E1-.5-
Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen	E1-.6-
Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen	E1-.8-
Ohne Komplikationen	E1-.9-

Stoffwechsellage	5. Stelle
Nicht als entgleist bezeichneter Diabetes mellitus	E1-.- 0
Als entgleist bezeichneter Diabetes mellitus	E1-.- 1

Bei Vorliegen einzelner Komplikationen wird der Zustand der Stoffwechsellage „Als entgleist bezeichnet“ oder „Nicht als entgleist bezeichnet“ angegeben.

Mehrere Komplikationen

Komplikation	4. Stelle
Mit multiplen Komplikationen	E1-. 7-

Stoffwechsellage	5. Stelle
Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet	E1-.- 7
Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet	E1-.- 7
Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	E1-.- 7

Stoffwechsellage	5. Stelle
Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet	E1-.-7

Für das Vorliegen multipler Komplikationen wird differenziert zwischen dem diabetischen Fußsyndrom und Komplikationen, die nicht zum diabetischen Fußsyndrom gehören (siehe auch Kap. 6.13.3 Diabetischer Fuß).

6.16.2 Diabetes mellitus und Komplikationen

Beim Diabetes mellitus ist die Kodierung abhängig von der Art der Behandlung. Als erstes wird geprüft, ob es sich:

- a) um die Behandlung der Grunderkrankung oder
- b) um die Behandlung der Komplikationen handelt.

a) Behandlung des Diabetes mellitus - Entgleisung

Steht die Behandlung des Diabetes mellitus im Vordergrund, ist dieser die Hauptdiagnose. Die Komplikationen werden im Einzelnen nur angegeben, wenn sie während des stationären Aufenthaltes eine Rolle spielen.

Mit einer Komplikation, die akut nicht behandelt wird:

Diagnose	Kode
Diabetes mellitus mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen	E1-.6-

Die Komplikation selbst wird nicht kodiert, da sie keinen Aufwand verursacht hat.

<p>Beispiel:</p> <p>Ein Patient mit Diabetes mellitus Typ 1 wird wegen einer schweren Entgleisung der Stoffwechsellage stationär aufgenommen. Anamnestisch ist als einzige Komplikation eine diabetische Retinopathie bekannt, die keinen Behandlungsaufwand zur Folge hat.</p> <p>HD: E10.61† Diabetes mellitus Typ 1 mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen, „entgleist“</p> <p>ND: keine</p>
--

Mit einer Komplikation, die ebenfalls behandelt wird:

Diagnose	Kode
Diabetes mellitus mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen	E1-.6-

In diesem Fall wird die Manifestation als Sternkode angegeben. Um in der Kodierung den Unterschied zur vordergründigen Behandlung einer Komplikation darzustellen, wird in diesem Fall in der vierten Stelle .6- gewählt und nicht der spezifische Kode für eine Nierenkomplikation (DKR 0401h).

<p>Beispiel:</p> <p>Ein Patient mit Diabetes mellitus Typ 1 wird wegen einer schweren Entgleisung der Stoffwechsellage stationär aufgenommen. Zusätzlich besteht als einzige Komplikation eine diabetische Nephropathie, die ebenfalls behandelt wird.</p> <p>HD: E10.61† Diabetes mellitus Typ 1 mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen,</p>
--

„entgleist“
ND: N08.3* Glomeruläre Krankheit bei Diabetes mellitus

Mit mehreren Komplikationen, die auch behandelt werden:

Diagnose	Kode
Diabetes mellitus mit multiplen Komplikationen	E1-.7-†

Die Komplikationen werden als einzelne Sternkodes erfasst.

Beispiel:	
Ein Patient mit Diabetes mellitus Typ 1 wird wegen einer schweren Entgleisung der Stoffwechsellage stationär aufgenommen. Zusätzlich bestehen als Komplikationen eine periphere Angiopathie, eine diabetische Retinopathie und eine diabetische Nephropathie, die ebenfalls behandelt werden.	
HD: E10.71†	Diabetes mellitus Typ 1 mit multiplen Komplikationen, „entgleist“
ND: I79.2*	Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
H36.0*	Retinopathia diabetica
N08.3*	Glomeruläre Krankheit bei Diabetes mellitus

Ohne Komplikationen:

Diagnose	Kode
Diabetes mellitus ohne Komplikationen	E1-.9-

b) Behandlung der Diabetes-Komplikationen - keine Entgleisung

Mit einer Komplikation:

Steht die Behandlung der Komplikation im Vordergrund, ist ebenfalls der Diabetes mellitus Hauptdiagnose mit der Angabe der Komplikation in vierter Stelle. Nebendiagnose ist ein Sternkode für die Komplikation.

Beispiel:	
Ein Patient wird zur Behandlung einer terminalen Niereninsuffizienz aufgrund einer diabetischen Nephropathie aufgenommen.	
HD: E10.20†	Diabetes mellitus Typ 1 mit Nierenkomplikationen, „nicht entgleist“
ND: N08.3*	Glomeruläre Krankheit bei Diabetes mellitus
N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5

Mit mehreren Komplikationen - eine Komplikation im Vordergrund:

Die einzelnen Komplikationen werden, sofern es einen Kode gibt, einzeln aufgeführt. Die Komplikation, deren Behandlung im Vordergrund steht, ist die Hauptdiagnose.

Komplikation	4. Stelle
Mit Nierenkomplikationen	E1-.2-

Komplikation	4. Stelle
Mit Augenkomplikationen	E1-.3-
Mit neurologischen Komplikationen	E1-.4-
Mit peripher vaskulären Komplikationen	E1-.5-
Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen	E1-.6-

Beispiel:

Ein Patient mit Typ-1 Diabetes mellitus kommt mit terminaler Niereninsuffizienz bei diabetischer Nephropathie und stark eingeschränktem Visus wegen diabetischer Retinopathie zur stationären Aufnahme und wird 3-mal hämodialysiert.

HD: E10.20† Diabetes mellitus Typ 1 mit Nierenkomplikationen, „nicht entgleist“

ND: N08.3* Glomeruläre Krankheit bei Diabetes mellitus

N10.30† Diabetes mellitus Typ 1 mit Augenkomplikationen

H36.0* Retinopathia diabetica

N18.5 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5

PR: 8-854.2 Intermittierende Hämodialyse, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation (Kode wird 3x angegeben)

Mehrere Komplikationen, die gleichviel Aufwand verursachen:

Liegen mehrere Komplikationen vor und lässt sich keine Komplikation als vordergründig definieren, wird in der vierten Stelle .7- gewählt. Die Komplikationen werden als einzelne Sternkodes erfasst.

Diagnose	Kode
Diabetes mellitus mit multiplen Komplikationen	E1-.7-†

6.16.3 Diabetischer Fuß

Liegt ein diabetisches Fußsyndrom vor, so ist das eine Sonderform der multiplen Komplikationen und wird an vierter Stelle immer .7- verschlüsselt. Die Angabe der Stoffwechsellage erfolgt in der fünften Stelle des Kodes (Siehe auch Seite 78).

Kodierung von Komplikation und Stoffwechsellage

Komplikation	4. Stelle
Mit multiplen Komplikationen	E1-.7-†
Stoffwechsellage	5. Stelle
Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	E1-.-7
Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet	E1-.-7

Mit mindestens zwei Sternkodes werden die multiplen Komplikationen kodiert und als Prozedur sollte entweder das Wunddebridement am Fuß, die Arthrodese oder sonstiger operativer Eingriff angegeben werden. Weitere Manifestationen und Komplikationen werden zusätzlich kodiert (DKR 0401h).

Beispiel:

Ein Patient mit Typ-2 Diabetes wird zur Behandlung eines Ulcus der Zehe bei Angiopathie und Neuropathie stationär aufgenommen.

HD: E11.74† Diabetes mellitus Typ 2 mit multiplen Komplikationen, mit diabetischem Fußsyndrom, nicht entgleist

ND: G63.2* Diabetische Polyneuropathie

I79.2* Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten

I70.23 Artherosklerose der Extremitätenarterien, Becken- Bein-Typ, mit Ulzeration (pAVK)

L98.4 Chronisches Ulcus der Haut

PR: 5-896.0g Wunddebridement am Fuß mit Lokalanästhesie oder bei polyneuropathiebedingter Analgesie

MDK-Kodierempfehlung Nr. 56 der MDK-Gemeinschaft

Schlagworte Diabetes, pAVK, Diabetisches Fußsyndrom

Stand 01.01.2016

Problem

Was ist Hauptdiagnose bei peripherer arterieller Verschlusskrankheit (pAVK) und gleichzeitig bestehendem Diabetes mellitus?

...

Häufig besteht die Konstellation einer pAVK mit hinzu gekommenem Diabetes mellitus. Z.B. anamnestisch Ruheschmerz, jetzt stationäre Aufnahme wegen ulzerösen Veränderungen an den Füßen. Operative Behandlung (Bypass oder Amputation). Als weitere Risikofaktoren sind arterielle Hypertonie und Nikotinabusus bekannt.

MDK-Kodierempfehlung

Bei kausalem Zusammenhang und der Diagnose von vaskulären und/oder polyneuropathischen Diabeteskomplikationen wird Diabetes mellitus als Hauptdiagnose kodiert (E10-E14, vierte Stelle -.5 oder vierte und fünfte Stelle -.74 oder -.75). Als Nebendiagnosen werden z.B. I79.2* Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten und I70.23 Artherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration angegeben (s. DKR 0401).

Wird im Einzelfall nachvollziehbar kein kausaler Zusammenhang zwischen pAVK und z.B. Altersdiabetes gesehen und die Diagnose von vaskulären und/oder Diabeteskomplikationen nicht gestellt, wird die arterielle Verschlusskrankheit als Hauptdiagnose kodiert (z.B. I70.24 Artherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Gangrän). Als Nebendiagnose darf in diesem Fall E10-E14, vierte Stelle -.5 oder vierte und fünfte Stelle -.74 oder -.75 nicht kodiert werden (s. DKR 0401, Beispiel 7).

⇒Kommentar der Autoren

Die Empfehlung des MDK entspricht der Aussage in diesem Kodierleitfaden. Ist der Diabetes mellitus nicht die primäre Ursache der pAVK, wird er als Nebendiagnose kodiert.

MDK-Kodierempfehlung Nr. 261 der MDK-Gemeinschaft

Schlagworte Fußsyndrom, diabetisches, Osteomyelitis

Stand 23.10.2008

Aktualisiert 01.01.2016

Fallkonstellation

Stationäre Aufnahme eines 68-jährigen Patienten mit diabetischem Fußsyndrom (u.a. Ulzerationen Wagner Stadium 3, Weichteilschwellung, Rötung). Zunächst konservative Therapie, u.a. Antibiose. Der Lokalbefund erfordert im Verlauf die operative Sanierung (Minor-Amputation). Präoperativ zeigt das Röntgenbild des Fußes mehrere Osteolysen im Vorfußbereich. Eine weiterführende Diagnostik prä- und postoperativ bezüglich einer Osteomyelitis im Vorfußbereich (z. B. Knochenszintigramm, MRT, histologische Knochenanalyse) findet nicht statt. Was ist die Hauptdiagnose?

E11.74 Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes], mit multiplen Komplikationen, mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet oder

M86.97 Osteomyelitis, nicht näher bezeichnet, Knöchel und Fuß

MDK-Kodierempfehlung

Verantwortlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthalts ist das diabetische Fußsyndrom (E11.74) und damit Hauptdiagnose. Nach DKR 0401 werden zusätzlich vorhandene Manifestationen/Komplikationen (z.B. Osteomyelitis) nach dem Code für das diabetische Fußsyndrom angegeben, wenn sie der Definition einer Nebendiagnose entsprechen.

⇒Kommentar der Autoren

Die Empfehlung des MDK entspricht dem zuvor genannten Beispiel, bei dem ein Patient mit Typ-2 Diabetes zur Behandlung eines Ulcus der Zehe bei Angiopathie und Neuropathie stationär aufgenommen wird.

MDK-Kodierempfehlung Nr. 259 der MDK-Gemeinschaft

Schlagworte Fußsyndrom, diabetisches, Amputationsstumpf, Infekt

Stand 23.10.2008

Aktualisiert 01.01.2016

Fallkonstellation

Ein Patient mit diabetischem Fußsyndrom und Z.n. Unterschenkelamputation kommt erneut in die Klinik wegen eines Infektes des Amputationsstumpfes. Eine Fallzusammenführung ist nicht möglich, weil Wiederaufnahme oberhalb der OGV. Was ist die Hauptdiagnose?

T87.4 *Infektion des Amputationsstumpfes oder*

E11.74 *Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2- Diabetes], mit multiplen Komplikationen, mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet*

MDK-Kodierempfehlung

Aufnahmegrund ist im vorliegenden Fall nicht der Diabetes mellitus oder das Diabetische Fußsyndrom, sondern die Infektion im Bereich des Amputationsstumpfes. Die spezifischere

Diagnose ist T87.4 Infektion des Amputationsstumpfes und damit Hauptdiagnose.

Kodierung der Haupt- und Nebendiagnosen

HD: T87.4 Infektion des Amputationsstumpfes und damit Hauptdiagnose

⇒Kommentar der Autoren

Das diabetische Fußsyndrom ist in diesem Fall die Nebendiagnose, da es sich um eine Komplikation infolge der Unterschenkelamputation handelt und die Infektion vorrangig behandelt wird.

6.16.4 Multimodale Komplexbehandlung

Zur Kodierung einer Multimodalen Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus steht ein OPS-Kode zur Verfügung, der angewendet werden darf, wenn die folgenden Kriterien während eines stationären Aufenthaltes zutreffen:

- Kontinuierliche Vorhaltung und Durchführung differenzierter Behandlungsprogramme ausgerichtet auf Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, Insulinpumpentherapie, Bluthochdruck, Adipositas, Dyslipidämie, Nephropathie und schweren Hypoglykämien
- Multimodales Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Facharzt für Innere Medizin oder Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie oder Facharzt für Innere Medizin oder Kinder- und Jugendmedizin und „Diabetologe DDG“)
- Einsatz von mindestens 3 Therapiebereichen: Physiotherapie, Psychologie, Diabetesberatung, Medizinische Fußpflege/Podologie, soziale Interventionen in patientenbezogenen unterschiedlichen Kombinationen mit einer Therapiedichte von mindestens 11 Stunden pro Woche
- Wöchentliche Teambesprechung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele
- Bei Kindern und Jugendlichen erfolgt die Therapie auch unter Einbeziehung der Eltern und/oder anderer Bezugspersonen

Prozedur	Kode
Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus	
Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage	8-984.0
Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage	8-984.1
Mindestens 21 Behandlungstage	8-984.2

6.16.5 Nierenkrankheit als Folge eines Diabetes

Ist eine Nierenkrankheit Folge eines Diabetes, ist der Diabetes die Hauptdiagnose, auch wenn die Behandlung einer chronischen Nierenkrankheit im Vordergrund des stationären Aufenthaltes steht (DKR 0401h). Siehe Kapitel 4.13. Diabetes mellitus. Das Ausmaß der chronischen Nierenkrankheit wird zusätzlich mit einem der Codes N18.1, N18.2, N18.3, N18.4 und N18.5 angegeben (siehe Kapitel 4.8.2 chronische Nierenkrankheit).

Beispiel:

Ein Typ-1-Diabetiker kommt zur Diagnostik bei einer Niereninsuffizienz mit Verdacht auf diabetische Nephropathie. Die glomeruläre Filtrationsrate liegt bei 45 ml / min / 1,73 m². Die

Augenhintergrundsuntersuchung ergibt eine nicht-proliferative Retinopathie.	
HD:	E11.20† Nicht entgleister Diabetes mellitus Typ 1 mit Nierenkomplikationen
ND:	N08.3* Glomeruläre Krankheit bei Diabetes mellitus
	N18.3 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 3
	E10.30† Typ 1 Diabetes mit Augenkomplikationen
	H36.0* Retinopathia diabetica

6.17 Hypertonie und vaskuläre Erkrankungen

Alle Codes zur Verschlüsselung der Hypertonie sind fünfstellig. An der 5. Stelle wird das Vorliegen einer hypertensiven Krise und damit auch das Vorliegen eines hypertensiven Notfalls mit .-1 hypertensiver Krise gekennzeichnet. Liegt keine hypertensive Krise und kein hypertensiver Notfall vor, endet der entsprechende Code mit .-0 ohne hypertensive Krise.

6.17.1 Essentielle Hypertonie

Diagnose	Kode
Benigne essentielle Hypertonie, <u>ohne</u> hypertensive Krise	I10.00
Benigne essentielle Hypertonie, <u>mit</u> hypertensiver Krise	I10.01
Maligne essentielle Hypertonie, <u>ohne</u> hypertensive Krise	I10.10
Maligne essentielle Hypertonie, <u>mit</u> hypertensiver Krise	I10.11

- Der Kode I10.90 Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet sollte nicht verwendet werden, da er unspezifisch ist.

Eine maligne Hypertonie liegt nach den Empfehlungen der Deutschen Hochdruckliga vor, wenn einerseits der diastolische Blutdruck über 120 mm/Hg ist oder rasch angestiegen ist und wenn andererseits am Augenhintergrund Blutungen, Exsudate oder ein Papillenödem aufgetreten sind oder wenn eine progrediente Einschränkung der Nierenfunktion mit der Blutdruckerhöhung verbunden ist.

Ist die hypertensive Herzerkrankung Folge einer Hypertonie, wird die Herzerkrankung vor der Hypertonie kodiert.

Diagnose	Kode
Herzinsuffizienz oder	I50.-
Komplikationen einer Herzkrankheit	I51.4 bis 9
Hypertensive Herzkrankheit	I11.0-

Ist die Nierenkrankheit Folge einer langjährigen arteriellen Hypertonie, wird die Nierenkrankheit vor der Hypertonie angegeben.

Diagnose	Kode
Chronische Nierenkrankheit	N18.-
Hypertensive Nierenkrankheit	I12.0-

Liegen eine hypertensive Herzkrankheit und eine hypertensive Nierenkrankheit vor und keine der beiden ist als direkte Ursache der anderen zu definieren, werden beide Krankheiten einzeln kodiert, gefolgt von einem Kombinationskode für die Hypertonie.

Diagnose	Kode
Herzinsuffizienz	I50.-
Chronische Nierenkrankheit	N18.-
Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit	I13.0-

Der Kode I13.9- ist unspezifisch und sollte möglichst vermieden werden.

Kodes für Endorganschäden eines langjährigen Bluthochdrucks sind:

Diagnose	Kode
Hypertensive Retinopathie	H35.0
Hypertensive Enzephalopathie	I67.4

6.17.2 Sekundäre Hypertonie

Renovaskuläre Hypertonie

Wenn die Behandlung der Hypertonie im Vordergrund steht, ohne dass die Art der Nierenarterienstenose bekannt ist:

Hauptdiagnose	Kode
Renovaskuläre Hypertonie, ohne hypertensive Krise	I15.00
Renovaskuläre Hypertonie, mit hypertensiver Krise	I15.01

Ist die Art der Nierenarterienstenose bekannt:

Hauptdiagnose	Kode
Renovaskuläre Hypertonie, ohne hypertensive Krise	I15.00
Renovaskuläre Hypertonie, mit hypertensiver Krise	I15.01
Nebendiagnose	Kode
Fibromuskuläre Dysplasie	I77.3
Nebendiagnose	Kode
Atherosklerose der Nierenarterie	I70.1
Angeborene Nierenarterienstenose	Q27.1

Steht die Diagnostik im Vordergrund, wird die Ätiologie zur Hauptdiagnose und die renovaskuläre Hypertonie zur Nebendiagnose:

Hauptdiagnose	Kode	Nebendiagnose	Kodegruppe
Fibromuskuläre Dysplasien der Arterien	I77.3	Renovaskuläre Hypertonie	I15.0-

Hauptdiagnose	Kode	Nebendiagnose	Kodegruppe
Atherosklerose der Nierenarterie	I70.1		
Angeborene Nierenarterienstenose	Q27.1		

Mögliche zusätzliche Nebendiagnose:

Hauptdiagnose	Kode
Sonstige angeborene Fehlbildungen der Nierenarterie, Multiple Nierenarterien	Q27.2

Therapie bei renovaskulärer Hypertonie

Prozedur	Kodegruppe
Perkutan-transluminale Gefäßintervention	8-836.-

Renale Denervierung

Neues Verfahren in der Behandlung des Bluthochdrucks.

Prozedur	Kodegruppe
Arteriographie der Gefäße des Abdomens	3-604
Arteriographie der Gefäße des Beckens	3-605
Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention: Radiofrequenzablation über die A. renalis	8-83c.5
Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Nahtsystem	8-83b.c2

Renoparenchymatöse Hypertonie

Diagnose	Kodegruppe
Hypertonie als Folge sonstiger Nierenkrankheiten	I15.1-

Phäochromozytom

Ein Phäochromozytom wird je nach der Lokalisation kodiert:

Diagnose	Kode
Gutartige Neubildung der Nebenniere	D35.0
Gutartige Neubildung, periphere Nerven und autonomes Nervensystem	D36.1
Gutartige Neubildung, sonstige näher bezeichnete	D36.7
Bösartige Neubildung, Nebennierenmark (zusätzlich E27.5 <i>Nebennierenmarküberfunktion</i>)	C74.1

Conn-Syndrom

Diagnose	Kode
Primärer Hyperaldosteronismus	E26.0

Diagnose	Kode
Sekundärer Hyperaldosteronismus	E26.1

Cushing-Syndrom

Diagnose	Kode
Nelson-Tumor	E24.1
Arzneimittelinduziertes Cushing-Syndrom	E24.2
Ektopisches ACTH-Syndrom	E24.3

Iatrogene Hypertonie

Diagnose	Kode
Sonstige sekundäre Hypertonie	I15.8

Wenn die Hypertonie Folge von Medikamenten ist, kann Y57.9! Unerwünschte Nebenwirkung bei therapeutischer Anwendung von Arzneimitteln und Drogen als Nebendiagnose angegeben werden.

6.17.3 Schwangerschaftshypertonie

Diagnose	Kode
Gestationshypertonie	O13.-
Präeklampsie	O14.-
HELLP-Syndrom	O14.2

6.18 Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems

Die Kategorie I25 umfasst die koronare Herzerkrankung einschließlich alter Infarkte, Aneurysmata des Herzens, die ischämische Kardiomyopathie sowie die atherosklerotische Herzkrankheit. Die atherosklerotische Herzkrankheit wird an 5. Stelle nach der betroffenen Gefäßart kodiert.

6.18.1 Chronische ischämische Herzkrankheit

Die Verwendung der ICD-Kodes I25.10 Atherosklerotische Herzkrankheit ohne hämodynamisch wirksame Stenosen bis I25.6 Atherosklerotische Herzkrankheit mit stenosierten Stents setzt voraus, dass der Koronarstatus durch Koronarangiographie bekannt ist. In allen anderen Fällen wird bei Vorliegen einer KHK mit I25.19 Atherosklerotische Herzkrankheit nicht näher bezeichnet verschlüsselt.

Beispiel:	
Stationäre Aufnahme eines Dialysepatienten mit koronarer Herzkrankheit zur Koronarangiographie	
HD:	I25.11 Atherosklerotische Herzkrankheit, Ein-Gefäß- Erkrankung
ND:	N18.5 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5
PR:	1-275.0 Koronarangiographie
	8-854.2 Intermittierende Hämodialyse, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation

Die folgenden zusätzlichen Codes dürfen nur benutzt werden, wenn diese Kodierung für die aktuelle Behandlung von Bedeutung ist:

Diagnose	Kode
Vorhandensein eines aortokoronaren Bypasses	Z95.1
Vorhandensein eines Implantates oder Transplantates nach koronarer Gefäßplastik	Z95.5

Das kardiale Problem wird in den meisten Fällen als Hauptdiagnose kodiert.

6.18.2 Angina pectoris

Der ICD-Code für Angina pectoris wird vor dem Code für die koronare Herzkrankheit angegeben. Entwickelt sich aus einer instabilen Angina pectoris ein Myokardinfarkt, so wird dieser kodiert. Der Code für die instabile Angina pectoris darf dann nicht mehr verwendet werden.

Beispiel:	
Aufnahme eines Patienten mit instabiler Angina pectoris. Bei dem Patienten ist eine Koronare Herzkrankheit bekannt, ein akuter Infarkt kann ausgeschlossen werden.	
HD:	I20.0 Instabile Angina pectoris
ND:	I25.19 Koronare Herzkrankheit

6.18.3 Akuter Myokardinfarkt

Bei einem akuten Infarkt darf das Ereignis zum Zeitpunkt der Aufnahme nicht länger als 28 Tage zurückliegen.

Diagnose	Kode
Akuter transmuraler Infarkt der Vorderwand	I21.0
Akuter transmuraler Infarkt der Hinterwand	I21.1
Akuter transmuraler Infarkt an sonstigen Lokalisationen	I21.2
Nichttransmuraler Infarkt (Bereich wird nicht kodiert)	I21.4

Beispiel:	
Ein dialysepflichtiger Patient wird mit einem akuten Hinterwandinfarkt stationär aufgenommen.	
HD:	I21.1 Akuter transmuraler Infarkt der Hinterwand
ND:	N18.5 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5
PR:	8-854.2 Intermittierende Hämodialyse, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation

6.18.4 Erkrankungen der Herzklappen

Nichtrheumatische Aortenklappenkrankheiten

Diagnose	Kode
----------	------

Diagnose	Kode
Aortenklappenstenose	I35.0
Aortenklappeninsuffizienz	I35.1
Aortenklappenstenose mit Insuffizienz	I35.2
Sonstige Aortenklappenkrankheiten	I35.8

Nichtrheumatische Mitralklappenkrankheiten

Diagnose	Kode
Mitralklappenstenose	I34.2
Mitralklappeninsuffizienz	I34.0
Mitralklappenprolaps	I34.1
Sonstige Mitralklappenkrankheiten, Mitralklappen- verkalkung	I34.8

Pulmonalklappenkrankheiten

Diagnose	Kode
Pulmonalklappenstenose	I37.0
Pulmonalklappeninsuffizienz	I37.1
Pulmonalklappenstenose mit Insuffizienz	I37.2
Sonstige Pulmonalklappenkrankheiten	I37.8

Nichtrheumatische Trikuspidalklappenkrankheiten

Diagnose	Kode
Trikuspidalklappenstenose	I36.0
Trikuspidalklappeninsuffizienz	I36.1
Trikuspidalklappenstenose mit Insuffizienz	I36.2

Krankheiten mehrerer Herzklappen

Darunter werden auch die rheumatischen Erkrankungen zusammengefasst.

Diagnose	Kode
Krankheiten der Mitralklappen- und Aortenklappen, kombiniert	I08.0
Krankheiten der Mitralklappen- und Trikuspidalklappen, kombiniert	I08.1
Krankheiten der Aortenklappen- und Trikuspidalklappen, kombiniert	I08.2
Krankheiten der Mitralklappen-, Aortenklappen- und Trikuspidalklappen, kombiniert	I08.3
Sonstige Krankheiten mehrerer Herzklappen	I08.8

6.18.5 Herzinsuffizienz

Die Linksherzinsuffizienz wird nach NYHA (New York Heart Association) in 4 Stadien eingeteilt:

Diagnose	Kode
NYHA-Stadium I: Ohne Beschwerden	I50.11
NYHA-Stadium II: Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung	I50.12
NYHA-Stadium III: Mit Beschwerden bei leichter Belastung	I50.13
NYHA-Stadium IV: Mit Beschwerden in Ruhe	I50.14

Dieser Kode umfasst das Asthma cardiale, die diastolische Herzinsuffizienz, das Linksherzversagen und das akute Lungenödem mit Angabe einer nicht näher bezeichneten Herzkrankheit oder einer Herzinsuffizienz. Somit ist das akute, kardial bedingte Lungenödem mit I50.14 zu verschlüsseln. Bei Vorliegen einer KHK ist diese zusätzlich anzugeben. Der Kode I50.19 Linksherzinsuffizienz, *nicht näher bezeichnet* sollte nicht verwendet werden, da er unspezifisch ist.

Bei der Rechtsherzinsuffizienz wird zwischen primärer und sekundärer Ursache unterschieden.

Diagnose	Kode
Primäre Rechtsherzinsuffizienz	I50.00
Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	I50.01

Mit dem Kode der sekundären Herzinsuffizienz werden die globale Herzinsuffizienz und die Rechtsherzinsuffizienz infolge Linksherzinsuffizienz kodiert (I50.1- und I50.01).

Ist die Rechtsherzinsuffizienz nicht Folge einer Linksherzinsuffizienz, so wird der Schweregrad der Rechtsherzinsuffizienz zusätzlich als Sekundärkode („Ausrufezeichen-Kode“) zu I50.0- gemäß NYHA-Klassifikation verschlüsselt.

Diagnose	Kode
NYHA-Stadium I: Ohne Beschwerden	I50.02!
NYHA-Stadium II: Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung	I50.03!
NYHA-Stadium III: Mit Beschwerden bei leichter Belastung	I50.04!
NYHA-Stadium IV: Mit Beschwerden in Ruhe	I50.05!

Folgen der chronischen Rechtsherzinsuffizienz (Cor pulmonale, Cirrhose cardiaque) werden zusätzlich verschlüsselt.

Hier sollte vielleicht erwähnt werden, dass die Kodes I11.9. (Hypertensive Herzerkrankung ohne (kongestive) Herzinsuffizienz) bzw. I13.1. und I13.9. analog nicht verwendet werden sollen, da bei Nachweis einer hypertensiven Herzerkrankung immer wenigstens das NYHA Stadium I vorliegt und die symptomatische (kongestive) Herzinsuffizienz als Kriterium nicht zwingend gefordert ist (in Klammern).

6.18.6 Periphere arterielle Verschlusskrankheit

Die Atherosklerose wird nach der Beschwerdesymptomatik kodiert. Die Einteilung erfolgt nach dem klinischen Kriterium „Gehstrecke über bzw. unter 200 m“.

Diagnose	Kode
Atherosklerose der Extremitätenarterien, nicht näher bezeichnet, Gehstrecke > 200 m	I70.20
Becken-Bein-Typ, mit belastungsindiziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke < 200 m	I70.25

Diagnose	Kode
Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerzen	I70.22
Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	I70.23
Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	I70.24
Schulter-Arm-Typ, alle Stadien	I70.25
Atherosklerose sonstiger Arterien	I70.8
Generalisierte und nicht näher bezeichneter Artherosklerose	I70.9

6.18.7 Thrombose und Embolie der Nierenarterie

Diagnose	Kode
Ischämie und Infarkt der Niere	N28.0

6.18.8 Thrombose und Embolie der Nierenvene

Diagnose	Kode
Embolie und Thrombose der Nierenvene	I82.3

6.18.9 Nierenarterienstenose, atherosklerotisch

Diagnose	Kode
Nierenarterienstenose, atherosklerotisch	I70.1

6.19 Pulmonale Komplikationen

6.19.1 Pleuraergüsse und nichtkardiales Lungenödem

Diagnose	Kode
Pleuraergüsse, anderenorts nicht klassifiziert	J90
Pleuraerguss bei anderen Erkrankungen (z.B. kardial, aber auch bei Serositis im Rahmen SLE, FMF, nephrotisches Syndrom)	*J91
Lungenödem	J81

Der Kode J81 verschlüsselt das nicht-kardiale Lungenödem (DKR 0902a). Das kardial bedingte Lungenödem ist im Kode für die Herzinsuffizienz (I50.1-) enthalten.

6.19.2 Stauungspneumonie

Stauungspneumonie bei terminaler Niereninsuffizienz

Diagnose	Kode
Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	N18.5†
Pneumonie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	J17.8*

6.20 Infektionen

6.20.1 Urethritis

Diagnose	Kode
Urethritis externa	N34.2
Urethritis durch Mykoplasmen	N34.1

6.20.2 Tubulointerstitielle Nephritis

Diagnose	Kode
Chronische obstruktive Pyelonephritis	N11.1
Akute tubulointerstitielle Nephritis/akute Pyelonephritis	N10
Chronische, nicht obstruktive mit Reflux verbundene tubulointerstitielle Nephritis	N11.0
Sonstige chronische tubulointerstitielle Nephritis	N11.8

6.20.3 Harnwegsinfekt

Diagnose	Kode
Harnwegsinfekt	N39.0
Harnwegsinfekt bei liegendem Dauerkatheter	T83.5
Akute Zystitis	N30.0
Pyelonephritis bei Harnsteinen	N20.9

Ein Harnwegsinfekt sollte als Nebendiagnose nur dann kodiert werden, wenn sich daraus ein Mehraufwand im Sinne der Definition der Nebendiagnosen ergibt. Der nachgewiesene Erreger sollte immer mit einem Ausrufezeichen-Kode angegeben werden. Beispielsweise ist bei einer E. coli-Infektion der zusätzliche Code B96.2! Eine Urosepsis wird wie eine Sepsis kodiert.

6.20.4 SIRS / Sepsis

SIRS ist eine systemische Abwehrreaktion des Organismus ("Systemic inflammatory response syndrome") und tritt bei schweren Erkrankungen wie Infektionen, Verbrennungen, Traumata, Pankreatitis, aber auch inflammatorischen Systemerkrankungen wie Kollagenosen, Rheumatoider Arthritis, Vaskulitiden oder Gicht) auf. Liegt dieser Abwehrreaktion eine Infektion zugrunde, wird von einer Sepsis gesprochen. Dabei genügt der Verdacht auf eine Infektion.

Bei klinisch manifester Sepsis (einschließlich Urosepsis) wird ein Kode aus A40.- oder A41.- zugewiesen. Hier ist die Information über den Erreger bereits im Kode enthalten, so dass die zusätzliche Verschlüsselung entfällt. Zusätzlich sollte immer ein SIRS- Kode (R65.-!) kodiert werden.

Es ist weder ein Erregernachweis (mikrobiologisch dokumentierte Infektion) noch eine klinisch dokumentierte Infektion notwendig. Bei fehlendem Erregernachweis in der Blutkultur müssen allerdings alle vier SIRS-Kriterien für eine Kodierung zutreffen.

(siehe auch Kriterien der Deutschen Sepsis-Gesellschaft <http://www.sepsis-gesellschaft.de/DSG/Deutsch/Krankheitsbild+Sepsis/Informationen+fuer+Mediziner/Kriterienkatalog+DSG?sid=1hZVkvWVa2z0tolC8cS4c0&iid=2>)

SIRS-Kriterien (Definition der ACCP/SCCM):

Die SIRS-Kriterien dürfen nur bei Patienten ab dem vollendeten 16. Lebensjahr angewandt werden.

- Fieber ($\geq 38,0^{\circ}\text{C}$) oder Hypothermie ($\leq 36,0^{\circ}\text{C}$) bestätigt durch eine rektale, intravasale oder intravesikale Messung
- Tachykardie mit Herzfrequenz $\geq 90/\text{min}$
- Tachypnoe (Frequenz größer oder gleich 20/min) oder Hyperventilation (bestätigt durch Abnahme einer arteriellen Blutgasanalyse mit $\text{PaCO}_2 \leq 4,3\text{kPa}$ bzw. 33mmHg)
- Leukozytose ($\geq 12.000/\text{mm}^3$) oder Leukopenie ($\leq 4.000/\text{mm}^3$) oder 10% oder mehr unreife Neutrophile im Differentialblutbild

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

- bei positiver Blutkultur mindestens zwei SIRS-Kriterien erfüllt sind oder
- bei negativer Blutkultur alle vier SIRS-Kriterien erfüllt sind.

Bei allen anderen SIRS-Kodes (R65.1! bis R65.9!) müssen mindestens zwei SIRS-Kriterien erfüllt sein.

Tritt eine systemische Entzündungsantwort ohne Hinweis auf eine Infektion auf, besteht eine SIRS nichtinfektiöser Genese.

Sepsis-Kodes

Diagnose	Kode
Sepsis durch Streptokokken, Gruppe A	A40.0
Sepsis durch Streptokokken, Gruppe B	A40.1
Sepsis durch Streptokokken, Gruppe D	A40.2
Sepsis durch Streptococcus pneumoniae, inklusive Sepsis durch Pneumokokken	A40.3
Sepsis durch sonstige Streptokokken	A40.8
Sepsis durch Streptokokken, nicht näher bezeichnet	A40.9
Sepsis durch Staphylococcus aureus (siehe auch Kapitel 6.20 MRSA)	A41.0
Sepsis durch sonstige näher bezeichnete Staphylokokken, inklusive Sepsis durch koagulasenegative Staphylokokken	A41.1
Sepsis durch nicht näher bezeichnete Staphylokokken	A41.2
Sepsis durch Haemophilus influenzae	A41.3
Sepsis durch Anaerobier	A41.4
Sepsis durch E. coli	A41.51
Sepsis durch Pseudomonas	A41.52
Sepsis durch sonstige gramnegative Erreger	A41.58
Sonstige näher bezeichnete Sepsis (einschließlich Pilzsepsis) und Sepsis bei Herpesvirusinfektionen (generalisierte CMV-, HSV-, VZV-Infektionen mit DNA-Nachweis im Plasma)	A41.8
Sepsis, nicht näher bezeichnet	A41.9

SIRS-Kodes

Diagnose	Kode
SIRS infektiöser Genese, ohne Organkomplikationen	R65.0!
SIRS infektiöser Genese mit Organkomplikationen	R65.1!
SIRS nichtinfektiöser Genese ohne Organkomplikationen	R65.2!
SIRS nichtinfektiöser Genese mit Organkomplikationen	R65.3!

Septischer Schock

Für die Kodierung des septischen Schocks als die schwerste Form der Sepsis ist neben der Kodierung der Sepsis (A40.- und A41.- Sepsis) der Kode für den septischen Schock anzugeben.

Diagnose	Kode
Septischer Schock	R57.2

Beispiel:

Patient im septischen Schock mit E. coli-Sepsis und akuter Nierenschädigung, die mit Dialyse behandelt werden muss.

HD: A41.51 Sepsis durch E. coli

ND: R65.1! SIRS infektiöser Genese mit Organkomplikationen

R57.2 Septischer Schock

N17.93 Akutes Nierenversagen Stadium III

PR: 8-854.2 Kontinuierliche, venöse, pumpengetriebene Hämodiafiltration, (CVVHDF), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen, mehr als 144 bis 264 Stunden

Kathetersepsis

Bei einer Kathetersepsis durch Staphylokokken wird zusätzlich zum Kode für die Sepsis (A41.-) folgende Nebendiagnose kodiert.

Diagnose	Kode
Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	T82.7

MDK-Kodierempfehlung Nr. 223 der MDK-Gemeinschaft

Schlagworte Harnwegsinfekt, Sepsis

Stand 24.04.2008

Aktualisiert 01.01.2016

Fallkonstellation

Während eines stationären Aufenthaltes aus anderen Gründen erkrankte der hochbetagte Patient an einem fieberhaften Harnwegsinfekt, aus dem sich trotz antibiotischer Therapie nach

zwei Tagen eine Sepsis entwickelte mit Nachweis einer positiven Blutkultur sowie von mehr als zwei SIRS-Kriterien.

Kann bei E. coli-Nachweis in der Blutkultur neben A41.51 Sepsis durch sonstige gramnegative Erreger, Escherichia coli [E.coli] zusammen mit einem Kode aus R65.-! Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] auch N39.0 Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet kodiert werden?

MDK-Kodierempfehlung

Neben der Kodierung der Sepsis als Nebendiagnose kann zusätzlich der Harnwegsinfekt verschlüsselt werden, da beide Erkrankungen vorgelegen und das Patientenmanagement beeinflusst haben.

Kodierung der Haupt- und Nebendiagnosen

HD: Grund der stationären Aufnahme

ND: A41.51 Sepsis durch sonstige gramnegative Erreger, Escherichia coli [E.coli]

R65.-! Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS]

N39.0 Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet

⇒Kommentar der Autoren

Entsprechend der Nebendiagnosedefinition werden alle während des stationären Aufenthaltes aufgetretenen Erkrankungen und Komplikationen, sofern sie einen therapeutischen oder pflegerischen Aufwand verursacht haben, erfasst, auch wenn sie zum Zeitpunkt der Entlassung des Patienten nicht mehr bestehen.

Anmerkung: Bei einer Urosepsis wird nach DKR 0103 die Sepsis als Hauptdiagnose und die Harnwegsinfektion als Nebendiagnose kodiert.

6.20.5 Hepatitis

Ein Patient wird dann als Hepatitis-(Virus-)Träger betrachtet (Z22.5 Keimträger der Virushepatitis), wenn über die akute Phase der Erkrankung hinaus weiterhin Hepatitis-B-, -C- oder -D-Viren in seinem Blut nachweisbar sind. Dabei weist er keine manifesten Krankheitssymptome auf, trägt den Erreger aber in sich und kann Andere infizieren. Der Kode 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 (z.B. Durchführung der Dialyse unter Isolationsbedingungen).

Akute Hepatitis A

Diagnose	Kode
Virushepatitis A mit Coma hepaticum	B15.0
Virushepatitis A ohne Coma hepaticum	B15.9
Hepatitis A (akut) (durch Viren) o.n.A.	

Akute Hepatitis B

Diagnose	Kode
Akute Virushepatitis B mit Delta-Virus (Begleitinfektion) und mit Coma hepaticum	B16.0
Akute Virushepatitis B mit Delta-Virus (Begleitinfektion) ohne Coma hepaticum	B16.1

Diagnose	Kode
Akute Virushepatitis B ohne Delta-Virus mit Coma hepaticum	B16.2
Akute Virushepatitis B ohne Delta-Virus und ohne Coma hepaticum	B16.9

Akute Hepatitis C

Diagnose	Kode
Akute Virushepatitis C	B17.1

Sonstige akute Virushepatitis

Diagnose	Kode
Akute Delta-Virus- (Super-) Infektion eines Hepatitis-B- (Virus-) Trägers	B17.0
Akute Virushepatitis E	B17.2

Chronische Virushepatitiden

Diagnose	Kode
Chronische Virushepatitis B mit Delta-Virus	B18.0
Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus	B18.1
Chronische Virushepatitis C	B18.2
Sonstige chronische Virushepatitis	B18.8

Hepatitis-Impfungen

Für erfolgreich gegen Hepatitis B geimpfte Patienten kann der Kode Z24.6 Notwendigkeit der Impfung gegen Virushepatitis verwendet werden.

Diagnose	Kode
Notwendigkeit der Impfung gegen Virushepatitis	Z24.6

6.20.6 Tuberkulose

Diagnose	Kode
Tuberkulose des Urogenitalsystems	A18.1†
Sonstige Krankheiten der Niere und des Ureters bei anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten	N29.1*

6.20.7 CMV-Infektion

Diagnose	Kreuz-Kode	Stern-Kode
Pneumonie durch Cytomegalieviren (mit J17.1*)	B25.0†	

Diagnose	Kreuz-Kode	Stern-Kode
Pneumonie bei anderenorts klassifizierten Viruskrankheiten		J17.1*
Hepatitis durch Cytomegalieviren (mit K77.0*)	B25.1†	
Leberkrankheiten bei anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten		K77.0*
Pankreatitis durch Cytomegalieviren (mit K87.1*)	B25.2†	
Krankheiten des Pankreas bei anderenorts klassifizierten Krankheiten		K87.1*
Infektion des Verdauungstraktes durch Cytomegalieviren		
Duodenitis, Gastritis, Ileitis, Kolitis	B25.80†	
Krankheiten sonstiger näher bezeichneter Verdauungsorgane bei anderenorts klassifizierten Krankheiten		K93.8*
Ösophagitis†	B25.80†	
Krankheiten des Ösophagus bei anderenorts klassifizierten Krankheiten		K23.8*
Sonstige Cytomegalie	B25.88	

6.20.8 MRSA (ORSA) / MRE

Hier wird zwischen Keimträger und Infektion unterschieden.

MRSA (ORSA)- / MRE-Keimträger

Diagnose/ Prozedur	Kode
Gesunder Keimträger anderer näher bezeichneter bakterieller Krankheiten	Z22.3
Staphylococcus aureus mit Resistenz gegen Oxacillin oder Methicillin [MRSA]	U80.-!
Oder	
Bakterien mit Multiresistenz gegen Antibiotika	U81.-!
Isolierung als prophylaktische Maßnahme	Z29.0
Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multiresistenten Erregern (MRE)	8-987.-

Der Diagnosekode U81.-! wird verwendet, wenn nur noch eine Sensitivität gegen nicht mehr als zwei Antibiotika-Substanzgruppen nachweisbar ist. Hier wurde eine umfangreiche Differenzierung in 35 verschiedene Codes für unterschiedliche Erreger und Resistenzgrade (2-MRGN (nur für Kinder), 3-MRGN und 4-MRGN) vorgenommen (MRGN = multiresistente gramnegative Erreger).

In der Kodegruppe U80.-! werden Erreger mit bestimmten Antibiotikaresistenzen, die besondere therapeutische oder hygienische Maßnahmen erfordern, zusammengefasst. Diese optionalen Schlüsselnummern sollten unbedingt genutzt werden, um Rückschlüsse auf die hauseigene Resistenzlage in Anlehnung an die Bestimmungen des Infektionsschutzgesetzes durchführen zu können. Alle Resistenz-Kodes aus der U80-Gruppe sind als PCCL-relevante Nebendiagnosen potentiell erlössteigernd. Dies unterstreicht die Bedeutung der Resistenzen auch aus ökonomischer Sicht. Entsprechend der im Infektionsschutzgesetz geforderten Verpflichtung zur Dokumentation bestimmter Erreger mit speziellen Resistenzen wurden die Resistenz-Kodes der Kodegruppe U80.-!

nach den Antibiotikaresistenzen bestimmter Erregergruppen differenziert. So können schwerwiegende Resistenzen von weniger schwerwiegenden abgegrenzt werden.

Die Informationen für die Kodierung müssen je nach Erreger aus dem mikrobiologischen Resistogramm (Antibiogramm) abgeleitet werden. Hierzu ist es notwendig, auf der einen Seite die identifizierten Keime mit den Codes aus der Gruppe U80.-! abzugleichen. In den meisten Fällen sind die Keime in der Kodegruppe U80.-! auch eindeutig aus den Resistogrammen erkennbar (z.B. Staphylococcus aureus). Erklärungsbedürftig sind die sog. „Nonfermenter“. Bei diesen handelt es sich um Keime, die als metabolisch inaktiv bezeichnet werden, weil sie Glukose nicht fermentieren können. Dazu gehören Gattungen wie Acinetobacter, Pseudomonas, Stenotrophomonas und Burkholderia.

Erreger	mit Resistenz gegen	Kode
Staphylococcus aureus	Oxacillin oder Methicillin (MRSA)	U80.00!
	Glykopeptid-Antibiotika, Chinolone, Streptogramine oder Oxazolidinone und ohne Resistenz gegen Oxacillin oder Methicillin (PVL)	U80.01!
Streptococcus pneumoniae	Penizillin oder Oxacillin	U80.10!
	Makrolid-Antibiotika, Oxazolidinone oder Streptogramine und ohne Resistenz gegen Penizillin oder Oxacillin	U80.11!
Enterococcus faecalis	Glykopeptid-Antibiotika (VRE)	U80.20!
	Oxazolidinone oder mit High-Level-Aminoglykosid-Resistenz und ohne Resistenz gegen Glykopeptid-Antibiotika	U80.21!
Enterococcus faecium	Glykopeptid-Antibiotika (VRE)	U80.30!
	Oxazolidinone oder Streptogramine oder mit High-Level-Aminoglykosid-Resistenz und ohne Resistenz gegen Glykopeptid-Antibiotika	U80.31!
Escherichia, Klebsiella und Proteus	Chinolone, Carbapeneme, Amikacin, oder mit nachgewiesener Resistenz gegen alle Beta-Laktam-Antibiotika (ESBL-Resistenz)	U80.4!
Enterobacter, Citrobacter und Serratia	Carbapeneme, Chinolone oder Amikacin	U80.5!
Pseudomonas aeruginosa und andere Nonfermenter	Carbapeneme, Chinolone, Amikacin, Ceftazidim oder Piperacillin/Tazobactam	U80.6!
Burkholderia und Stenotrophomonas	Chinolone, Amikacin, Ceftazidim, Piperacillin/Tazobactam oder Cotrimoxazol	U80.7!

Anmerkungen: Methicillin ist mittlerweile nicht mehr im Handel. Eine High-Level-Aminoglykosid-Resistenz ist eine Schweregradbezeichnung der Enterokokken-Resistenz. Bei einer High-Level-Resistenz liegt die MHK (Minimale Hemmkonzentration) bei ≥ 500 mg/l. Eine entsprechende Information sollte sich dem Resistogramm entnehmen lassen. Die ESBL-Resistenz (extended spektrum β -Lactamasen) bezeichnet eine erweiterte Resistenz gegen alle β -Lactam-Antibiotika.

Beispiele zu den im U80-Kode beinhalteten Substanzgruppen:

- Glykopeptid-Antibiotika: Vancomycin, Teicoplanin
- Chinolone (Gyrasehemmer): Ciprofloxacin, Norfloxacin, Levofloxacin
- Streptogramine: Pristinamycin, Quinupristin, Dalfopristin
- Oxazolidinone: Linezolid, Eperezolid
- Makrolid-Antibiotika: Erythromycin, Clarithromycin, Azithromycin, Roxithromycin
- Carbapeneme: Meropenem, Imipenem

Alle hier nicht aufgeführten Begriffe sind Substanzen, die direkt im Resistogramm abgelesen werden können.

Für den Prozedurenkode 8-987.- *Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multiresistenten Erregern (MRE)* müssen folgende Mindestmerkmale erfüllt sein:

- Behandlung durch speziell ausgewiesenes medizinisches Personal, in Zusammenarbeit mit dem Krankenhaushygieniker und/oder der Hygienefachkraft unter Aufsicht des Krankenhaushygienikers unter Berücksichtigung aktueller Behandlungs- und Pflegestandards.
- Durchführung von speziellen Untersuchungen zur Feststellung der Trägerschaft von multiresistenten Erregern (ICD-Kodes U80 - U82) bzw. der erfolgreichen Sanierung der Kolonisierung bzw. Infektion sowie zur Prävention einer Weiterverbreitung.
- Durchführung von strikter Isolierung (Einzel- oder Kohortenisolierung) mit eigenem Sanitärbereich oder Bettstuhl bei entsprechender hygienischer Indikation (Vermeidung von Kreuzinfektionen). Die Isolierung wird aufrechterhalten, bis in drei negativen Abstrichen/Proben von Prädilektionsstellen der MRE nicht mehr nachweisbar ist. Die Abstriche/Proben dürfen nicht am gleichen Tag entnommen sein. Die jeweils aktuellen Richtlinien des Robert-Koch-Instituts sind zu berücksichtigen.
- Es muss ein dokumentierter durchschnittlicher Mehraufwand von mindestens 2 Stunden täglich während der Behandlungstage mit strikter Isolierung entstehen. Dazu gehören neben den oben beschriebenen Maßnahmen:
 - Einsatz von erregerspezifischen Chemotherapeutika/Antibiotika
 - Mindestens tägliche lokale antiseptische Behandlung der betroffenen Areale (z.B. Rachen- oder Wundsanierung; antiseptische Sanierung anderer betroffener Körperteile/Organe)
 - Antiseptische Ganzkörperwäsche, bei intakter Haut mindestens täglich
 - Täglicher Wechsel von Bettwäsche, Bekleidung und Utensilien der Körperpflege (Waschlappen u.ä.)
 - Schutzmaßnahmen bei Betreten und Verlassen des Zimmers (zimmerbezogener Schutzkittel, Handschuhe, ggf. Mund-Nasen-Schutz, einschleusen, ausschleusen etc.)
 - Ggf. mehrmals tägliche Desinfektion patientennaher Flächen
 - Mindestens tägliche Fußbodendesinfektion und Schlussdesinfektion
 - Patienten- und Angehörigengespräche zum Umgang mit MRE
 - Durchführung der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen unter besonderen räumlich-organisatorischen Bedingungen (z.B. im Patientenzimmer anstelle im Funktionsbereich; wenn in Funktionsbereichen, dann mit unmittelbar anschließender Schlussdesinfektion)

Beispiel:

Ein Patient mit Morbus Wegener wird wegen eines akuten Schubs stationär aufgenommen. Nach Kontakt zu einem Patienten mit einer MRSA-Infektion wurde im Nasenabstrich eine Kolonisation mit MRSA nachgewiesen.

HD: M31.3 Wegener-Granulomatose
 ND: Z22.3 Gesunder Keimträger anderer näher bezeichneter bakterieller Krankheiten
 U80.00! Staphylococcus aureus mit Resistenz gegen Oxacillin oder Methicillin (MRSA)
 Z29.0 Isolierung als prophylaktische Maßnahme
 PR: 8-987.10 Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multiresistenten Erregern (MRE): Komplexbehandlung auf nicht spezieller Isoliereinheit: Bis zu 6 Behandlungstage

MDK-Kodierempfehlung Nr. 17 der MDK-Gemeinschaft

Schlagworte MRSA
 Stand 08.08.2005
 Aktualisiert 01.01.2016

Problem/Erläuterung

Wie wird der asymptomatische Keimträger mit Erregernachweis MRSA verschlüsselt?

MDK-Kodierempfehlung

Z22.3 *Keimträger anderer näher bezeichneter bakterieller Krankheiten* mit
 U80.0! *Staphylococcus aureus mit Resistenz gegen...*

Die Diagnose B95.6! *Staphylococcus aureus als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind* wird nicht kodiert, da keine Krankheit vorliegt.

⇒Kommentar der Autoren

Die Empfehlung des MDK entspricht der Aussage in diesem Kodierleitfaden

Einen Musterbogen für die Dokumentation finden Sie im Internet: http://www.dkgev.de/media/file/15854.RS037-14_Anlage2-Dokumentationsbogen_zu_den_OPS-Kodes_aus_8-987.pdf

Dieser Bogen wurde 2007 von den damaligen Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Krankenhausgesellschaft empfohlen und ist weiterhin gültig (Mitteilung der DKG vom Januar 2014).

MRSA (ORSA)- / MRE-Infektion

Diagnose/ Prozedur	Kode
Staphylokokkeninfektion nicht näher bezeichneter Lokalisation	A49.0
Staphylococcus aureus als Ursache von Krankheit	B95.6!
Staphylococcus aureus mit Resistenz gegen Oxacillin, Methicillin, Glykopeptid-	U80.-!

Diagnose/ Prozedur	Kode
Antibiotika, Chinolone, Streptogramine oder Oxazolidinone	
Oder	
Bakterien mit Multiresistenz gegen Antibiotika	U81.-!
Isolierung als prophylaktische Maßnahme	Z29.0
Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multiresistenten Erregern (MRE)	8-987.-

Beispiel:

Ein dialysepflichtiger Patient mit einem infizierten Prothesenshunt (Gore-Tex) wird stationär aufgenommen. Es findet sich im Abstrich der Infektionsstelle ein MRSA.

- HD: A49.0 Staphylokokkeninfektion nicht näher bezeichneter Lokalisation
- ND: T82.7 Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen
- U80.00! Staphylococcus aureus mit Resistenz gegen Oxacillin oder Methicillin [MRSA]
- Z29.0 Isolierung als prophylaktische Maßnahme
- N18.5 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5
- PR: 8-987.01 Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multiresistenten Erregern (MRE): Komplexbehandlung auf spezieller Isoliertheit: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage
- 8-854.2 Intermittierende Hämodialyse, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation (Die Anzahl der Codes richtet sich nach der Anzahl der durchgeführten Behandlungen)

Bei einem Patienten mit infiziertem Cimino-Shunt wird der ICD-Kode T82.7 nicht als Nebendiagnose angegeben.

Beispiel:

Ein dialysepflichtiger Patient mit einem infiziertem Cimino-Shunt wird stationär aufgenommen. Es findet sich im Abstrich der Infektionsstelle ein MRSA.

- HD: A49.0 Staphylokokkeninfektion nicht näher bezeichneter Lokalisation
- ND: U80.00! Staphylococcus aureus mit Resistenz gegen Oxacillin oder Methicillin [MRSA]
- Z29.0 Isolierung als prophylaktische Maßnahme
- N18.5 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5
- PR: 8-987.01 Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multiresistenten Erregern (MRE): Komplexbehandlung auf spezieller Isoliertheit: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage
- 8-854.2 Intermittierende Hämodialyse, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation (Die Anzahl der Codes richtet sich nach der Anzahl der durchgeführten Behandlungen)

durchgeführten Behandlungen)

6.20.9 Influenza

Bestimmte Influenzaviren (H1N1 und H5N1)

Diagnose	Kode
Grippe durch bestimmte nachgewiesene Influenzaviren (inklusive H1N1- und H5N1-Viren)	J09

Spezifizierung besonderer epidemiologischer Ereignisse durch zusätzliche Schlüsselnummern

Diagnose	Kode
Influenza A/H1N1 Pandemie 2009 (Schweinegrippe)	U69.20!
Influenza A/H5N1 Epidemie (Vogelgrippe)	U69.21!

Impfung

Diagnose	Kode
Notwendigkeit der Impfung gegen Grippe (Influenza)	Z25.1!

6.20.10 EHEC

Bei der Kodierung von EHEC wird unterschieden zwischen der Aufnahme von Verdachtsfällen, Kontaktpersonen sowie den Patienten mit einer ausgebrochenen Erkrankung bei nachgewiesenem Erreger.

Aufnahme von Verdachtsfällen

Diagnose	Kode
Beobachtung bei sonstigen Verdachtsfällen	Z03.8
Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf infektiöse und parasitäre Krankheiten	Z11

Aufnahme einer EHEC-Kontaktperson

Diagnose	Kode
Kontakt mit und Exposition gegenüber infektiösen Darmkrankheiten	Z20.0

Durchfallerkrankung bei nachgewiesenem Erreger

Diagnose	Kode
Darminfektion durch enterohämorrhagische Escherichia coli	A04.3
Escherichia coli [E. coli] und andere Enterobakteriazeen als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind.	B96.2!
Isolierung als prophylaktische Maßnahme	Z29.0

Durchfallerkrankung ohne Erregernachweis

Diagnose	Kode
Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs	A09.0
Isolierung als prophylaktische Maßnahme	Z29.0
oder	
Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis, nicht näher bezeichnet	K52.9

(Atypisches) hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)

Diagnose	Kode
Hämolytisch-urämisches Syndrom	D59.3+
Glomeruläre Krankheiten bei Blutkrankheiten und Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	N08.2*
Isolierung als prophylaktische Maßnahme	Z29.0

In der ICD10-Nomenklatur findet (noch) keine Unterscheidung in typisches und atypisches HUS statt. Alle Fälle von HUS werden daher mit D59.3+ kodiert.

Ein OPS-Kode aus der Gruppe 8-987 Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern (MRE) kann i.d.R. dokumentiert werden, da bei EHEC-Keimen oft ESBL-Bildner vorkommen.

Wird mit Eculizumab behandelt, ist auf die richtige Kodierung der verabreichten Menge mit dem OPS-Kode 6-003.h zu achten. Dieser OPS löst das Zusatzentgelt ZE154 in ggf. erheblicher Höhe zur Deckung der Medikamentenkosten aus.

6.21 Sonstige Komplikationen

Komplikationen an anderen Organsystemen können im Rahmen der renalen Grunderkrankung oder als Folge der Therapie auftreten und sind gesondert zu kodieren.

6.21.1 Neurologische Komplikationen

Diagnose	Kode
Chronische Nierenkrankheit	N18.-+
Urämische Neuropathie	G63.8*
Syndrom der unruhigen Beine (Restless-Legs-Syndrom)	G25.81
Karpaltunnelsyndrom	G56.0

6.21.2 Osteoporose

Diagnose	Kode
Osteoporose mit pathologischer Fraktur	M80.-
Osteoporose ohne pathologische Fraktur	M81.-
Arzneimittelinduzierte Osteoporose	M81.4

Diagnose	Kode
Osteoporose bei endokrinen Störungen	M82.10*

*Die fünfte Stelle gibt den Beteiligungsort an.

6.21.3 Sexualfunktionsstörungen

Diagnose	Kode
Erektile Dysfunktion	N48.4

6.21.4 Vergiftungen Die Vergiftungen sind in die einzelnen Substanzgruppen unterteilt (T36-50), z.B.

Diagnose	Kode
Vergiftungen durch systemisch wirkende Antibiotika	T36.-
Vergiftungen durch nicht-opioidhaltige Analgetika, Antipyretika und Antirheumatika	T39.-

6.22 Intensivmedizinische Komplexbehandlung

Die Codes der intensivmedizinischen Komplexbehandlung dienen der Abbildung der Leistungen auf der Intensivstation. Bei Patienten über 14 Jahren werden ein Score-Wert nach der SAPS II (Simplified Acute Physiology Score ohne Glasgow Coma Scale) und die Summe der Score-Werte von 10 täglich ermittelten aufwendigen Leistungen aus dem TISS-Katalog (Therapeutic Intervention Scoring System) ermittelt. Aus diesen beiden Werten errechnen sich die Aufwandspunkte für den gesamten Intensivaufenthalt. Zu den im TISS-Katalog bewerteten Maßnahmen zählen die Hämodialyse und andere Verfahren (3 Punkte) sowie der Ausgleich einer Azidose/ Alkalose (4 Punkte).

Diese Verschlüsselung ist zwar sehr aufwendig, aber von erheblicher Bedeutung für die Einordnung in hoch bewertete Fallpauschalen.

Prozedur	Kode
Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	8-980.-ff

Mindestmerkmale für die Anwendung des OPS-Kodes sind unter anderem:

- Kontinuierliche, 24-stündige Überwachung und akute Behandlungsbereitschaft durch ein Team von Pflegepersonal und Ärzten, die in der Intensivmedizin erfahren sind und die aktuellen Probleme ihrer Patienten kennen.
- Eine ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation muss gewährleistet sein.
- Die Anzahl der Aufwandspunkte errechnet sich aus der Summe des täglichen SAPS II über die Verweildauer auf der Intensivstation (total SAPS II) plus der Summe der aufwendigen Leistungen aus dem TISS-Katalog über die Verweildauer auf der Intensivstation.

Für Krankenhäuser der Maximalversorgung gibt es einen weiteren Code für die aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung, für den die Mindestmerkmale für die Vorhaltung bzw. schneller Einsatz intensivmedizinischer diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen sowie Erreichbarkeit wichtiger Fachbereiche vorgegeben sind. Die Mindestmerkmale für diesen Code sowie die Differenzierung nach Aufwandspunkten sind im OPS genannt.

Prozedur	Kode
Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung	8-98f.-ff

Bei Kindern unter 14 Jahren und älter als 28 Tage bei der Aufnahme wird ein OPS- Kode zur Intensivmedizinischen Komplexbehandlung im Kindesalter angegeben. Für diesen Kode wird ein pädiatrischer Score-Wert ermittelt, aus dem sich die Aufwandspunkte ermitteln.

Prozedur	Kode
Intensivmedizinischen Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur)	8-98d.-ff

Die Mindestmerkmale für diesen Kode sowie die Differenzierung nach Aufwandspunkten sind im OPS genannt. Die DRGs der Intensivmedizin enthalten jeweils zwei Werte z.B. 2353 / 2209 Aufwandspunkte. Dabei gilt der erste Wert für die Kinder und der zweite für die erwachsenen Patienten.

6.23 Sonstige mit extrakorporalen Therapieverfahren behandelbare Erkrankungen

Diagnose	Kode
Familiäre essentielle Hypercholesterinämie	E78.0
Störungen des Kalziumstoffwechsels	E83.5-
Hyperviskositätssyndrom	R70.1
Multiples Myelom [Plasmozytom]	C90.0-
Akute myeloblastische Leukämie (AML)	C92.0-
Akute lymphatische Leukämie (ALL)	C91.0-
Chronische myeloische Leukämie (CML), BCR/ABL-positiv	C92.1-
Chronisch lymphatischen Leukämie vom B-Zell-Typ (CLL)	C91.1-
Guillain-Barré-Syndrom, Polyradikuloneuritis	G61.0
Myasthenia gravis	G70.0
Akutes Leberversagen	K72.0
Alkoholtoxisches Leberversagen	K70.4
Toxische Leberkrankheit mit Lebernekrose	K71.1
Adult Respiratory Distress Syndrome (ARDS)	J80
Dilatative Kardiomyopathie	I42.0
Hörsturz	H91.2
Senile Makuladegeneration	H35.3
Hemmkörperhämophilie	D68.8
Rheumatoide Arthritis	M06.99

6.24 Transplantation

Bei der Kodierung der Organentnahme und Organtransplantation ist zwischen dem Spender und dem Empfänger zu unterscheiden. Bei der Spende wird zwischen einer Lebendspende und einer Leichenspende unterschieden (DKR P015f).

6.24.1 Lebendspende

Wird ein potenzieller Spender zu Voruntersuchungen vor einer möglichen Lebendspende stationär aufgenommen und erfolgt die Organ- oder Gewebeentnahme nicht während desselben stationären Aufenthaltes, ist die Hauptdiagnose:

Diagnose	Kode
Untersuchung eines potentiellen Organ- oder Gewebespenders	Z00.5

Weiter zu kodieren sind die vorliegenden Nebendiagnosen (P015f).

Wird die Lebendspende einer Niere während desselben stationären Aufenthaltes wie die Evaluation durchgeführt, ist die Hauptdiagnose:

Diagnose	Kode
Nierenspender	Z52.4

Die entsprechenden Prozedurenkodes lauten:

Prozedur	Kode
Nephrektomie zur Transplantation, Lebendspender, offen chirurgisch, lumbal	5-554.80
Nephrektomie zur Transplantation, Lebendspender, offen chirurgisch, abdominal	5-554.81
Nephrektomie zur Transplantation, Lebendspender, laparoskopisch	5-554.83

Wurde die Nephrektomie nicht beendet oder stellt sich erst intraoperativ die Nichtverwendbarkeit des Organs für eine spätere Transplantation heraus, wird der OPS- Kode 5-995 Vorzeitiger Abbruch einer Operation zusätzlich angegeben.

Wird eine Person zur Nierenspende stationär aufgenommen, die Nierenspende aber nicht durchgeführt, wird folgende Nebendiagnose angegeben:

Diagnose	Kode
Personen, die Einrichtungen des Gesundheitswesens wegen spezifischer Maßnahmen aufgesucht haben, die aber nicht durchgeführt wurden.	Z00.5

Hauptdiagnose bleibt der Kode Z52.4 Nierenspender. Findet die Operation wegen Erkrankung des Spenders nicht statt, werden die Diagnosen für diese Krankheiten oder Komplikationen als Nebendiagnosen angegeben.

6.24.2 Leichenspende

Die Kodierung bei einem verstorbenen Patienten, der zur postmortalen Organspende weiter evaluiert oder in ein Krankenhaus aufgenommen wird, unterscheidet sich insofern von der „normalen“ DRG-Dokumentation, dass die im Zusammenhang mit der postmortalen Organspende erbrachten Leistungen nicht über eine DRG abgerechnet werden. Der Grund liegt darin, dass die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung bei einem postmortalen Organspender mit dem Zeitpunkt der Feststellung des Hirntodes endet. Ab diesem Zeitpunkt werden die Leistungen

über die Kostenerstattung für Organspender über die DSO und deren Vergütungsregelungen geregelt. Da die Aufrechterhaltung einer Homöostase eines Organspenders inklusive aller intensivmedizinischen Leistungen und der notwendigen Labordiagnostik keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherungen ist, dürfen diese Leistungen auch nicht im Rahmen des DRG-Datensatzes verschlüsselt werden. Insbesondere die Fortführung der Beatmung darf nicht in der Gesamtbeatmungszeit für den DRG-Fall erscheinen. Zur leichteren hausinternen Abgrenzung und Identifikation von postmortalen Organspendern steht ein OPS-Kode zur Verfügung.

Prozedur	Kode
Aufrechterhaltung der Homöostase für die postmortale Organspende	8-978

Als Hauptdiagnose wird die Erkrankung oder Verletzung kodiert, die zur Aufnahme geführt hat. Hinzu kommen vorliegende Nebendiagnosen und durchgeführte Prozeduren. Der Code Z00.5 für Untersuchung eines potenziellen Spenders eines Organs oder Gewebes ist nicht anzugeben. Der entsprechende Prozedurenkode für die Organentnahme ist:

Prozedur	Kode
Nephrektomie zur Transplantation, postmortal, offen chirurgisch, abdominal	5-554.91

6.24.3 Evaluation des Empfängers

Erfolgt die medizinische Evaluation zur Transplantation während eines stationären Aufenthaltes, wird diese Leistung kodiert. Neben der vollständigen Evaluation mit Aufnahme auf die Warteliste zur Organtransplantation ist auch die vollständige Evaluation ohne Aufnahme auf die Warteliste zur Organtransplantation mit einer eigenen DRG vergütet. Im OPS ist geregelt, dass „der Zeitpunkt der Aufnahme auf die Warteliste auch nach dem stationären Aufenthalt liegen kann, in dem die vollständige Evaluation durchgeführt wurde“.

Prozedur	Kode
Vollständige Evaluation ohne Aufnahme auf die Warteliste zur Nierentransplantation	1-920.00
Teilweise Evaluation ohne Aufnahme auf die Warteliste zur Nierentransplantation, inklusive Abbruch der Evaluation	1-920.10
Vollständige Evaluation mit Aufnahme auf die Warteliste zur Nierentransplantation	1-920.20
Re-Evaluation mit Aufnahme auf die Warteliste zur Nierentransplantation oder Verbleib auf der Warteliste	1-920.30
Re-Evaluation mit Herausnahme von der Warteliste zur Nierentransplantation	1-920.40
Vollständige Evaluation ohne Aufnahme auf die Warteliste zur Pankreastransplantation	1-920.05
Teilweise Evaluation ohne Aufnahme auf die Warteliste zur Pankreastransplantation inklusive Abbruch der Evaluierung	1-920.15
Vollständige Evaluation mit Aufnahme auf die Warteliste zur Pankreastransplantation	1-920.25
Re-Evaluation mit Aufnahme auf die Warteliste zur Pankreastransplantation oder Verbleib auf der Warteliste	1-920.5
Re-Evaluation mit Herausnahme von der Warteliste zur Pankreastransplantation	1-920.45

Weiterhin wird angegeben, ob die Registrierung mit der Dringlichkeitsstufe High Urgency (HU) erfolgte oder nicht.

Organ	Erfolgte Registrierung mit/ohne HU	Kode
Niere	ohne Dringlichkeitsstufe HU	Z75.60
	mit Dringlichkeitsstufe HU	Z75.70
Niere- Pankreas	ohne Dringlichkeitsstufe HU	Z75.64
	mit Dringlichkeitsstufe HU	Z75.74
Pankreas	ohne Dringlichkeitsstufe HU	Z75.65
	mit Dringlichkeitsstufe HU	Z75.75

6.24.4 Warteliste für Nierentransplantation

Patienten, die auf der Warteliste für eine Nierentransplantation registriert sind, warten oft mehrere Jahre auf die Transplantation. Bei den Patienten, die bereits auf der Warteliste zur Organtransplantation registriert sind und die Transplantation noch nicht durchgeführt wurde, werden die Dauer der stationären Behandlung sowie die Dringlichkeitsstufe kodiert.

Stationäre Behandlung bei erfolgter Aufnahme auf die Warteliste zur Organtransplantation:

Organ	Behandlungstage	Kode
Vor einer Nierentransplantation	Bis 15 Behandlungstage	8-97c.50
	Mindestens 16 bis höchstens 22 Behandlungstage	8-97c.00
	Mindestens 23 bis höchstens 29 Behandlungstage	8-97c.10
	Mindestens 30 bis höchstens 43 Behandlungstage	8-97c.20
	Mindestens 44 bis höchstens 57 Behandlungstage	8-97c.30
	Mindestens 58 Behandlungstage	8-97c.40
Vor einer Pankreastransplantation	Bis 15 Behandlungstage	8-97c.55
	Mindestens 16 bis höchstens 22 Behandlungstage	8-97c.05
	Mindestens 23 bis höchstens 29 Behandlungstage	8-97c.15
	Mindestens 30 bis höchstens 43 Behandlungstage	8-97c.25
	Mindestens 44 bis höchstens 57 Behandlungstage	8-97c.35
	Mindestens 58 Behandlungstage	8-97c.45

Beispiel:

Ein niereninsuffizienter Patient wird evaluiert und auf die Nierentransplantation vorbereitet. Er ist 9 Tage stationär.

HD: N18.5 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5

ND: Z75.60 ohne Dringlichkeitsstufe HU

PR: 8-97c.50 Stationäre Behandlung bei erfolgter Aufnahme auf die Warteliste zur Organtransplantation, Bis 15 Behandlungstage vor einer

	Nierentransplantation
1-920.20	Vollständige Evaluation mit Aufnahme auf die Warteliste zur Nierentransplantation
8-854.2	Intermittierende Hämodialyse, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation (Die Anzahl der Codes richtet sich nach der Anzahl der durchgeführten Behandlungen)

6.24.5 Nierentransplantation

Beim Empfänger des transplantierten Organs richtet sich die Hauptdiagnose nach dem Grund der Aufnahme; bei Nierentransplantation N18.5 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5 (Terminale Niereninsuffizienz) oder N18.4 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4 (präterminale Niereninsuffizienz) und den Prozedurenkode für die Transplantation (DKR P015f).

In dem stationären Aufenthalt der Nieren- und/oder Pankreastransplantation wird die präoperative stationäre Behandlungsdauer vor der Transplantation angegeben, wenn diese mindestens 10 Tage dauert. Eine längere Behandlungsdauer vor der Transplantation ist bei Nierentransplantationen allerdings selten.

Stationäre Behandlung vor der Transplantation

Organ	Behandlungstage	Kode
Vor einer Nierentransplantation	Mindestens 10 bis höchstens 29 Behandlungstage	8-979.00
	Mindestens 30 bis höchstens 49 Behandlungstage	8-979.10
	Mindestens 50 Behandlungstage	8-979.20
Vor einer Pankreastransplantation	Mindestens 10 bis höchstens 29 Behandlungstage	8-979.05
	Mindestens 30 bis höchstens 49 Behandlungstage	8-979.15
	Mindestens 50 Behandlungstage	8-979.25

Prozedurenkode für die Transplantation

Neu ist die Unterteilung der Codes für die Transplantation bzw. Retransplantation einer allogenen Leichenniere in mit / ohne hypotherme und pulsatile Organkonservierung während desselben stationären Aufenthaltes.

Prozedur	Kode
Transplantation allogene, Leichenniere, ohne hypotherme und pulsatile Organkonservierung	5-555.10
Transplantation allogene, Leichenniere, mit hypothermer und pulsatiler Organkonservierung	5-555.11
Transplantation allogene, Lebendspender	5-555.0
Syngen	5-555.2
En-bloc-Transplantation	5-555.5
Retransplantation, allogene, Lebendspender während desselben stationären Aufenthaltes	5-555.6

Prozedur	Kode
Retransplantation, allogen, Leichenniere während desselben stationären Aufenthalts, ohne hypotherme und pulsatile Organkonservierung	5-555.70
Retransplantation, allogen, Leichenniere während desselben stationären Aufenthalts, mit hypothermer und pulsatiler Organkonservierung	5-555.71
Retransplantation, En-bloc-Transplantat während desselben stationären Aufenthalts	5-555.8
Injektion von Pankreasgewebe	5-528.0
Transplantation eines Pankreassegmentes (Pankreas- Inseltransplantation)	5-528.1
Transplantation des Pankreas (gesamtes Organ)	5-528.2
Retransplantation von Pankreasgewebe während desselben stationären Aufenthalts	5-528.3
Retransplantation eines Pankreassegments während desselben stationären Aufenthalts	5-528.4
Retransplantation des Pankreas (gesamtes Organ) während desselben stationären Aufenthalts	5-528.5

Zusatzcode für die Art der Transplantation

Die Durchführung einer ABO-inkompatiblen Transplantation ist ein Splitkriterium der DRG.

Prozedur	Kode
Syngen	5-930.1!
Allogenes Transplantat, ABO-kompatibel	5-930.20!
Allogenes Transplantat, ABO-nichtkompatibel	5-930.21!

Immuntherapie

Die in Vorbereitung auf eine ABO-inkompatible Nierentransplantation durchgeführte Immuntherapie wird folgendermaßen kodiert:

Text	Kode
Immuntherapie mit nicht modifizierten Antikörpern	8-547.0

Die Entfernung des erkrankten Organs wird nicht kodiert. Bei Dominotransplantationen (wenn der Patient während der Behandlungsphase ein Organ spendet und ein Organ erhält (z.B. Leber bei Oxalose) ist die Erkrankung Hauptdiagnose und die Spende Nebendiagnose. Es werden beide Prozedurenkodes für die Transplantation sowie für die Entnahme angegeben.

6.24.6 Nieren- und Pankreastransplantation

Die Hauptdiagnose bei der Nieren- und Pankreastransplantation ist E10.20[†] Typ-1- Diabetes mit Nierenkomplikation und Nebendiagnose ist N08.3* Glomeruläre Krankheiten bei Diabetes mellitus.

6.24.7 Funktionsstörung, Versagen, Abstoßung eines Nierentransplantates

Eine Funktionsstörung des Nierentransplantates kann sowohl unmittelbar nach der Nierentransplantation, also in demselben stationären Aufenthalt der Transplantation, als auch zu einem späteren Zeitpunkt auftreten. Im ersten Fall wird zusätzlich zur Kodierung der Dialyseleistung

ein Zusatzcode für die Dialyse unmittelbar nach der Transplantation angegeben. Durch die Kodierung des Zusatzcodes kann eine höherbewertete DRG ermittelt werden. Das Zusatzentgelt wird für Dialysen vor und nach einer Organtransplantation gleichermaßen berechnet.

Versagen oder mangelnde Funktionsaufnahme des Transplantates während des stationären Aufenthaltes der Transplantation

Diagnose	Kode
Akute Funktionsverschlechterung oder akute Abstoßung eines Nierentransplantates	T86.10
Chronische Funktionsverschlechterung oder chronische Abstoßung eines Nierentransplantates	T86.11
Verzögerte Aufnahme der Transplantatfunktion	T86.12

Die Ursache für die Funktionsverschlechterung wird zusätzlich kodiert. Wird wegen mangelnder Funktionsaufnahme des Nierentransplantates eine Dialysebehandlung notwendig, werden die Dialysen wie in Kapitel 6.13 beschrieben kodiert und außerdem ein Zusatzcode angegeben, der nochmals die Menge bzw. Dauer der Dialysen beinhaltet.

Zusatzcode für die intermittierende und verlängert intermittierende Dialyse wegen mangelnder Funktionsaufnahme und Versagen eines Nierentransplantates:

Anzahl der Behandlungen	Kode
1 bis 3 Behandlungen	8-85a.00
4 bis 5 Behandlungen	8-85a.01
6 bis 10 Behandlungen	8-85a.02
11 und mehr Behandlungen	8-85a.03

Zusatzcode für die kontinuierliche Dialyse wegen mangelnder Funktionsaufnahme und Versagen eines Nierentransplantates:

Anzahl der Behandlungen	Tage	Kode
Bis 24 Stunden	Bis 1 Tag	8-85a.13
Mehr als 24 bis 72 Stunden	2-3 Tage	8-85a.14
Mehr als 72 bis 144 Stunden	4-6 Tage	8-85a.15
Mehr als 144 bis 264 Stunden	7-11 Tage	8-85a.16
Mehr als 264 bis 432 Stunden	12-18 Tage	8-85a.17
Mehr als 432 bis 600 Stunden	19-25 Tage	8-85a.19
Mehr als 600 bis 960 Stunden	26-40 Tage	8-85a.1a
Mehr als 960 bis 1.320 Stunden	41-55 Tage	8-85a.1b
Mehr als 1.320 bis 1.680 Stunden	56-70 Tage	8-85a.1c
Mehr als 1.680 bis 2.040 Stunden	71-85 Tage	8-85a.1d
Mehr als 2.040 bis 2.400 Stunden	86-100 Tage	8-85a.1e
Mehr als 2.400 Stunden	Mehr als 100 Tage	8-85a.1f

Beispiel:

Nierentransplantiertes Patient mit mangelnder Funktionsaufnahme des Nierentransplantates und der Notwendigkeit von einer Dialysebehandlung nach der Transplantation

HD: N18.5 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5

ND: T86.12 Verzögerte Aufnahme der Transplantatfunktion

PR: 5-555.1 Transplantation einer Leichenniere

5-930.20 allogenes Transplantat, ABO-kompatibel

8-854.3 Intermittierende Hämodialyse, mit Heparin oder ohne Antikoagulation

8-85a.00 Intermittierendes Dialyseverfahren wegen Nierentransplantats, 1 bis 3 Behandlungen Versagen eines Antikoagulation

Versagen des Transplantates in einem stationären Folgeaufenthalt nach der Transplantation

Diagnose	Kode
Chronische Funktionsverschlechterung oder chronische Abstoßung eines Nierentransplantates	T86.11

Bei stationärer Aufnahme eines früher transplantierten Patienten (das transplantierte Organ ist noch in situ) mit immunsuppressiver Therapie in diesem Zusammenhang, sind folgende Nebendiagnosen (je nach transplantiertem Organ) zu kodieren:

Zustand nach ...	Kode
Nierentransplantation	Z94.0
Herztransplantation	Z94.1
Lebertransplantation	Z94.4
Pankreastransplantation	Z94.88
In Kombination mit:	
Immunkompromittierung nach sonstigen immunsuppressiven Maßnahmen	D90

Da bei einem terminal niereninsuffizienten Patienten auch nach einer Transplantation die Funktion der Eigennieren dauerhaft geschädigt bleibt und die Transplantation daher als eine Form des Nierenersatzverfahrens interpretiert werden muss, sollte der Kode N18.5 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5 auch für den Transplantationsaufenthalt und nachfolgende stationäre Behandlungen angegeben werden. Hier muss allerdings darauf hingewiesen werden, dass der MDK in seinen Kodierempfehlungen dies genau anders sieht und die N18.5 nicht empfiehlt.

Beispiel:

Aufnahme eines transplantierten Patienten ohne Beschwerden zur Abklärung eines Kreatininanstiegs.

HD: Je nach Ergebnis, z.B.

B25.- Zytomegalie oder

T83.8 Lymphozele

ND:	T86.10	Akute Funktionsverschlechterung des Nierentransplantates
	N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5
	Z94.0	Zustand nach Nierentransplantation
PR:	1-560.0	Biopsie der Niere durch Inzision

Nachuntersuchung nach Organtransplantation

Bei Patienten, die zur Nachuntersuchung nach einer Organtransplantation stationär aufgenommen werden, wird folgender Kode als Hauptdiagnose angegeben.

Diagnose	Kode
Nachuntersuchung nach Organtransplantation	Z09.80

6.25 Diagnostische Prozeduren

6.25.1 Nierenbiopsie und Transplantatbiopsie

Prozedur	Kode
Perkutane Biopsie Niere mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	1-465.0 ↔

Dieser Kode betrifft die ultraschallgesteuerte Biopsie der Eigennieren und Transplantatnieren.

Der Kode 1-463.0 Perkutane Nadelbiopsie der Niere wird in der Regel nicht verwendet, da er nur für Biopsien ohne Steuerung durch bildgebende Verfahren vorgesehen ist.

Prozedur	Kode
Biopsie an Niere und perirenalem Gewebe durch Inzision, Niere	1-560.0 ↔

6.25.2 Labor

Es gibt keine Prozedurenkodes für Laboruntersuchungen einschließlich Urin, Clearance, Addis-Count, Blut, Autoimmunantikörper, Pharmakokinetik, Nierenfunktionsbestimmung.

6.25.3 Blutdruckmessung

Es gibt keine OPS-Kodes für die einfache Blutdruckmessung und auch keinen für die 24-Stunden-Blutdruckmessung (ABDM).

6.25.4 Bildgebung

Konventionelle Sonografie, Duplexsonografie, Pyelografie

Für die konventionelle Sonografie, die Duplexsonografie und die Pyelografie gibt es keinen OPS-Kode.

Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren

Prozedur	Kode
Urographie	3-13d-
Miktionszystourethrographie	3-13e
Zystographie	3-13f
Urethrographie	3-13g

Nuklearmedizinische Methoden

Prozedur	Kode
Szintigraphie der Nieren, statisch	3-706.0
Szintigraphie der Nieren, dynamisch	3-706.1
Resorptions- und Exkretionstests mit Radionukliden	3-70b

Computertomografie (CT)

Prozedur	Kode
CT-Abdomen nativ	3-207
CT-Abdomen mit Kontrastmittel	3-225
CT-Becken nativ	3-206
CT-Becken mit Kontrastmittel	3-226

Magnetresonanztomografie (MRT)

Prozedur	Kode
MRT Abdomen nativ	3-804
MRT Abdomen mit Kontrastmittel	3-825
MRT Becken nativ	3-805
MRT Becken mit Kontrastmittel	3-82a

Digitale Subtraktionsangiografie (DAS)

Prozedur	Kode
Arteriografie der Gefäße des Abdomens	3-604
Arteriografie der Gefäße des Becken	3-605
Arteriografie der Gefäße der unteren Extremitäten	3-607

6.26 Gabe von Medikamenten, Blut und Blutprodukten

Im Kapitel 6 des OPS stehen Codes für die Kodierung zusatzentgeltrelevanter Medikamente zur Verfügung. Während des stationären Aufenthaltes werden die tatsächlich verabreichten Mengen der Medikamente erfasst und die Gesamtmenge nach der Entlassung des Patienten dokumentiert.

6.26.1 Chemotherapeutika

Medikament	Kodegruppe
Adalimumab, parenteral	6-001.d-
Alemtuzumab, parenteral	6-001.0-
Aldesleukin, parenteral	6-001.4-
Arsentrioxid, parenteral	6-005.5-
Azacytidin, parenteral	6-005.0-

Medikament	Kodegruppe
Bevacizumab, parenteral	6-002.9-
Bortezomib, parenteral	6-001.9-
Busulfan, parenteral	6-002.d-
Cetuximab, parenteral	6-001.a-
Carmustin-Impantat, intrathekal	6-003.3-
Clofarabin, parenteral	6-003.j-
Dasatinib, oral	6-004.3-
Denileukin Diftitox, parenteral	6-005.6-
Docetaxel, parenteral	6-002.h-
Eculizumab	6-003.h-
Gemcitabin, parenteral	6-001.1-
Icatibant, parenteral	6-005.4-
Imatinib, oral	6-001.g-
Infliximab, parenteral	6-001.e-
Irinotecan, parenteral	6-001.3-
Lenalidomid, oral	6-003.g-
Liposomales Doxorubicin, parenteral	6-001.b-
Liposomales Cytarabin, intrathekal	6-002.a-
Nelarabin, parenteral	6-003.e-
Ofatumumab, parenteral	6-006.4-
Paclitaxel, parenteral	6-001.f-
Panitumumab, parenteral	6-004.7-
Pegyliertes liposomales Doxorubicin, parenteral	6-002.8-
Pemetrexed, parenteral	6-001.c-
Rituximab, intravenös	6-001.h-
Rituximab, subkutan	6-001.j-
Sorafenib,oral	6-003.b-
Sunitinib, oral	6-003.a-
Temozolomid, oral	6-002.e-
Temsirolimus, parenteral	6-004.e-
Temozolomid, parenteral	6-005.c-
Tocilizumab, intravenös	6-005.m-
Tocilizumab, subkutan	6-005.n-

Medikament	Kodegruppe
Topotecan, parenteral	6-002.4-
Trabectedin, parenteral	6-004.a-
Trastuzumab, parenteral	6-001.m-

6.26.2 Immunstimulanzien

Medikament	Kodegruppe
Filgrastim, parenteral	6-002.1-
Lenograstim, parenteral	6-002.2-
Pegfilgrastim, parenteral	6-002.7-
Palifermin, parenteral	6-003.2-

6.26.3 Antiinfektiva

Medikament	Kodegruppe
Anidulafungin, parenteral	6-003.k-
Caspofungin, parenteral	6-002.p-
Itraconacol, parenteral	6-002.c-
Liposomales Amphotericin B, parenteral	6-002.q-
Micafungin, parenteral	6-004.5-
Posaconazol, oral, Suspension	6-007.0-
Posaconazol, oral, Tabletten	6-007.1-
Voriconazol, oral	6-002.5-
Voriconazol, parenteral	6-002.r-

6.26.4 Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin

Medikament	Kodegruppe
Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin vom Kaninchen, parenteral (ATG)	8-812.3
Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin vom Pferd, parenteral	8-812.4

6.26.5 Blut- und Blutprodukte

Ab einer im Fallpauschalenkatalog festgelegten Mindesttransfusionsmenge, die altersabhängig ist, wird ein Zusatzentgelt berechnungsfähig. Einzeltransfusionen gleichen Typs werden addiert und mit einem OPS-Kode angegeben. Thrombozytenkonzentrate werden nicht mehr als gepoolte Transfusionseinheiten, sondern in der Summe der verabreichten Konzentrate kodiert. Der in den „Richtlinien zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie“) festgelegte Mindestgehalt von 2×10^{11} Thrombozyten/ Einheit ist zu beachten. (OPS)

Blutpräparat	Kodegruppe
Gabe von Erythrozytenkonzentraten	8-800.c ff

Blutpräparat	Kodegruppe
Gabe von Thrombozytenkonzentraten	8-800.b ff
Transfusion von Apherese-Thrombozytenkonzentrat	8-800.9 ff
Transfusion von patientenbezogenem Thrombozytenkonzentrat	8-800.6 ff
Transfusion von pathogeninaktivierten Apherese- Thrombozytenkonzentraten	8-800.d ff
Transfusion von pathogeninaktivierten Thrombozytenkonzentraten	8-800.e ff

Auch die Erfassung einiger Plasmapräparate und Gerinnungsfaktoren erfolgt mengenabhängig und führt zum Erlös eines Zusatzentgeltes.

Plasmapräparate und Gerinnungsfaktoren	Kodegruppe
Gabe von Prothrombinkomplex	8-812.5 ff
Gabe von Antithrombin III	8-810.g ff
Gabe von polyvalentem Human-Immunglobulin	8-810.w ff
Transfusion von Humanimmunglobulin, spezifisch gegen Cytomegalie-Virus (CMV)	8-810.s ff
Transfusion von Humanimmunglobulin, spezifisch gegen Varicella-Zoster-Virus (VZV)	8-810.t ff
Transfusion von Humanimmunglobulin, spezifisch gegen Hepatitis -B-surface-Antigen (HBsAg)	8-810.q ff
C1-Esteraseinhibitor	8-810.h ff

Andere Transfusionen von Plasma, Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen mittels der Codes 8-810.- sind nicht relevant für Zusatzentgelte und weitgehend unverändert.

7 Abrechnung der Dialyseleistung

7.1 Dialyse nicht als allgemeine Krankenhausleistung

Gemäß § 2 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG gehört eine Dialyse nicht zu den Krankenhausleistungen, wenn:

- ⇒ Hierdurch eine entsprechende Behandlung fortgeführt wird (der Patient war schon vor der Krankenhausbehandlung dialysepflichtig)
- ⇒ Das Krankenhaus keine eigene Dialyseeinrichtung hat
- ⇒ Kein Zusammenhang mit dem Grund der Krankenhausbehandlung besteht.

Sind alle diese Voraussetzungen gleichzeitig gegeben, sind die Leistungen dem Erbringer von den Krankenkassen gesondert zu vergüten, da es sich nicht um allgemeine Krankenhausleistungen handelt. Dies gilt ebenso für die in diesem Zusammenhang entstehenden Transportkosten.

7.2 Dialyse als allgemeine Krankenhausleistung

Wenn allerdings nur ein Kriterium der drei oben genannten Kriterien gemäß § 2 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG (s.o.) nicht erfüllt ist, handelt es sich demzufolge um eine allgemeine Krankenhausleistung.

Wenn der Patient also erst während seines Krankenhausaufenthaltes als Folge der ursprünglichen stationären Behandlung dialysepflichtig wird, das Krankenhaus eine eigene Dialyseeinrichtung hat oder ein Zusammenhang mit dem Grund der Krankenhausbehandlung besteht, trifft die Regelung des § 2 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG nicht zu. In diesen Fällen gehört die Dialyse zu den sogenannten

„interkurrenten Erkrankungen“ und ist allgemeine Krankenhausleistung, die durch die Entgelte abgegolten sein soll.

Wann ein Zusammenhang mit dem Grund der Krankenhausbehandlung vorliegt, wird im § 2 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG nicht konkretisiert. Eine Konkretisierung ist jedoch erforderlich, da grundsätzlich viele Behandlungen im Krankenhaus in einem (engeren oder weiteren) medizinischen Zusammenhang mit einer grundsätzlichen Dialysepflichtigkeit stehen können.

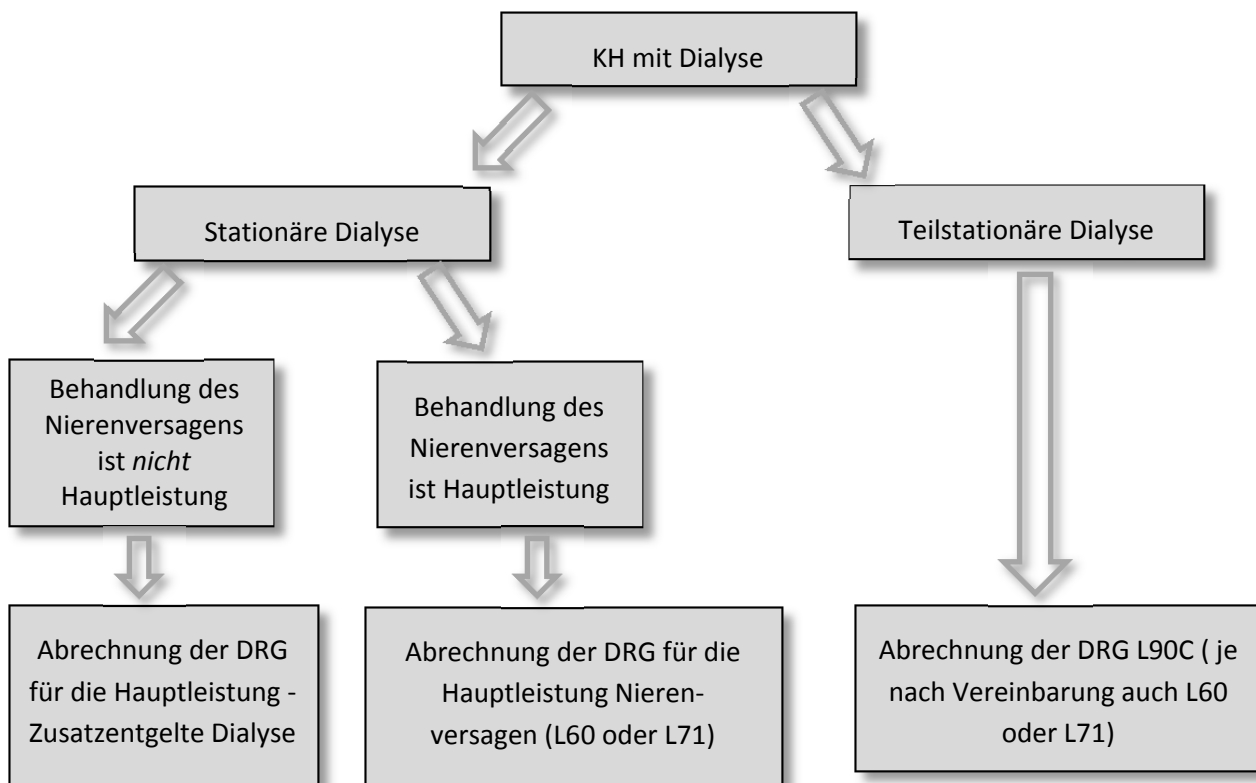
Einen Anhaltspunkt zur Konkretisierung gibt § 17 b Abs. 1 Satz 12 KHG, der beschreibt, dass die Ursache für die Hauptleistung der Behandlung nicht das Nierenversagen sein darf.

Voraussetzungen für die Abrechnung des Zusatzentgeltes sind:

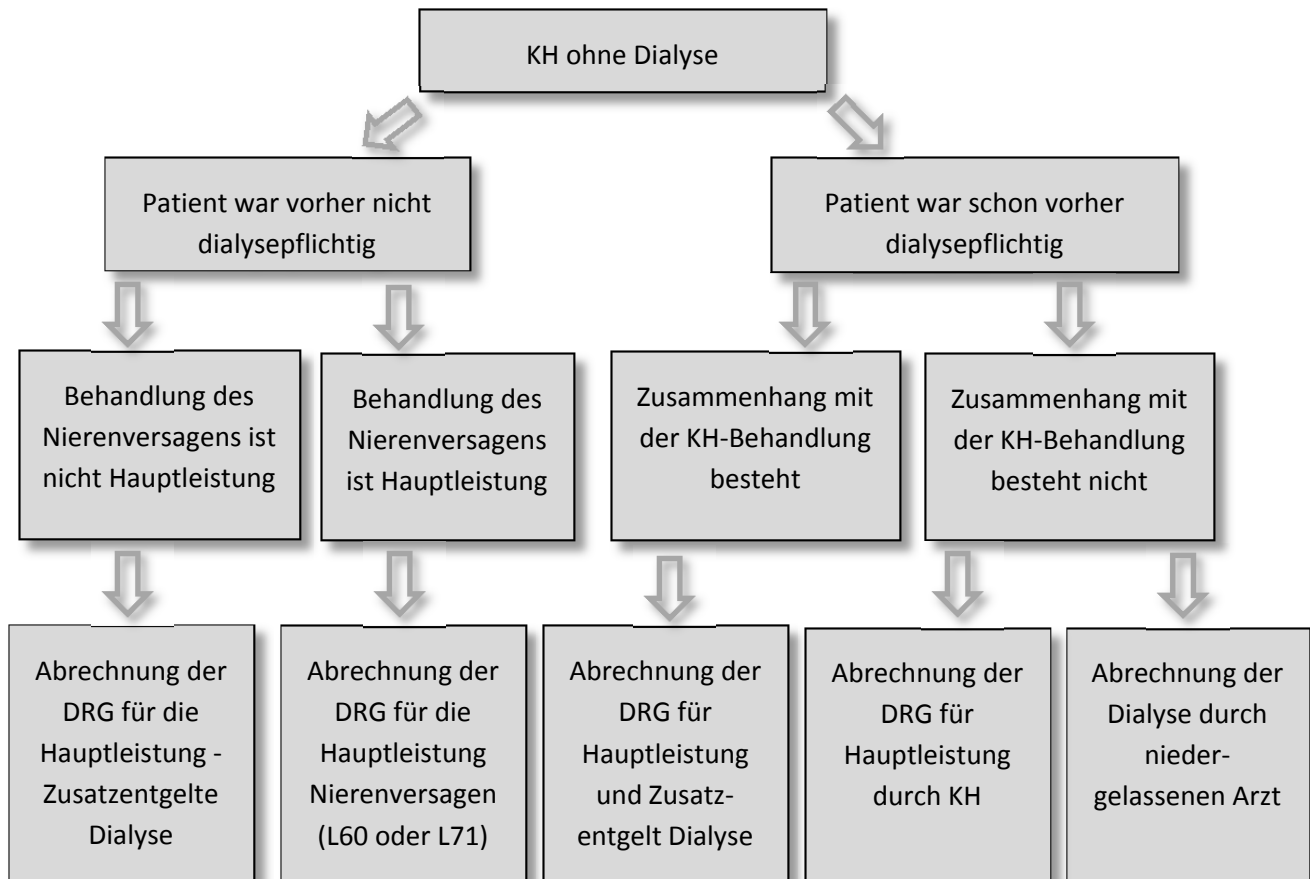
1. Dialyse ist allgemeine Krankenhausleistung (§2 KHEntgG)
2. Behandlung des Nierenversagens ist nicht Hauptleistung (§ 8 Abs. 2 Nr. 1 KHEntgG)

Eine zusätzliche Abrechnung ist nicht möglich zu einer Fallpauschale der Basis-DRG L60, L71 oder den DRGs L90B und L90C sowie zu dem nach Anlage 3a krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Entgelt L61 und dem nach Anlage 3b krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Entgelt L90A, bei denen die Behandlung des Nierenversagens die Hauptleistung ist.

Sofern die Dialyse zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehört, gibt es die folgenden Abrechnungskonstellationen für Dialysebehandlung:



Grundsätzlich ist es seit Einführung des DRG-Systems mit den entsprechenden Zusatzentgelten selbstverständlich, dass auch ein Krankenhaus, das keine eigene Dialyse-Einrichtung hat, das entsprechende Zusatzentgelt abrechnen kann, wenn die Dialyseleistung zu den allgemeinen Krankenhausleistungen dieses Krankenhauses gezählt wird.



Beispiel a:
 Ein dialysepflichtiger Patient wird wegen eines Beinbruchs in ein Krankenhaus ohne Dialyseeinrichtung eingeliefert und zur Dialyse in ein anderes Krankenhaus gebracht.
 ⇒ Hier greift die Regelung des § 2 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG, d.h., die Dialyseleistungen sind nicht im Budget enthalten und somit gesondert von den Krankenkassen zu vergüten.

Beispiel b:
 Ein bislang schwer niereninsuffizienter Patient wird nach schweren Herzbeschwerden stationär in Krankenhaus A ohne Dialyse aufgenommen. Die Beschwerden sind nur durch eine Behandlung auf der Überwachungsstation beherrschbar. Der Patient wird koronarangiographiert. Es zeigt sich eine dringlich operationsbedürftige Herzkranzgefäßverengung.
 Er bekommt Bypässe und wird am 4. postoperativen Tag durch ein akutes Nierenversagen dialysepflichtig.
 ⇒ Die Dialysen werden im Rahmen einer Verbringung vom Nachbarkrankenhaus erbracht.

Abrechnung

Beispiel a:

- Abrechnung durch Krankenhaus mit den Krankenkassen: DRG F06Z und ZE 01.01

Beispiel B:

- Das Krankenhaus vergütet die Leistungen des dialysierenden Krankenhauses nach individueller Vereinbarung

8 Index**A**

ACTH-Syndrom 87
 Adipositas 76
 Akutes Nierenversagen 46
 Akutes Nierenversagen bei chronischer Nierenkrankheit 52
 Alkalose 75
 Amyloidose 32
 Anämie
 renale 51
 Angina pectoris 88
 Antiinfektiva 117
 Antikoagulation 14
 Antithrombin 118
 Azidose 75

B

Blutprodukte 117
 Erythrozytenkonzentrate 117
 Prothrombinkomplex (PPSB) 118
 Thrombozytenkonzentrate 118

C

Caspofungin 117
 Chemotherapeutika 115
 Churg-Strauss-Syndrom 39
 Computertomografie (CT) 115
 Conn-Syndrom 87
 CREST-Syndrom 35
 Cushing-Syndrom 87
 Cytomegalie-Virus (CMV) 97

D

Dekubitus 26
 Dermatomyositis 35
 Diabetes mellitus 76
 diabetischer Fuß 81
 Komplexbehandlung 83
 Komplikationen 77
 Nierenerkrankung 77, 80, 84
 Ohne Komplikationen 79
 Dialyse 56
 Akutdialyse-Katheter 68
 Dauerdialyse-Katheter 68
 extended daily dialysis (EDD) 57
 interkurrente Dialyse 59
 intermittierende Verfahren 56
 Katheteranlage 67
 Komplikationen 68
 Kontinuierlich veno-venöse Hämodiafiltration (CVVHDF) 15, 57

Kontinuierlich veno-venöse Hämodialyse (CVVHD) 14, 57
 Kontinuierlich veno-venöse Hämofiltration (CVVHF) 15, 57
 Kontinuierliche Verfahren 57
 Shuntanlage 67
 sustained low-effient dialysis (SLED) 57
 Teilstationäre Leistungen 8
 Unterbrechnung kontinuierliche Verfahren 57
 Digitale Subtraktionsangiografie 115
 Dysequilibrium 74

E

Elektrolyte 74
 Kalium 74
 Natrium 74
 Elektrolyte 55
 Endoxanstoß 38
 Erkrankungen der Herzklappen 89
 Aortenklappenkrankheiten 89
 mehrere Herzklappen 90
 Mitralklappenkrankheiten 89
 Pulmonalklappenkrankheiten 89
 Trikuspidalklappenkrankheiten 90
 Erkrankungen der Nieren 30
 Exsikkose 74
 Extrakorporale Verfahren
 Weitere 65

F

Fehlernährung 75

G

Gicht 75
 Glomeruläre Erkrankungen 30
 Teil einer systemischen Erkrankung 31

H

Hämodiafiltration (HDF) 15, 56
 Verlängert intermittierend 15
 Hämodialyse (HD) 14, 56, 58
 Verlängert intermittierend 14
 Hämofiltration (HF) 15, 56, 60
 Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS) 103
 Hämo-perfusion 67
 Harnwegsinfekt 92
 Hauptdiagnose 8
 HELLP-Syndrom 87
 Heparininduzierte Thrombopenie (HIT) 58
 Hepatitis 96
 Akute Hepatitis 96

Chronische Virushepatitiden 96
 Hepatitis A 96
 Hepatitis B 96
 Hepatitis C 96
 Impfungen 97
 Hepatorenales Syndrom 48
 Hereditäre Erkrankungen 43
 Herzerkrankung
 hypertensive 85
 Herzinsuffizienz 90
 Linksherzinsuffizienz 90
 Rechtsherzinsuffizienz 90
 Human-Immunglobulin 118
 Hydronephrose 40
 Hypercholesterinämie 75
 Hyperparathyreoidismus 53
 Hypertonie 84
 Essentielle 84
 iatrogene 87
 Nierenarterienstenose 86
 Renoparenchymatöse 87
 Renovaskuläre 85
 Schwangerschaft 87
 Sekundäre 85
 Hypertriglyzeridämie 75

I

Immunadsorption 66
 Immunstimulanzien 117
 Impfungen 97
 Infektionen 92
 Influenza 102
 Intensivmedizinische Komplexbehandlung 105
 Ischämische Herzkrankheiten 30

K

Karpaltunnelsyndrom 104
 Katheter
 Katheterinfektionen 73
 Kathetersepsis 95
 Kawasaki-Syndrom 36
 Kollagenosen 33
 Koronarangiographie 88
 Koronare Herzkrankheit (KHK) 88

L

Labor 114
 LDL-Apherese 66
 Leberersatztherapie 67
 Lipoprotein(a)-Apherese 66
 Lungenödem, nichtkardiales 92

M

Magnetresonanztomografie (MRT) 115
 Methicillinresistenter Staph. aureus (MRSA) 98
 Keimträger 98
 Mindestmerkmale 99
 Mischkollagenose 35
 Mittelmeerfieber, familiär 40
 MRE 98
 Muskelkrämpfe 73
 Myokardinfarkt 88

N

Nachuntersuchung 24
 Nephritis, tubulointerstitielle 92
 Nephritisches Syndrom 30
 Akut 30
 Chronisch 30
 Rapid-progressiv 30
 Nephrolithiasis 42
 Nephronophthise 43
 Nierenarterie
 Embolie 91
 Nierenarterienstenose, atherosklerotisch 92
 Nierenbiopsie 114
 Nierenkrankheit
 chronische 49, 50
 Nierenversagen
 Typische Diagnosen 49
 Nuklearmedizinische Methoden 114

O

Ödeme 74
 Operation
 Abbruch 29
 nicht durchgeführt 29
 Osteoporose 104

P

Patient Clinical Complexity Level (PCCL) 17
 Perikarditis
 urämische 51
 Periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK) 91
 Peritonealdialyse
 automatisiert (APD) 57, 62
 continuierlich ambulant (CAPD) 16, 57, 62
 Exit-Infekt 73
 intermittierend (IPD) 16, 56, 62
 PD-Katheter 68
 Peritonealdialysekatheter 64
 Peritonitis 73
 Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS) 26
 Phäochromozytom 87
 Photopherese 67

- Plasmapherese 65
 Doppelfiltrationsplasmapherese 66
 kryodepletiertes Plasma 65
 normalem Plasma 65
Plasmozytom 106
Pleuraergüsse 92
Pneumonie 92
Polymyositis 35
Pruritus 75
Pyelografie 114
Pyelonephritis 40
- R**
- Refluxuropathie 40
Restless-Legs-Syndrom 104
Rhabdomyolyse 49
- S**
- Säure-Basen-Haushalt 75
Schock 94
Schoenlein-Henoch 32
Sepsis 93
Sexualfunktionsstörungen 104
Shunt
 Shuntinfektion 69
 Shuntkomplikationen 68
 Shuntverschluss 68
 Shuntverschluss, geplant 69
 Steal-Syndrom 69
 Thrombose 69
Sjögren-Syndrom 35
Sklerodermie 34
Sonografie 114
Stauungspneumonie 92
Symptome 21
Syndrom 23
 Alport 43
 Alport-Syndrom 23
 Bourneville Pringle 43
 kardiorenales 52
 nephrotisches Syndrom 22
 Tumorlyse 45
Systemerkrankungen 33
Systemic inflammatory response syndrome (SIRS) 93
Systemischer Lupus erythematoses (SLE) 32, 33
- T**
- Takayasu-Syndrom 36
- Transplantation 106
 ABO-inkompatibel 111
 Abstoßung 42
 Abstoßung eines Nierentransplantates 111
 akute Abstoßung 112
 chronische Abstoßung 112
 Dominotransplantationen 111
 Evaluation 108
 Funktionsstörung des Nierentransplantates 111
 Lebendspende 106
 Leichenspende 107
 Nachuntersuchung nach Organtransplantation 114
 Niere 108
 Nieren- und Pankreas 111
 Retransplantation 110
 Zusatzkode für Dialyse 112
Tuberkulose 97
Tuberöse Sklerose 43
Tubulointerstitielle Erkrankungen 40
 Bei anderen Krankheiten 42
 Infektionen 40
 Nephritis 40
Tumorerkrankungen 44
 Nierenzellkarzinom 44
 Plasmozytom 44
- U**
- Überwässerung 74
Urämische Neuropathie 104
Urethritis 92
- V**
- Varicella-Zoster-Virus (VZV) 118
Vaskulitis 35
 Allergische 39
 Essentielle kryoglobulinämische Vaskulitis 39
 Große Gefäße 36
 Kleine Gefäße 37
 Kutane leukozytoklastische 39
 Mittelgroße Gefäße 36
Verdachtsdiagnose 22
Vergiftungen 104
Von-Hippel-Lindau-Syndrom 43
- Z**
- Zellapherese 66
Zustand nach 113
Zystenniere 43