KODIERLEITFADEN NEPHROLOGIE

der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie e. V.

Stand: 28.07.2025

KODIERLEITFADEN NEPHROLOGIE – EIN LEITFADEN FÜR DIE PRAXIS

15. aktualisierte Auflage 2025

Titel, Untertitel, Aufmachung, Zusammenstellung und Inhalt sind urheberrechtlich geschützt.

Für Schäden, die durch fehlende oder fehlerhafte Veröffentlichung entstehen, übernehmen Autoren, Redaktion, Herausgeber, Verlag und vertreibende Einrichtungen keine Haftung.

Autoren

Prof. Dr. med. Andreas Kribben
Vorsitzender der Kommission DRG und Gesundheitsökonomie der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie (DGfN) und Direktor der Klinik für Nephrologie
Universitätsklinikum Essen
Hufelandstraße 55, 45147 Essen

Dr. med. Peter Lütkes
Medizinischer Direktor
Alexianer Klinikum Hochsauerland
Petriweg 2, 59759 Arnsberg

Dr. med. Dietrich Tamm
Leitung Medizin-Controlling
Gemeinschaftsklinikum Mittelrhein
Kemperhof Koblenz
Koblenzer Straße 115–155, 56073 Koblenz

Dr. med. Tobias R. Türk
Chefarzt
Klinik für Nieren- und Hochdruckkrankheiten
Helios Universitätsklinikum Wuppertal
Heusnerstr. 40, 42283 Wuppertal

PD Dr. med. Wolfram Jabs
Leitender Oberarzt
Klinik für Innere Medizin – Nephrologie
Vivantes Klinikum im Friedrichshain
Landsberger Allee 49, 10249 Berlin

Prof. Dr. med. Carsten Willam
Leitender Oberarzt
Nephrologie und Hypertensiologie
Universitätsklinikum Erlangen
Ulmenweg 18, 91054 Erlangen

Dr. med. Wolfgang Fiori
DRG-Research-Group
Roeder & Partner – Ärzte PartG
Am Dorn 10, 48308 Senden

Als Mitbegründer und frühere Mitglieder des Redaktionsteams danken wir herzlich:

Andrea Schmidt, Essen
Marianne Tabeling, Essen
Dr. med. Reinhard Wanninger, Braunschweig

Vorwort

Nach mehrjähriger Pause veröffentlicht die Deutsche Gesellschaft für Nephrologie (DGfN) wieder einen Kodierleitfaden. Dieser wurde grundlegend überarbeitet und aktualisiert. Der Kodierleitfaden geht weit über das Kodieren mit den ICD- und OPS-Klassifikationen hinaus und umfasst im Zusammenhang systematisch Informationen insbesondere von BfArM, BMG, BSG, DKG, DKR, G-DRG, DSO, G-BA, GKV-SV, ICD-10-GM, InEK, IQTIG, IQWiG, KDE, KFPV, KHEntgG, KHG, MD(K), OPS, PK-Verband, PrüfvV, SGB, SEG, TPG und VBE mit Stand 2024; ergänzt durch einige Informationen aus 2025. Die Bedeutungen der Akronyme sind im Kapitel Abkürzungen erläutert.

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 akute und chronische Nierenkrankheit bis hin zur Nierentransplantation ein. Sie finden allgemeine und spezielle Richtlinien zur Kodierung unter besonderer Berücksichtigung und Interpretation nephrologischer Sachverhalte.

Wir hoffen, Ihnen die praktische Arbeit zur vollständigen und korrekten Kodierung mit diesem Kodierleitfaden zu erleichtern.

Prof. Dr. med. Andreas Kribben
Vorsitzender der Kommission DRG
und Gesundheitsökonomie der
Deutschen Gesellschaft für Nephrologie (DGfN)

Inhaltsverzeichnis

Vorwort ... **5**

Abkürzungen und Glossar ... **13**

1 Was ist neu? ... **18**

1.1 Wichtige Neuerungen in den Klassifikationssystemen ... **18**

1.1.1 ICD-10-GM 2024 ... 18

1.1.2 OPS 2024 ... 18

1.2 Deutsche Kodierrichtlinien (DKR) Version 2024 ... **19**

1.2.1 Entscheidungen des Schlichtungsausschusses im Jahr 2023 ... 19

1.2.1.1 Berechnung der Dauer einer kontinuierlichen Dialyse ... 19

1.2.1.2 Kodierung Hauptdiagnose bei Wiederaufnahme (Folgeeingriff) ... 20

1.3 aG-DRG-System in der Version 2024 ... **20**

1.4 Hybrid-DRGs ... **20**

1.5 Aktuelle Rechtsprechung ... **21**

1.5.1 Interpretation von Exklusiva (Urteil vom 12.12.2023, Az. B 1 KR 1/23 R) ... 21

1.5.2 Konkurrierende Hauptdiagnosen (Urteil vom 29.08.2023, Az. B 1 KR 25/22 R) ... 22

1.5.3 Fallzusammenführung aufgrund „fiktivem wirtschaftlichen Alternativverhaltens“ (Urteil vom 11.05.2023, Az. B 1 KR 10/22 R) ... 22

1.5.4 Verlegung in ein heimatnahes Krankenhaus zur Ausbehandlung (Urteile vom 07.03.2023 Az. B 1 KR 4/22 R und vom 16.05.2024 Az. B 1 KR 40/22 R) ... 23

1.5.5 Kodierung von Prozeduren-Komponenten (Urteil vom 24.01.2024, Az. B 1 KR 6/22 R) ... 25

1.5.6 Bindungswirkung des Votums der Apherese-Kommission (Urteil vom 16.05.2024 Az. B 1 KR 40/22 R) ... 25

1.6 Die große Krankenhausreform ... **26**

1.6.1 Leistungsgruppen ... 26

1.6.2 Vorhaltefinanzierung ... 27

2 Allgemeine Hinweise ... **28**

3 Abrechnungssysteme ... **30**

3.1 Das G-DRG-System ... **30**

3.1.1 Die aG-DRG-Fallpauschalen und das Pflegebudget ... 31

3.1.2 Von der aG-DRG zum Erlös ... 32

3.1.3 Casemix und Casemix-Index (CMI) ... 33

3.1.4 Unbewertete Leistungen im DRG-System ... 33

3.1.5 Zusatzentgelte ... 33

3.2 Tagesklinische bzw. teilstationäre Versorgung ... **34**

3.3 Tagesstationäre Behandlungen ... **35**

3.4 Vor- und nachstationäre Versorgung ... **35**

3.5 Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) ... **35**

3.6 Hybrid-DRGs ... **35**

3.7 Ambulante Leistungen im Krankenhaus ... 36
3.8 Weitere Abrechnungsformen ... 36
3.9 Nephrologische Aspekte in den Abrechnungssystemen ... 38
3.10 Transplantationsmedizin ... 39
3.11 Weitere Abrechnungsbestimmungen im DRG-System ... 39
3.11.1 Behandlungs-/Abrechnungsfall vs. Patientin/Patient ... 39
3.11.2 Fallzusammenführungen ... 40
3.11.3 Verlegungen ... 41

4 Allgemeine Kodierung ... 42
4.1 Klassifizierung nach der ICD-10-GM und dem OPS ... 43
4.2 Unspezifische Klassifizierung über Resteklassen ... 44
4.3 Vermischung der Klassifikationssysteme ... 45
4.3.1 Prozedurale ICD-Kodes ... 45
4.3.2 Diagnosen im OPS ... 45
4.4 Diagnosen ... 46
4.4.1 Diagnosetypen und -arten ... 46
4.4.2 Zuordnung der Diagnose zum behandelnden Standort ... 46
4.4.3 Mehrfachklassifizierung ... 46
4.4.3.1 Kreuz(†)-Stern(*)-Kodekombinationen ... 47
4.4.3.2 Ausrufezeichenkodes ... 47
4.4.4 Hauptdiagnose ... 48
4.4.4.1 Hauptdiagnose bei kausal verknüpften Krankheitszuständen ... 48
4.4.5 Nebendiagnosen ... 51
4.4.6 Verdachtsdiagnosen ... 52
4.4.7 Syndrome ... 53
4.4.8 Akute und chronische Krankheiten ... 54
4.4.9 Komplikationen ... 54
4.4.10 Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Neonatologie ... 55
4.5 Prozeduren ... 56
4.5.1 Seitenkennzeichen ... 56
4.5.2 Signifikante und nicht kodierbare Prozeduren ... 56
4.5.3 Prozeduren-Komponenten und Informationsgehalt eines Einzelkodes ... 57
4.5.4 Multiple vs. einmalig zu kodierende Prozeduren ... 57
4.5.5 Nicht vollendete oder unterbrochene Prozedur ... 58
4.5.6 Pflegebedürftigkeit ... 58
4.5.7 Kodierung bei Verbringung ... 58

5 Spezielle Kodierung ... 60
5.1 Nephrologische Diagnosen ... 60
5.2 Akute Nierenkrankheit (AKD) und Akute Nierenfunktionseinschränkung (AKI) ... 60
5.3 Chronische Nierenkrankheit (CKD) ... 64
5.3.1 Definition der CKD ... 64
5.3.2 Klassifizierung der CKD ... 65

5.3.3 Begleitkrankheiten der chronischen Nierenkrankheit 66
5.3.4 Klinische Zustände bei Nierenkrankheiten 67
5.3.4.1 Überwässerung und Exsikkose 67
5.3.4.2 Elektrolytstörungen 67
5.3.4.3 Säure-Basen-Haushalt 68
5.3.4.4 Unsachgemäße Ernährung und übermäßiger Durst 68
5.3.4.5 Weitere häufige klinische Zustände bei Nierenkrankheiten 68

5.4 Dialyse, Plasmapherese, Adsorption und verwandte Verfahren 68
5.4.1 Abrechnung der Dialyse 68
5.4.1.1 Dialyse nicht als allgemeine Krankenhausleistung 69
5.4.1.2 Dialyse als allgemeine Krankenhausleistung 69
5.4.1.3 Teilstationäre Dialyse 71
5.4.1.4 Zusatzentgelte für Dialyseverfahren 73
5.4.2 Aufnahme zur Dialyse 73
5.4.3 Kodierung der Dialyseleistung 74
5.4.3.1 Intermittierende Blutreinigungsverfahren (bis 6 h) 74
5.4.3.2 Verlängert intermittierende Blutreinigungsverfahren (6–24 h) 75
5.4.3.3 Kontinuierliche Blutreinigungsverfahren (> 24 h) 75
5.4.3.4 Antikoagulation 76
5.4.3.5 Peritonealdialyse 76
5.4.3.6 Therapeutische Spülung über Peritonealdialysekatheter 76
5.4.4 Plasmapherese und weitere extrakorporale Verfahren 77
5.4.4.1 Plasmapherese 77
5.4.4.2 Doppelfiltrationsplasmapherese (Membran-Differenzial-Filtration, MDF) 77
5.4.4.3 Adsorption und verwandte Verfahren 78
5.4.4.4 Lipoproteinapherese 79
5.4.4.5 Zellapherese zu therapeutischen Zwecken 79
5.4.4.6 Spezielle Zellaphereseverfahren 79
5.4.4.7 Photopherese 79
5.4.4.8 Leberersatztherapie 80
5.4.4.9 Zusatzentgelte für die Plasmapherese und weitere extrakorporale Verfahren 80
5.4.5 Vorbereitung auf die Dialyse und Shuntanlage 80
5.4.5.1 Anlage Revision und Verschluss eines arteriovenösen Shunts 81
5.4.5.2 Anlage und Wechsel eines Akutdialyse-Katheters 81
5.4.5.3 Anlage und Entfernung von Katheterverweilsystemen 81
5.4.5.4 Anlage und Entfernung eines Peritonealdialysekatheters 82
5.4.6 Komplikationen durch den Dialysezugang 82
5.4.6.1 Behandlung von Shuntkomplikationen 84
5.4.7 Beispiele für mit extrakorporalen Therapieverfahren behandelbare Krankheiten 84

5.5 Transplantation 85
5.5.1 Lebendspende 85
5.5.2 Evaluation des Empfängers 85
5.5.3 Warteliste für Nierentransplantation 86
5.5.4 Nieren- und Pankreastransplantation 87
5.5.4.1 Prozedurenkodes für die Transplantation 88

5.5.4.2 Zusatzkodes für die Art der Transplantation 88
5.5.4.3 Zusatzkodes für die Art der Konservierung von Organtransplantaten 88
5.5.4.4 Immuntherapie 89
5.5.5 Funktionsstörung, Versagen, Abstoßung eines Nierentransplantates 89
5.5.5.1 Versagen oder mangelnde Funktionsaufnahme des Transplantates während des stationären Aufenthaltes der Transplantation 89
5.5.5.2 Versagen des Transplantates nach dem stationären Aufenthalt der Transplantation 91

5.6 Glomeruläre Krankheiten 91
5.6.1 Glomeruläre Krankheiten, die nicht Teil einer systemischen Krankheit sind 91
5.6.2 Glomeruläre Krankheiten als Teil einer systemischen Krankheit 94

5.7 Tubulointerstitielle Erkrankungen 95
5.7.1 Tubulointerstitielle Nephritis 95
5.7.2 Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie 96
5.7.2.1 Nephrolithiasis ohne Hydronephrose 97
5.7.3 Arzneimittel- und schwermetallinduzierte tubulointerstitielle und tubuläre Krankheitszustände 97
5.7.4 Weitere tubulointerstitielle Nierenkrankheiten 97
5.7.5 Tubulointerstitielle Nierenkrankheiten bei anderen Krankheiten 97

5.8 Systemkrankheiten 98
5.8.1 Kollagenosen 98
5.8.1.1 Systemischer Lupus erythematodes (SLE) 98
5.8.1.2 Sklerodermie 99
5.8.1.3 CREST-Syndrom 100
5.8.1.4 Dermatomyositis-Polymyositis 100
5.8.1.5 Sjögren-Syndrom 100
5.8.1.6 Mischkollagenose 100
5.8.1.7 Undifferenzierte Kollagenose 100
5.8.2 Vaskulitiden 101
5.8.2.1 Vaskulitis der großen Gefäße 101
5.8.2.2 Vaskulitis der mittelgroßen Gefäße 101
5.8.2.3 Vaskulitis der kleinen Gefäße 102
5.8.2.3.1 ANCA-assoziierte Vaskulitis (AAV) 102
5.8.2.3.2 Weitere Vaskulitiden der kleinen Gefäße 103
5.8.3 Weitere Systemerkrankungen 103

5.9 Hereditäre Krankheiten 104
5.9.1 Alport-Syndrom 104
5.9.2 Zystennieren und Nierenzysten 104
5.9.3 Von-Hippel-Lindau-Syndrom 105
5.9.4 Nephronophthise 105
5.9.5 Tuberöse Sklerose 105

5.10 Hypertonie und vaskuläre Krankheiten 106
5.10.1 Essentielle Hypertonie 106
5.10.2 Sekundäre Hypertonie 107
5.10.2.1 Renovaskuläre Hypertonie 107
5.10.2.2 Renoparenchymatöse Hypertonie 107

5.10.2.3 Hypertonie als Folge von endokrinen Krankheiten 107
5.10.2.4 Phäochromozytom 107
5.10.2.5 Hyperaldosteronismus 108
5.10.2.6 Cushing-Syndrom 108
5.10.2.7 Iatrogene Hypertonie 108
5.10.3 Pulmonale Hypertonie 108
5.10.4 Hypertonie während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett 109

5.11 Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems 109
5.11.1 Chronische ischämische Herzkrankheit 109
5.11.2 Angina pectoris 110
5.11.3 Akuter Myokardinfarkt 110
5.11.4 Erkrankungen der Herzklappen 111
5.11.4.1 Aortenklappenkrankheiten 112
5.11.4.2 Mitralklappenkrankheiten 112
5.11.4.3 Pulmonalklappenkrankheiten 113
5.11.4.4 Trikuspidalklappenkrankheiten 113
5.11.5 Herzinsuffizienz 114
5.11.6 Periphere arterielle Verschlusskrankheit 115
5.11.7 Thrombose und Embolie der Nierenarterie 115
5.11.8 Thrombose und Embolie der Nierenvene 115
5.11.9 Nierenarterienstenose, atherosklerotisch 115

5.12 Kardiorenales Syndrom 116

5.13 Diabetes mellitus 116
5.13.1 Diabetes mellitus als Hauptdiagnose 118
5.13.1.1 Behandlung der Grunderkrankung Diabetes mellitus 119
5.13.1.2 Behandlung einer konkreten diabetischen Komplikation 119
5.13.2 Diabetes mellitus als Nebendiagnose 120
5.13.3 Diabetische Komplikation vs. Diabetes mellitus als Risikofaktor 120
5.13.4 Hypoglykämien 121
5.13.5 Diabetes mellitus nach medizinischen Maßnahmen 122

5.14 Stoffwechselstörungen 123
5.14.1 Gicht 123
5.14.2 Hyperlipidämie 123
5.14.3 Adipositas 123
5.14.4 Eiweißstoffwechsel 124

5.15 Infektionen 124
5.15.1 Resistenzen 126
5.15.2 Keimträger 128
5.15.3 Isolierung und Komplexbehandlung 128
5.15.4 Pneumonie mit zeitlichem Bezug zum Krankenhausaufenthalt 129
5.15.5 Sepsis 129
5.15.5.1 Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom (SIRS) 131
5.15.5.2 Septischer Schock 132
5.15.6 Harnwegsinfekt und Urethritis 132
5.15.7 Hepatitis 133
5.15.7.1 Akute Hepatitis A 133

5.15.7.2 Akute Hepatitis B 133
5.15.7.3 Akute Hepatitis C 133
5.15.7.4 Sonstige akute Virushepatitis 133
5.15.7.5 Chronische Virushepatitiden 133
5.15.8 Tuberkulose des Urogenitalsystems 134
5.15.9 CMV-Infektion 134
5.15.10 Influenza 135
5.15.11 Covid-19 135
5.15.12 EHEC 137
5.15.12.1 Durchfallerkrankung bei nachgewiesenem Erreger 137
5.15.12.2 Durchfallerkrankung ohne Erregernachweis 137
5.15.12.3 (Atypisches) hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS) 137
5.15.12.4 EHEC-Kontaktperson 138

5.16 Pulmonale Komplikationen 138
5.16.1 Pleuraergüsse und nichtkardiales Lungenödem 138
5.16.2 Stauungspneumonie 138
5.16.3 Akutes Atemnotsyndrom (ARDS) 138
5.16.4 Respiratorische Insuffizienz 139

5.17 Tumorerkrankungen 140
5.17.1 Nierenzellkarzinom, Nierensarkom und Wilms-Tumor 140
5.17.2 Plasmozytom und bösartige Neubildung der Plasmazelle 141
5.17.3 Metastasen 141
5.17.4 Chemotherapie 142
5.17.4.1 Regionale Chemotherapien 145
5.17.5 Häufige Komplikationen unter und nach Chemotherapie 145

5.18 Sonstige Komplikationen 146
5.18.1 Neurologische Komplikationen 146
5.18.2 Osteoporose 146
5.18.3 Sexualfunktionsstörungen 146
5.18.4 Vergiftungen 147

5.19 Diagnostische Prozeduren 147
5.19.1 Nierenbiopsie und Transplantatbiopsie 147
5.19.2 Punktionen, Aspirationen, Drainagen und Spülung 147
5.19.3 Bildgebung 148
5.19.3.1 Sonografie 148
5.19.4 Labor 148
5.19.5 Blutdruckmessung 148

5.20 Prozeduren für Dialysen, Plasmapheresen, Adsorptionen und verwandte Verfahren 149

5.21 Prozeduren in Zusammenhang mit Transplantationen 149

5.22 Gabe von Medikamenten, Blut und Blutprodukten 149
5.22.1 Immuntherapie 149
5.22.2 Chemotherapeutika 149
5.22.3 Knochenmark-stimulierende Therapeutika 151
5.22.4 Antiinfektiva 152
5.22.5 Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin 152

5.22.6 Blut- und Blutprodukte ... 152

5.23 Intensivmedizinische Komplexbehandlung ... 153

6 Prüfungen der medizinischen Dienste und Kostenträger ... 155

6.1 Einzelfallprüfungen ... 155

6.1.1 Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) ... 156

6.1.2 Erörterungsverfahren ... 156

6.1.3 Prüfquoten ... 156

6.1.4 Aufwandspauschale und Aufschlagszahlungen ... 157

6.2 Strukturprüfungen ... 157

6.3 Prüfungen von G-BA-Richtlinien und -Regelungen ... 158

6.4 Prüfungen von Leistungsgruppen ... 158

6.5 Anregungen für den Arztbrief ... 158

Abkürzungen und Glossar

DRG	Bezeichnung
AAV	**ANCA-assoziierte Vaskulitis**
Abs.	**Absatz**
ADH	**Antidiuretisches Hormon**
aG-DRG	bzw. **aDRG:** das **„a“** steht für **„ausgegliedert“** und bezieht sich auf die Pflegepersonalkosten. Zu unterscheiden von einer ADRG (adjacent-DRG), die eine Basis-DRG beschreibt.
AKD	**Akute Nierenkrankheit** Acute kidney diseases or disorders (www.thieme-connect.de/products/ejournals/pdf/10.1055/a-1908-5163.pdf)
AKI	**Akute Nierenfunktionseinschränkung** Acute Kidney Injury/Impairment, veraltet ANV (www.thieme-connect.de/products/ejournals/pdf/10.1055/a-1908-5163.pdf)
a. o. (n.) kl.	**anderenorts (nicht) klassifiziert**
AOP	**Ambulantes Operieren (nach § 115b SGB V)** Von den Partnern der gemeinamten Selbstverwaltung jährlich zu vereinbarender Katalog von Leistungen, die – auch von Krankenhäusern – ambulant erbracht werden dürfen. Werden diese Leistungen stationär erbracht, muss dies medizinisch begründet werden.
APD	**Automatisierte Peritonealdialyse**
ATMP	**Advanced Therapy Medicinal Products** Gentherapeutika, somatische Zelltherapeutika sowie biotechnologisch bearbeitete Gewebeprodukte. Gelten rechtlich als Arzneimittel.
Basis-DRG	Eine oder mehrere DRGs, die meist eine einheitliche Grunddefinition besitzen und deren DRG-Kode mit den gleichen drei Zeichen beginnt.
Belegungstag	Belegungstage sind der Aufnahmetag sowie jeder weitere Tag eines Krankenhausaufenthaltes ohne den Entlassungs-/Verlegungstag.
BfArM	**Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte** Pflegt unter anderem die Klassifikationssysteme ICD-10-GM und OPS (das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information [DIMDI], welches vormals diese Aufgaben wahrgenommen hat, wurde in das BfArM integriert).
BMG	**Bundesministerium für Gesundheit**
BMI	**Body-Mass-Index**
BSG	**Bundessozialgericht**
BWR	**Bewertungsrelation** Relativgewicht, das mit einem Entgeltwert (Basisfallwert) multipliziert den Erlös in Euro ergibt.
CAPD	**Kontinuierliche ambulante Peritonealdialyse**
CC	**Complications and Comorbidities** Ausdruck des PCCL in den Bezeichnungen von G-DRGs. Ein PCCL von ≥ 3 entspricht z. B. „schweren CC“, ein PCCL von ≥ 4 „äußerst schweren CC“ und ein PCCL von ≥ 5 „schwersten CC“.

DRG	Bezeichnung
CCL	**Complication and Comorbidity Level** Ökonomische Schweregradeinstufung einer Diagnose. Abhängig von der Basis-DRG, der ein Fall zugeordnet wird. Wird zur Berechnung des PCCL genutzt. Nicht mit einem medizinischen Schweregrad zu verwechseln.
CCPD	**Kontinuierliche zyklische Peritonealdialyse**
CKD	**Chronische Nierenkrankheit** Chronic Kidney Disease
CM	**Casemix** Summe von Bewertungsrelationen und damit ein Erlösäquivalent. Auch CMP (Casemixpunkte)
CMI	**Casemix-Index** Mittlere ökonomische Fallschwere. Mittelwert der Bewertungsrelationen bzw. des Casemix dividiert durch die zugrundliegende Fallzahl. Nicht mit einer medizinischen Fallschwere oder einer wirtschaftlichen Attraktivität von Fallkollektiven gleichzusetzen.
CUP	**Cancer of Unknown Primary**
CVVH	**Kontinuierliche venovenöse Hämofiltration**
CVVHD	**Kontinuierliche venovenöse Hämodialyse**
CVVHDF	**Kontinuierliche venovenöse Hämodiafiltration**
DKG	**Deutsche Krankenhausgesellschaft**
DKR	**Deutsche Kodierrichtlinien**
DRG	**Diagnosis-Related-Group** Diagnose bezogene Fallpauschale. Neben Diagnosen werden auch andere Attribute (z. B. OPS, Beatmungsstunden, Alter, Aufnahmegewicht, etc.) zur Definition verwendet. DRGs bieten optimalerweise eine medizinische und ökonomische Homogenität. Beim G-DRG-System liegt der Schwerpunkt auf einer Kostenhomogenität – unabhängig von den Kostenarten = Gesamtkostenhomogenität.
DSA	**Digitale Subtraktionsangiografie**
DSO	**Deutsche Stiftung Organtransplantation** Koordinierungsstelle nach § 11 Transplantationsgesetz (TPG)
EBM	**Einheitlicher Bewertungsmaßstab** Vergütungssystem der vertragsärztlichen Versorgung
EDD	**Extended Daily Dialysis**
EGPA	**Eosinophile Granulomatose mit Polyangiitis** Ehemals Churg-Strauss-Syndrom
ERCP	**Endoskopisch-Retrograde-Cholangiopankreatikographie**
FoKA	**Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling** Kommentiert die Kodierempfehlungen der SEG 4 des MD und erstellt eigene Kodierempfehlungen.
FPV	**Fallpauschalenvereinbarung** bzw. **Fallpauschalenverordnung** Enthält die Abrechnungsbestimmungen und als Anlagen den Fallpauschalen- und ZE-Katalog. Kommt es statt zu einer Vereinbarung der Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung zu einer Ersatzvornahme durch das BMG, handelt es sich um eine Verordnung.
GAAV	**Granulomatöse ANCA-assoziierte Vaskulitis** s. auch GPA, ehemals Morbus Wegener

DRG	Bezeichnung
G-BA	**Gemeinsamer Bundesausschuss** Entscheidungsgremium der Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung mit sehr vielfältigen Aufgaben: Erlässt u. a. Richtlinien zur Qualitätssicherung, nimmt Nutzenbewertungen von Arzneimitteln und Bewertungen von Methoden (u. a. NUB) vor. Der G-BA kann das IQWiG und IQTiG beauftragen. Richtlinien des G-BA können vom BMG beanstandet werden. Auch die MD-Qualitätskontroll-Richtlinie sowie die Regelungen zum gestuften System der Notfallstrukturen, den Zentren/Schwerpunkten und dem Qualitätsbericht werden vom G-BA erlassen.
G-DRG	**German-Diagnosis-Related-Group** Bezieht sich auf das deutsche DRG-Fallpauschalensystem. Bezeichnet auch eine einzelne Fallpauschale.
GFR	**Glomeruläre Filtrationsrate**
GKV	**Gesetzliche Krankenversicherung** (Krankenkassen)
GKV-SV	**GKV-Spitzenverband** bzw. **Spitzenverband Bund der Krankenkassen**
GN	**Glomerulonephritis**
GPA	**Granulomatose mit Polyangiitis** ehemals Morbus Wegener
GVD	**Grenzverweildauer** Die Grenzverweildauern begrenzen das Verweildauerintervall, in dem die Fallpauschalierung erfolgt. Außerhalb der Grenzverweildauer werden tagesbezogene Ab- und Zuschläge berechnet.
HD	**Hauptdiagnose** oder **Hämodialyse**, je nach Kontext!
HDF	**Hämodiafiltration**
HF	**Hämofiltration**
HIT	**Heparininduzierte Thrombopenie**
ICD	**International Classification of Diseases** (ICD-10-GM: German Modification der ICD-10; ICD-10-WHO: von der WHO herausgegebene international gültige Fassung)
IKB	**Intensivmedizinische Komplexbehandlung** OPS-Kodes, die über intensivmedizinische Aufwandspunkte (abgeleitet aus dem SAPS + TISS) das Ausmaß der intensivmedizinischen Behandlung definieren.
InEK	**Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH** DRG-Institut der Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung. Kalkuliert das G-DRG-System und entwickelt dieses weiter. Alle relevanten Informationen werden auf der Webseite des InEK veröffentlicht: https://g-drg.de. Das InEK nimmt noch eine Vielzahl weiterer Aufgaben wahr, z. T. im Auftrag des BMG (z. B. NUB-Verfahren, Pflegelastkatalog, Pflegepersonaluntergrenzen, Pflegepersonalquotient, Hybrid-DRGs, PEPP-System, Investitionsbewertungsrelationen, u. v. m.).
IPD	**Intermittierende Peritonealdialyse**
IQTIG	**Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen** Entwickelt und führt Qualitätssicherungsmaßnahmen durch. Kann sowohl vom G-BA als auch vom BMG beauftragt werden.
IQWiG	**Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen** Bewertet den Nutzen von medizinischen Maßnahmen und kann sowohl vom G-BA als auch vom BMG beauftragt werden.

DRG	Bezeichnung
i. V. m.	**in Verbindung mit**
KDE	**Kodierempfehlung** (der SEG 4 des MD)
KDIGO	**Kidney Disease: Improving Global Outcomes** Gemeinnützige Organisation, die weltweit die Behandlung von Nierenkrankheiten verbessern will. Erstellt Leitlinien und definiert Krankheitsbilder.
KFPV	**Krankenhausfallpauschalenverordnung** Ersatzvornahme des BMG, ersetzt die FPV
KHEntgG	**Krankenhausentgeltgesetz**
KHG	**Krankenhausfinanzierungsgesetz**
KIS	**Krankenhausinformationssystem**
KÖF	**Körperoberfläche**
MD(K)	**Medizinischer Dienst** (der Krankenversicherung) Führt Einzelfall-, OPS-Struktur- und Prüfungen nach der MD-Qualitätskontroll-Richtlinie des G-BA durch. Besitzt Kompetenzzentren (z. B. Kompetenzzentrum Onkologie) und Sozialmedizinische Expertengruppen, (z. B. die SEG 4, die Kodierempfehlungen veröffentlicht).
MDC	**Major Diagnostic Category** (Hauptdiagnosekategorie) Strukturelement des G-DRG-Systems. Wird häufig durch die Hauptdiagnose bestimmt und durch den ersten Buchstaben des DRG-Kodes gekennzeichnet. Spielt bei den Regeln zur Fallzusammenführung eine Rolle.
MPA	**Mikroskopische Polyangiitis**
MRSA	**Methicillin-resistenter Staph. aureus (syn. ORSA)**
ND	**Nebendiagnose**
n. n.bez.	**nicht näher bezeichnet**
NUB	**Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode** Für NUB im stationären somatischen Bereich (§ 6 Abs. 2 KHEntgG) können u. U. spezielle (Zusatz-)Entgelte vereinbart werden. Für Medizinprodukte hoher Risikoklasse gelten besondere Regeln (§ 137h SGB V).
NYHA	**New York Heart Association**
oGVD	**obere Grenzverweildauer**
o. n. A.	**ohne nähere Angaben**
OPS	**Operativer Prozedurenschlüssel (nach § 301 SGB V)** Deutsche Prozedurenklassifikation, enthält auch nicht-operative Prozedurenschlüssel
ORSA	**Oxacillin-resistenter Staph. aureus (syn. MRSA)**
PCCL	**Patient Clinical Complexity Level** Fallbezogener ökonomischer Schweregrad. Berechnet sich nach komplexen Regeln und einer logarithmischen Formel aus den einzelnen CCL-Werten der (Neben-)Diagnosen. Abhängig von der Basis-DRG. Kann Werte von 0–6 annehmen. Nicht mit einem medizinischen Schweregrad zu verwechseln.
PD	**Peritonealdialyse**
PKV	**Private Krankenversicherung** bzw. PK-Verband: Verband der Privaten Krankenversicherung
PrüfvV	**Prüfverfahrensvereinbarung** Vereinbarung des GKV-SV und der DKG zum Ablauf der Einzelfallprüfungen

DRG	Bezeichnung
PPSB	**Prothrombinkomplex-Konzentrat** (**P**rothrombin [Faktor II], **P**rokonvertin [Faktor VII], **S**tuart-Prower-Faktor [Faktor X] antihämophiler Faktor **B** [Faktor IX]), Vitamin-K-abhängige Gerinnungsfaktoren, auf den Gehalt des Faktors IX standardisiert.
rG-DRG	bzw. **rDRG**: das **„r"** steht für **„residual"** und bezieht sich auf die DRG ohne die ausgegliederte Vorhaltefinanzierung.
RPGN	**Rapid progressive Glomerulonephritis**
SAPS	**Simplified Acute Physiology Score** Der für die IKB genutzte SAPS II enthält nicht die Glasgow-Coma-Scale.
SGB	**Sozialgesetzbuch**
SEG	**Sozialmedizinische Expertengruppe des MD** Es gibt mehrere Gruppen, die SEG 4 veröffentlicht beispielsweise Kodierempfehlungen.
SIRS	**Systemic inflammatory response syndrome**
SLE	**Systemischer Lupus erythematodes**
SLED	**Verlängert intermittierende Dialyse** Slow extended daily dialysis, Sustained Low-efficiency Dialysis
SOFA	**Sequential Organ Failure Assessment** Scoring System, das für die Diagnose einer Sepsis herangezogen wird.
TAA	**Tachyarrhythmia absoluta**
Tbc	**Tuberkulose**
TE	**Transfusionseinheiten**
TISS	**Therapeutic Intervention Scoring System** Der für die IKB genutzte TISS-10 enthält nur die 10 aufwendigsten Merkmale.
TPG	**Transplantationsgesetz**
uGVD	**untere Grenzverweildauer**
VBE	**Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen** Jährliche Vereinbarung der Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung zur Möglichkeit der Herausnahme von Einrichtungen aus der DRG-Vergütung nach § 17b Abs. 1 Satz 10 KHG)
VHF	**Vorhofflimmern**
VWD	**Verweildauer** In Belegungstagen, d. h. der Aufnahmetag zählt immer, der Entlassungstag wird nicht mitgezählt
VZV	**Varicella-Zoster-Virus**
ZE	**Zusatzentgelt** Kann zusätzlich zu einer DRG-Fallpauschale abgerechnet werden.

1 Was ist neu?

Nach mehreren Jahren Pause wurde der Kodierleitfaden grundlegend überarbeitet. Neben den zwischenzeitlichen Änderungen an den Klassifikationssystemen und den Deutsche Kodierrichtlinien (DKR) wurden auch Entscheidungen des Schlichtungsausschusses und des Bundessozialgerichts in den Kodierleitfaden eingearbeitet. Aufgrund der zunehmenden Komplexität wurden auch die Kapitel zu den Abrechnungssystemen (Kapitel 3), der allgemeinen Kodierung (Kapitel 4) und den Fallprüfungen (Kapitel 6) grundlegend erneuert und erweitert.

1.1 Wichtige Neuerungen in den Klassifikationssystemen

1.1.1 ICD-10-GM 2024

Die Neuerungen in der ICD-10-GM mit direktem Bezug zur Nephrologie halten sich in Grenzen.

Für die akute Nierenfunktionseinschränkung (AKI) wurde in der ICD-10-GM 2024 eingeführt, dass die Vorgabe, dass ein *„akutes Nierenversagen im Stadium 1"* (entspricht AKI Stadium 1) nur bei *„adäquatem, dem klinischen Zustand angepasster Hydratationszustand"* kodiert werden darf, sich nur auf Exsikkosen bezieht und nicht auf Zustände der Hyperhydratation zum Zeitpunkt der Messungen übertragen werden kann. Die DGfN weist daraufhin, dass mit Bezugnahme auf den Hydratationszustand (sowohl Exsikkose als auch Hyperhydratation) weiterhin von der Definition der AKI nach den KDIGO-Leitlinien abgewichen wird.

Seit 2024 können u. a. die folgenden Krankheitszustände nun spezifisch klassifiziert werden (Liste nicht vollständig, Auswahl auf möglicherweise nephrologisch relevante Krankheitszustände):

- *Kälteagglutininkrankheit* (D59.10)
- *Chronische Virushepatitis E* (B18.80)
- *Posturales Tachykardiesyndrom* (G90.80)
- Typ-1 und Typ-2 des *akuten subendokardialen Myokardinfarkts* (I21.40/ I21.41)
- Unterformen der *primären* (I27.0-) und *sekundären pulmonalen Hypertonie* (I27.2-)
- *Akutes Atemnotsyndrom des Kindes und Jugendlichen* [ARDS] (J80.0-)
- Unterschiedliche Formen des *Pyothorax mit Fistel* (J86.0-)
- *Abszess der Harnblasenwand* (N30.80)
- *Insulinresistenz bei Diabetes mellitus, Typ 1, bei Personen von 18 Jahren und älter* (U69.75!)

1.1.2 OPS 2024

Im OPS 2024 gab es relevante Änderungen in Bezug auf Blutreinigungsverfahren. Dazu wurde die Klasse 8-821 *(Adsorption und verwandte Verfahren)* umbenannt und umstrukturiert. Die *Hämoperfusion* (bislang 8-856) wurde in diese neue Klasse überführt (8-821.3-) und weiter differenziert.

Neu eingeführt wurden Kodes für die *C-reaktives-Protein-Apherese [CRP-Apherese]* (OPS 8-821.5-). Der Kode für die *Apherese der löslichen, FMS-ähnlichen Tyrosinkinase 1 [sFlt-1-Apherese]* wurde aus dem OPS gestrichen.

Seit 2024 können u. a. die folgenden Leistungen nun spezifisch klassifiziert werden (Liste nicht vollständig):

- *Bestimmung des portovenösen Druckgradienten,* differenziert nach *direkter* und *indirekter Messung des Pfortaderdruckes* (1-279.b-)
- *Hochauflösende Ösophagusmanometrie,* differenziert nach *einfacher* und *Langzeit-Manometrie* (1-313.1-)
- Diagnostische oder therapeutische *Verwendung eines Einmal-Endoskops* über Zusatzkodes, differenziert nach *Duodenoskop* und *Gastroskop* (1-999.5- und 5-98m.-)

- Differenzierung der *perkutanen* und *perkutan-endoskopischen (PEG) Gastrostomie* nach Methode, Fixierung und Nutzung einer *jejunalen Sonde* (5-431.2- und 5-431.4-)
- Verwendung einer *autogenen thrombozytenangereicherten Fibrinmatrix* als Zusatzkode (5-932.a)
- *Applikation von Reserveantibiotika* (6-00g.-)
- Differenzierung des *Wechsels und der Entfernung eines Gastrostomiekatheters* nach Nutzung einer *jejunalen Sonde* (8-123.0-)
- *Einlegen eines Nephrostomiekatheters über bestehenden Nephrostomiekanal* (8-138.2)
- *Pathogeninaktivierte patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate* (8-800.p-)
- Erweiterung der Behandlungsintervalle für die *Veno-venöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung* (8-852.0-)
- Differenzierung der *extrakorporalen Leberersatztherapie [Leberdialyse]* nach Durchführung einer *individualisierten pH-Steuerung zum Azidoseausgleich* (8-858.-)

Unter anderem sind im OPS 2024 folgende Klarstellungen erfolgt (Liste nicht vollständig):

- Bei Kodierung des Legens und des *Wechsels eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße* (8-831.-) muss die Länge des Katheters mindestens 6 cm betragen.

Neue oder differenzierte OPS-Kodes bedeuten in der Regel nicht, dass sich dadurch die Abrechnung ändert.

Unter anderem folgende Leistungen sind seit 2024 nicht mehr kodierbar (Liste nicht vollständig):

- *Transfusion von Interferon alfa-2a, parenteral* (8-812.1-)

1.2 Deutsche Kodierrichtlinien (DKR) Version 2024

In den DKR kam es für 2024 zu einer umfassenderen Neuregulierung der Kodierung der Sepsis (0103w) mit Übernahme der neuen Sepsis-Definition nach den Kriterien der internationalen Sepsis-3 Konsensus-Konferenz. Demnach ist eine Sepsis *eine akut lebensbedrohliche Organdysfunktion, hervorgerufen durch eine inadäquate Wirtsantwort auf eine Infektion. Für die Diagnose einer Sepsis assoziierten Organdysfunktion ist eine Veränderung des Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) Score um ≥ 2 Punkte zu verwenden.* In Folge wurde auch die DKR 0105w zur Kodierung eines systemischen inflammatorischen Response-Syndrom (SIRS) angepasst. Siehe hierzu auch Kapitel 5.15.5.

1.2.1 Entscheidungen des Schlichtungsausschusses im Jahr 2023

Entscheidungen des Schlichtungsausschusses sind verbindlich und werden in die DKR übernommen. Hier werden nur die für die Nephrologie möglicherweise relevanten Entscheidungen aufgeführt.

1.2.1.1 Berechnung der Dauer einer kontinuierlichen Dialyse

„Bei kontinuierlichen Nierenersatzverfahren gemäß den OPS-Kodes 8-853, 8-854, 8-855, 8-857 und 8-85a sind Zeiten einer Unterbrechung von jeweils bis zu 24 Stunden bei der Berechnung der Dauer der einzelnen Behandlungszyklen/Anwendungen mitzuzählen. Sofern, retrospektiv betrachtet, das Verfahren nach einer Unterbrechung von mehr als 24 Stunden endete oder nach mehr als 24 Stunden wiederaufgenommen wurde, ist der Behandlungszyklus abgeschlossen. Am letzten Tag des Behandlungszyklus wird die Stundenzahl von 00:00 Uhr bis zur tatsächlichen Beendigung des Verfahrens, auf volle Stunden aufgerundet, berechnet."

Damit wird klargestellt, *dass einzelne Pausenzeiten von jeweils bis zu 24 Stunden nicht in Abzug zu bringen sind. Ebenso wird klargestellt, dass die Zeit nach der Beendigung eines Behandlungszyklus nicht im Sinne eines Auslassversuchs zu zählen ist.* Entscheidung vom 09.08.2023 (Nr. S20210008)

1.2.1.2 Kodierung Hauptdiagnose bei Wiederaufnahme (Folgeeingriff)

„Wenn bei einem Patienten in einem vorangegangenen Aufenthalt bei Gallengangstein mit Obstruktion eine ERCP zur Steinentfernung durchgeführt wurde und in einem zweiten Aufenthalt die stationäre Aufnahme zur Cholezystektomie erfolgt, ist für die Festlegung der Hauptdiagnose für diesen zweiten Aufenthalt der für den aktuell vorliegenden Befund (z. B. Gallenblasenstein ohne Gallenwegsobstruktion) zutreffende Kode aus K80.- Cholelithiasis zu verwenden. Entsprechend ist bei diesen Fällen beim Aufenthalt zur Gallenblasenentfernung nicht mehr eine Obstruktion und/oder Entzündung zu kodieren, wenn diese nicht mehr vorliegen. Die Regelungen zur Fallzusammenführung bleiben hiervon unberührt."

Prinzipiell wird nach DKR D005 *Folgezustände und geplante Folgeeingriffe* bei einem geplanten Folgeeingriff weiterhin die ursprüngliche Hauptdiagnose kodiert. Kann der Kode für die Grunderkrankung jedoch nach dem Ausprägungsgrad differenziert werden, so ist nach der Begründung des Schlichtungsausschusses der ursprüngliche Ausprägungsgrad nur dann zu kodieren, wenn er noch besteht bzw. die Aufnahme mitbegründet hat. Daraus kann geschlussfolgert werden, dass bei einer Wiederaufnahme in der Regel nach dem aktuellen Ausprägungsgrad kodiert werden soll. Dies betrifft auch die Stadien der AKI und CKD (s. z. B. Kapitel Transplantation). Entscheidung vom 14.07.2023 (Nr. S20220015)

1.3 aG-DRG-System in der Version 2024

Das aG-DRG-System 2024 stellt ein Übergangsystem dar. Während die öffentliche Diskussion noch von den Ankündigungen zur großen Krankenhausstruktur- und finanzierungsreform beherrscht wurde, wurde das InEK vom BMG zeitlich sehr stark mit der Kalkulation von „Hybrid-DRGs" (§ 115f SGB V) und den Vorbereitungen eines neuen Leistungsgruppen-Groupers in Anspruch genommen. Die Ressourcen, die zur Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems zur Verfügung standen, waren daher begrenzt.

Hinzu kommt, dass das aG-DRG-System 2024 auf Grundlage der Kostendaten aus 2022 kalkuliert wurde, einem Jahr, das noch sehr stark von den Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Versorgung geprägt wurde. Vom InEK wurde in die Methodik der Kalkulation eingegriffen, um die Auswirkungen stärkerer Fallzahlveränderungen im Vergleich zu 2019 auf die Bewertungsrelationen zu „dämpfen". In Bereichen mit vergleichsweise hohem Fallzahlrückgang bedeutet dies, dass die auf Fallebene gestiegenen anteiligen Vorhaltekosten (Personal und Infrastruktur) nicht vollständig in den Bewertungsrelationen für 2024 abgebildet wurden. Der geänderten Kalkulationsmethodik liegt die Hypothese zugrunde, dass die Fallzahlen 2024 wieder auf das Vorpandemieniveau gestiegen sein werden. Gelingt dies nicht, dürften mit den „gedämpften" Bewertungsrelationen Vorhaltekosten schwer zu refinanzieren sein.

Klassifikatorisch waren erneut Anpassungen aufgrund der COVID-19-Pandemie notwendig. Waren in den Vorjahren SARS-CoV-2 Fälle wegen ihrer COVID-19-Erkrankung in Krankenhäuser gekommen, spiegeln die Kostendaten aus 2022, auf Basis derer das aG-DRG-System 2024 kalkuliert wurde, auch schon vermehrt Fälle wider, die mit und nicht wegen SARS-CoV-2-Infektion behandelt wurden. Bei vergleichbarer Kodierung können sehr unterschiedliche Kosten resultieren.

In den Abrechnungsregeln (FPV 2024) gab es keine inhaltlichen Änderungen.

1.4 Hybrid-DRGs

2024 wurde eine neue spezielle sektorengleiche Vergütung (§ 115f SGB V) in die Abrechnung eingeführt (s. auch Kapitel 3.6). Diese sogenannten Hybrid-DRGs sind unabhängig von einer stationären oder ambulanten Leistungserbringung einheitlich abzurechnen, aber tangieren die nephrologische Versorgung 2024 noch nicht direkt.

Auch 2025 ist die Nephrologie im Gegensatz zur Gastroenterologie noch nicht von der geplanten jährlichen Erweiterung des Hybrid-DRG-Katalogs betroffen. Für die Folgejahre ist jedoch mit einer Ausweitung des Hybrid-DRG-Katalogs zu rechnen.

1.5 Aktuelle Rechtsprechung

Aufgrund fehlender Präzision der Regelwerke und als nicht sachgerecht empfundenen Gruppierungsergebnissen im Einzelfall wurden und werden vielfach Abrechnungsstreitigkeiten auch vor Gerichten ausgetragen und von diesen entschieden.

Gerichte legen nicht selten eigene Wertungsmaßstäbe an. Dabei widersprechen sich gelegentlich die Urteile – selbst auf der Ebene des Bundessozialgerichts (BSG). Teilweise stehen sie auch im Widerspruch zu expliziten und eigentlich eindeutigen Formulierungen in den Klassifikationssystemen und den DKR.

Anders als die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses sind Urteile keine Kodierregeln, gelten nur im konkreten Einzelfall und verpflichten die Gerichte nicht, in einem ähnlich gelagerten Fall genauso zu entscheiden. Auch das BSG hat bereits mehrfach seine bisherige Rechtsprechung zu Kodierfragen wieder aufgehoben.

> *„Soweit […] aus der Rechtsprechung des früher auch für das Leistungserbringungsrecht der Krankenhäuser zuständigen 3. Senats des BSG etwas Abweichendes abzuleiten ist,* ***nämlich dass allein der OPS-301 und die Kodierrichtlinien für die Frage maßgebend sind, wann eine zusätzliche Prozedur oder Prozedurenkomponente zu kodieren ist,*** *gibt der erkennende Senat diese Rechtsprechung auf."* (BSG am 19.04.2016, Az. B 1 KR 34/15 R)

Im Folgenden soll überwiegend nur auf aktuelle Urteile des BSG eingegangen werden, die auch Fragen zur Kodierung mit möglichem Bezug zur Nephrologie tangieren. Urteile der unteren Instanzen sind noch widersprüchlicher, wirken eher lokal und werden häufig nachfolgend durch die höheren Instanzen wieder aufgehoben.

1.5.1 Interpretation von Exklusiva (Urteil vom 12.12.2023, Az. B 1 KR 1/23 R)

Sachverhalt: Patient mit kardiorespiratorischer Insuffizienz. Die ICD-10-GM verweist unter dem Kode J96.- *Respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert* explizit für die Klassifizierung einer *kardiorespiratorischen Insuffizienz* mit einem Exklusivum auf den Kode R09.2 *Atemstillstand*. Nach der DKR D013c steht bei den Exklusiva *in Klammern die Schlüsselnummer derjenigen Kategorie oder Subkategorie, der die Ausschlussbezeichnung zuzuordnen ist.* Auch das alphabetische Verzeichnis der ICD-10-GM weist der *kardiorespiratorischen* und *kardiopulmonalen Insuffizienz* den Kode R09.2 zu.

Entscheidung: *Soweit in dem Klammerzusatz des Exklusivums die Schlüsselnummer angegeben ist, der die Ausschlussbezeichnung zuzuordnen ist (vgl DKR D013c), ist dies im Rahmen der systematischen Auslegung der ICD-10-GM zu beachten, aber nicht geeignet, die Einschlägigkeit des in Klammern angegebenen Codes entgegen seinem eindeutigen Wortlaut zu begründen. Dies widerspräche dem Grundsatz, dass Abrechnungsbestimmungen wegen ihrer Funktion im Gefüge der Ermittlung des Vergütungstatbestandes innerhalb eines vorgegebenen Vergütungssystems eng am Wortlaut orientiert und allenfalls unterstützt durch systematische Erwägungen auszulegen sind […]. Für systematische Erwägungen ist insofern nur Raum, soweit der Wortlaut des in Rede stehenden Codes kein eindeutiges Ergebnis liefert.*

- → Das Urteil steht im Widerspruch zu den expliziten Kodierhinweisen und -regeln in der ICD-10-GM, der ICD-10-WHO (Band 2) und den DKR.
- → Auch widerspricht sich das BSG selbst. Im Urteil vom 22.06.2022 (Az. B 1 KR 31/21 R) hat das BSG noch die Klassifizierung einer hochgradigen Aortenklappenstenose bei bicuspider Herzklappe mit dem ICD-Kode Q23.1 *Angeborene Aortenklappeninsuffizienz* für korrekt erachtet, weil die ICD-10-GM die Pathologie der *„bikuspidale Aortenklappe"* dem Kode für die *angeborene Aortenklappeninsuffizienz* zuweist.
- → Die konkrete Kodierkonstellation wurde inzwischen dadurch entschärft, dass das in der Tat nicht sinnvolle Exklusivum in der ICD-10-GM korrigiert wurde. Durch das Urteil des BSG, das eine einzelne nicht sinnvolle Zuordnung in der ICD-10-GM nicht akzeptieren konnte, wurde nun jedoch das gesamte zugrundeliegende Klassifizierungsprinzip beschädigt.

→ Da bereits eine eindeutige Kodierrichtlinie existiert, besteht für die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung keine Möglichkeit, das allgemeine Klassifizierungsprinzip zu rehabilitieren. Auch die international einheitliche Mortalitätsverschlüsselung wird durch das Urteil konterkariert, da es sich um eine weltweit gültige Regelung handelt, die von der WHO vorgegeben wird.
→ Sinnvoller wäre, wenn entsprechende Kodierfragen zukünftig durch den Schlichtungsausschuss entschieden würden, da so eine Konsistenz mit den DKR sichergestellt wird.

1.5.2 Konkurrierende Hauptdiagnosen (Urteil vom 29.08.2023, Az. B 1 KR 25/22 R)

Sachverhalt: Verlegung ins Krankenhaus mit Verdacht auf Schlaganfall und vorheriger Synkope. Diagnose einer subduralen Blutung und Kraniotomie zur Entlastung. Im weiteren Verlauf Diagnose einer hochgradigen Aortenklappenstenose und minimalinvasiver Aortenklappenersatz (TAVI).

Hauptdiagnose

- Krankenhaus: Aortenklappenstenose
- Krankenkasse/MD: subdurale Blutung

Entscheidung: *„Veranlassung" des stationären Krankenhausaufenthalts meint die ursächliche Auslösung des stationären Behandlungsgeschehens. Das zeitliche Moment als ein wesentliches Definitionsmerkmal grenzt dabei von später hinzugetretenen Diagnosen ab, die ebenfalls stationäre Behandlungsbedürftigkeit bedingen. Ein bereits – objektiv zutreffend – veranlasster stationärer Krankenhausaufenthalt kann nicht später, nach Aufnahme in das Krankenhaus nochmals veranlasst, sondern allenfalls aufrechterhalten werden. Diagnosen, die erst nachfolgend Behandlungsbedürftigkeit begründen, sind irrelevant.*

Bedingen anfänglich zwei oder mehrere Diagnosen den stationären Krankenhausaufenthalt, ist … diejenige auszuwählen, die für Untersuchung und/oder Behandlung die meisten Ressourcen verbraucht hat. Die zeitliche Abfolge der stationären Behandlung zweier oder mehrerer im Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme stationär behandlungsbedürftiger Diagnosen spielt keine Rolle.

Liegen – ex-post betrachtet – schon bei Aufnahme ins Krankenhaus mehrere Leiden objektiv vor, die stationär behandlungsbedürftig sind, sind diese – vorbehaltlich spezieller Regelungen – immer nach dem Grad ihres Ressourcenverbrauchs zu gewichten. Das gilt unabhängig davon, welche Leiden bei der Aufnahmeuntersuchung erkannt wurden oder erkennbar waren. Es spielt deshalb keine Rolle, ob der Patient bei der Aufnahme ins Krankenhaus Symptome aufwies, anhand derer die zunächst unerkannt gebliebene Diagnose erkennbar gewesen wäre.

→ Die Hauptdiagnose war die Aortenklappenstenose, da die Patientin bereits bei ihrer Aufnahme in das Krankenhaus unter einer seit Jahren bestehenden, jedenfalls im Zeitpunkt der Aufnahme ins Krankenhaus mittels TAVI behandlungsbedürftigen Aortenklappenstenose litt und mehr Ressourcen für die TAVI als für die Hämatomentlastung verbraucht wurden.
→ Auf einen möglichen kausalen Zusammenhang: Aortenklappenstenose führt zu Synkope mit Sturz, der wiederum zur subduralen Blutung führt, ist das BSG nicht eingegangen.

1.5.3 Fallzusammenführung aufgrund „fiktivem wirtschaftlichen Alternativverhaltens" (Urteil vom 11.05.2023, Az. B 1 KR 10/22 R)

Sachverhalt: Geplante Wiederaufnahme nach fünf Tagen zur Operation eines frisch diagnostizierten Karzinoms. Kennzeichnung im Fallpauschalenkatalog als Ausnahme von der Wiederaufnahme. Nach der FPV waren die Fälle nicht zusammenzuführen. Die bisherige Rechtsprechung des BSG sah jedoch die Möglichkeit einer Fallzusammenführung aufgrund *„fiktivem wirtschaftlichen Alternativverhaltens"* vor. Als Reaktion auf diese Rechtsprechung hat der Gesetzgeber § 8 Abs. 5 KHEntgG folgenden Satz 3 eingefügt: *„In anderen als den vertraglich oder gesetzlich bestimmten Fällen ist eine Fallzusammenführung insbesondere aus Gründen des Wirtschaftlichkeitsgebots nicht zulässig."* Das BSG musste sich erstmalig mit der neuen gesetzlichen Regelung auseinandersetzen.

Entscheidung: *Die Vorschrift* [des § 8 Abs. 5 Satz 3 KHEntgG] *begrenzt nach ihrem Wortlaut und ihrer systematischen Verankerung im KHEntgG allein auf der preisrechtlichen Ebene die Fallzusammenführung auf die vertraglich oder gesetzlich bestimmten Fälle (als Abrechnungsbestimmung […]). Sie schließt dagegen weder die Geltung des allgemeinen Wirtschaftlichkeitsgebots im konkreten Behandlungsfall noch der vom Senat entwickelten Grundsätze einer Vergütung nach Maßgabe des fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens […] explizit aus.*

Allerdings folgt aus der Entstehungsgeschichte des § 8 Abs. 5 Satz 3 KHEntgG und dem systematischen Zusammenspiel mit der zeitgleich eingefügten Regelung des § 17b Abs. 2 Satz 2 Halbsatz 2 KHG, dass für die vorliegend betroffene Fallkonstellation die Konkretisierung der Anforderungen des Wirtschaftlichkeitsgebots abschließend den Vertragsparteien der FPV zugewiesen ist, soweit der Gesetzgeber keine eigenständige Regelungen trifft, und für eine darüber hinausgehende Anwendung der vom Senat entwickelten Grundsätze des fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens seit dem 1.1.2019 kein Raum ist.

Unter Berücksichtigung des weiten Gestaltungsspielraums der Vertragsparteien begegnet dies [die Regelungen zur Fallzusammenführung in der FPV] keinen durchgreifenden rechtlichen Bedenken. Sie haben mit dieser Regelung zur Fallzusammenführung weder den ihnen zustehenden Gestaltungsspielraum über- oder unterschritten noch ihre Beobachtungs- und Reaktionspflicht verletzt. Insofern kann offenbleiben, was zu gelten hat, wenn die Vereinbarung der Vertragsparteien offenkundig lückenhaft ist und deshalb dem Wirtschaftlichkeitsgebot nicht hinreichend Rechnung getragen wurde.

Eine individuelle, auf den einzelnen Behandlungsfall bezogene Prüfung der Verletzung des Wirtschaftlichkeitsgebots scheidet danach hier grundsätzlich aus. Dies kann allerdings dann nicht gelten, wenn für die Entlassung im konkreten Einzelfall überhaupt kein nachvollziehbarer sachlicher Grund ersichtlich ist und diese offensichtlich allein dazu dient – insbesondere unter missbräuchlicher Ausnutzung der durch § 2 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 Satz 2 FPV 2019 zugelassenen Ausnahmen von der Fallzusammenführung – eine weitere Fallpauschale zu generieren. Ein solches Verhalten käme letztlich einer vorsätzlichen sittenwidrigen Schädigung (§ 826 BGB) gleich und widerspräche evident dem Wirtschaftlichkeitsgebot und der damit korrespondierenden Verpflichtung des Krankenhausträgers, keine Entlassungen aus wirtschaftlichen Gründen vorzunehmen (§ 17c Abs. 1 Satz 1 Nr 2 KHG) sowie der im Verhältnis zwischen KK und Krankenhäusern bestehenden Verpflichtung zur vertrauensvollen Zusammenarbeit und gegenseitigen Rücksichtnahme im Interesse der zu versorgenden GKV-Versicherten.

→ Nach Einschreiten des Gesetzgebers scheint das BSG nun die Regelungen der FPV, die ja auch der Kalkulation der Fallpauschalen zugrunde lagen, zu respektieren. Bewusstes – medizinisch nicht begründbares – Fallsplitting bleibt aber weiterhin unzulässig.

1.5.4 Verlegung in ein heimatnahes Krankenhaus zur Ausbehandlung (Urteile vom 07.03.2023 Az. B 1 KR 4/22 R und vom 16.05.2024 Az. B 1 KR 40/22 R)

Sachverhalt (B 1 KR 4/22 R): Universitätsklinikum verlegt Patienten in ein heimatnahes Krankenhaus zur Weiterbetreuung (ohne medizinische Notwendigkeit). Dadurch entstanden – nach Ex-post-Betrachtung – in Summe höhere Behandlungskosten als (vermutlich) bei einer Ausbehandlung im Universitätsklinikum angefallen wären.

Entscheidung (B 1 KR 4/22 R): Zwar steht dem Universitätsklinikum der Vergütungsanspruch zu, aber ggf. kann die Krankenkasse einen Schadenersatzanspruch gegenüber dem Uniklinikum wegen Pflichtverletzung geltend machen.

„Eine medizinische Notwendigkeit der Verlegung ist keine zusätzliche Vergütungsvoraussetzung für den Anspruch des aufnehmenden Krankenhauses bei erfolgter Verlegung der oder des Versicherten."

„Verlegungen [dürfen] nicht aus wirtschaftlichen Gründen erfolgen […], dh weil es für das verlegende und/oder das aufnehmende Krankenhaus finanzielle Vorteile bietet. Derartige Gründe scheiden daher als Rechtfertigung für eine Verlegung von vornherein aus."

„Die Anwendbarkeit des § 280 Abs. 1 BGB und des Wirtschaftlichkeitsgebots im einzelnen Behandlungsfall wird nicht dadurch ausgeschlossen, dass die Vertragsparteien der FPV in §§ 1 und 3 FPV 2017 iVm § 17b Abs. 2 Satz 1 KHG Regelungen über die Verlegung vereinbart haben."

Für eine Verlegung (die zu höheren Gesamtbehandlungskosten für die KK führt) bedarf es eines sachlichen Grundes, den das KH im Streitfall darzulegen und ggf. zu beweisen hat:

- *zwingende medizinische Gründe oder zwingende „Gründe in der Person des Versicherten" (u. a. Entfernung von nächsterreichbaren Verwandten/Bezugspersonen, Störung des Vertrauensverhältnisses zum Krankenhaus, relevante religiöse Bedürfnisse, sowie ähnliche Belange der oder des Versicherten sein, die einen Verbleib in dem bisherigen Krankenhaus auch in Anbetracht der damit voraussichtlich verbundenen Mehrkosten für die KK als unzumutbar erscheinen lassen.)* ***aber:*** *Allein der Umstand, dass das aufnehmende Krankenhaus näher am Wohnort gelegen ist, rechtfertigt die mit einer Verlegung verbundenen Mehrkosten für die KK nicht!*
- *übergeordnete Gründe der Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, patienten- und bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern, z. B. wenn es zur Behandlung der besonderen Mittel eines Krankenhauses der höheren Stufe nicht (mehr) bedarf und die dortigen Versorgungskapazitäten für andere Patienten benötigt werden.*

Dass bei der Entscheidung über die Verlegung der weitere Verlauf der Behandlung und die damit verbundenen Kosten für das verlegende Krankenhaus regelmäßig noch nicht genau absehbar sind, steht einer zumindest überschlägigen prognostischen Schätzung der Mehrkosten nicht entgegen und ist im Übrigen ggf. bei der Prüfung des Vertretenmüssens des verlegenden Krankenhauses zu berücksichtigen.

Eine Verlegung in ein Krankenhaus einer niedrigeren Versorgungsstufe ist deshalb aus übergeordneten Gründen der Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, patienten- und bedarfsgerechten Krankenhausversorgung nur gerechtfertigt, wenn und soweit es zur Behandlung der oder des Versicherten der besonderen Mittel des Krankenhauses der höheren Stufe nicht (mehr) bedarf und die dortigen Versorgungskapazitäten für andere Patienten benötigt werden. Auch dies hat im Streitfall das verlegende Krankenhaus darzulegen und ggf zu beweisen […]. Dabei kann es auch eine realistische Kapazitätsreserve für nicht planbare Behandlungen berücksichtigen.

→ Es handelt sich um ein wenig praxistaugliches Urteil, das – wenn nicht der Gesetzgeber wie bei den Fallzusammenführungsregeln einschreitet – eine Vielzahl von Abrechnungsstreitigkeiten nach sich ziehen wird, da in jedem Einzelfall geprüft (und vom Krankenhaus dokumentiert!) werden muss, warum eine Verlegung erfolgte und ob diese nach den vom BSG aufgestellten Kriterien zulässig oder schadensersatzpflichtig war. Offen lässt das BSG auch, wie realistisch Kapazitätsreserven für nicht planbare Behandlungen zu operationalisieren wären. Es handelt sich grundsätzlich nicht um Inhalte der individuellen medizinischen Patientenakte, was die Dokumentation und den Nachweis erschwert. Im Hinblick darauf, dass der Gesetzgeber die Umwandlung kleinerer Krankenhäuser in *Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen* („Level Ii") plant, in die Krankenhäuser höherer Level Patientinnen und Patienten zur Ausbehandlung verlegen sollen, scheint eine Reaktion des Gesetzgebers notwendig.

Entscheidung (B 1 KR 40/22 R): Mit der Entscheidung vom 16.05.2024 wurde die bisherige Rechtsprechung nochmals bekräftigt:

Nach den gesetzlichen Rahmenbedingungen zur Behandlungspflicht nach Maßgabe des Versorgungsauftrags kommt der medizinisch möglichen Weiterbehandlung im eigenen Haus grundsätzlich ein Vorrang gegenüber einer grundlosen Verlegung zu. Dieses Vorrangverhältnis konkretisiert das allgemeine Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 Abs. 1 SGB V. In der Missachtung des Vorrangverhältnisses durch eine sachgrundlose Verlegung liegt regelmäßig eine Pflichtverletzung des Krankenhauses.

Nur mit einer Verlegung, die durch einen sachlichen Grund gerechtfertigt ist, verletzt das Krankenhaus keine Pflicht. Es muss dazu keine Wirtschaftlichkeitsüberlegungen anstellen. Die genannten sachlichen Gründe rechtfertigen eine Verlegung auch dann, wenn sie mit höheren Kosten für die KK verbunden ist.

Gibt es für eine Verlegung jedoch keinen sachlichen Grund, verletzt das verlegende Krankenhaus regelmäßig schuldhaft seine Behandlungspflicht und falls es dadurch zu Mehrkosten für die KK kommt auch

das Wirtschaftlichkeitsgebot. Eine schuldhafte Pflichtverletzung des Krankenhauses scheidet nicht deswegen aus, weil es die Kosten der Weiterbehandlung nicht im Voraus abschätzen kann. Aufgrund des beschriebenen Vorrangs der Weiterbehandlung im eigenen Haus trägt das Krankenhaus in der Regel das Risiko, dass die sachgrundlose Verlegung Mehrkosten zu Lasten der KK verursacht. Es hat daher im eigenen Interesse die Wirtschaftlichkeit einer solchen Verlegung vorab sorgfältig zu prüfen.

Nur wenn das grundlos verlegende Krankenhaus aufgrund sorgfältiger Abschätzung ausnahmsweise davon ausgehen durfte, die Verlegung werde keine Mehrkosten verursachen, scheidet eine schuldhafte Pflichtverletzung dann aus, wenn diese Mehrkosten trotzdem entstanden sind. Dies erfordert regelmäßig einen atypischen Verlauf, der außerhalb der in Betracht kommenden Behandlungsverläufe liegt. Die sorgfältig durchgeführte Wirtschaftlichkeitsprüfung hat das Krankenhaus ebenfalls darzulegen und zu belegen.

In Bezug auf die vorzuhaltenden Kapazitätsreserven sollen nach dem BSG *keine überspannten Anforderungen gestellt werden. Es reicht aus, dass sie aus der Sicht eines sachkundigen Dritten vertretbar ist. Der sachliche Grund muss aber für die konkrete Verlegung handlungsleitend gewesen sein. Etwas anderes gilt nur dann, wenn das Krankenhaus über ein von seinem Beurteilungsspielraum gedecktes Konzept verfügt, in welchem Umfang eine Behandlungsreserve vorzuhalten ist. Ist hiernach in einem konkreten Fall eine Verlegung zulässig, ist es unerheblich, dass die subjektiven Motive des die Verlegung anordnenden Arztes andere waren.*

1.5.5 Kodierung von Prozeduren-Komponenten (Urteil vom 24.01.2024, Az. B 1 KR 6/22 R)

Sachverhalt: Bei einer Nasenscheidewandkorrektur wurde auch ein Stück Knochen entfernt (partielle Maxillektomie). Die Knochenentfernung war nicht Teil des OPS-Kodes, aber Teil des Gesamteingriffs und von Anfang an als Bestandteil der durchgeführten Operation geplant. Nach einem alten Urteil des BSG vom 18.09.2008 (Az. B 3 KR 15/07 R) *ist grundsätzlich zwischen den Prozedurenkomponenten als unselbstständigen Teilen einer Prozedur und der (selbstständigen) Prozedur an sich zu unterscheiden.*

Ein unselbstständiger Teil einer Prozedur lag nach Sichtweise des BSG dann vor, wenn diese Teilprozedur bzw. Komponente ohne Durchführung der Prozedur nicht stattgefunden hätte und von Anfang an als Bestandteil der Maßnahme vorgesehen war.

Entscheidung: *Bei der Maxillektomie handelte es sich um eine kodierfähige Prozedur. Im Zusammenhang mit einer Nasenscheidewandkorrektur und einer Verkleinerung der Nasenmuscheln ist sie als signifikante Prozedur gesondert zu verschlüsseln. Sie ist keine unselbstständige Prozedurenkomponente.*

Welche Behandlungsschritte Komponenten einer Prozedur sind, bestimmt sich nach den Regeln der ärztlichen Kunst für die Ausführung des jeweiligen, durch einen OPS-Kode konkret definierten Behandlungsverfahrens.

Soweit der 3. Senat zu der in den Jahren 2003 und 2004 geltenden Fassung der DKR für die Frage, ob nur ein unselbstständiger Prozedurenteil vorliegt, darauf abgestellt hat, ob eine Komponente „von Anfang an" als Bestandteil der Maßnahme vorgesehen war […], hält der erkennende Senat aus den vorgenannten Gründen für die hier maßgebliche Fassung der DKR daran nicht fest.

→ Bei der Beurteilung, ob es sich bei einem OPS um eine Prozedurenkomponente eines anderen OPS-Kodes handelt, ist auf die OPS-Kodes Bezug zu nehmen und nicht auf den Gesamteingriff und dessen Planung.

1.5.6 Bindungswirkung des Votums der Apherese-Kommission (Urteil vom 16.05.2024 Az. B 1 KR 40/22 R)

Sachverhalt: Krankenkasse setzt sich bei der Leistungsentscheidung über das positive Votum der Apherese-Kommission der Kassenärztlichen Vereinigung als sachverständiges Gremium (nach § 6

Anlage I Ziffer 1 der MVV-RL des G-BA) hinweg und lehnt den Antrag auf Kostenübernahme einer Lipoproteinapherese ab.

Entscheidung: Krankenkassen sind *bei ihrer Entscheidung über den Leistungsanspruch nicht schon an das positive Votum der Apherese-Kommission […] gebunden. Eine solche Beschränkung der Prüfungs- und Entscheidungsbefugnis ist zur Qualitätssicherung nicht notwendig. Sie ist ohne ausdrückliche gesetzliche Ermächtigung nicht eröffnet. Das Gesetz weist die Verantwortung für die Erfüllung der Leistungsansprüche der Versicherten vielmehr den KKn zu.*

Das Votum der Apherese-Kommission schränkt weder die Ermittlung und Bewertung des Sachverhaltes durch die KKn (§ 20 SGB X) und die Gerichte (§ 103 SGG) noch die freie Beweiswürdigung letzterer ein (§ 128 SGG). Mit diesen Vorschriften wäre es mangels gesetzlich geregelter oder in der Rechtsprechung anerkannter Ausnahmen […] nicht zu vereinbaren, wenn dem Votum der Apherese-Kommission bei der Tatsachenfeststellung ein höheres Gewicht als einem Gutachten des MDK beigemessen würde.

→ Betrifft im konkreten Fall eine ambulante Behandlung, unterstreicht jedoch das grundsätzliche Prinzip der eigenständigen Einzelfallentscheidung der Gerichte.
→ Gutachten des MD haben vor Gericht kein geringeres Gewicht als Empfehlungen der Fachgremien.
→ Entscheidungen von Fachgremien bieten keinen Schutz vor gegenteiligen Entscheidungen des MD oder der Gerichte.

1.6 Die große Krankenhausreform

Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG), das zum 12. Dezember 2024 in Kraft trat, soll die größte Reform der Krankenhausstruktur- und -finanzierung seit Einführung der DRGs beginnen. Unter anderem finden sich im Gesetz folgende Maßnahmen:

- Einführung bundesweit einheitlicher Leistungsgruppen und einheitlicher Qualitätsvoraussetzungen zur Strukturierung der Krankenhausplanung in den einzelnen Bundesländern
- Die Einführung von Mindestfallzahlen (Mindestvorhaltezahlen) für die Leistungsgruppen als Voraussetzung für den Erhalt einer Vorhaltefinanzierung und der Erlaubnis der Leistungserbringung in der Onkochirurgie
- Ausgliederung substanzieller Erlöse aus der DRG-Vergütung und Bildung von Bundesland- und Leistungsgruppenbezogenen „Vorhaltebudgets“
- Initial mengenabhängige, aber temporär von der zukünftigen Leistungsentwicklung entkoppelte Umverteilung der „Vorhaltebudgets“ über „Vorhaltepauschalen“ für Leistungsgruppen jeweils innerhalb der Bundesländer
- Einführung von/Umwandlung in sektorenübergreifende(n) Versorger(n) („Level-Ii-Krankenhäuser“)

1.6.1 Leistungsgruppen

Leistungsgruppen sollen das Kernelement des Instrumentenbaukastens der Krankenhausreform werden. Mit den Leistungsgruppen sollen einerseits die Krankenhausplanungen der einzelnen Bundesländer vereinheitlicht und andererseits die „Lizenz zur Abrechnung“ von zugeordneten Vorhalte- und DRG-Pauschalen vergeben werden. Die Höhe der Vergütungsbestandteile selbst (Vorhaltebudget und DRGs) soll aber nicht durch die neuen Leistungsgruppen bestimmt werden. So soll es keine einheitliche Vorhaltevergütung für die jeweiligen Leistungsgruppen geben.

Den Leistungsgruppen werden qualitative Mindestvoraussetzungen zugeordnet. Nur wenn ein Krankenhausstandort diese erfüllt, darf er zukünftig die der Leistungsgruppe unterfallenden Leistungen weiter erbringen. Neben Anforderungen an die Vorhaltung ärztlicher Qualifikation werden auch eine minimale Geräteausstattung sowie ggf. weitere Struktur- und Prozesskriterien gefordert.

Hinzu kommt, dass häufig Leistungen bestimmter Leistungsgruppen nur dann erbracht werden dürfen, wenn dem Krankenhausstandort auch noch weitere Leistungsgruppen krankenhausplanerisch zugeteilt wurden.

Bis zu einer Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit sollen Vorarbeiten der Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen (NRW) als Grundlage genutzt werden. Entsprechend ist neben einer allgemeinen internistischen auch eine nephrologische Leistungsgruppe *(Komplexe Nephrologie)* vorgesehen. Welche Fälle und damit Leistungen dieser nephrologischen Leistungsgruppe zugeordnet werden, war allerdings zum Zeitpunkt der Erstellung des Kodierleitfadens (Stand Dezember 2024) noch unklar. Festgelegt sind hingegen bereits die Qualitätskriterien, die erfüllt werden müssen. So müssen beispielsweise mindestens drei Vollzeitäquivalente mit der fachärztlichen Qualifikation *(Innere Medizin und Nephrologie)* am Standort beschäftigt sein und ein fachärztlicher Rufbereitschaftsdienst vorgehalten werden.

1.6.2 Vorhaltefinanzierung

Da zum Konzept der zukünftigen „Vorhaltefinanzierung" nach derzeitigem Planungsstand noch erhebliche Unsicherheiten bestehen, können zur Umsetzung noch keine abschließenden Aussagen getroffen werden. Wichtig ist jedoch, dass die geplante „Vorhaltefinanzierung" nicht dazu gedacht ist, die realen Vorhaltekosten zu erstatten, sondern lediglich ein weiteres Umverteilungsinstrument darstellen soll, das in stärkerem Maße unabhängig von Fallzahlentwicklungen wäre als die bisherige Budgetsystematik.

Die Höhe der „Vorhaltefinanzierung", die einem Krankenhausstandort zugewiesen werden soll, soll weiter von der historischen Leistungsmenge und der DRG-Mischung abhängen. Die Zuweisung der neuen Leistungsgruppen stellt lediglich die Voraussetzung zur Abrechnung und zum Anspruch auf die Vorhaltefinanzierung dar. Ein direkter Einfluss auf die Höhe der Vorhaltefinanzierung ist nicht vorgesehen. Hinzu kommt, dass nur fallzahlstarke Krankenhausstandorte, die die noch festzulegenden Mindestvorhaltezahlen im jeweils vorletzten Jahr überschritten haben, überhaupt in den Genuss der Vorhaltefinanzierung kommen sollen. Ziel ist die schnelle und umfassende Zentralisierung stationärer Leistungsangebote.

Bei der Ausgliederung des neu umzuverteilenden Volumens aus dem DRG-System sollen variable Sachkosten geschont werden. Auch das Pflegebudget soll unverändert bestimmt und ausgezahlt werden. Zusatzentgelte und unbewerteten Leistungen (d. h. auch die meisten tagesklinischen Leistungen) sollen nicht in das neue Vergütungssystem integriert werden.

Leistungserbringung und Kodierung gewinnen damit noch mehr Einfluss auf die Vergütungsart und Höhe. Mechanismen der Existenzsicherung, der Daseinsvorsorge, der Entökonomisierung, der Effizienzsteigerung und der Entbürokratisierung sind trotz Ankündigungen im Gesetz nicht oder kaum spürbar enthalten. Ob die Reform in der Breite zu Qualitätsverbesserungen führen kann, ist sehr fraglich. Auch das Problem der unzureichenden Investitionskostenrefinanzierung wird durch die Reform nicht angegangen.

2 Allgemeine Hinweise

Die Kodierung von Behandlungsfällen wird inzwischen in einer Vielzahl von Kontexten genutzt. Neben der Einzelfallabrechnung über das DRG-System spielt die Kodierung auch in der Budgetfindung, bei krankenhausinternen Verteilungen, der Abgrenzung zu sektorenübergreifenden Versorgungsformen („Hybrid-DRGs", AOP), der Krankenhausplanung über Leistungsgruppen, der Qualitätssicherung sowie weiteren Richtlinien des G-BA und der Umverteilung der Lasten innerhalb der GKV (u. a. Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds) eine Rolle. Zweifelhafte Kodierstrategien, die beispielsweise zu einer höheren Abrechnung in Einzelfällen führen, können an anderer Stelle schädliche Auswirkungen auf ein Krankenhaus oder eine Fachabteilung haben.

Meist ist es in strittigen Konstellationen perspektivisch nicht so wichtig, wie genau kodiert wird, solange alle nach den Regeln einheitlich kodieren. Pauschalierende Systeme können und wollen nicht alle Einzelfälle korrekt abbilden. Ein DRG-Gruppierungsergebnis und der DRG-Erlös müssen daher auch nicht den Kosten im Einzelfall entsprechen. Ein in Bezug auf die Behandlung im Einzelfall unangemessene Rechnungshöhe (zu hoch oder zu niedrig) stellt daher kein Systemversagen dar.

Die korrekte Kodierung kann im Einzelfall unter Kenntnis des resultierenden Rechnungsbetrags daher auch einmal unpassend erscheinen. Dennoch darf die Kodierung nicht an den Kosten/dem Rechnungsbetrag im Einzelfall ausgerichtet werden. Weder Krankenhaus noch Kostenträger dürfen sich den im Einzelfall passend erscheinenden Rechnungsbetrag „herbei kodieren". Da das DRG-System ein lernendes System sein soll, dürfen sogar systematische Fehlabbildungen nicht über eine selbständig vorgenommene Alternativkodierung umgangen werden. Zur Beseitigung von Fehlabbildungen bedarf es Daten, die diese auch offenbaren. Eine „Vermeidungskodierung" verhindert die Fehlerbehebung im G-DRG-System. Ansatzpunkt zur Behebung von Systemschwächen ist stets die G-DRG-Systemanpassung und nicht die Kodierung im Einzelfall. Die korrekte Kodierung ist der Instrumentenkasten, um das Vergütungssystem immer wieder in Richtung Sachgerechtigkeit weiterzuentwickeln.

Es ist daher wichtig, dass **vollständig**, **korrekt** und **spezifisch** kodiert wird. Hierbei soll der vorliegende Kodierleitfaden unterstützen. Dort, wo sich der Kodierleitfaden in strittigen Konstellationen zugunsten bestimmter Kodierungen positioniert, gaben die differenzierten und nach medizinisch-nephrologischen Gesichtspunkten naheliegendsten Kodierungen den Ausschlag. Eine hohe Kodierqualität ist nämlich nur dann zu erreichen, wenn sich die Kodierung nicht zu weit von der klinischen Perspektive entfernt.

Ein Kodierleitfaden muss sich zwangsläufig fokussieren. Kodierende werden sinnvollerweise zunehmend durch intelligente Software unterstützt, die in die Krankenhausinformationssysteme integriert wird. Für den vorliegenden Kodierleitfaden stehen die Grundprinzipien sowie häufige und aus klinischer Sicht nicht intuitiv beherrschbare Kodierungen im Vordergrund. Ebenso liegt ein Schwerpunkt auf besonders entgeltrelevanten und bei der Abrechnung häufig strittigen Kodierungen.

Das Fachgebiet der Nephrologie weist sehr viele Berührungspunkte mit anderen Fachdisziplinen auf. Die Kodierung der angrenzenden und kooperierenden Fachdisziplinen wurden nur dann in diesen Kodierleitfaden aufgenommen, wenn in der Nephrologie Tätige mit diesen Konstellationen tiefer in Kontakt kommen und ggf. selbst entsprechende Kodierungen vornehmen müssen bzw. an ihnen beteiligt werden.

Die im Kodierleitfaden aufgeführten Diagnosen- und Prozedurenlisten erheben daher in keiner Weise Anspruch auf Vollständigkeit. Der vorliegende Kodierleitfaden kann nicht die Kenntnis der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) und der Klassifikationssysteme ICD-10-GM und OPS ersetzen. In einigen Fällen wird das Nachschlagen in den ausführlichen Klassifikationssystemen nicht zu verhindern sein.

Insbesondere sind die in den Klassifikationssystemen angegebenen In- und Exklusiva sowie zunehmend bei OPS auch qualitative Mindestkriterien und/oder Berechnungsregeln zu beachten. Es ist daher unter Berücksichtigung des eigenen Fallkollektivs zu prüfen, ob der vorliegende eingeschränkte, fachgebietsbezogene Kodierleitfaden noch erweitert werden muss, um das Behandlungsspektrum innerhalb der Abteilung optimal abzubilden.

Wo möglich, wird im Kodierleitfaden versucht, die klinisch geläufige Terminologie und Klassifikationen mit den offiziellen Regelwerken und ihren Begrifflichkeiten in Einklang zu bringen. Allgemeingültige Kodierprinzipien sollen an Beispielen verdeutlicht werden. Zur Unterscheidung zwischen Originaltext und Interpretation wird der Originaltext in diesem Kodierleitfaden in der Regel mit *kursiver Schrift* kennzeichnet.

Da datentechnisch nur ICD- und OPS-Kodes übertragen werden, gehen zusätzlichen klinische Informationen, die bei der Kodierung vorlagen, bei der Übermittlung verloren. Für diejenigen, die die Verantwortung für die Kodierung übernehmen, ist es daher wichtig, auch den Originaltext, der einem Kode zugeordnet ist, zu kennen.

Auch wenn die DKR und Klassifikationssysteme in der Regel nur jährlich angepasst werden, können sich durch Entscheidungen des Schlichtungsausschusses Bund und/oder von Gerichten auch unterjährig neue und verbindliche Kodierregeln ergeben, die dann erst im Folgejahr in die offiziellen Regelwerke und diesen Kodierleitfaden aufgenommen werden können. Die Nutzung dieses Kodierleitfadens entbindet die Kodierenden nicht von der Verantwortung für die korrekte Verschlüsselung!

Dieser Kodierleitfaden gilt für teil- und vollstationäre Fälle. Die Kodierung ambulanter Fälle kann ggf. abweichend bzw. weniger streng geregelt sein.

Seit dem 1. April 2023 ist die zusätzliche Kodierung einer Orpha-Kennnummer bei Vorliegen einer seltenen Erkrankung (Orphan Disease) verpflichtend. Viele – auch nicht allzu seltene – sich nephrologisch manifestierende Krankheitsbilder sind den Orphan Diseases zuzuordnen (beispielsweise viele immunologische Krankheitsbilder).

Trotzdem verzichtet dieser Kodierleitfaden auf die Auflistung der Orpha-Kennnummern. Den Orpha-Kennnummern (2- bis 6-stellige Ziffernfolge) liegt keine Systematik zugrunde. Aus diesem Grund bedarf es einer digitalen Unterstützung bei der Kodierung. Besondere Kodierregeln oder -richtlinien für Orpha-Kennnummern existieren nicht.

3 Abrechnungssysteme

Über die Jahre sind die Abrechnungssysteme für Leistungen von Krankenhäusern immer komplexer geworden. Im Rahmen diese Kodierleitfadens können nur wenige grundlegende Prinzipien und Begrifflichkeiten erläutert werden.

3.1 Das G-DRG-System

Das G-DRG-System umfasst inzwischen weit mehr als das derzeit zur Einzelabrechnung eingesetzte aG-DRG-System. Auf DRG-Ebene bzw. unter der Nutzung der DRG-Definitionen werden beispielsweise auch Investitionsbewertungsrelationen, Pflegelast, Pflegebewertungsrelationen, pflegesensitive Bereiche und Pflegepersonaluntergrenzen sowie Erlösvolumina für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen berechnet und teilweise ausgewiesen.

Zukünftig sollen auch die Leistungsgruppenzuordnung auf dem G-DRG-System basieren und Vorhaltebewertungsrelationen auf DRG-Ebene berechnet werden. Zudem werden die Daten der G-DRG-Fallkostenkalkulation auch für weitere Abrechnungssysteme genutzt (z. B. Obduktionsvergütung, Länderanteile bei Schwangerschaftsabbrüchen). Auch nutzen viele Krankenhäuser Daten aus der G-DRG-Fallkostenkalkulation als Benchmark, um krankenhausintern Ressourcen zu steuern oder Kooperationsverträge zu gestalten.

Das G-DRG-System wird vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), einem Institut der Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung (DKG, GKV-SV und PKV) gepflegt und weiterentwickelt. Alle relevanten Dokumente finden sich kostenfrei auf der Webseite des InEK[1]. Ergebnisse der Kalkulation und Versorgungsdaten können auch hier eingesehen werden: https://datenbrowser.inek.org.

Das G-DRG-System ist ein Patientenklassifikationssystem, das Fälle klinisch definierten Gruppen mit ähnlichen Behandlungskosten zuteilt. Da initial das G-DRG-System fast ausschließlich zur Betriebskostenfinanzierung der Krankenhäuser eingesetzt wurde, wurde aus Gründen der Verteilungsgerechtigkeit bei begrenzter Zahl an Fallpauschalen die ökonomische Homogenität priorisiert. Vielfach ist damit der direkte Bezug zu einheitlichen klinischen Kollektiven verloren gegangen. Einerseits werden in den aktuellen G-DRG-Systemversionen somit medizinisch sehr unterschiedliche Fallkollektive zusammengefasst („kondensiert") und andererseits können medizinisch vergleichbare Fallkollektive über eine Vielzahl unterschiedlicher DRGs streuen. So verteilen sich beispielsweise die ca. 66.000 Fälle mit einer Hauptdiagnose aus *N17.- Akutes Nierenversagen* auf über 165 unterschiedliche DRGs.[2]

Jeder vollstationäre Krankenhausfall wird gemäß einem Algorithmus genau einer DRG zugeordnet. Diese Zuordnung ist immer eindeutig. Identisch dokumentierte Behandlungsfälle werden daher immer in die gleiche DRG gruppiert. Die Gruppierung erfolgt anhand spezifischer gruppierungsrelevanter Kriterien durch eine zertifizierte Gruppierungssoftware (Grouper). Für die Gruppierung können folgende Faktoren genutzt werden:

- Diagnosen (Hauptdiagnose, Nebendiagnose[n]) nach der ICD-10-GM
- Prozedur(en) und deren Durchführungsdatum nach dem OPS
- Alter, Geschlecht
- Verweildauer
- Aufnahmeart und -anlass, Entlassungsart
- Aufnahmegewicht bei Säuglingen
- Anzahl der Beatmungsstunden

Die wichtigsten Faktoren der Eingruppierung sind dabei Diagnosen und Prozeduren.

---

[1] https://www.g-drg.de/

[2] InEK DatenBrowser – Unterjährige Datenlieferung DRG Januar bis Dezember 2024; https://datenbrowser.inek.org/.

Für jeden Fall wird ein patientenbezogener Schweregrad (PCCL) berechnet, der ein Maß für die individuelle ökonomische Fallschwere darstellen soll. Der PCCL kann als Zuordnungskriterium zu einer DRG genutzt werden. Die Ermittlung resultiert anhand einer komplexen Formel aus einer Bewertung der einzelnen kodierten Nebendiagnosen.

Da der PCCL relativ unspezifisch Mehraufwand widerspiegelt und anfällig gegenüber Kodier-Einflüssen ist, dienen auch andere Kriterien, wie durchgeführte Prozeduren, spezielle Diagnosen oder speziell definierte Prozeduren-/Diagnosefunktionen der Schweregradermittlung.

Seit einigen Jahren erfolgen regelmäßig Anpassungen der Schweregradbewertung von Nebendiagnosen und der Formel zur Berechnung des PCCL. Durch die fast ausschließlich stattfindenden Abwertungen ist mit einem Rückgang der PCCL-Werte und – abhängig von der bisherigen Kodierung – auch mit der Abbildung von Fällen in niedriger bewerteten DRGs zu rechnen.

Kompensatorisch erfahren die betroffenen DRGs jedoch häufig auch eine relative Aufwertung, so dass keine generelle Aussage über die Auswirkungen auf die Erlöse in Summe für ein einzelnes Krankenhaus getroffen werden kann. Durch die Streichungen und Abwertungen von streitbefangenen Kodes ist auch ein Rückgang der Fallprüfungen der Kostenträger zu diesen Nebendiagnosen zu erhoffen. Eine an der Schweregradbewertung ausgerichtete strategische Kodierung ist wenig zielführend.

Eine Fallpauschalierung bedingt, dass der individuelle Leistungsrahmen für Behandlungsfälle, die in die gleiche DRG eingruppiert werden, variieren kann bzw. variieren wird. Eine korrekte Vergütung jedes Einzelfalles ist ausdrücklich nicht das Ziel von DRGs. Wichtig ist hingegen, dass durch die Spezialisierung auf Subgruppen innerhalb einer aG-DRG keine Selektion in Bezug auf den Aufwand erfolgt. Eine Vergütung über den Mittelwert wäre dann nicht mehr sachgerecht. Häufig tritt dieses Problem auf, wenn Fälle bei gleicher Diagnosekonstellation von unterschiedlichen Versorgungsstrukturen behandelt werden.

Beispielsweise erfolgt insbesondere bei chronischen Erkrankungen häufig die Behandlung von unterschiedlichen Erkrankungsstadien (Erstdiagnostik, Differentialdiagnostik, akute Interventionen, medikamentöse Einstellungen, Komplikationen, Komplexbehandlungen) in unterschiedlichen Strukturen. Eine differenzierte Abbildung im G-DRG-System erfordert stets auch eine differenzierte Dokumentation.

Das G-DRG-System weist noch Strukturmerkmale wie **Hauptdiagnosekategorien (MDCs)**, Partition und Basis-DRGs auf. Die MDC wird häufig durch die Hauptdiagnose bestimmt und durch den ersten Buchstaben des DRG-Kodes gekennzeichnet. Beispielsweise beginnen die G-DRGs der MDC 11 *Krankheiten und Störungen der Harnorgane* mit einem „L". Die MDC spielt bei den Regeln zur Fallzusammenführung eine Rolle. Jede G-DRG wird einer **Partition** (O: operativ, M: medizinisch oder A: andere) zugeordnet. Weder die Zuordnung der DRGs noch die Fälle selbst müssen klinisch mit den Partitionsbezeichnungen übereinstimmen. Die Partition spielt nur noch bei den Regeln zur Fallzusammenführung eine Rolle.

Als **Basis-DRG** wird bzw. werden eine oder mehrere G-DRGs bezeichnet, die (meist) eine einheitliche Grunddefinition besitzen und deren DRG-Kode mit den gleichen drei Zeichen beginnt. Existiert nur eine einzige G-DRG, so endet der DRG-Kode der G-DRG an vierter Stelle auf „Z". So können die G-DRGs L60A, L60B, L60C und L60D der Basis-DRG L60 *„Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag"* zugeordnet werden. Bei der G-DRG L71Z *„Niereninsuffizienz, ein Belegungstag mit Dialyse"* sind G-DRG und Basis-DRG (L71Z) in ihrer Definition identisch. Auch die Basis-DRG wird bei den Regeln zur Fallzusammenführung genutzt. Darüber hinaus spielt sie bei der Zuordnung von CCL-Werten zu (Neben-)Diagnosen zur Berechnung des PCCL eine Rolle.

3.1.1 Die aG-DRG-Fallpauschalen und das Pflegebudget

Das aG-DRG-System (German Diagnosis Related Groups, das „a" steht für „ausgegliederte" Pflegepersonalkosten) unterscheidet sich strukturell nicht von den G-DRGs. Lediglich für die Bewertungsrelationen wurden die Pflegepersonalkosten, die für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen, in Kreißsälen und der Dialyse entstehen, ausgegliedert und dafür eigene

Bewertungsrelationen gebildet. Die vom InEK veröffentlichten Kostenwerte („InEK-Matrix“) enthalten diese Pflegepersonalkosten nicht mehr.

Die Finanzierung der Pflege erfolgt über eigene, krankenhausindividuell zu verhandelnde Pflegebudgets. Über die Einzelfallabrechnung wird das Pflegebudget auf die unterschiedlichen Kostenträger verteilt. Hierzu werden die Pflegebewertungsrelationen des aG-DRG-Fallpauschalenkatalogs und – analog zu einem Basisfallwert – ein Pflegeentgeltwert genutzt. Das Pflegebudget selbst unterliegt dem Selbstkostendeckungsprinzip, so dass die tagesbezogenen Pflegeentgelte für Krankenhäuser lediglich die Funktion von Abschlagszahlungen besitzen.

Derzeit existieren Bestrebungen im Rahmen der geplanten Krankenhausstruktur- und -finanzierungsreform, sog. Vorhaltebudgets einzuführen. Die dafür vorgesehenen finanziellen Mittel sollen ebenfalls durch eine Ausgliederung aus den DRGs gespeist werden. Die verbleibende Fallpauschalierung würde dann über Residual-DRGs (rG-DRGs/rDRGs) erfolgen.

3.1.2 Von der aG-DRG zum Erlös

Der aG-DRG-Fallpauschalenkatalog enthält anders als der Zusatzentgeltkatalog (s. u.) für jede aDRG eine bundeseinheitliche Bewertungsrelation (Relativ-(Kosten-)gewicht oder Erlösäquivalent). Die Bewertungsrelationen des aG-DRG-Fallpauschalenkatalogs 2024 wurden anhand der Daten aus 210 Krankenhäusern aus dem Jahr 2022 kalkuliert. Ergänzend wurden erneut Daten aus dem „Vor-Corona-Jahr 2019“ genutzt, um Auswirkungen der Fallzahlveränderungen durch die COVID-19-Pandemie zu „dämpfen“.

Um den Erlös der aDRG zu ermittelt, muss die fallbezogene aDRG-**Bewertungsrelation** mit dem **Landesbasisfallwert** multipliziert werden. Das heißt, jedes Krankenhaus innerhalb eines Bundeslandes rechnet unabhängig von Versorgungsstufe und Spezialisierung das gleiche Geld für die gleiche (DRG-)Leistung ab. Die im Fallpauschalenkatalog angegebenen Bewertungsrelationen für die aDRGs gelten nur innerhalb definierter Verweildauergrenzen.

Die effektive aDRG-Bewertungsrelation ergibt sich erst unter der Berücksichtigung von **verweildauerbezogenen Zu- und Abschlägen**. Unterschreitet ein Behandlungsfall eine untere **Grenzverweildauer,** wird von der aDRG-Bewertungsrelation täglich ein bestimmter Wert abgezogen. Überschreitet ein Behandlungsfall eine obere Grenzverweildauer, wird der aDRG-Bewertungsrelation täglich ein bestimmter Betrag hinzuaddiert.

Bei zu- oder abverlegten Behandlungsfällen erfolgt bei Unterschreitung der mittleren Verweildauer ebenso ein Abschlag auf die aDRG-Bewertungsrelation. Ausnahmen gelten nur für besondere aDRGs und Behandlungskonstellationen. Als verlegt gelten Behandlungsfälle, die in ein anderes Krankenhaus, nicht aber z. B. in eine Rehabilitationseinrichtung oder einen anderen Standort des eigenen Krankenhauses verlegt wurden.

Dabei ist zu beachten, dass auch solche Behandlungsfälle als verlegt gelten, die zwar regulär entlassen, aber innerhalb von 24 Stunden wieder in ein anderes Krankenhaus aufgenommen werden.

Die **Pflegeerlös-Bewertungsrelation pro Tag** ist mit dem krankenhausindividuell zu vereinbarenden **Pflegeentgeltwert** und der Anzahl der Belegungstage zu multiplizieren, um im Einzelfall zum **Pflegeerlös** zu gelangen. Dieser stellt allerdings eine reine Abschlagszahlung auf das **Pflegebudget** dar.

Behandeln niedergelassene Vertragsärztinnen oder -ärzte im Krankenhaus, die nicht im Krankenhaus angestellt sind, spricht man von **belegärztlicher Versorgung**. Die belegärztlichen Leistungen werden aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung vergütet, die von den Belegärztinnen und -ärzten genutzte Infrastruktur des Krankenhauses wird über eigenständige Bewertungsrelationen des Fallpauschalenkatalogs vergütet.

Zukünftig könnten vermutlich noch **Vorhaltebewertungsrelationen** hinzukommen, die die Höhe der **Vorhaltepauschalen** und **-budgets** bestimmen.

3.1.3 Casemix und Casemix-Index (CMI)

Der **Casemix** spiegelt den gesamtökonomischen DRG-Aufwand/Erlös eines Krankenhauses/einer Fachabteilung wider. Seit 2020 enthält er nicht mehr den Aufwand/Erlös für die Pflegepersonalkosten am Bett. Ebenso sind Zusatzentgelterlöse und Erlöse nicht bundesweit bewerteter Leistungen (s. u.) häufig nicht eingerechnet, so dass nicht die gesamte Leistung abgebildet wird. Augenfällig ist das in nephrologischen Kliniken, weil die Dialyse überwiegend mit Zusatzentgelten zur Abrechnung kommt.

Der Casemix ist die Summe der effektiven Bewertungsrelationen aller Fälle (aDRGs), die innerhalb eines bestimmten Zeitraums in einer Klinik oder Abteilung behandelt wurden. Zwar leitet sich das DRG-Budget aus dem Casemix ab, dennoch sind beide nicht gleichzusetzen. Es existieren weitere wichtige und komplexe ordnungspolitische Rahmenbedingungen. Insbesondere Leistungsmengensteigerungen sind budgettechnisch häufig und über den sog. Fixkostendegressionsabschlag bislang sogar mehrjährig zu rabattieren.

Der Casemix (Summe aller einzelnen effektiven Bewertungsrelationen der aDRGs) geteilt durch die zugrundeliegende Fallzahl ergibt den **Casemix-Index (CMI)**. Der CMI ist ein Indikator für die durchschnittliche ökonomische Fallschwere (ohne Pflegepersonalkosten am Bett oder Zusatzentgelte). Über den CMI können Krankenhäuser oder Versorgungseinheiten miteinander verglichen werden. Für ein Krankenhaus mit einem höheren CMI ist im Mittel auch mit einem höheren Aufwand zu rechnen. Da jedoch der CMI allein noch keine Rückschlüsse über die Effizienz (Kosten-Erlös-Relation) zulässt, hat dieser Wert nur eine eingeschränkte Aussagekraft.

Vorsicht ist geboten, wenn DRG-Kennzahlen abteilungsbezogen ausgewiesen werden. Fälle werden häufig interdisziplinär versorgt und erhalten (konsiliarische) Leistungen von eigenständigen Fachdisziplinen (z. B. Radiologie, Mikrobiologie, Anästhesie etc.). Casemix und CMI spiegeln damit nie die Wertschöpfung einer einzelnen Fachabteilung wider. Auch kann die eigene Fachabteilung zur Wertschöpfung bei Fällen beigetragen haben, deren Casemix/CMI anderen Fachabteilungen zurückgemeldet werden. Der Vergleich von Casemix und CMI zwischen Fachabteilungen unterschiedlicher Krankenhäuser ist damit nur beschränkt aussagekräftig.

3.1.4 Unbewertete Leistungen im DRG-System

Bei wenigen, meist fallzahlschwachen DRGs wird aufgrund hoher Kosteninhomogenität und der Dominanz einzelner Hauptleistungserbringer keine bundeweite Kalkulation durchgeführt und somit keine Bewertungsrelation ausgewiesen.

Diese Leistungen müssen jährlich in Menge, Preis und Abrechnungsmodalität (Pauschale oder Tagessatz) individuell zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen vereinbart werden. Für die Nephrologie spielen unbewertete DRGs eine untergeordnete Rolle. Die teilstationäre DRG L90A *„Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter < 15 Jahre"* wurde 2024 bundesweit beispielsweise nur 109 mal abgerechnet. Bis zum Abschluss der Verhandlung wird in der Regel der Preis der vorherigen Vereinbarung abgerechnet. Dadurch entstehende Über-/Untervergütungen werden später ausgeglichen.

3.1.5 Zusatzentgelte

Neben dem DRG- und Pflegeerlös können auch ein oder mehrere Zusatzentgelte (ZE) abgerechnet werden. Die jährlich aktualisierten ZE-Kataloge sind Bestandteil des aG-DRG-Fallpauschalenkatalogs (Anlagen 2/5 und 4/6/7 der FPV).

Es werden über 230 ZE, zum Teil mit vielen Untergruppen (z. B. Dosisklassen bei Medikamenten) definiert. Einige ZE wurden mit einer bundesweiten Bewertung in Euro versehen, andere müssen analog zu den unbewerteten DRGs jährlich krankenhausindividuell bezüglich der Menge und Entgelthöhe verhandelt werden. Bis zum Abschluss der Verhandlung wird in der Regel der Preis der vorherigen Vereinbarung abgerechnet. Dadurch entstehende Über-/Untervergütungen werden später ausgeglichen.

Für die Nephrologie sind insbesondere ZE für Dialysen und andere extrakorporale Therapieverfahren (einschließlich Apheresen, Adsorption), Blutprodukte, Immuntherapeutika und weitere Medikamente relevant.

Die Abrechnung von ZE basiert meist auf der korrekten Verschlüsselung von OPS-Kodes. Bei mengen- oder zeitabhängigen ZE (z. B. Dialysen und andere extrakorporale Therapieverfahren, Medikamente, Blutprodukte) ist fallbezogen die Gesamtmenge/-zeit zu ermitteln und zu kodieren. ZE für Blutpräparate und Medikamente können häufig erst ab einer bestimmten Kumulativdosis abgerechnet werden, die oft nicht erreicht wird (z. B. bei Erythrozytenkonzentraten > 15 TE). Manche ZE und ZE-Dosisklassen können nur bei Kindern unterhalb definierter Altersgrenzen abgerechnet werden.

Vom Krankenhaus durchgeführte Dialysen können mit ZE für Dialyseverfahren abgerechnet werden, wenn das Dialyseverfahren nicht die „Hauptleistung" darstellt, operationalisiert über die aDRGs L60A-C *„Niereninsuffizienz …"*, L71Z *„Niereninsuffizienz, ein Belegungstag mit Dialyse"* oder L90A-C *„Niereninsuffizienz, teilstationär"*. Bei diesen DRGs ist das Dialyseentgelt in der DRG-Fallpauschale enthalten.

Bei den bundesweit bewerteten ZE für Dialysen und andere extrakorporale Therapieverfahren wird nicht zwischen der verwendeten Antikoagulation unterschieden.

Die Zusatzentgelte zu den einzelnen Dialyseverfahren finden sich im Kapitel „Dialyse, Plasmapherese, Adsorption und verwandte Verfahren". Ebenso wird dort auf die leistungsrechtliche Abrechenbarkeit bei interkurrenten Dialysen eingegangen, die nicht durch eine eigene Dialyseabteilung erbracht werden.

Bei der Abrechenbarkeit und Abrechnung von ZE für die Gabe von Gerinnungsfaktoren (ZE2024-97, ZE2024-137, ZE2024-138, ZE2024-139) ist es von Relevanz, ob diese bei Blutern, dauerhaft erworbenen oder temporären Blutgerinnungsstörungen gegeben werden.

Die ZE für erhöhten Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Personen ab Pflegegrad 3 existieren trotz Ausgliederung der Pflegepersonalkosten und niedriger Vergütungshöhe auch 2024 noch. Diese Zusatzentgelte ZE162 und ZE163 sind nur in Verbindung mit speziellen G-DRGs (Anlage 8 der FPV) und ab einer Mindestverweildauer von fünf Belegungstagen abrechenbar. Der bestehende Pflegegrad (ggf. auch Änderungen oder das Ergebnis beantragter Einstufungen) wird den Krankenhäusern von den Kostenträgern im Datenträgeraustausch angezeigt.

In eng begrenzten Ausnahmefällen und bei Erfüllung spezieller Vorgaben können Krankenhäuser auch besondere ZE nach § 6 Abs. 2a KHEntgG vereinbaren.

3.2 Tagesklinische bzw. teilstationäre Versorgung

Die **teilstationäre (tagesklinische) Versorgung** sollte ursprünglich auch über G-DRGs abgerechnet werden, konnte aber bislang bis auf wenige Ausnahmen nicht in das fallpauschalierende DRG-Entgeltsystem integriert werden. Wichtigste Ausnahme sind zwei DRGs für die „teilstationäre Behandlung der Niereninsuffizienz" und insbesondere teilstationäre Hämodialyse. Die Kodierung unterscheidet sich nicht von vollstationären Fällen.

Weitere 13 teilstationäre DRGs betreffen pädiatrische Diagnostik und Behandlungen sowie geriatrische Komplexbehandlungen der veränderten Nierenfunktion.

Ausschließlich für die Behandlung bei veränderter Nierenfunktion (aDRGs L90B und L90C) existieren bundesweit kalkulierte tagesbezogene Bewertungsrelationen.

Die Vergütung aller anderen teilstationären DRGs und der teilstationären Fälle, die keiner DRG zugeordnet werden, ist krankenhausindividuell zu verhandeln.

3.3 Tagesstationäre Behandlungen

2023 wurden zusätzlich **tagesstationäre Behandlungen** (§ 115e SGB V) eingeführt. Krankenhäuser sollen bei medizinisch geeigneten stationären Fällen mit Einwilligung der Behandelten anstelle einer vollstationären Behandlung eine tagesstationäre Behandlung mit einer täglich mindestens sechsstündigen ärztlichen oder pflegerischen Behandlung ohne Übernachtung im Krankenhaus erbringen dürfen.

Für jede nicht im Krankenhaus verbrachte Nacht soll ein Abschlag von 0,04 Bewertungsrelationen von der DRG-Vergütung in Abzug gebracht werden. Die Kodierung unterscheidet sich nicht von anderen stationären Fällen. Eine tagesstationäre Behandlung soll jedoch nur dann zulässig sein, wenn das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Insbesondere die Abgrenzung tagesstationärer Behandlung zur teilstationären Versorgung dürfte schwierig sein. Bislang spielt die tagestationäre Behandlung quantitativ kaum eine Rolle.

3.4 Vor- und nachstationäre Versorgung

Vor- und nachstationäre Aufenthalte können in der Regel nicht neben einer aG-DRG-Fallpauschale abgerechnet werden. Lediglich vorstationäre Fälle, auf die kein vollstationärer Aufenthalt folgt und nachstationäre Fälle, bei denen die Summe aller vor-, voll- und nachstationären Behandlungstage die obere Grenzverweildauer der zuvor abgerechneten aG-DRG übersteigt, können über eigene Pauschalen abgerechnet werden (§ 115a SGB V). Die Kodierung unterscheidet sich nicht von anderen stationären Fällen.

Diagnosen und Leistungen, die während nicht gesondert abrechenbaren vor- und nachstationären Aufenthalten gestellt bzw. erbracht werden, werden zur Gruppierung der aG-DRG mit herangezogen, die Behandlungstage gehen jedoch nicht mit in die Verweildauer des vollstationären Aufenthaltes ein. Wird im Rahmen einer Fallprüfung durch den MD festgestellt, dass eine vollstationäre Behandlung nicht erforderlich war, kann eine vorstationäre Behandlung abgerechnet werden, soweit keine andere Möglichkeit zur Abrechnung (z. B. ambulant) besteht (§ 8 Abs. 3 KHEntgG).

3.5 Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB)

Die DRG-Kalkulation muss zwangsläufig immer mit Daten aus den Vorjahren arbeiten. Meist wird eine DRG-Systemversion auf Grundlage zwei Jahre alter Kostendaten entwickelt. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) können damit erst nach frühestens zwei Jahren in ihrer Vergütung sachgerecht berechnet werden. Ursprünglich wurde das NUB-Verfahren (§ 6 Abs. 2 KHEntgG) etabliert, um diese Finanzierungslücke für Innovationen zu schließen. Nur Krankenhäuser, die rechtzeitig bis zum 31. Oktober des Vorjahres für eine NUB ein NUB-Entgelt beantragt haben, dürfen dieses nach einer positiven Bewertung des InEK mit den Kostenträgern vereinbaren. Für Medizinprodukte hoher Risikoklasse und ATMP gelten weitere Regelungen und Fristen. Nach wenigen Jahren sollten NUB eigentlich in die DRG- oder ZE-Systematik überführt werden. Einige NUB existieren jedoch bereit seit mehr als 10 Jahren.

Die aktuelle Aufstellung der Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB-Liste) findet sich auf der Seite des InEK[3].

3.6 Hybrid-DRGs

Die spezielle sektorengleiche Vergütung (§ 115f SGB V) oder so genannten Hybrid-DRGs sind unabhängig von einer stationären oder ambulanten Leistungserbringung einheitlich abzurechnen. Ob

[3] https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2025/neue-untersuchungs-und-behandlungsmethoden-nub/aufstellung-der-informationen-nach-6-abs.-2-khentgg-fuer-2025

eine Hybrid-DRG zur Abrechnung kommt, entscheidet der Grouper u. a. auch auf Grundlage der Verweildauer und dem Ausmaß/Vorliegen von ausgewählten Begleiterkrankheiten.

Die Vergütungshöhe liegt zwischen der bisherigen stationären und einer ambulanten Abrechnung. Hybrid-DRGs enden auf den Buchstaben „N" oder „M" (z. B. L20N oder L20M) und tangieren die nephrologische Versorgung bislang noch kaum. Die Kodierung unterscheidet sich nicht von stationären Fällen.

3.7 Ambulante Leistungen im Krankenhaus

Es existiert eine Vielzahl von ambulanten Abrechnungsarten, die auch in Krankenhäusern zum Tragen kommen können. Meist erfordert die ambulante Abrechnung zwar ebenso wie die stationäre Abrechnung eine Klassifizierung von Diagnosen und/oder Prozeduren nach der ICD-10-GM und/oder dem OPS, Kodierrichtlinien werden hingegen nicht eingesetzt.

Für viele Krankenhäuser ist das **ambulante Operieren (AOP)** nach § 115b SGB V wirtschaftlich am bedeutendsten. Leistungen, die sich in den jährlich aktualisierten AOP-Katalogen finden, dürfen Krankenhäuser ambulant abrechnen. Die Vergütung erfolgt nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab, wobei viele teure Sackosten (z. B. Arzneimittel, Implantate) gesondert in Rechnung gestellt werden können. Im Vergleich zu anderen Fachdisziplinen sind fachspezifisch nephrologische Prozeduren allerdings kaum in den AOP-Katalogen zu finden. Trotzdem können Patienten mit nephrologischen Problemen von AOP-Leistungen betroffen sein, z. B.

- *Anlegen eines arteriovenösen Shuntes* (OPS-Kodes aus 5-392)
- *Verschluss eines arteriovenösen Shuntes* (OPS-Kode 5-394.6)
- *Verschluss einer arteriovenösen Fistel* (OPS-Kode 5-399.1)
- *Implantation, Wechsel, Revision oder Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen* (z. B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie) (OPS-Kodes aus 5-399.5/.6/.7)
- *Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)* (OPS-Kode 1-694)
- *Diagnostische Katheteruntersuchungen an Herz und Kreislauf* (OPS-Kodes aus 1-27)
- *Arteriographien* (OPS-Kodes aus 3-60)
- *Gastrostomie: Perkutan-endoskopisch (PEG)* (OPS-Kodes aus 5-431.2)
- *Zystostomie: Perkutan* (OPS-Kode 5-572.1)
- *Fremdkörperentfernung durch Urethrozystoskopie* (OPS-Kode 8-100.b)
- *Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie [ESWL] von Steinen in den Harnorganen* (OPS-Kodes aus 8-110)
- *Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]* (OPS-Kodes aus 8-137)
- *(Perkutan-)transluminale Gefäßinterventionen* (OPS-Kodes aus 8-836)

Nierenpunktionen wurden bislang nicht in den AOP-Katalog aufgenommen.

Bei bestimmten Konstellationen ist selbstverständlich keine ambulante Leistungserbringung möglich oder medizinisch verantwortbar. Um die Prüfung zu vereinfachen, wurden so genannte Kontextfaktoren vereinbart, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung als ausreichend begründet gilt. Liegt kein Kontextfaktor vor, bedarf es bei einer stationären Durchführung einer fallindividuellen Begründung durch das Krankenhaus. So ist beispielsweise die akute Nierenfunktionseinschränkung ab Stadium 2 (ICD-Kodes N17.-2 oder N17.-3) ein Kontextfaktor, der eine stationäre Leistungserbringung begründet. Oft ist allerdings eine individuelle Begründung erforderlich, die den Krankenkassen im Datenträgeraustausch mit der Rechnung übermittelt werden muss.

3.8 Weitere Abrechnungsformen

Neben oder ergänzend zur DRG-Finanzierung existieren noch weitere Abrechnungsformen für stationär erbrachte Leistungen:

Bei privat oder stationär zusatzversicherten Patientinnen und Patienten bzw. so genannten Selbstzahlern können unter Umständen zusätzlich vereinbarte **Wahlleistungen** (Chefarztbehandlung,

Ein- oder Zweibettzuschlag) abgerechnet werden. Eine gesonderte Kodierung erfolgt nicht. Die anderen Abrechnungsarten (z. B. aDRG, ZE, Pflegeentgelte) unterscheiden sich nicht.

Werden Leistungen einer Einrichtung *insbesondere aus medizinischen Gründen, wegen einer Häufung von schwerkranken Patienten oder aus Gründen der Versorgungsstruktur mit den Entgeltkatalogen noch nicht sachgerecht vergütet,* können entsprechende Einrichtungen unter bestimmten Voraussetzungen als **Besondere Einrichtungen** (nach § 17b Abs. 1 Satz 10 i. V. m. der VBE) vom DRG-Vergütungssystem ausgenommen werden. Neben fall- oder tagesbezogenen Entgelten können in eng begrenzten Fällen auch Zusatzentgelte vereinbart werden. Die Kodierung unterscheidet sich nicht von anderen stationären Fällen. Besondere Einrichtungen spielen in der Nephrologie allerdings kaum eine Rolle. Häufig rechnen palliativmedizinische Einrichtungen als Besondere Einrichtung ab (Sonderrecht).

Ist aus medizinischen Gründen die **Mitaufnahme einer Begleitperson oder Pflegekraft** erforderlich und sind die Gründe ausreichend dokumentiert, so kann für Begleitpersonen und Pflegekräfte tagesbezogen eine zusätzliche Vergütung („Hotelleistung") abgerechnet werden. Eine Kodierung ist nicht erforderlich.

Stehen im unmittelbaren Anschluss an eine stationäre Behandlung trotz Bedarfs und eines geeigneten Entlassmanagements seitens des Krankenhauses keine medizinische Rehabilitation, häuslichen Krankenpflege, Kurzzeitpflege, oder andere Pflegeleistungen zur Verfügung, haben Patientinnen und Patienten einen Anspruch auf **Übergangspflege im Krankenhaus** der ursprünglichen Behandlung bis für längstens zehn Tage. *Das Vorliegen der Voraussetzungen einer Übergangspflege ist vom Krankenhaus im Einzelnen nachprüfbar zu dokumentieren* (§ 39e SGB V). Eine spezielle Kodierung über den OPS ist nicht erforderlich. Landesvertragliche Regelungen nach § 132m SGB V sind jedoch zu beachten.

Telekonsiliarärztliche Leistungen werden zwischen kooperierenden Krankenhäusern zeitbezogen nach dem von der DKG herausgegebenen Nebenkostentarif (DKG-NT) abgerechnet. Eine spezielle Kodierung über den OPS ist nicht erforderlich.

Krankenhäuser und Krankenkassen können zu Leistungen oder Leistungsbereichen, die der G-BA festgelegt hat, **Qualitätsverträge** (§ 110a SGB V) abschließen. Bislang wurden vom G-BA acht verschiedene Leistungen oder Leistungsbereiche bestimmt, wobei die Nephrologie nicht unmittelbar betroffen ist.

Ebenso können Verträge zu **Modellvorhaben** (§§ 63 ff. SGB V) oder **Besondere Versorgungsverträge** nach § 140a SGB V („integrierte/interdisziplinäre Versorgung") geschlossen werden, die auch stationäre Leistungen umfassen. In der Regel dürften die Vorgaben zur Kodierung hierdurch nicht tangiert werden.

Ergänzend existiert eine Vielzahl von **Zu- und Abschlägen** für besondere Zwecke. Hervorzuheben sind hier die **Zuschläge für die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten** (§ 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 KHEntgG i. V. m. § 136c Abs. 5 SGB V). Voraussetzung ist die Erfüllung der Vorgaben des G-BA und zusätzlich die explizite Ausweisung durch die Planungsbehörden der Bundesländer. Eine spezielle Kodierung über den OPS ist für die Abrechnung der Zuschläge nicht erforderlich.

Nephrologische Zentren werden vom G-BA nicht mehr definiert. Die Bundesländer können zwar auch noch weitere Zentren ausweisen, diese qualifizieren sich aber nicht für gesonderte Zuschläge. Derzeit können die Bundesländer nach den G-BA-Regelungen unter anderem Zentren für seltene Erkrankungen, onkologische Zentren, rheumatologische Zentren und Zentren für Intensivmedizin ausweisen, an denen die Nephrologie maßgeblich beteiligt sein kann.

3.9 Nephrologische Aspekte in den Abrechnungssystemen

Die Nephrologie ist an der Behandlung eines sehr großen Spektrums an Krankheiten beteiligt. Werden Fälle betrachtet, die von einer Fachabteilung mit einem Fachabteilungsschlüssel der Nephrologie[4] (mit)behandelt wurden, so streuen diese Fälle bereits über 208 unterschiedliche DRGs, auch wenn nur solche DRGs mit mehr als 100 Fällen betrachtet werden.

Als Hauptdiagnosen stehen mit über 17 % akute Nierenfunktionseinschränkung/akutes Nierenversagen (ICD N17) oder chronische Nierenkrankheiten (ICD N18) im Vordergrund. Aber auch Infektionen, Herzinsuffizienz und Elektrolytstörungen/Volumenmangel sind quantitativ wichtige Hauptdiagnosen. Über 35 % der Fälle haben ein Dialyseverfahren erhalten. Werden nur vollstationäre Fälle betrachtet, ist die Streuung der DRGs, Hauptdiagnosen und Prozeduren noch größer. Von den teilstationären Fällen (78 % DRG L90C) haben über 90 % ein Dialyseverfahren erhalten.

Hautdiagnosen	ICD	Häufig getroffene DRGs	
Akute Nierenfunktionseinschränkung/Akutes Nierenversagen, chronische Nierenkrankheiten	N17.- N18.-	L60A-D	„Niereninsuffizienz“, mehr als ein Belegungstag
		L70B	Krankheiten und Störungen der Harnorgane, ein Belegungstag, Alter > 5 Jahre
		L71Z	„Niereninsuffizienz“, ein Belegungstag mit Dialyse
mit Implantation AV-Shunt/ Katheterverweilsystem		L09A-E	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane
Harnwegsinfektion/Zystitis	N39.0 N30.-	L63A-E	Infektionen der Harnorgane
Elektrolytstörungen/Volumenmangel	E86, E87.- E83.-	K62A-C	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen
Herzinsuffizienz	I50.-	F62A-D	Herzinsuffizienz und Schock
Hypertonie	I10-I15	F67A-C	Hypertonie
Funktionsstörung, Versagen und Abstoßung eines Nierentransplantates	T86.1-	A60A-D	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates
Systemkrankheiten des Bindegewebes	M30-M36	I66A-H	Andere Erkrankungen des Bindegewebes

Die in der Tabelle aufgeführten Hauptdiagnosen stehen allerdings gerade einmal für ein Drittel der Fälle, die in der Nephrologie behandelt werden. Durch die nephrologische Mitbehandlung bei einem großen Spektrum anderer Erkrankungen besteht nicht selten eine Selektion auf komplexere und länger im Krankenhaus verweilende Fälle. Häufig wird die Nephrologie auch aufgrund der Komplikationen (z. B. akute Nierenschädigung) mit in die Behandlung eingebunden. Der nephrologische Behandlungsbedarf wird dann nicht durch die Haupt-, sondern die Nebendiagnosen und ggf. Prozeduren für Dialysen und andere extrakorporale Therapieverfahren bestimmt.

[4] Fachabteilungsschlüssel nach § 301 SGB V: 0104 oder beginnend mit 04; Analyse nach dem InEK-Daten-Browser, Datenlieferung DRG 2023 gruppiert nach 2024: https://datenbrowser.inek.org

Akute Nierenfunktionseinschränkung (ICD N17.-) und chronische Nierenkrankheiten (ICD N18.-) sind daher auch für viele DRGs mit einem CCL-Wert versehen und gehen in die Berechnung des PCCL mit ein. Dialyseverfahren werden darüber hinaus über Zusatzentgelte abgerechnet (außer sie sind Hauptleistung und werden mit der Abrechnung der DRGs L60A-C, L71Z bzw. der teilstationären DRGs L90B und L90C abgegolten).

Die Abrechnung ambulanter Leistungen während eines stationären Aufenthaltes ist in der Regel nicht möglich. Allerdings kann *eine Dialyse, wenn hierdurch eine entsprechende Behandlung fortgeführt wird, das Krankenhaus keine eigene Dialyseeinrichtung hat und ein Zusammenhang mit dem Grund der Krankenhausbehandlung nicht besteht* (§ 2 Abs. 2 Satz 3 Nr. 1 KHEntgG), ambulant parallel zu einer stationären Versorgung abgerechnet werden (s. Kapitel Abrechnung der Dialyse).

3.10 Transplantationsmedizin

Die Nephrologie spielt eine bedeutende Rolle in der Transplantationsmedizin. Stationäre Leistungen wie die Transplantation selbst, die Organentnahme bei Lebendspendern, die notwendigen stationären Vor- und Nachuntersuchungen sowie Komplikationen werden über das DRG-Abrechnungssystem vergütet. Die Abrechnungsbestimmungen (FPV/KFPV) geben dabei vor, gegenüber welchem Kostenträger abzurechnen ist.

Ambulante, vor-/nachstationäre Vor-/Nachuntersuchungen, postmortale Entnahmen, Leistungen der Koordinierungs- und Vermittlungsstellen sowie Gutachtenerstellungen der Kommission nach § 8 Abs. 3 Satz 2 TPG vor einer möglichen Lebendspende unterliegen hingegen besonderen Abrechnungsregeln (§ 4 FPV/KFPV). Die stationäre Entlassung erfolgt stets zum Todesszeitpunkt, sodass postmortale Leistungen nicht für die DRG-Abrechnung kodiert werden dürfen (Ausnahme: klinische Obduktionen bzw. Obduktionen zur Qualitätssicherung mit dem OPS-Kode 9-990).

3.11 Weitere Abrechnungsbestimmungen im DRG-System

Die Abrechnungsbestimmungen werden im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben von den gemeinsamen Partnern der Selbstverwaltung (DKG, GKV-SV, PKV) jährlich zusammen mit den Entgeltkatalogen vereinbart (Fallpauschalenvereinbarung – FPV). Kann keine Vereinbarung erzielt werden, wird die Vereinbarung durch eine Ersatzvornahme des BMG ersetzt (Krankenhausfallpauschalenverordnung – KFPV). Die Abrechnungsbestimmungen (FPV/KFPV) finden sich zusammen mit weiteren Klarstellungen und Hinweisen auf der Webseite des InEK[5].

3.11.1 Behandlungs-/Abrechnungsfall vs. Patientin/Patient

Das G-DRG-System ist ein fallpauschalierendes System. Abrechnungsgrundlage ist daher stets ein Behandlungsfall. Für diesen wird bislang die Kodierung vorgenommen und eine Hauptdiagnose festgelegt. Auch mengenabhängige OPS beziehen sich auf einen Abrechnungs- bzw. Behandlungsfall.

Ein Abrechnungsfall kann während seines Krankenhausaufenthaltes an mehreren unterschiedlichen Standorten eines Krankenhauses behandelt worden sein. Da zukünftig die Kodierung auch über die Eingruppierung in Leistungsgruppen zur Krankenhausplanung und Vorhaltefinanzierung entscheiden soll, ist diese inzwischen auch einzelnen Krankenhausstandorten zuzuordnen.

Die Fallzählung teilstationärer Behandlungen unterliegt besonderen Regeln. In der teilstationären Versorgung kann der **Abrechnungsfall** vom **Behandlungsfall** abweichen. Jede teilstationäre DRG wird als eigener **Abrechnungsfall** kodiert und abgerechnet. Als teilstationärer **Behandlungsfall** wird hingegen jeder Patient bzw. jede Patientin, der/die wegen derselben Erkrankung regelmäßig oder mehrfach behandelt wird, als nur ein Fall je Quartal gezählt.

[5] https://www.g-drg.de

Aus medizinischer Sicht kann also ein „Fall“ von der Abrechnungsperspektive deutlich abweichen. Insbesondere bei chronischen Krankheiten, repetitiver bzw. mehrzeitiger Therapie (z. B. Chemotherapie) oder einer Trennung von Diagnostik und Therapie kann sich die Behandlung eines medizinischen Falles über mehre Abrechnungsfälle erstrecken. In gewissen Konstellationen sind zunächst einzeln abgerechnete Fälle jedoch abrechnungstechnisch zusammenzulegen (s. u.). Dies muss nach den Abrechnungsbestimmungen auch dann erfolgen, wenn kein medizinischer Zusammenhang zwischen den Einzelfällen besteht.

3.11.2 Fallzusammenführungen

Unter folgenden Bedingungen müssen zwei oder mehrere Fälle zusammengefasst (Diagnosen, Prozeduren und Verweildauer) und mit nur einer Fallpauschale abgerechnet werden:

1. ein Patient/eine Patientin wird innerhalb der oberen Grenzverweildauer der für den ersten Aufenthalt abgerechneten G-DRG wieder in das gleiche Krankenhaus aufgenommen und beide Behandlungsfälle werden in die gleiche Basis-DRG eingruppiert.

2. ein Patient/eine Patientin wird innerhalb von 30 Kalendertagen ab Aufnahmedatum des ersten Aufenthaltes wieder in das gleiche Krankenhaus aufgenommen und der erste Fall wird in eine G-DRG der Medizinischen oder Anderen Partition und der zweite Fall in eine G-DRG der Chirurgischen Partition derselben MDC gruppiert.

3. ein Patient/eine Patientin wird innerhalb der oberen Grenzverweildauer der für den ersten Aufenthalt abgerechneten G-DRG „wegen einer in den Verantwortungsbereich des Krankenhauses fallenden Komplikation im Zusammenhang mit der durchgeführten Leistung“ wieder in das gleiche Krankenhaus aufgenommen. Eine Zusammenfassung wird prinzipiell nicht „bei unvermeidbaren Nebenwirkungen von Chemotherapien und Strahlentherapien im Rahmen onkologischer Behandlungen“ vorgenommen.

4. ein Patient/eine Patientin wird innerhalb von 30 Kalendertagen ab Entlassungsdatum des ersten Aufenthaltes wieder in das gleiche Krankenhaus zurückverlegt und wurde in der Zwischenzeit ununterbrochen stationär in anderen Krankenhäusern behandelt.

5. ein Patient/eine Patientin wurde nur beurlaubt, d. h. *mit Zustimmung des behandelnden Krankenhausarztes die Krankenhausbehandlung zeitlich befristet* unterbrochen, ohne dass die stationäre Behandlung abgeschlossen war. Auch von dieser Form der Fallzusammenführung sind onkologische Behandlungszyklen ausgenommen.

Von den ersten beiden Regelungen zur Fallzusammenlegung bei Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus sind wiederum einige explizit gekennzeichnete G-DRGs ausgenommen. Für die Nephrologie sind das u. a. G-DRGs wie L60A-D, L71Z, viele onkologische/strahlentherapeutische DRGs, transplantationsmedizinische DRGs (z. B. bei Nierentransplantatversagen) und intensivmedizinische DRGs.

Aufgrund der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems haben die DRG-Konstrukte „Basis-DRG“ und „Partition“ zunehmend ihre inhaltliche Bedeutung verloren. Die beiden erstgenannten Fallzusammenführungsregeln laufen somit gelegentlich ins Leere. Kostenträger fordern daher nicht selten, inhaltlich zusammenhängende Fälle über die Beurlaubungsregelung in den Abrechnungsregeln (§ 1 Abs. 7 FPV) abrechnungstechnisch zusammenzulegen.

Über die Regelungen der Abrechnungsregeln hinausgehende Fallzusammenlegungen aufgrund *„fiktivem wirtschaftlichen Alternativverhaltens“* (im Sinne der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts) sind aber nach einer Gesetzesänderung (§ 8 Absatz 5 Satz 3 KHEntgG) seit 2019 nicht mehr zulässig.

Es existieren sehr komplexe kombinierte Fallzusammenlegungen. Die genauen Beschreibungen können auf der Webseite des InEK heruntergeladen werden (Anlage 1 zu den Klarstellungen zur FPV und *ergänzende Klarstellung der Leitsätze „Leitsätze zur Anwendung der Wiederaufnahmeregelung nach § 2 KFPV 2004“ zur Fallzusammenführung bei mehr als zwei Aufenthalten*).

Bei der Zusammenlegung zunächst unabhängig kodierter Einzelfälle ist zu beachten, dass OPS, die sich auf Mengenangaben beziehen (z. B. Medikamente oder Dialysen und andere extrakorporale Therapieverfahren), für den resultierenden Gesamtfall anzupassen sind.[6]

3.11.3 Verlegungen

Als **Verlegungsfälle** gelten nur Fälle mit Verlegung zwischen Krankenhäusern oder zwischen unterschiedlichen Entgeltbereichen (Psychiatrie/Besondere Einrichtung) desselben Krankenhauses. Verlegungen in/aus Rehakliniken, Pflegeeirichtungen oder Hospize gelten nicht als Verlegungen, ebenso wenig wie Verlegungen zwischen Fachabteilungen oder Standorten desselben Krankenhauses. Als verlegt gelten auch solche Behandlungsfälle, die zwar regulär entlassen, aber innerhalb von 24 Stunden wieder in ein anderes Krankenhaus aufgenommen werden. Auch rückverlegte Fälle gelten als Verlegungsfälle. Verbringungen (s. u.) führen hingegen nicht zu Verlegungen.

Erreicht die Behandlungsdauer eines verlegten DRG-Falles nicht die kaufmännisch gerundete mittlere Verweildauer der DRG im Fallpauschalenkatalog, so sind für jeden Tag der Unterschreitung Abschläge vorzunehmen. Von dieser Reglung sind insbesondere intensivmedizinische DRGs ausgenommen. Allerdings sind ggf. alternativ Abschläge wegen Unterschreitung der uGVD vorzunehmen. Dauert der Aufenthalt im wegverlegenden Krankenhaus weniger als 24 Stunden, so sind beim aufnehmenden Krankenhaus keine Verlegungsabschläge vorzunehmen, solange der Fall nicht wieder wegverlegt wird.

Ebenso sind weder beim wegverlegenden Krankenhaus noch beim aufnehmenden Krankenhaus Verlegungsabschläge vorzunehmen, wenn die Verlegung invasiv beatmeter Fälle auf eine spezialisierte Beatmungsentwöhnungseinheit eines Krankenhauses erfolgt, das die Strukturprüfung für die OPS-Kodes für eine *Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter Beatmungsentwöhnungs-Einheit* (OPS 8-718.8 oder 8-7178.9) bestanden hat.

Verlegungen können einen Einfluss auf die Klassifizierung und Kodierung von Verdachtsdiagnosen haben (s. Kapitel 4.4.6).

Von einer Verlegung ist eine so genannte **Verbringung** abzugrenzen. Bei einer Verbringung werden einzelne Behandlungsleistungen im Auftrag eines anderen Krankenhauses erbracht. Die Gesamtverantwortung für die Behandlung verbleibt beim beauftragenden Krankenhaus, das auch die Kodierung zur Abrechnung gegenüber dem Kostenträger übernehmen muss. Ggf. fordern jedoch individuelle vertragliche Regelungen zwischen kooperierenden Krankenhäusern eine Beteiligung an der Kodierung.

[6] https://www.g-drg.de/content/download/6066/file/BMGS_Leitsaetze_WA.pdf

4 Allgemeine Kodierung

Damit die Behandlungsfälle der richtigen G-DRG zugeordnet werden können, müssen sie vollständig, spezifisch und regelkonform kodiert sein. Nach Übermittlung der Abrechnung an die Krankenkasse ist eine Korrektur dieser Abrechnung durch das Krankenhaus bis auf wenige Ausnahmen ausgeschlossen, sodass die Kodierung für die Abrechnung zum Zeitpunkt der Rechnungsstellung korrekt sein muss.

Für die Zuordnung werden die nach der ICD-10-GM kodierten Diagnosen sowie die nach der deutschen Prozedurenklassifikation OPS kodierten Leistungen herangezogen. Die Klassifikationssysteme werden vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), einem Geschäftsbereich des BMG gepflegt und jährlich herausgegeben. Sie können online eingesehen oder kostenlos heruntergeladen werden[7]. Dort finden sich auch Hinweise zu Kodierfragen. Darüber hinaus kann das BfArM bei Auslegungsfragen zur ICD-10-GM und dem OPS rückwirkend *„Klarstellungen und Änderungen mit Wirkung auch für die Vergangenheit vornehmen, soweit diese nicht zu erweiterten Anforderungen an die Verschlüsselung erbrachter Leistungen führen“* (§ 301 Abs. 2 Satz 6 SGB V).

Bei der Kodierung ist stets zu berücksichtigen, dass es sich um eine Dokumentation zu vielfältigen Zwecken handelt, die sich aber deutlich von der medizinischen Dokumentation unterscheiden kann. Probleme treten beispielsweise bei der Überführung medizinischer Begriffe in die Kodes der Klassifikationssysteme ICD-10-GM und OPS auf. Nicht selten liegen dem aktuellen medizinischen Sprachgebrauch und den Klassifikationen unterschiedliche Systematiken zu Grunde.

In Bezug auf die ICD-10-GM ist das BfArM in der Regel versucht, Abweichungen zur ICD-10-WHO gering zu halten, so dass es sehr lange dauern kann, bis sich die aktuelle medizinische Terminologie in der ICD-10-GM durchsetzt.

Ein Umstieg auf die inzwischen gültige ICD-11 wird sehr herausfordernd, ein konkreter Zeitpunkt ist noch nicht vorgesehen.

Die Klassifikationssysteme werden auch für andere Zwecke und im ambulanten Bereich genutzt. Zunehmend werden mit den OPS-Kodes auch weitere Ziele verfolgt, so dass neben einer reinen Leistungsbeschreibung eigentlich wesensfremd auch weitere Voraussetzungen zur Klassifizierung (Strukturmerkmale, Mindestmerkmale und Indikationen) in den OPS aufgenommen wurden.

Bei der Kodierung ist zwischen der korrekten **Klassifizierung** („Welcher Kode ist der passende zur Beschreibung eines medizinischen Zustands bzw. einer medizinischen Leistung?“) und der **regelkonformen Kodierung** („Darf der passende Kode in diesem Fall zur Abrechnung auch angegeben werden bzw. welcher Kode ist an der Position der Hauptdiagnose zu kodieren?“) zu unterscheiden.

Die regelkonforme Kodierung soll durch die Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) sichergestellt werden. Die DKR werden durch die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung (DKG, GKV-SV und PKV) gepflegt und jährlich herausgegeben. Sie gelten ausschließlich für die Abrechnung stationärer Fälle. Die DKR enthalten auch Hinweise zur Klassifizierung (z. B. Diabetes mellitus), die mitunter von den Regelungen der Klassifikationssysteme ICD-10-GM und OPS abweichen. In diesem Fall haben die DKR Vorrang vor den Regelungen der ICD-10-GM. Die DKR können auf der Webseite des InEK[8] kostenlos heruntergeladen werden.

Neben den offiziellen Dokumenten haben auch unterschiedliche Akteure Auslegungen der Regelwerke veröffentlicht:

- Kommentierung Deutsche Kodierrichtlinien, Schlottman N. (Hrsg.), Kohlhammer Verlag (Nicole Schlottmann ist Geschäftsführerin im Dezernat Medizin der DKG)
- Deutsche Kodierrichtlinien mit MD-Kommentar, KU-Sonderheft (Kommentierung meist durch Mitarbeitende des MD in Baden-Württemberg)

---

[7] https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/_node.html

[8] https://www.g-drg.de

- Kodierempfehlungen der Sozialmedizinische Expertengruppe 4 (SEG) des MD, kontinuierlich erweiterte Sammlung, online oder kostenloser Download[9]
- Kommentierung der Kodierempfehlungen der SEG 4 und eigene Kodierempfehlungen des Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung (FoKA) der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling, online[10]
- Kodierleitfäden unterschiedlicher Fachgesellschaften oder anderer Akteure (z. B. Hersteller von Medizinprodukten)

Die oben genannten Kodierempfehlungen und -interpretationen der DKR widersprechen sich teilweise. Nach Einführung der DRG-Vergütung wurden daher zunehmend Fragen der korrekten Klassifizierung und Kodierung durch die Gerichte entschieden. Da es sich regelhaft um Einzelfallentscheidungen handelt, ist selten ein nachvollziehbares und an Praktikabilität ausgerichtetes Kodierprinzip zu erkennen.

Seit 2020 existiert daher zusätzlich noch der *Schlichtungsausschuss auf Bundesebene* (nach § 19 KHG), der verbindlich Kodier- und Abrechnungsfragen (allerdings nur solche von grundsätzlicher Bedeutung) klären soll. Die Geschäftsstelle wird von InEK geführt. Neben den Partnern der gemeinsamen Selbstverwaltung sind auch einzelne Krankenhäuser, Krankenkassen, der MD, *mit Kodierung von Krankenhausleistungen befasste Fachgesellschaften* und das BMG sowie der unparteiische Vorsitzende antragsberechtigt.

Für jeden Antrag zu Kodier- und Abrechnungsfragen fällt eine Gebühr in Höhe von 1.000 Euro an. Der Schlichtungsausschuss hat innerhalb von acht Wochen nach Anrufung eine Entscheidung zu treffen. Die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses sind mit einer schriftlichen Begründung zu versehen, aus der sich der zugrundeliegende Sachverhalt und die wesentlichen Entscheidungsgründe ergeben.

Die Entscheidungen gelten als *Kodierregeln* und sind nach Veröffentlichung bereits für alle Fälle, die sich noch im Prüfverfahren befinden, verbindlich. Bisherige Entscheidungen, auch zu den Dissensen zwischen der SEG 4 und dem FoKA finden sich auf der Webseite des InEK zum kostenlosen Download[11].

4.1 Klassifizierung nach der ICD-10-GM und dem OPS

ICD-10-Kodes sind alphanumerische Schlüssel mit drei bis fünf Stellen. Im stationären Bereich müssen immer alle Stellen angegeben werden (Nutzung der endständigen Kodes). OPS-Kodes sind alphanumerische Schlüssel mit vier bis sechs Stellen.

Neben den offiziellen Bezeichnungen in den systematischen Verzeichnissen finden sich in der ICD-10-GM und im OPS auch viele Synonyme. In den alphabetischen Verzeichnissen kann für einen klinisch gebräuchlicheren Begriff der passende Kode gesucht werden. Auch softwarebasierte Kodierhilfen, die meist in das KIS integriert sind, bieten vielfach an, Synonyme anstatt der Originaltexte zu verwenden. Es ist jedoch zu beachten, dass für die Kodierung die systematischen Verzeichnisse der ICD-10-GM und des OPS maßgeblich sind (s. auch DKR D014d). Letztlich wird für die Abrechnung nur der Kode und nicht der individuell ausgewählte Text übertragen.

In den Klassifikationssystemen finden sich Hinweise sowie In- und Exklusiva. Sofern diese keinen Kodierrichtlinien widersprechen, sind sie bei der Kodierung zu berücksichtigen.

Inklusiva kennzeichnen Eigennamen (Synonyme) und Sonderformen, als Beispiele, die mit dem angegebenen Kode zu verschlüsseln sind.

---

[9] https://www.medizinischerdienst.de/leistungserbringer/kodierempfehlungen

[10] https://foka.medizincontroller.de/index.php/Hauptseite

[11] https://www.g-drg.de/schlichtungsausschuss-nach-19-khg

Beispiel: Den Kodes aus N17.- Akutes Nierenversagen werden in der ICD-10-GM über ein Inklusivum auch folgende Krankheitszustände zugeordnet:

- Acute Kidney Injury [AKI]
- Akute „Niereninsuffizienz“
- Akute „Nierenschädigung“
- Akutes prärenales Nierenversagen

Inklusiva helfen auch, die inhaltliche Grenze zwischen den einzelnen Subkategorien besser zu verstehen. Die Liste der als Inklusiva aufgeführten Bezeichnungen ist dabei keineswegs erschöpfend. Wird eine gesuchte Bezeichnung nicht aufgeführt, kann daraus nicht zwangsläufig geschlossen werden, dass die Diagnose oder Prozedur auch nicht unter dieser Kategorie zu klassifizieren wäre.

Exklusiva dienen primär zur Abgrenzung unterschiedlicher Kategorien und geben an, welche Bezeichnungen unter einer anderen Kategorie zu klassifizieren sind[12]. Daraus muss sich nicht zwangsläufig ein „entweder oder“ ergeben. Geben die Kodes beispielsweise unterschiedliche Krankheitszustände an, die parallel vorliegen und diagnostisch voneinander abgrenzbar sind, kann durchaus auch ein „sowohl als auch“ für die Kodierung resultieren.

Hinweise beschreiben genauer, wann ein Kode verwendet werden darf oder soll (z. B. Mindestanforderungen, Strukturkriterien, Zeitangaben). Ebenso enthalten sie Anmerkungen zur gesonderten Kodierung von Teilkomponenten oder ergänzende Angaben. Hinweise finden sich insbesondere im OPS bei der Definition von Komplexziffern.

4.2 Unspezifische Klassifizierung über Resteklassen

Sofern eine DKR (z. B. 0401h Diabetes mellitus) nichts Gegenteiliges fordert, ist stets so spezifisch wie möglich zu klassifizieren.

Die **Resteklasse „sonstige“** (in der ICD-10-GM häufig mit „.8“ und im OPS meist mit „.x“ gekennzeichnet) ist dann zu verwenden, wenn der genaue Krankheitszustand oder die genaue Prozedur bekannt ist, aber nach den Klassifizierungskriterien der Klassifikationssysteme unter der Kategorie/Klasse kein spezifischerer Schlüssel gefunden wurde. In diesem Fall ist trotz besserer Kenntnis kein spezifischerer Schlüssel kodierbar.

Die **Resteklasse „nicht näher bezeichnet“** (in der ICD-10-GM häufig mit „.9“ und im OPS meist mit „.y“ gekennzeichnet) ist dann zu verwenden, wenn die nötigen Informationen fehlen, um den Krankheitszustand anhand der vorgegebenen den Klassifizierungskriterien der Klassifikationssysteme genauer beschreiben zu können. In diesem Fall ist aufgrund fehlender Kenntnis kein spezifischerer Schlüssel kodierbar.

Die akute Nierenfunktionsstörung wird beispielsweise in der ICD-10-GM nach der Histologie weiter differenziert. Wird daher bei einer akuter Nierenfunktionsstörung ein histopathologischer Befund erhoben, der zu keiner der unter N17.0-, N17.1- oder N17.2- vorgegebenen Spezifikationen (mit Tubulus-, Rinden- oder Marknekrose) passt, wäre ein Kode aus N17.8- *Sonstiges akutes Nierenversagen* zu verwenden.

Liegt, was bei einer akuter Nierenfunktionsstörung die Regel ist, keine Histologie vor, ist ein Kode aus N17.9- *Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet* zu verwenden, weil – in Bezug auf die konkreten Klassifizierungskriterien der ICD-10-GM (Histologie) – aufgrund fehlender Kenntnis nicht spezifischer kodiert werden kann.

---

[12] Die Bedeutung der Exklusiva muss im Kontext des Urteils des BSG vom 13.12.2023 (Az. B 1 KR 1/23 R) offenbleiben. Die Interpretation des BSG widerspricht sowohl den Regelungen der ICD-10 als auch den DKR (DKR D013c). Nach Sicht des BSG müssen Exklusiva nicht zwangsläufig auf den passenden Kode verweisen, wenn die offizielle Textbezeichnung etwas anders suggeriert (https://www.bsg.bund.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2023/2023_12_12_B_01_KR_01_23_R.html)

Häufig entsteht eine unspezifische Klassifizierung jedoch durch den unkritischen Einsatz von Diagnose- und Prozeduren-Suchsystemen. Leitet ein Suchsystem auf einen Kode mit der Endung „.8“ oder „.9“ bzw. „.x“ oder „.y“, sollte daher im systematischen Verzeichnis geprüft werden, ob nicht ein spezifischerer Kode gefunden werden kann.

Meist liegt das Problem in den unterschiedlichen (z. T. veralteten) Sprachgebräuchen der aktuellen medizinischen Klassifikationen. Besonders sind OPS-Kodes mit der Endstelle „.y“ zu vermeiden, denn das könnte signalisieren, dass die Verantwortlichen nicht wissen, welche Behandlung stattgefunden hat.

4.3 Vermischung der Klassifikationssysteme

Werden die Klassifikationssysteme miteinander vermischt, kann es mitunter schwierig sein, die DKR auf die betreffenden Kodes anzuwenden. Deshalb ist es wichtig, die relevanten Ausnahmen zu kennen.

4.3.1 Prozedurale ICD-Kodes

Die ICD-10-GM wird nicht ausschließlich zur DRG-Abrechnung genutzt. So müssen beispielsweise auch ambulante Behandlungsanlässe abbildbar sein, wenn keine Pathologie im Vordergrund steht. In der ICD-10-GM finden sich damit auch Kodes, die eigentlich keine Krankheitszustände, sondern prozedurale Leistungen beschreiben.

Beispiele	
Z49.1	Extrakorporale Dialyse
Z51.81	Apherese
Z43.5	Versorgung eines Zystostomas
Z51.1	Chemotherapie-Sitzung wegen bösartiger Neubildung
Z51.5	Palliativbehandlung
Z29.0	Isolierung als prophylaktische Maßnahme

Prozedurale ICD-Kodes sollten nur dann genutzt werden, wenn die DKR dies vorschreiben (z. B. die DKR 1401w für den ICD-Kode Z49.1) oder keine andere Diagnose gefunden werden kann. So sollte beispielsweise anstatt des ICD-Kodes Z92.1 *Dauertherapie (gegenwärtig) mit Antikoagulanzien in der Eigenanamnese* in der Regel versucht werden, stattdessen die Indikation für die prozedurale Leistung als ICD-Kode zu kodieren (z. B. I48.0 *Vorhofflimmern, paroxysmal*).

Nur noch sehr wenige prozedurale ICD-Kodes wirken sich als Nebendiagnose auf die DRG-Gruppierung aus.

4.3.2 Diagnosen im OPS

Da die ICD-10-GM nur sehr beschränkt auf deutsche Bedürfnisse angepasst werden kann, finden sich im OPS vereinzelt auch Kodes, die keine prozeduralen Leistungen, sondern Zustandsbeschreibungen abbilden. So wird beispielsweise die

Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI über Pflegegrade mittels OPS-Kodes (9-984) abgebildet und ist auch für die Abrechnung spezieller ZE so zu kodieren.

Zunehmend finden auch Indikationen Eingang in die Prozedurenklassifikation. Das bedeutet, dass die identische Leistung, wenn sie außerhalb der im OPS angegeben Indikation erbracht wird, nicht kodiert werden darf. Häufig finden sich Indikationen bei OPS-Komplexbehandlungen (8-97 …8-98),

die von Fachgesellschaften geschaffen wurden und die eigenen Leistungen von Leistungen anderer Fachdisziplinen abgrenzen sollen.

4.4 Diagnosen

4.4.1 Diagnosetypen und -arten

Abhängig von dem genutzten KIS müssen unterschiedliche **Diagnosetypen** (z. B. Aufnahme-, Verlegungs-, Fachabteilungs-, Entlass-, Verdachts- und DRG-Diagnosen) verschlüsselt werden. Die DKR und dieser Kodierleitfaden beziehen sich nur auf die zur Abrechnung genutzten Diagnosen. Um Fehlbelegungsprüfungen vorzubeugen, kann es aber auch sinnvoll sein, Aufnahme- und Verdachtsdiagnosen möglichst vollständig und spezifisch zu verschlüsseln. Vor einer Übernahme als Diagnosen für die Abrechnung muss jedoch kritisch geprüft werden, ob diese Diagnosen nach den DKR auch kodiert werden dürfen.

Die DKR und der DRG-Grouper unterscheiden im Wesentlichen zwischen Haupt- und Nebendiagnosen. Die Information über die **Diagnoseart** wirkt sich auf die DRG-Gruppierung aus.

4.4.2 Zuordnung der Diagnose zum behandelnden Standort

Für die Entwicklung eines standortbezogenen Leistungsgruppen-Groupers im Kontext der geplanten Krankenhausreform, müssen Abrechnungsfälle bei krankenhausinternen Verlegungen auch Standorten zugeordnet werden. Krankenhäuser müssen dem InEK dazu den Standort übermitteln, *an dem die Diagnosen erstmals gemäß Kodierrichtlinien kodiert werden dürfen.*

Die Kodierrichtlinien nehmen aber auf Kodierzeitpunkte und -orte gar keinen Bezug. Insbesondere kann die Hauptdiagnose grundsätzlich erst nach Abschluss des Falles festgelegt werden. Aus diesem Grund kann der vorliegende Kodierleitfaden zur Dokumentation des behandelnden Standortes auf Basis der DKR keine Hilfestellung bieten.

4.4.3 Mehrfachklassifizierung

In der Regel sollte versucht werden, jeden Krankheitszustand nur mit einem einzigen Kode zu verschlüsseln. Ausnahmen von diesem Prinzip werden in der ICD-10-GM und den DKR (DKR D012v und weitere) explizit aufgeführt. Die zusätzliche Klassifizierung einer Komplikation über einen weiteren Primärkode ist allerdings in der Regel bis auf wenige Ausnahmen nicht vorgesehen (s. auch DKR D015u und Kapitel Komplikationen).

Beispiele für eine Mehrfachklassifizierung über mehrere Primärkodes nach der ICD-10-GM und den DKR:

- Bei der chronischen Nierenkrankheit ist eine zugrundeliegende Krankheit und/oder das Vorliegen einer hypertensiven Nierenkrankheit mit einem zusätzlichen Kode (z. B. aus den Kategorien I12.- oder I13.-) anzugeben (Hinweis in der ICD-10-GM zur Kategorie N18.-).
- Bei Neubildungen mit funktioneller Aktivität kann ein Kode aus dem Kapitel *Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten* (E00-E90) zusätzlich zu Neubildung kodiert werden (DKR D012v).
- Bei *organischen, einschließlich symptomatischen psychischen Störungen* (F00–F09) kann die zugrundeliegende Krankheit, Verletzung oder andere Hirnschädigung zusätzlich kodiert werden.

Neben den aufgeführten Mehrfachklassifizierungen existieren auch solche bei Symptomen, Syndromen sowie chronischen und akuten Krankheitszuständen (siehe dazu Ausführungen in den folgenden Kapiteln) und insbesondere die bereits in der ICD-10-GM vorgesehene Mehrfachklassifizierung über Primär-Sekundärkodekombinationen.

Die ICD-10-GM unterscheidet zwischen sogenannten Primär- und Sekundärkodes. Sekundärkodes werden wiederum in **Sternkodes** und **Ausrufezeichenkodes** differenziert. Sekundärkodes sind immer explizit in der ICD-10-GM ausgewiesen. Sekundärkodes können niemals ohne Primärkode verschlüsselt werden. Sekundärkodes werden bei der Gruppierung wie Diagnosen an Nebendiagnoseposition behandelt.

4.4.3.1 Kreuz(†)-Stern(*)-Kodekombinationen

Sternkodes werden in der Regel dazu verwendet, einer (häufig systemischen) Grunderkrankung eine Manifestation in einem speziellen Organgebiet zuzuordnen.

Beispiel: Diabetische Nephropathie bei Typ-II-Diabetes		
HD:	E11.20†	*Diabetes mellitus, Typ 2: Mit Nierenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet*
	N08.3*	*Glomeruläre Krankheiten bei Diabetes mellitus*

Dort, wo eine Kreuz(†)-Stern(*)-Kodekombination den Krankheitszustand treffend beschreibt, ist diese zu verwenden. Viele Ätiologien bzw. Grunderkrankungen sind nicht explizit als Kreuzkodes in der ICD-10-GM ausgewiesen. Ein Sternkode kann aber trotzdem jedem Primärkode zugewiesen werden. Die Kennzeichnung mit dem Kreuz kann dabei ergänzt werden.

Beispiel: Myelomniere		
HD:	C90.00†	*Multiples Myelom: Ohne Angabe einer kompletten Remission*
	N16.1*	*Tubulointerstitielle Nierenkrankheiten bei Neubildungen*

ICD-Kodes, die nicht als Sternkode gekennzeichnet sind, dürfen jedoch nicht als solche verwendet werden. Ist in der ICD-10-GM bei einer mit einem Kreuz markierten Erkrankung eine Liste mit möglichen Manifestationen aufgeführt, die mit einem Stern markiert sind, so muss diese Liste nicht alle möglichen Manifestationen umfassen. Passende Sternkodes können daher auch noch an anderen Stellen klassifiziert sein.

Kreuz-Stern-Diagnosekodekombination gelten immer als eine Einheit, auch wenn die Kodes vom Grouper getrennt verarbeitet werden. Die DKR (z. B. zu Haupt- und Nebendiagnosen) sollten daher immer auf die Diagnosekombination und nicht auf die Einzelkodes angewendet werden[13].

4.4.3.2 Ausrufezeichenkodes

Ausrufezeichenkodes dienen meist dazu, einen Primärkode näher zu spezifizieren bzw. diesem einen Schweregrad zuzuordnen. Auch Ausrufezeichenkodes stellen damit keine eigenständigen Diagnosen dar und können nur Primärkodes zugeordnet werden.

Manche Ausrufezeichenkodes sind obligat zu kodieren. Diese sind in DKR D012 tabellarisch genannt. Zum Beispiel ist bei einer isolierten Rechtherzinsuffizienz das Stadium über einen Ausrufezeichenkode aus I50.02! bis I50.04! anzugeben.

Vielfach können auch Erreger und Multiresistenzen über einen Ausrufezeichenkode der Infektion zugeordnet werden. Da die Klassifizierung und Kodierung von Infektionskrankheiten komplex sein können, werden diese in einem eigenen Kapitel behandelt (s. Kapitel „Infektionen“).

[13] s. auch Urteil des LSG Niedersachsen-Bremen vom 19.03.2024 (Az. L 16 KR 485/22) https://www.sozialgerichtsbarkeit.de/index.php/node/175749

4.4.4 Hauptdiagnose

Die Hauptdiagnose wird definiert als die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist (modifiziert nach den Deutschen Kodierrichtlinien, DKR D002u).

Die Hauptdiagnose ist in aller Regel die Diagnose, die hauptsächlich während des Aufenthaltes behandelt wurde. Sie muss bereits bei Aufnahme vorgelegen haben oder ursächlich mit dem Krankheitsbild zusammenhängen, das den Patienten/ die Patientin in das Krankenhaus geführt hat.

Die dabei festgestellte Hauptdiagnose muss nicht einer Aufnahme- oder Einweisungsdiagnose entsprechen oder in der Aufnahmeuntersuchung erkannt bzw. erkennbar gewesen sein[14]. Es ist die Diagnose, die rückblickend, also nach Abschluss des gesamten Krankenhausaufenthaltes und ggf. auch unter Berücksichtigung der Befunde, die nach der Entlassung eingehen, als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes verantwortlich war.

Eine später hinzugetretene Diagnose, die ebenfalls eine stationäre Behandlungsbedürftigkeit bedingt, kann also nicht zur Hauptdiagnose werden. Die Hauptdiagnose gilt für den gesamten Fall, unabhängig davon, ob der Patient oder die Patientin innerhalb des Krankenhauses verlegt wird oder nicht. Der Kode für die Hauptdiagnose ist das zentrale Zuordnungskriterium für die Ermittlung der DRG.

Kommen zwei oder mehr Diagnosen als Hauptdiagnose in Frage, so ist diejenige auszuwählen, die mehr Ressourcen verbraucht hat. *Hierbei ist es unerheblich, ob die Krankheiten verwandt sind oder nicht.* Die zeitliche Abfolge der Behandlung zweier oder mehrerer Diagnosen, die die Definition der Hauptdiagnose erfüllen, spielt für die Auswahl keine Rolle[15]. Wird die aufwendiger zu behandelnde Diagnose daher erst später im Aufenthalt adressiert (z. B. nach Herstellung der Operationsfähigkeit), kann sie trotzdem Hauptdiagnose sein.

4.4.4.1 Hauptdiagnose bei kausal verknüpften Krankheitszuständen

Eine Herausforderung stellt die Wahl der Hauptdiagnose bei **kausal verknüpften Krankheitszuständen** dar. Nach den DKR ist immer die zugrundeliegende Krankheit als Hauptdiagnose zu kodieren, wenn diese behandelt wird oder während des Krankenhausaufenthaltes (erstmalig) diagnostiziert wird. Symptome einer Grunderkrankung sind nur dann als Hauptdiagnose zu kodieren, wenn *die zugrunde liegende Krankheit zum Zeitpunkt der Aufnahme bekannt ist, jedoch nur* (ausschließlich) *das Symptom behandelt wird.*

Beispiel: Ein Patient wird wegen Hämoptoe stationär aufgenommen. Während des stationären Aufenthalts wird die Diagnose einer Granulomatose mit Polyangiitis gestellt.

- Aufnahmediagnose, ICD-Kode: R04.2 *Hämoptoe;* die Abklärung ergibt eine Granulomatose mit Polyangiitis
- Hauptdiagnose, ICD-Kode: M31.3 *Granulomatose mit Polyangiitis*

Die DKR bleiben hier explizite Erläuterungen schuldig:

- Was ist als „Grunderkrankung“ zu verstehen? Bedarf es einer monokausalen Verknüpfung zu einem Symptom? Reicht es aus, wenn es sich um einen Risikofaktor handelt? So stehen

[14] s. auch Urteil des BSG vom 29.08.2023 (Az. B 1 KR 25/22 R) https://www.bsg.bund.de/SharedDocs/Verhandlungen/DE/2023/2023_08_29_B_01_KR_25_22_R.html

[15] s. auch Urteil des BSG vom 05.07.2016 (Az. B 1 KR 40/15 R) und vom 29.08.2023 (Az. B 1 KR 25/22 R) https://urteile-gesetze.de/rechtsprechung/b-1-kr-40-15-r

beispielsweise Hypertonie, abnorme Nierenfunktion, Exsikkose, Herzinsuffizienz, Angina pectoris, Diabetes mellitus etc. häufig in mehr oder minder kausalen Abhängigkeiten zueinander.

- Was ist als „Symptom" zu verstehen? Der MD unterscheidet beispielsweise zwischen „Symptomen" und „eigenständigen Krankheiten" bei kausal abhängigen Krankheitszuständen, ohne allerdings eine praxistaugliche Abgrenzung anzubieten. Die Beispiele in den Kodierempfehlungen des SEG 4 sind hierzu widersprüchlich[16].

- Wann ist von einer „Behandlung der Grunderkrankung" auszugehen? Reicht hierzu beispielsweise eine alleinige Weiterführung einer ambulanten Dauertherapie gegen die Grunderkrankung, auch wenn sich der stationäre Behandlungsauftrag (der über die Hauptdiagnose abgebildet werden soll) eindeutig gegen den abhängigen Krankheitszustand richtet?

Kausal verknüpfte Krankheitszustände sind in der Inneren Medizin und insbesondere in der Nephrologie häufig. Die unpräzisen Regelungen der DKR bieten daher viel Konfliktpotenzial.

Der Schlichtungsausschuss hat inzwischen mehrere Einzelfallentscheidungen zu diesen Abgrenzungen getroffen:

- Aufnahme bei akuter Nierenfunktionseinschränkung bei rapid progressiver Glomerulonephritis (RPGN) mit Durchführung von Hämodialysen. Als Grunderkrankung wird erstmalig eine Granulomatose mit Polyangiitis (GPA) diagnostiziert und diese auch behandelt.

  → Die Hauptdiagnose ist die Granulomatose mit Polyangiitis als *zugrundeliegende Krankheit*. Das akute Nierenversagen und die RPGN sind daher als *Symptome* zu werten[17]. Das BSG wertet sogar das akute Nierenversagen im Rahmen einer Exsikkose als ein *„Symptom"* der Exsikkose *„im Sinne der Kodierrichtlinien"*[18].

- Aufnahme mit Tachyarrhythmia absoluta (TAA) bei neu aufgetretenem Vorhofflimmern (VHF), zur Diagnostik und Therapie. Diagnose einer Hyperthyreose am Aufnahmetag (Behandlung mit Thyreostatika begonnen).

  → Als Hauptdiagnose ist die Diagnose mit dem höchsten Ressourcenverbrauch (Regelung zu zwei oder mehr Diagnosen, die der Definition der Hauptdiagnose entsprechen) zu wählen. Die Regelungen zu Symptom und zugrundeliegender Krankheit sind nicht anzuwenden[19]. Es bleibt unklar, ob auch die TAA als Hauptdiagnose kodiert werden dürfte.

- Aufnahme wegen ambulant bereits diagnostizierter Becken-Beinvenenthrombose (Heparinisierung). Diagnose einer Paraproteinämie und eines Plasmozytoms (Chemotherapie).

  → Als Hauptdiagnose ist die Diagnose mit dem höchsten Ressourcenverbrauch (Regelung zu zwei oder mehr Diagnosen, die der Definition der Hauptdiagnose entsprechen) zu wählen.

---

[16] So werden beispielsweise eine akute pulmonale Insuffizienz (KDE 10), eine Lungenembolie bei tiefer Beinvenenthrombose (KDE 66), eine Herzinsuffizienz (KDE 82), eine Lumboischialgie bei Osteochondrose (KDE 168), paraneoplastische Syndrome (KDE 294, 355), eine abnorme Nierenfunktion bei rapid progressive Glomerulonephritis (KDE 296) als eigenständige Krankheiten gesehen, während eine symptomatische Epilepsie bei einer Hirnmetastase (KDE 235) oder eine chronische pulmonale Insuffizienz bei COPD (KDE 244) als „Symptome" einer Grunderkrankung gewertet werden, https://www.medizinischerdienst.de/leistungserbringer/kodierempfehlungen/

[17] Entscheidung zu KDE 296, veröffentlicht am 15.10.2020
https://foka.medizincontroller.de/index.php/KDE-296

[18] s. Urteil des BSG vom 23.06.2015 (Az. B 1 KR 13/14 R)
https://urteile-gesetze.de/rechtsprechung/b-1-kr-13-14-r

[19] Entscheidung des Schlichtungsausschusses zu der KDE 39, veröffentlicht am 06.10.2020
https://foka.medizincontroller.de/index.php/KDE-39

Die Regelungen zu Symptom und zugrundeliegender Krankheit sind nicht anzuwenden.[20] Es bleibt unklar, ob auch die Paraproteinämie als Hauptdiagnose kodiert werden dürfte.

- Aufnahme wegen starker Überwässerung und Hyperkaliämie bei bekannter *terminaler Nierenkrankheit* mit Dialysepflichtigkeit (CVVH mit Flüssigkeitsentzug und Ausgleich der Elektrolyte). Bei akuter respiratorischer Insuffizienz bereits am Aufnahmetag Beginn einer invasiven Beatmung. Multiple Komplikationen (Pneumonie, Sepsis, Multiorganversagen).

  → Als Hauptdiagnose ist die Diagnose mit dem höchsten Ressourcenverbrauch (Regelung zu zwei oder mehr Diagnosen, die der Definition der Hauptdiagnose entsprechen) zu wählen. Die Regelungen zu Symptom und zugrundeliegender Krankheit sind nicht anzuwenden.[21] Es bleibt unklar, ob alle aufgeführten Krankheitszustände als Hauptdiagnose kodiert werden dürften.

- Aufnahme wegen symptomatischer Epilepsie auf dem Boden von Hirnmetastasen eines Bronchialkarzinoms. Kein Behandlungsaufwand bezüglich des Bronchialkarzinoms oder der Hirnmetastasen selbst.

→ Als Hauptdiagnose ist die symptomatische Epilepsie (als *Symptom*) zu kodieren.[22]

Ein durchgängiges Prinzip ist daher auch in den Entscheidungen des Schlichtungsausschusses nicht erkennbar. Tendenziell wendet der Schlichtungsausschuss Bund jedoch für die Wahl der Hauptdiagnose bei kausalen Abhängigkeiten eher das Prinzip des höheren Ressourcenverbrauchs an.

Die Festlegung der Hauptdiagnose bei chronischen Erkrankungen und Systemerkrankungen mit unterschiedlichen Organmanifestationen und daraus ableitbaren Versorgungsaufträgen ist nicht immer einfach. Dieser Kodierleitfaden soll bewirken, die Kodierung so einheitlich wie möglich zu gestalten.

Grundsätzlich ist immer zu fragen, aus welchem Grund die zu behandelnde Person überhaupt ins Krankenhaus gekommen ist und was vorrangig bzw. überwiegend im Krankenhaus behandelt wurde.

Abgrenzungsprobleme zu anderen Kodierrichtlinien können sich bei der Aufnahme mit Komplikationen der Grunderkrankung oder ihrer Therapie ergeben. DKR D002u und 1917u regeln die Kodierung von Komplikationen und unerwünschten Nebenwirkungen von indikationsgerecht eingenommenen Medikamenten, ohne jedoch klarzustellen, welche Hauptdiagnose zu wählen ist, wenn außer der Nebenwirkung auch die Grunderkrankung therapiert werden muss.

Die Abgrenzung sollte daher nach dem oben geschilderten Prinzip erfolgen. Besonders zu beachten sind auch die Regelungen der DKR zu bösartigen Neubildungen (DKR 0201u). Auf die Wahl der Hauptdiagnose bei Aufnahme mit Verschluss des Dialyseshunts wird gesondert eingegangen (s. Kapitel 5.4.6).

---

[20] Entscheidung des Schlichtungsausschusses zu der KDE 294, veröffentlicht am 06.10.2020 https://foka.medizincontroller.de/index.php/KDE-294

[21] Entscheidung des Schlichtungsausschusses zu der KDE 541, veröffentlicht am 15.10.2020 https://foka.medizincontroller.de/index.php/KDE-541

[22] Entscheidung des Schlichtungsausschusses zu der KDE 583, veröffentlicht am 16.12.2020 https://foka.medizincontroller.de/index.php/KDE-583

Beispiel: Ein älterer Patient entwickelt bei vorbekannter Hypertonie, Diabetes mellitus und vorgeschädigten Nieren und unter einer Exsikkose eine AKI, Stadium 2.[23] Es erfolgt eine Hydratation, eine Bilanzierung, ein Monitoring und eine Neueinstellung von Blutdruck und Diabetes mellitus.

HD:	N17.92	*Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 2*
ND:	E86	*Volumenmangel*
	I12.00	*Hypertensive Nierenkrankheit mit „Niereninsuffizienz“: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise*
	E11.21	*Diabetes mellitus, Typ 2: Mit Nierenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet*
	N18.3	*Chronische Nierenkrankheit, Stadium 3*

Kommentar: Es steht das komplexe Gesamtbild einer AKI im Vordergrund, es wird nicht ausschließlich eine Exsikkose kompensiert. Die Exsikkose ist nicht die Grunderkrankung einer AKI und die AKI auch nicht im Kode für einen Volumenmangel enthalten (auch nicht im Stadium 1). Sowohl der Hypertonus als auch der Diabetes sind Risikofaktoren für die Entwicklung einer chronischen Nierenschädigungen, aber ebenfalls keine Grunderkrankungen der AKI.

Durchbrochen werden können die Regeln der Wahl der Hauptdiagnose im Rahmen der Mehrfachklassifizierung über die Ätiologie- und Manifestationsverschlüsselung der ICD-10-GM („Kreuz-Stern-Kodekombinationen“). Dabei beschreibt der Kreuzkode (†) die Ätiologie und der Sternkode (*) die Manifestation oder Komplikation einer Erkrankung. Die Technik der Dokumentation hängt dabei vom individuellen KIS ab. Die Angabe der Manifestation folgt jedoch stets nach der Ätiologie (Kreuz vor Stern). Während Sternkodes gruppierungstechnisch als eigenständige Diagnosen gewertet werden, gilt für Kodierregeln die Diagnosekombination als eine Einheit. Sternkodes können nicht als eigenständige Diagnosen ohne Primärkode verschlüsselt und damit auch niemals Hauptdiagnose werden.

Beispiel: Lupusnephritis

HD:	M32.1†	*Systemischer Lupus erythematodes mit Beteiligung von Organen oder Organsystemen*
	N08.5*1*	*Glomeruläre Krankheiten bei Systemkrankheiten des Bindegewebes*

4.4.5 Nebendiagnosen

Nebendiagnosen sind Krankheiten oder Beschwerden, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose bestehen oder sich während des Aufenthalts entwickeln. Für die DRG-Abrechnung dürfen Nebendiagnosen nur kodiert werden, wenn sie diagnostische oder therapeutische Maßnahmen oder einen erhöhten Aufwand für Betreuung, Pflege oder Überwachung verursachen (nach DKR D003u).

Ein Minimalaufwand, ab dem die Kodierung einer Nebendiagnose gerechtfertigt ist, existiert nicht. Damit rechtfertigt jedweder dokumentierte Ressourcenverbrauch die Kodierung einer Nebendiagnose.

Zielt eine einzige ressourcenverbrauchende Maßnahme auf mehrere Nebendiagnosen gleichzeitig, so können alle Nebendiagnosen kodiert werden. Ebenso kann eine Nebendiagnose kodiert werden, wenn der Ressourcenverbrauch bereits in Bezug auf die Hauptdiagnose geboten war. Ein exklusiver Zusatzaufwand für jede einzelne Nebendiagnose ist nicht erforderlich.

[23] Medizinisch wäre der Fall auch bei einem Stadium 1 der AKI analog zu betrachten. Nach der ICD-10-GM darf allerdings der Kode für das Stadium 1 nur bei einem dem „klinischen Zustand angepassten Hydratationszustand zum Zeitpunkt der Messungen“ verwendet werden, sodass die DGfN in diesem Fall den unspezifischen ICD-Kode N17.99 empfiehlt.

Ebenso wenig ist erforderlich, dass eine als Nebendiagnose zu kodierende Krankheit auch ursächlich oder spezifisch behandelt wurde. Ausreichend ist, dass sie die Indikation zu einem Ressourcenverbrauch darstellt (z. B. Antikoagulation bei Vorhofflimmern).

Beispiel: Aufnahme mit akutem Myokardinfarkt (Hauptdiagnose). Gabe eines Diuretikums aufgrund einer chronischen Nierenkrankheit, einer Hypertonie und einer Herzinsuffizienz.

Sowohl die chronische Nierenkrankheit als auch die Hypertonie und die Herzinsuffizienz sind als Nebendiagnosen zu kodieren.

Für die Kodierung von Symptomen gelten die gleichen Regelungen wie für klassische Nebendiagnosen (Ressourcenverbrauch). Treten allerding bestimmte Manifestationen oder Symptome regelhaft bei einer Grunderkrankung oder einem Syndrom auf (z. B. Proteinurie bei nephrotischem Syndrom), so dürfen diese nicht gesondert kodiert werden, sondern sind im Kode für den zugrundeliegenden Krankheitszustand enthalten.

Nach Sicht des BSG sind auch Nebendiagnosen „nach Analyse" zu kodieren, wobei vor dem Ende des stationären Aufenthalts erhobene Befunde, deren Auswertung erst später eingeht, einzubeziehen sind[24].

Trotz fehlender unterer Aufwandsgrenze werden **abnorme Labor-, Röntgen-, Pathologie- und andere diagnostische Befunde** *nicht kodiert, es sei denn, sie haben eine klinische Bedeutung im Sinne einer therapeutischen Konsequenz oder einer weiterführenden Diagnostik*. Die alleinige Kontrolle der abnormen Werte reicht nicht aus.

Entsprechend sollten **Zufallsbefunde** bei einer aus einem anderen Grund durchgeführten Untersuchung (Herzklappenvitien bei der Echokardiographie, die zum Ausschluss einer Perikarditis durchgeführt wird) nur dann kodiert werden, wenn sie eine weiterführende diagnostische oder therapeutische Konsequenz nach sich ziehen.

Anamnestische Diagnosen oder Krankheiten, die beispielsweise durch die Anästhesie, während der präoperativen Untersuchung dokumentiert wurden, dürfen nur kodiert werden, wenn sie den oben genannten Kriterien entsprechen. Sofern eine Begleitkrankheit das Standardvorgehen für eine spezielle Prozedur beeinflusst, muss diese als Nebendiagnose kodiert werden.

Es ist für die DRG-Abrechnung nicht nötig und auch nicht zulässig, Nebendiagnosen zu kodieren, die nicht den o. a. Kriterien entsprechen, außer dies wird durch eine spezielle Kodierrichtlinie gefordert (z. B. DKR 0601i *Schlaganfall*).

Es sei darauf hingewiesen, dass das BSG in der Historie auch von den DKR abweichende Urteile gefällt hat. So soll beispielsweise eine bestehende (und damit mit diagnostischem Aufwand festgestellte) Blutungsanämie nicht kodiert werden dürfen, wenn nur Blutkonserven gekreuzt (ebenfalls Ressourcenaufwand) aber letztendlich nicht verabreicht wurden[25]. Es handelt sich allerdings um eine ältere Einzelfallentscheidung, die eine ausreichende Auseinandersetzung mit der DKR D003 vermissen lässt.

4.4.6 Verdachtsdiagnosen

Verdachtsdiagnosen sind Diagnosen, die am Ende eines stationären Aufenthaltes weder sicher bestätigt noch sicher ausgeschlossen sind. Verdachtsdiagnosen können Haupt- oder Nebendiagnosen sein.

---

[24] s. auch Urteil des BSG vom 23.06.2015 (Az. B 1 KR 14/14 R, Randnummer 19) https://www.sozialgerichtsbarkeit.de/legacy/180049?modul=esgb&id=180049

[25] s. auch Urteil des BSG vom 23.06.2015 (Az. B 1 KR 14/14 R, Randnummer 19) https://www.sozialgerichtsbarkeit.de/legacy/180049?modul=esgb&id=180049

Sobald bei Verdacht auf eine Erkrankung (spezifische) therapeutische Maßnahmen eingeleitet werden oder eine Verlegung in ein anderes Krankenhaus erfolgt, darf diese Erkrankung kodiert werden, auch wenn die Verdachtsdiagnose bei Entlassung nicht eindeutig bestätigt ist oder durch weiterführende Diagnostik im folgenden Krankenhaus ausgeschlossen wird. Erfolgt keine Verlegung und wird in Bezug auf die Verdachtsdiagnose keine Behandlung (z. B. nur Diagnostik) durchgeführt, so ist/sind nur das/die Symptome zu kodieren.

Beispiel: Aufnahme mit Hyponatriämie. Auffälliges Thorax-CT. Verdachtsdiagnose: paraneoplastisches Syndrom der inadäquaten ADH-Sekretion bei Lungenkarzinom.

1. Weiterverlegung zur diagnostischen Biopsie:

Hauptdiagnose: *Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge* (C34.-)

Nebendiagnose: *Syndrom der inadäquaten Sekretion von Adiuretin* (E22.2)

In der Regel nicht zu kodieren: Hyponatriämie ist als regelhaft verbundenes Symptom des SIADH

2. Nach Korrektur der Elektrolytstörung zunächst **Entlassung nach Hause** mit Empfehlung der zeitnahen Abklärung des Lungenbefundes (SIADH nur Verdachtsdiagnose, keine spezifische Therapie z. B. mit Tolvaptan):

Hauptdiagnose: *Hypoosmolalität und Hyponatriämie* (E87.1)

Am Ende des stationären Aufenthaltes **ausgeschlossene Diagnosen** sind grundsätzlich nicht für die DRG-Abrechnung zu kodieren, auch wenn sie spezifisch behandelt wurden. Bei Aufnahme zur ärztlichen Beobachtung oder Diagnostik, bei der sich der Verdacht auf eine Erkrankung nicht bestätigt, muss das zur Aufnahme führende Symptom als Hauptdiagnose kodiert werden. Nur wenn kein Symptom oder eine alternativ gestellte Diagnose kodierbar sein sollten, kann in Ausnahmefällen ein prozeduraler Kode aus der Kategorie Z03.- *Beobachtung bei Verdacht auf …* benutzt werden.

4.4.7 Syndrome

Wenn es für ein Syndrom in der ICD-10-GM einen spezifischen Kode gibt, wird dieser verwendet. Bei ausschließlicher Diagnostik und Behandlung einer im Vordergrund stehenden Manifestation eines Syndroms ist die Manifestation die Hauptdiagnose und das Syndrom selbst sowie ggf. weitere relevante Manifestationen werden als Nebendiagnosen kodiert (DKR D004u).

Steht für ein Syndrom kein spezifischer Kode in der ICD-10-GM zu Verfügung, sind die einzelnen Manifestationen einzeln zu verschlüsseln. Bei einem angeborenen Syndrom ist in diesem Fall ein Kode aus der Kategorie Q87.– *Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungssyndrome mit Beteiligung mehrerer Systeme* an Nebendiagnoseposition zu kodieren.

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	*Hörverlust durch Schallempfindungsstörung, nicht näher bezeichnet*

Anmerkung zum Beispiel: auch aus dem Kodierbeispiel Nr. 3 der DKR D004u ist zu entnehmen, dass in diesem Fall die weiteren Manifestationen des Syndroms und der Kode aus Q87.- unabhängig davon zu kodieren sind, ob sie die Kriterien einer Nebendiagnose nach DKR D003u erfüllen (Ressourcenverbrauch).

4.4.8 Akute und chronische Krankheiten

In einigen Fällen existieren ICD-Kodes für das gemeinsame Auftreten von chronischen und akuten Krankheitszuständen, wie beispielsweise bei der Kategorie J44.1- *Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet*.

Ansonsten werden akute und chronische Form getrennt kodiert. Dabei wird der Kode für die akute Form vor (d. h. ggf. als Hauptdiagnose) dem Kode der chronischen Form (stets Nebendiagnose) kodiert.

Beispiel: Aufnahme wegen akuter Nierenfunktionseinschränkung bei vorbekannter chronischer Nierenkrankheit.

HD:	N17.-	*Akutes Nierenversagen*
ND:	N18.-	*Chronische Nierenkrankheit*

Der ICD-Kode N19 *Nicht näher bezeichnete „Niereninsuffizienz"* ist in diesem Kontext nicht zu verwenden.

4.4.9 Komplikationen

Erkrankungen und Störungen nach medizinischen Maßnahmen (Komplikationen) sollten medizinisch so spezifisch wie möglich kodiert werden. Für die Auswahl der ICD-Kodes spielt es keine Rolle, ob die Komplikation als Haupt- oder Nebendiagnose kodiert werden soll. In der Regel gelingt die spezifischste Kodierung am besten über ICD-Kodes aus den jeweiligen Organkapiteln. Dabei ist es unerheblich, wenn der Zusammenhang zu einer vorherigen Maßnahme nicht mehr aus dem Kode hervorgeht. Kodes der Kategorie N99.- *Krankheiten des Urogenitalsystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert* und der Gruppe T80–T88 *Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, anderenorts nicht klassifiziert* sollten nur verwendet werden, wenn keine spezifischeren Kodes (in Bezug auf den medizinischen Zustand) zur Verfügung stehen. Dies gilt auch für Nebenwirkungen und für Vergiftungen durch Medikamente bei Überdosierungen.

Geht durch die Auswahl des den medizinischen Zustand am besten beschreibenden Primärkodes der Zusammenhang mit einer medizinischen Maßnahme verloren, so kann dieser (optional) über die Zuordnung eines Ausrufezeichenkodes hergestellt werden, z. B. (Exklusiva der ICD-10-GM zur Abgrenzung der Kodes untereinander sind zu beachten):

Kodes	
Y57.9!	*Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen* Unerwünschte Nebenwirkung von Arzneimitteln und Drogen bei indikationsgerechter Anwendung und in korrekter therapeutischer oder prophylaktischer Dosierung
X49.9!	*Akzidentelle Vergiftung* Akzidentelle Überdosierung eines Arzneimittels oder einer Droge Irrtümliche Verabreichung oder Einnahme eines falschen Arzneimittels
Y59.9!	*Komplikationen durch Impfstoffe oder biologisch aktive Substanzen* Unerwünschte Nebenwirkung von Impfstoffen und sonstigen biologisch aktiven Substanzen bei indikationsgerechter Anwendung und in korrekter therapeutischer oder prophylaktischer Dosierung
Y69!	*Zwischenfälle bei chirurgischem Eingriff und medizinischer Behandlung* Dosierungsfehler, kontaminierte Substanzen, unzulängliche aseptische Kautelen, versehentlich im Körper zurückgelassener Fremdkörper, versehentliche(r) Schnitt, Punktion, Perforation oder Blutung

Kodes	
Y82.8!	*Zwischenfälle durch medizintechnische Geräte und Produkte* Versagen oder Fehlfunktion medizintechnischer Geräte und Produkte, z. B. während eines Eingriffes, nach Implantation oder unter der Anwendung
Y84.9!	*Zwischenfälle durch medizinische Maßnahmen, nicht näher bezeichnet* Chirurgische und sonstige medizinische Maßnahmen als Ursache einer abnormen Reaktion eines Patienten oder einer späteren Komplikation, ohne Angabe eines Zwischenfalls zum Zeitpunkt der Durchführung der Maßnahme

Beispiel: Akute Nierenfunktionseinschränkung nach Kontrastmittelgabe

- Kode aus der Kategorie N17.- *Akutes Nierenversagen*, der spezifisch das medizinische Stadium abbilden kann.
- Optional kann zusätzlich der Sekundärkode Y57.9! K*omplikationen durch Arzneimittel oder Drogen* zugeordnet werden.
- Der in Bezug auf den medizinischen Zustand unspezifische ICD-Kode N99.0 *Nierenversagen nach medizinischen Maßnahmen* ist nicht bzw. wäre nur dann zu verwenden, wenn kein spezifischer Kode aus der Kategorie N17.- zugewiesen werden könnte (also anstatt des ICD-Kodes N17.99 *Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium nicht näher bezeichnet.* Dies sollte in der Nephrologie allerdings selten vorkommen.

Beispiel: Thrombektomie wegen Thrombose eines AV-Shunts (Shunt aus körpereigenem Material)

- T82.8 *Sonstige näher bezeichnete Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen*
  Ein spezifischerer Kode für eine Shuntthrombose existiert in der ICD-10-GM nicht[26].

4.4.10 Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Neonatologie

Es ist zu beachten, dass die ICD-10-GM zur Verschlüsselung von Krankheitszuständen in Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Neonatologie häufig eigene Kodes vorsieht und die DKR abweichende Regeln für die Kodierung vorgeben. Bei der Kodierung entsprechender Fälle sollten daher die ICD-10-GM und die speziellen DKR zu Rate gezogen werden.

Kodes	
O08.4	*„Niereninsuffizienz" nach Abort, Extrauteringravidität und Molenschwangerschaft* Nierenversagen (akut), Oligurie, renale tubuläre Nekrose, Schockniere, Urämie
O08.5	*Stoffwechselstörungen nach Abort, Extrauteringravidität und Molenschwangerschaft* Störungen des Elektrolythaushaltes
O10-O16	*Ödeme, Proteinurie und Hypertonie während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes*
O23.0	*Infektionen der Niere in der Schwangerschaft*
O24.-	*Diabetes mellitus in der Schwangerschaft*
O26.81	*Nierenkrankheit, mit der Schwangerschaft verbunden*
O90.4	*Postpartales akutes Nierenversagen* Hepatorenales Syndrom nach Wehen und Entbindung

[26] s. auch Entscheidung des Schlichtungsausschusses zu KDE 466 (ehemals KDE 20), veröffentlicht am 16.12.2020

Kodes	
O99.-	*Sonstige Krankheiten der Mutter, die anderenorts klassifizierbar sind, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren*
P96.0	*Angeborene „Niereninsuffizienz"* Urämie beim Neugeborenen
Q60-Q64	*Angeborene Fehlbildungen des Harnsystems*

4.5 Prozeduren

4.5.1 Seitenkennzeichen

Für Prozeduren an paarigen Organen (z. B. Niere, Ureter, bestimmte Gefäße) ist die Angabe einer Seitenlokalisation zum OPS-Kode verpflichtend. Die Angabe der Seitenlokalisation sollte sich dabei auf die während einer Sitzung erbrachten Leistungen beziehen. Wurde z. B. die linke und die rechte Niere in einem Abstand von einer Woche punktiert, so werden zwei getrennte OPS mit dem jeweiligen Seitenkennzeichen kodiert und nicht die Kennzeichnung „B" für beidseits. Die verpflichtend mit Seitenkennzeichen zu verschlüsselnden Kodes sind im OPS durch Doppelpfeil (<->) gekennzeichnet.

Die Reihenfolge der Kodierung von OPS-Kodes spielt keine Rolle. Aufgrund der limitierten Anzahl von möglichen Kodes sollten jedoch bei langen stationären Aufenthalten mit vielen Einzelleistungen (z. B. Dialysen) die für die Abrechnung relevantesten OPS-Kodes möglichst zuerst kodiert und übermittelt werden.

4.5.2 Signifikante und nicht kodierbare Prozeduren

Alle spezifischen Prozeduren, die sich im OPS finden, sind signifikant und prinzipiell zu kodieren. Prozeduren, die in vor-, nach- und teilstationären Aufenthalten erbracht wurden, die nicht gesondert abgerechnet werden, sind ebenfalls zu kodieren.

Nicht für die DRG-Abrechnung zu kodieren sind Leistungen, die erst nach Entlassung (Tod) erbracht werden, wie beispielsweise anfallende intensivmedizinische Aufwandspunkte, die *Aufrechterhaltung der Homöostase für die postmortale Organspende* (OPS 8-978) oder die Organentnahme selbst. Einzige Ausnahme ist die *Klinische Obduktion bzw. Obduktion zur Qualitätssicherung* (OPS 9-990, DKR P017q).

Ebenso sind die OPS-Kodes, die einzig für das pauschalierende Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPP-System) genutzt werden, nicht für die DRG-Abrechnung zu kodieren.

Für viele zum Teil sogar aufwendige Einzelleistungen, die sich aber auch perspektivisch nicht als Kostentrenner zwischen aufwendigen und weniger aufwendigen Fällen eignen werden und auch nicht aus anderen Gründen kodiert werden müssen, finden sich keine Kodes im OPS (z. B. Aufnahme-, Kontroll-, oder Konsiliaruntersuchungen, Visiten, Blutentnahmen und Laboruntersuchungen, konventionelles Röntgen, EKG, einfache Ultraschalluntersuchungen, viele Medikamentengaben, Legen von Magensonden oder transurethralen Blasenkathetern, viele pflegerische oder therapeutische Tätigkeiten, Angehörigengespräche, Arztbriefschreibung, etc.). Diese Leistungen sollen auch nicht über unspezifische Resteklassen im OPS kodiert werden. Dies schützt die klinisch Tätigen vor zusätzlicher Bürokratie.

Beispiel

Die Gabe einer Thromboseprophylaxe sollte nicht über den OPS 8-020.x T*herapeutische Injektion: Sonstige* klassifiziert werden.

4.5.3 Prozeduren-Komponenten und Informationsgehalt eines Einzelkodes

Grundprinzip des OPS ist die Abbildung eines durchgeführten Eingriffes möglichst mit einem Kode (monokausale Kodierung). Das bedeutet: jeder Einzelkode enthält normalerweise alle Informationen für eine Prozedur mit allen notwendigen Komponenten, wie z. B. Vorbereitung, Lagerung, Anästhesie, Zugang, die eigentliche Operation, Naht, usw. (DKR P003s). *Deshalb werden diese individuellen Komponenten einer bereits kodierten Prozedur nicht noch einmal gesondert verschlüsselt.* (DKR P001f)

Abweichungen von diesen Regeln sind häufig in den Hinweisen zum OPS beschrieben. Dies ist insbesondere für die Abbildung komplexer Eingriffe erforderlich. Auch existieren explizit gekennzeichnete Zusatzkodes, die nicht selbständig, sondern nur zusätzlich zu einem primären Kode benutzt werden dürfen. In einigen Bereichen ist eine Kodierung von Leistungen grundsätzlich mit mehreren Kodes vorgesehen.

Im OPS sind nicht alle Kombinationsmöglichkeiten von Operationen/Prozeduren mit dem Hinweis gekennzeichnet, dass eine zusätzliche Kodierung erforderlich und möglich ist. Grundsätzlich ist alles, was regelhaft Bestandteil des kodierten Eingriffes ist, im Kode abgebildet. Darüber hinausgehende Maßnahmen sind zusätzlich zu kodieren, auch wenn es keinen entsprechenden Hinweis im OPS gibt[27].

Welche Behandlungsschritte Komponenten einer Prozedur sind, bestimmt sich nach den Regeln der ärztlichen Kunst für die Ausführung des jeweiligen, durch einen OPS-Kode konkret definierten Behandlungsverfahrens[28].

Eingriffsverwandte diagnostische Maßnahmen sind jedoch nicht gesondert zu kodieren, wenn diese in derselben Sitzung durchgeführt werden und regelhaft Bestandteil der interventionell-therapeutischen Prozeduren sind (und dies im OPS nicht anders geregelt ist). Endoskopien multipler Gebiete in einer Sitzung sind mit einem einzigen Kode nach dem am weitesten eingesehenen bzw. tiefsten Gebiet zu kodieren.

Eine klinische Untersuchung in Allgemeinanästhesie (OPS 1-100) ist nur dann zu kodieren, wenn sie als selbständige Maßnahme durchgeführt wird (d. h. nicht im Rahmen eines Eingriffs oder einer Intervention).

4.5.4 Multiple vs. einmalig zu kodierende Prozeduren

In der Regel werden Prozeduren so oft kodiert, wie sie während der Behandlungsphase durchgeführt wurden. So wird beispielsweise eine durchgeführte intermittierende oder verlängert intermittierende Hämodialyse jedes Mal mit einem eigenen OPS kodiert. Bilateral in einer Sitzung durchgeführte Prozeduren sind jedoch nur einmal, mit entsprechendem Seitenkennzeichen „B“ zu kodieren. Ebenso sind multiple Exzisionen oder Biopsien in einer Sitzung an gleicher Lokalisation mit nur einem Kode zu verschlüsseln.

Bestimmte Prozeduren (z. B. Gabe von Arzneimitteln, Blutprodukten, kontinuierliche Dialysen und andere kontinuierliche extrakorporale Therapieverfahren, Chemotherapien oder Komplexbehandlungen), werden auf der Basis von Größe, Zeit oder Anzahl klassifiziert. Diese Kodes sind nur einmal pro Aufenthalt zu kodieren und hierfür die Mengen- bzw. Zeitangaben zu addieren. Bei der Gabe von Medikamenten oder Blutprodukten ist nur die tatsächlich verabreichte Dosis bzw. Menge zu kodieren, Verwürfe gehen nicht ein. Als OPS-Datum ist immer der Tag der ersten Gabe/Durchführung bzw. der

---

[27] Kodierfrage OPS Nr. 0011: https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Services/Kodierfragen/OPS/_node.html

[28] Urteil des BSG vom 24.01.2023 (Az. B 1 KR 6/22 R): an der alten Rechtsprechung, dass ein unselbstständiger Prozedurenteil vorliegt, wenn eine Komponente „von Anfang an“ als Bestandteil einer Maßnahme vorgesehen war, hält das BSG nicht mehr fest.

Beginn einer Komplexbehandlung anzugeben. Bei Fallzusammenführungen sind zunächst einzeln kodierte mengenabhängigen OPS zusammenzuführen.

Ungeachtet dessen gibt der OPS vor, dass bestimmte OPS grundsätzlich nur einmal pro stationären Aufenthalt kodiert werden dürfen (u. a. diagnostische und therapeutische Pleura-/Aszitespunktionen). Fehlerhafte Mehrfachkodierungen bei diesen Prozeduren dürften aber nur in den seltensten Fällen die Abrechnung beeinflussen.

4.5.5 Nicht vollendete oder unterbrochene Prozedur

Wird eine geplante Prozedur begonnen, aber nicht vollendet oder vorzeitig unterbrochen, wird – sofern kein Kode für eine misslungen Prozedur oder erbrachte Teilleistungen existiert – die geplante Prozedur kodiert. Dies gilt auch bei Dialysebehandlungen (z. B. Abbruch bei Kreislaufinstabilität, System-Clotting).

Bei operativen Eingriffen wird ein Zusatzkode angegeben.

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

4.5.6 Pflegebedürftigkeit

Für Personen, die im Sinne des § 14 SGB XI pflegebedürftig und gemäß § 15 SGB XI einem Pflegegrad zugeordnet sind, sind folgende OPS zu kodieren:

Text	Kode
Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	9-984.6
Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	9-984.7
Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	9-984.8
Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	9-984.9
Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5	9-984.a
Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	9-984.b

Wechselt während des stationären Aufenthaltes der Pflegegrad, ist der Kode für die höhere Pflegebedürftigkeit anzugeben. Liegt noch keine Einstufung in einen Pflegegrad vor, ist dieser aber bereits beantragt, ist der OPS 9-984.b zu verschlüsseln. Wurde eine Höherstufung bei vorliegendem Pflegegrad beantragt, ist neben dem bislang zutreffenden OPS der OPS 9-984.b zusätzlich anzugeben.

Für pflegebedürftige Personen ab Pflegegrad 3 und einer Mindestverweildauer von fünf Tagen kann bei vielen aDRGs ein Zusatzentgelt für erhöhten Pflegeaufwand abgerechnet werden. Der Pflegegrad soll von den Krankenkassen über den Datenträgeraustausch übermittelt werden.

4.5.7 Kodierung bei Verbringung

Werden Patientinnen und Patienten zur Durchführung einer speziellen Leistung (z. B. Herzkatheteruntersuchung, radiologische Leistungen) in ein anderes Krankenhaus verbracht (nicht verlegt!) und dieses stellt die erbrachte Leistung dem verbringenden Krankenhaus in Rechnung, so muss das verbringende Krankenhaus die Leistung so kodieren, als hätte es sie selbst erbracht.

Erhalten hingegen Patientinnen und Patienten während des stationären Aufenthaltes Dialysen, die gesondert ambulant abgerechnet werden (z. B. durch ein Nephrologisches KfH-Zentrum), so sind diese nicht durch das Krankenhaus zu kodieren.

5 Spezielle Kodierung

5.1 Nephrologische Diagnosen

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

1. *Glomeruläre Krankheiten* (N00–N08)
2. *Tubulointerstitielle Nierenkrankheiten* (N10–N16)
3. *„Niereninsuffizienz"* (N17–N19)
4. *Urolithiasis* (N20–N23)
5. *Sonstige Krankheiten der Niere und des Ureters* (N25–N29)
6. *Sonstige Krankheiten des Harnsystems* (N30–N39)

In der Nephrologie häufige Krankheiten und Kodes finden sich auch in den folgenden ICD-10-Gruppen:

- *Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten* (A00-B99)
- *Neubildungen* (C00-D48)
- *Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems* (D50-D90)
- *Diabetes mellitus* (E10–E14)
- *Krankheiten sonstiger endokriner Drüsen* (E20-E35)
- *Stoffwechselstörungen* (E70-E90)
- *Hypertonie [Hochdruckkrankheit]* (I10–I15)
- *Ischämische Herzkrankheiten* (I20–I25)
- *Atherosklerose, Aneurysma* (I70–I73)
- *Systemkrankheiten des Bindegewebes* (M30–M36)
- *Personen, die das Gesundheitswesen zum Zwecke spezifischer Maßnahmen und zur medizinischen Betreuung in Anspruch nehmen* (Z40-Z54)
- *Personen mit potenziellen Gesundheitsrisiken aufgrund der Familien- oder Eigenanamnese und bestimmte Zustände, die den Gesundheitszustand beeinflussen* (Z80-Z99)

5.2 Akute Nierenkrankheit (AKD) und Akute Nierenfunktionseinschränkung (AKI)

Pathologien der Nierenfunktion und -struktur, die nicht länger als drei Monate bestehen, werden nach den im März 2012 veröffentlichten internationalen KDIGO-Leitlinien der International Society of Nephrology (ISN) als akute Nierenkrankheiten (Acute Kidney Diseases bzw. Disorders) bezeichnet. Die akute Nierenfunktionseinschränkung (Acute Kidney Injury, AKI) stellt eine Unterform der AKD dar.

Eine AKD liegt vor, wenn mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllt ist:

Definition der AKD nach der KDIGO
■ akute Nierenfunktionseinschränkung (AKI, s. u.) ■ glomeruläre Filtrationsrate < 60 ml/min × 1,73 m^2 oder Marker einer Nierenschädigung für ≤ 3 Monate ■ Reduktion der glomerulären Filtrationsrate ≥ 35 % oder Anstieg des Serum-Kreatinin um > 50 % für ≤ 3 Monate

Bei der akuten Nierenfunktionseinschränkung (AKI) kommt es zu einem Anstieg des Kreatinins oder Abfall der Urinausscheidung in einem Zeitraum von 48 Stunden bzw. 7 Tagen (siehe Tabelle). Eine AKI liegt vor, wenn mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllt ist:

Definition der AKI nach der KDIGO/ICD-10-GM (KDIGO 1)
■ Anstieg des Serumkreatinins über einen gemessenen Ausgangswert um mindestens 0,3 mg/dl innerhalb von 48 Stunden ■ Anstieg des Serumkreatinins von einem gemessenen Ausgangswert oder anzunehmenden Grundwert um mindestens 50 % innerhalb von 7 Tagen ■ Abfall der Urinausscheidung auf weniger als 0,5 ml/kg/h über mindestens 6 Stunden

Diese Definitionen werden in den im März 2012 veröffentlichten internationalen KDIGO-Leitlinien verwendet (www.kidney-international.org). Sie lösten die vorherigen Definitionen des akuten Nierenversagens der RIFLE-Kriterien und der AKIN-Definitionen ab. Die Diagnose „akute Nierenfunktionseinschränkung (AKI)“ 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 in der ICD-10-GM genutzte deutsche Begriff des akuten Nierenversagens als Übersetzung von akute 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.

Da das Kriterium, ob eine AKI vorliegt, ausschließlich die Nierenfunktion betrifft, wird von den nephrologischen Fachgesellschaften in Deutschland, Österreich und der Schweiz die Begrifflichkeit der akuten Nierenfunktionseinschränkung empfohlen (Dtsch Med Wochenschr 2022; 147(21): 1398-1406 DOI: 10.1055/a-1908-5163). Deshalb wird in diesem Kodierleitfaden ebenfalls für AKI anstatt akutes Nierenversagen die Begrifflichkeit „akute Nierenfunktionseinschränkung“ verwendet.

Der ICD-Kode für die AKI besteht aus fünf Stellen, wobei mit der 4. Stelle die Histologie einer Nierenschädigung und mit der 5. Stelle der Schweregrad der Nierenfunktionseinschränkung verschlüsselt wird.

Liegt keine Histologie vor (was die Regel sein dürfte), so ist mit N17.9- zu kodieren. Erfolgt wegen der akuten Nierenfunktionseinschränkung eine Dialysebehandlung (= Stadium 3), so ist an der 5. Stelle des Kodes eine „3“ zu kodieren (also N17.-3).

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-

Stadium des Akuten Nierenversagens (AKI) nach der ICD-10-GM	5. Stelle
Stadium 1 ■ Anstieg des Serum-Kreatinins um mindestens 50 % bis unter 100 % gegenüber dem gemessenen Ausgangswert oder anzunehmenden Grundwert innerhalb von 7 Tagen **oder** ■ Anstieg des Serum-Kreatinins um mindestens 0,3 mg/dl gegenüber dem gemessenen Ausgangswert innerhalb von 48 Stunden **oder** ■ Abfall der Diurese auf unter 0,5 ml/kg/h über 6 bis unter 12 Stunden	1
Stadium 2 ■ Anstieg des Serum-Kreatinins um mindestens 100 % bis unter 200 % gegenüber dem gemessenen Ausgangswert oder anzunehmenden Grundwert innerhalb von 7 Tagen **oder** ■ Abfall der Diurese auf unter 0,5 ml/kg/h über mindestens 12 Stunden	2
Stadium 3 ■ Anstieg des Serum-Kreatinins um mindestens 200 % gegenüber dem gemessenen Ausgangswert oder anzunehmenden Grundwert innerhalb von 7 Tagen **oder** ■ Anstieg des Serum-Kreatinins auf mindestens 4,0 mg/dl oder ■ Einleitung einer Nierenersatztherapie **oder** ■ Abfall der glomerulären Filtrationsrate auf unter 35 ml/min/1,73 m^2 Körperoberfläche bei Patienten bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres **oder** ■ Abfall der Diurese auf unter 0,3 ml/kg/h über mindestens 24 Stunden **oder** ■ Vorliegen einer Anurie über mindestens 12 Stunden	3
Stadium nicht näher bezeichnet	9

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 sowie bei Zuständen der Norm- oder Hyperhydratation gilt diese Voraussetzung nicht.

Damit enthält die ICD-10-GM eine ergänzende Formulierung, die nicht der KDIGO-Definition entspricht. Es ist klar darauf hinzuweisen, dass diese Ergänzung der Klassifikation in keiner Weise die Definitionskriterien der AKI nach KDIGO verändert. Eine AKI im Stadium 1 liegt medizinisch auch bei einem „nicht adäquaten, dem klinischen Zustand angepasster Hydratationszustand zum Zeitpunkt der Messungen" vor und ist damit unter der ICD-Kategorie N17.- zu klassifizieren.

Da die ICD-10-GM jedoch die Verwendung der 5. Stelle „1" für das Stadium 1 in diesem Fall explizit ausschließt, empfiehlt die DGfN behelfsmäßig die Nutzung der unspezifischen 5. Stelle „9" (Stadium nicht näher bezeichnet). Die DGfN ist sich bewusst, dass die Nutzung eines unspezifischen Kodes trotz klinisch möglicher spezifischer Beschreibung unbefriedigend ist und wird sich weiter dafür einsetzen, wieder eine Konsistenz von ICD-10-GM und der international gebräuchlichen Klassifizierung zu erwirken.

Die Kodierung der AKI erfolgt immer unabhängig davon, ob die Ursache prä-, intra- oder postrenal bedingt ist.

Die in der ICD-10-GM 2024 als Exklusiva aufgeführten Begriffe „extrarenale Urämie" bzw. „prärenale Urämie" (ICD-Kode R39.2) sind in der aktuellen nephrologischen Nomenklatur nicht mehr enthalten und somit nur noch als historische Begriffe anzusehen.

Eine AKD ohne Vorliegen einer AKI stellt ebenso wie die AKI eine akute Nierenkrankheit dar und sollte entsprechend klassifiziert werden. Die DGfN hat einen Anpassungsvorschlag zur sachgerechten

Abbildung in der ICD-10-GM gestellt[29] und empfiehlt bis zu einer Klarstellung in der ICD-10-GM unspezifische Kodierung N19 Nicht näher bezeichnete „Niereninsuffizienz“, denn ein AKD ohne AKI ist weder eine AKI (N17.-) noch eine CKD (N18.-).

AKD ohne AKI	Kode
Nicht näher bezeichnete „Niereninsuffizienz“	N19

Viele Patienten weisen bei der Aufnahme bereits eine AKI 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. Wenn kein gemessener Kreatinin-Wert innerhalb von 7 Tagen vorliegt, ist es eine ärztliche Aufgabe, aufgrund aller zur Verfügung stehenden Informationen einschließlich Anamnese, Krankheitsverlauf und gemessenen Werte den anzunehmenden Grundwert für das Kreatinin festzulegen. Wenn es im Verlauf zu einem Abfall bis hin zu einer Normalisierung der Retentionswerte kommt, ist es häufig sinnvoll, den niedrigsten während des Aufenthaltes gemessenen Kreatininwert als anzunehmenden Grundwert zu verwenden.

Nicht zu vergessen ist, dass die AKI auch durch einen Rückgang der Diurese definiert ist, jedoch nur, nachdem ein Volumenmangel behoben worden ist. Ein Rückgang der Diurese auf weniger als 0,5 ml/kg über 6–12 h ist als eine AKI zu klassifizieren, auch wenn dabei kein Anstieg des Serum-Kreatinins vorliegt. Einzig für die Klassifizierung des Stadiums 1 nach der ICD-10-GM ist dafür ein adäquater, dem klinischen Zustand angepasster Hydratationszustand zum Zeitpunkt der Messung erforderlich. Bei den Stadien 2 und 3 gilt diese Voraussetzung nicht.

Zu Diskussionen vor den Gerichten führt hier immer wieder die Frage, ab wann ein dem klinischen Zustand angepasster Hydratationszustand erreicht ist. Dieses ist im individuellen Fall anhand klinischer Parameter der Exsikkose und der dann erfolgten Volumengabe zu prüfen. Eine Hyperhydratation schließt die Kodierung des AKI-Stadiums 1 mit der ICD-10-GM im Gegensatz zu früheren Jahren nicht mehr aus.

Beispiel: Stationäre Aufnahme eines Patienten mit akuter Nierenfunktionseinschränkung (Serum-Kreatinin von 1,5 mg/dl) bei angepasstem Hydratationszustand. Im Laufe der Behandlung sinkt das Serum-Kreatinin auf minimal 1,0 mg/dl ab. Vor-Werte sind nicht bekannt. Zur Berechnung des Stadiums der AKI wird nun der niedrigste Wert (1,0 mg/dl) als Referenzwert verwendet. Vor der Aufnahme muss das Serum-Kreatinin also um mindestens 0,5 mg/dl angestiegen sein = 50 % des niedrigsten Wertes.

N17.91	*Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet, Stadium 1*

Typische Aufwände bei einer AKI, die die Kodierung als Nebendiagnose rechtfertigen können, sind:

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

Nicht selten kommt eine AKI im Rahmen medizinischer Maßnahmen (z. B. postoperativ oder nach Gabe von nephrotoxischen Substanzen vor). Die Verwendung des Kodes N99.0 *Nierenversagen nach medizinischen Maßnahmen* ist jedoch meist nicht regelkonform, da durch die Stadieneinteilung immer ein medizinisch spezifischerer Kode existiert (s. auch DKR D015u und Kapitel 4.4.9)[30].

Neben den Kodes aus N17.- gibt es weitere ICD-Kodes, die bei den entsprechenden Störungen zusätzlich oder insbesondere in Bezug auf die Wahl der Hauptdiagnose stattdessen zu verwenden sind.

[29] Der Vorschlag wurde allerdings von AG ICD und dem BfArM abgelehnt, weil die bisherige Kodierung nicht als problematisch angesehen wird.

[30] Zur gleichen Einschätzung kommt auch die SEG-4 des MD in ihrer Kodierempfehlung Nr. 577.

Diagnose	Kode
Hepatorenales Syndrom Die zugrundeliegenden Zustände sind **zusätzlich** anzugeben	K76.7
Nierenkrankheit, mit der Schwangerschaft verbunden	O26.81
„Niereninsuffizienz" nach Abort, Extrauteringravidität und Molenschwangerschaft Das Stadium des akuten Nierenversagens ist **zusätzlich** über einen Kode aus N17.- anzugeben	O08.4
Postpartales akutes Nierenversagen Das Stadium des akuten Nierenversagens ist **zusätzlich** über einen Kode aus N17.- anzugeben	O90.4

Typische Diagnosen im Zusammenhang mit einer AKI:

Diagnose	Kode
Kardiogener Schock	R57.0
Hypovolämischer Schock	R57.1
Septischer Schock	R57.2
Bakterielle Sepsis	A40.- -A41.-
SIRS infektiöser Genese mit Organkomplikation	R65.1!
Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: N. n.bez. Lokalisation Rhabdomyolyse	M62.89
Erworbene hämolytische Anämien	D59.-
Thrombotische Mikroangiopathie (Moschcowitz-Syndrom)	M31.1
Hämolytisch-urämisches Syndrom	D59.3

Zu den Elektrolytstörungen s. Kapitel 5.3.4.2.

Die AKI tritt als Organversagen häufig bei einer Sepsis auf. Entsprechend wird sie im auch SOFA-Score erfasst. Allerdings wird hierzu die AKI nach den Grenzwerten des SOFA-Scores und nicht nach KDIGO-Kriterien, d. h. allein nach Höhe des Serum-Kreatinins oder der Urinausscheidung, berücksichtigt. Einen Einfluss auf die Klassifizierung der AKI hat der SOFA-Score nicht.

5.3 Chronische Nierenkrankheit (CKD)

5.3.1 Definition der CKD

Nach den KDIGO-Leitlinien besteht eine chronische Nierenkrankheit, wenn ein struktureller Nierenschaden und/oder eine Einschränkung der Nierenfunktion mit einer glomerulären Filtrationsrate (GFR) unter 60 ml/min/1,73 m^2 über einen Zeitraum von mindestens drei 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 immer erforderlich.

Nach der Entscheidung des Schlichtungsausschusses richtet sich die *Kodierung des akuten und chronischen Nierenversagens nach dem Wortlaut der ICD-10-GM.* Die chronische Nierenkrankheit (CKD), die in der ICD-10-GM *(„chronische Niereninsuffizienz")* heißt und mit einem Kode aus N18.- zu klassifizieren ist, ist eine *strukturelle oder funktionelle Auffälligkeit der Niere über mehr als drei Monate mit Auswirkung auf die Gesundheit*[31].

Ein struktureller Nierenschaden besteht u. a. bei

- Vorliegen abnormaler Urin-Befunde (Albuminurie > 30 mg/g Kreatinin im Urin, auffälliges Urinsediment)
- Auffälliger Befund bei der Bildgebung (polyzystische oder dysplastische Nierenkrankheiten, Hydronephrose, Nierenarterienstenose, renales Tumorwachstum, kleine hyperechogene Nieren, verschmälerter Nierencortex)
- Auffälliger Befund in Histologie (glomeruläre, vaskuläre, tubulointerstitielle, 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

Unter Berücksichtigung der KDIGO-Leitlinie 2024 zu CKD Evaluation und Management und der European Renal Association (ERA) wird dazu folgendes Vorgehen empfohlen:

- Geschätzte GFR über Serumkreatininbestimmung (eGFRcreat) nach der EKFC Formel oder der CKD-EPI 2009. Die 2021 CKD-EPI Kreatinin-Formel (race-free) kann ebenfalls verwendet werden, hat aber etwas mehr bias bei „weißen" Patienten.
- Wenn eine akkuratere Schätzung der GFR die klinischen Entscheidungen und/oder die Prognose der CKD beeinflusst, sollte eine Formel verwendet werden, die auf der Kombination aus einer Bestimmung mittels Serumkreatinin und Serum-Cystatin C (eGFRcr-cys) basiert. Analog zu oben kann dies über die EKFCcreat/cysC erfolgen oder auch CKD-Epi(creat/cysC) 2021.
- Die Messung der Kreatinin-Clearance über Urinsammlung und die Abschätzung der GFR mit anderen Formeln können auch verwendet werden. In der ICD-10-GM gibt es keine Vorgabe oder Einschränkung dazu.
- Bei der Notwendigkeit, ein sehr genaues Ergebnis zu erzielen, da wichtige Entscheidungen von der GFR abhängen, kann auch eine gemessene GFR verwendet werden.

Vereinzelt von Kostenträgerseite geführte Diskussionen, dass alle GFR-Formeln nicht für Patientinnen und Patienten über 70 Jahre validiert sind und deshalb ab diesem Alter nur N18.89 kodiert werden dürfte, sind sachlich nicht richtig, da u. a. die EKFC-Formeln in diesem Alter validiert sind.

Die Einteilung der CKD der KDIGO 2024 nach GFR und Albuminurie und die sich ergebende Prognose orientiert sich an den KDIGO-Leitlinien. Auch wenn die Kodierung nur nach der GFR differenziert ist, ist dies nach der Diagnosestellung, insbesondere für die Einschätzung der Prognose klinisch bedeutsam.

5.3.2 Klassifizierung der CKD

Wenn eine CKD nach den Kriterien der KDIGO-Leitlinien vorliegt, kann diese nach KDIGO und der ICD-10-GM weiter differenziert werden.

Die ICD-10-GM teilt dabei die CKD nur nach dem Ausmaß der Nierenfunktionseinschränkung ein, wobei die bei der KDIGO-Einteilung zusätzlich verwendete Albuminausscheidung unberücksichtigt bleibt.

Stadieneinteilung der CKD nach KDIGO 2024 und ICD-10-GM:

[31] Entscheidung zur KDE 268, veröffentlicht am 30.09.2020

GFR-Kategorien in ml/min/1,73 m²		Albuminurie-Kategorie in mg/24 Stunden		
		A1 unter 30	A2 30 bis 300	A3 mehr als 300
CKD G1	GFR 90 oder höher	ICD-Kode: N18.1		
CKD G2	GFR 60 bis unter 90	ICD-Kode: N18.2		
CKD G3a	GRF 45 bis unter 60	ICD-Kode: N18.3		
CKD G3b	GFR 30 bis unter 45			
CKD G4	GFR 15 bis unter 30	ICD-Kode: N18.4		
CKD G5	GFR unter 15	ICD-Kode: N18.5		
CKD G5D	Dialysepflichtige chronische „Niereninsuffizienz“, ehemals terminale „Niereninsuffizienz“			

Beispiel

Ein Patient mit chronischer Nierenkrankheit wird mit einer Pneumokokkenpneumonie aufgenommen und während des Aufenthaltes dreimal dialysiert. Ein Zusatz „T“ kann für nierentransplantierte Patienten und ein Zusatz „D“ für Dialysepatienten in der klinischen Einteilung – aber nicht in der ICD-10-GM – ergänzt werden. Die Autoren geben die in früheren Auflagen des Kodierleitfadens vertretene Auffassung auf, dass nach Nierentransplantation unabhängig von der aktuellen GFR stets das Stadium 5 der CKD zu kodieren ist.

Die Kodes N18.1 und N18.2 dürfen nur dann kodiert werden, wenn eine chronische Nierenschädigung nachgewiesen wurde (z. B. Nierenbiopsie, pathologische Urinbefunde wie Urineiweißausscheidung, nach Nierentransplantation).

Wenn eine AKI zusammen mit einer chronischen Nierenkrankheit auftritt, so ist der Kode aus N17.- *Akutes Nierenversagen* vor dem Kode aus N18.- *Chronische Nierenkrankheit* zu kodieren und damit ggf. als Hauptdiagnose (DKR D006e).

In einigen ICD-Kodes ist eine Nierenkrankheit zwar 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 sind in diesem Fall durch Ergänzung des passenden Kodes aus N18.- mehrere Kodes für einen Krankheitszustand parallel zu kodieren.

Die Kodes N18.89 *Sonstige chronische Nierenkrankheit, Stadium nicht näher bezeichnet*, N18.9 *Chronische Nierenkrankheit, nicht näher bezeichnet* und N19 *Nicht näher bezeichnete „Niereninsuffizienz“* sollten in der Nephrologie nicht verwendet werden, da regelhaft eine spezifischere Kodierung möglich sein dürfte (Ausnahme N19 für AKD ohne AKI).

Der Kode N18.80 *Chronische Nierenfunktionsstörung* bezeichnet die einseitige chronische Nierenfunktionseinschränkung, wenn der Funktionsanteil der betroffenen Niere < 35 % beträgt. Dabei ist es unerheblich, mit welcher Methode der Funktionsanteil der Niere bestimmt wurde. Liegt eine CKD vor, sollte diese entsprechend ihrem Stadium zusätzlich kodiert werden.

5.3.3 Begleitkrankheiten der chronischen Nierenkrankheit

In der folgenden Tabelle werden häufige typische Begleitkrankheiten einer CKD aufgeführt.

Diagnose	Kode
Anämie bei sonstigen chronischen anderenorts klassifizierten Krankheiten Renale Anämie: D63.8* kann nur bei einer chronischen Nierenkrankheit in den Stadien 3 bis 5 (siehe Tabelle oben) zugewiesen werden	D63.8*
Sonstige Krankheit infolge tubulärer Schädigung Sekundärer Hyperparathyreoidismus renalen Ursprungs	N25.8
Perikarditis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten Urämische Perikarditis	I32.8*
Polyneuropathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten Urämische Neuropathie	G63.8*
Sonstige näher bezeichnete Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes Fibrose, systemisch, nephrogen	M35.8
Hypertensive Nierenkrankheit (s. Kapitel 5.10)	I12.-
Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit (s. Kapitel 5.10)	I13.-
Herzinsuffizienz (s. Kapitel 5.11.5)	I50.-
Vitamin-D-Mangel, nicht näher bezeichnet	E55.9

5.3.4 Klinische Zustände bei Nierenkrankheiten

5.3.4.1 Überwässerung und Exsikkose

Diagnose	Kode
Flüssigkeitsüberschuss	E87.7
Generalisiertes Ödem	R60.1
Pleuraerguss bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	J91*
Aszites	R18
Volumenmangel	E86

5.3.4.2 Elektrolytstörungen

Elektrolytstörung	Diagnose	Kode
Natrium und Osmolalität	*Hyperosmolalität und Hypernatriämie*	E87.0
	Hypoosmolalität und Hyponatriämie	E87.1
Kalium	*Hyperkaliämie*	E87.5
	Hypokaliämie	E87.6

Elektrolytstörung	Diagnose	Kode
Calcium	*Kalziphylaxie*	E83.50
	Sonstige Störungen des Kalziumstoffwechsels	E83.58
Phosphat	*Sonstige Störungen des Phosphorstoffwechsels und der Phosphatase* Hyperphosphatämie	E83.38
Magnesium	*Störungen des Magnesiumstoffwechsels*	E83.4

In der Regel wird bei einer Dialyse das komplexe Krankheitsbild einer Nierenfunktionsstörung behandelt. In seltenen Fällen, bei denen die stationäre Aufnahme ausschließlich zur Korrektur einer lebensbedrohliche Hyperkaliämie erfolgt, kann auch die Hyperkaliämie zur Hauptdiagnose werden.

Steht allerdings darüber hinaus im selben Aufenthalt auch die Grunderkrankung noch im Fokus, so wäre diese als Hauptdiagnose zu kodieren.

5.3.4.3 Säure-Basen-Haushalt

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

Diese Kodes gelten sowohl für die metabolische als auch für die respiratorische Azidose und Alkalose, nicht jedoch für Entgleisungen diabetischer Stoffwechsellagen (Ketoazidose, s. Kapitel 5.13).

5.3.4.4 Unsachgemäße Ernährung und übermäßiger Durst

Diagnose	Kode
Unsachgemäße Ernährung und Fehlernährung	R63.3
Polydipsie Übermäßiger Durst	R63.1

5.3.4.5 Weitere häufige klinische Zustände bei Nierenkrankheiten

Diagnose	Kode
Hyperurikämie ohne Zeichen von entzündlicher Arthritis oder tophischer Gicht	E79.0
Sonstiger Pruritus	L29.8

5.4 Dialyse, Plasmapherese, Adsorption und verwandte Verfahren

5.4.1 Abrechnung der Dialyse

Die Dialyse kann allgemeine oder nicht allgemeine Krankenhausleistung sein.

5.4.1.1 Dialyse nicht als allgemeine Krankenhausleistung

Gemäß § 2 Abs. 2 Satz 3 Nr. 1 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 und
- kein Zusammenhang mit dem Grund der Krankenhausbehandlung besteht.

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

Häufig ist diese Konstellation, wenn Patientinnen und Patienten von einem assoziierten ambulanten Zentrum während eines stationären Aufenthaltes weiter dialysiert werden. Die in diesem Fall durchgeführten Dialysen sind nicht vom Krankenhaus zu kodieren[32].

5.4.1.2 Dialyse als allgemeine Krankenhausleistung

Wenn allerdings nur ein Kriterium der drei oben genannten Kriterien nicht erfüllt ist, handelt es sich demzufolge um eine allgemeine Krankenhausleistung.

Das bedeutet trotzdem nicht, dass die Leistung zwingend vom versorgenden Krankenhaus erbracht werden muss, da allgemeine Krankenhausleistungen auch *vom Krankenhaus veranlasste Leistungen Dritter* umfassen können (§ 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHEntgG). Vom Krankenhaus veranlasste Leistungen Dritter sind allerdings vom Krankenhaus abzurechnen und dazu auch zu kodieren (s. auch Regelungen zu Verbringungen in den Kapiteln 3.11.3 und 4.5.7).

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: Ein dialysepflichtiger Patient wird wegen eines Beinbruchs in ein Krankenhaus ohne Dialyseeinrichtung eingeliefert und in einer ambulanten Dialyseeinrichtung dialysiert.

Abrechnung: Hier greift die Regelung des § 2 Abs. 2 Satz 3 Nr. 1 KHEntgG, d. h. die Dialyseleistungen sind nicht vom behandelnden Krankenhaus zu kodieren und abzurechnen, sondern gesondert von der ambulanten Dialyseeinrichtung mit den Krankenkassen. Um den Mehraufwand für die Dialysepflichtigkeit abzubilden, können die ICD-Kodes N18.5 *Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5* und Z99.2 *Langzeitige Abhängigkeit von Dialyse bei „Niereninsuffizienz“* verwendet werden.

[32] Siehe hierzu auch B 1 KR 34/15 R – Urteil BSG vom 19.04.2016

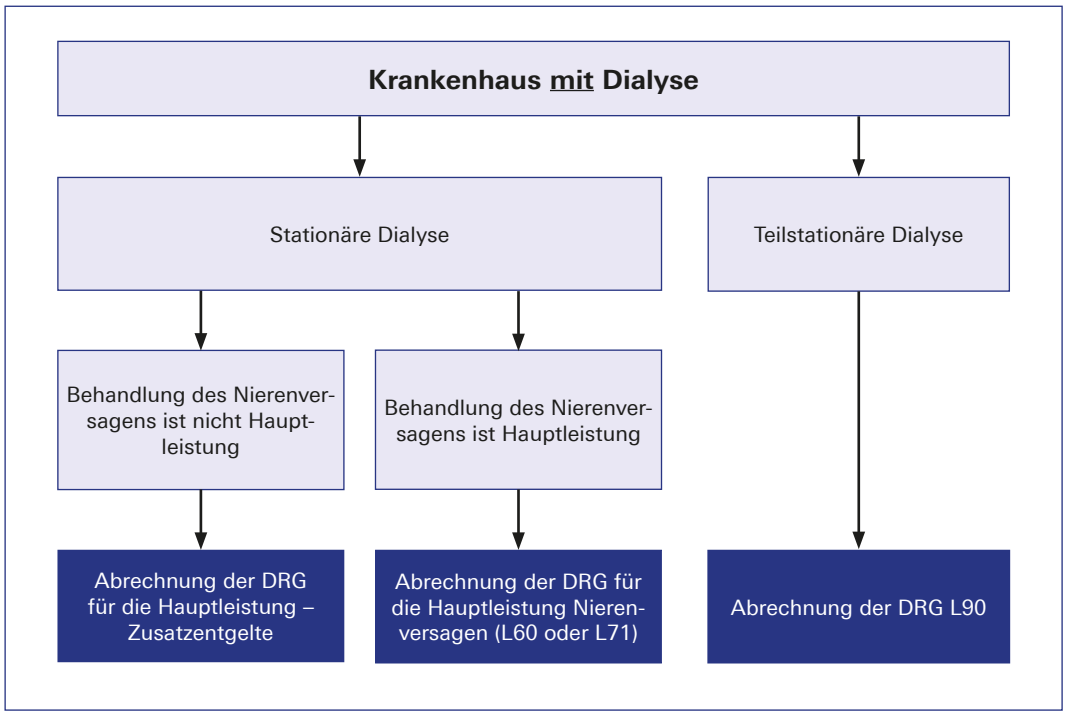

Abb. 1: Krankenhaus mit Dialyse

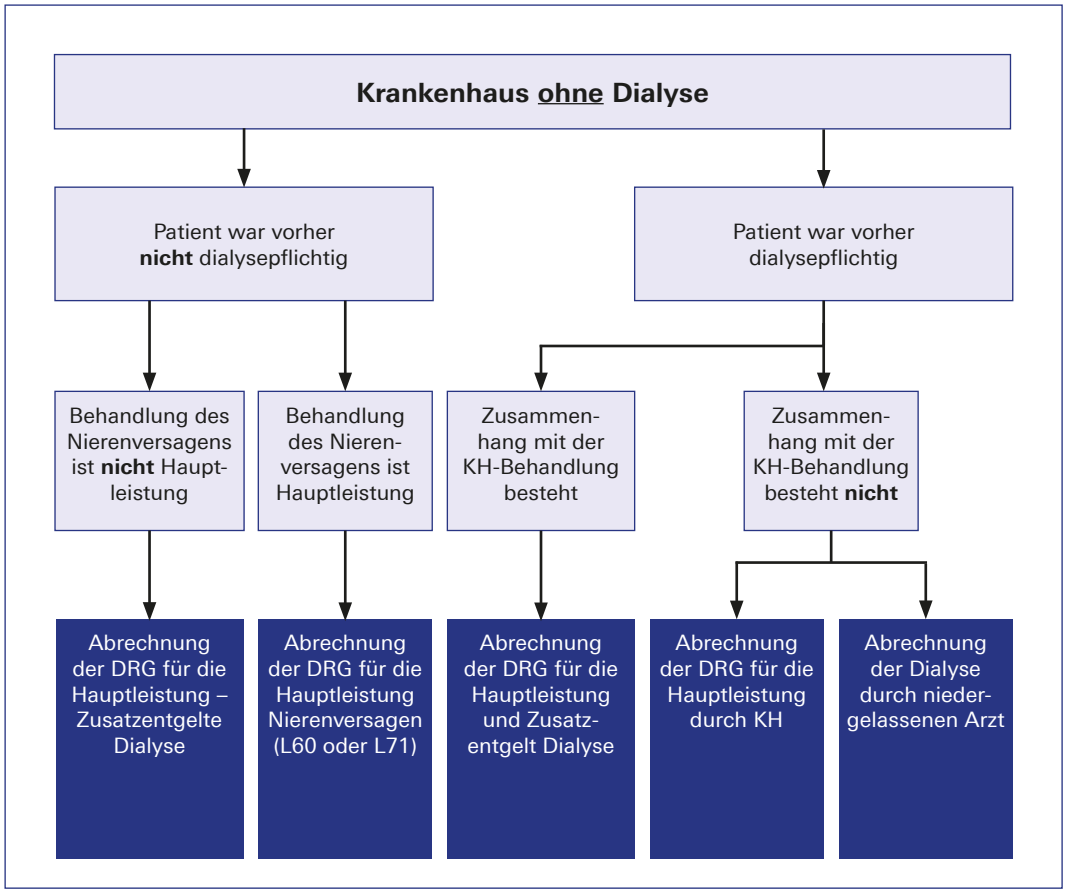

Abb. 2: Krankenhaus ohne Dialyse

Beispiel: Ein bislang schwer nierenkranker 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 eine akute Nierenfunktionseinschränkung dialysepflichtig. Die Dialysen werden im Rahmen einer Verbringung vom Nachbarkrankenhaus erbracht.

Abrechnung: Das Krankenhaus vergütet die Leistungen des dialysierenden Krankenhauses nach individueller Vereinbarung und rechnet die Zusatzentgelte zusammen mit der DRG selber ab.

5.4.1.3 Teilstationäre Dialyse

Die Behandlung von chronischen Dialysepatientinnen und -patienten kann die Eingliederung in das Versorgungssystem eines Krankenhauses erfordern, wenn der Gesundheitszustand 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 Schwerpunktklinik oder Schwerpunktabteilung, die eine Auffangdialyse bereitstellen, durchgeführt. Dies gilt insbesondere für chronische Dialysepatientinnen und -patienten mit besonderen Risikoprofilen, dekompensierten Komorbiditäten oder Vorerkrankungen, die in der ambulanten Versorgung ohne Krankenhausanbindung 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 entsprechend vergütet (s. Kapitel 3.2).

Die teilstationäre Dialyse wird über eigene DRGs abgebildet:

Teilstationäre DRG	
L90A	„Niereninsuffizienz“, teilstat., Alter < 15 J.
L90B	„Niereninsuffizienz“, teilstat., Alter > 14 J. mit Peritonealdialyse
L90C	„Niereninsuffizienz“, teilstat., Alter > 14 J. ohne Peritonealdialyse

Nephrologische Schwerpunktabteilungen sind verpflichtet, Kapazitäten für Auffangdialysen vorzuhalten (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) sofortige Behandlung von Patienten mit kompliziertem Dialyseverlauf und interkurrenten Erkrankungen.

Die Bestimmungen des Bundesmantelvertrages ermöglichen auch eine Zulassung nephrologischer Kliniken zur ambulanten (nicht: teilstationären) Dialyseleistung. Dies setzt eine individuelle Ermächtigung des nephrologischen Arztes/der nephrologischen Ärztin bzw. der Abteilung/Klinik voraus.

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 folgende Symptome/Krankheitsbilder in Abhängigkeit vom Schweregrad und Verlauf sein. Das Vorliegen von mindestens zwei der aufgeführten

Symptome/ Krankheitsbilder qualifiziert für eine teilstationäre Dialyse. In solchen Fällen darf eine teilstationäre Dialyse durchgeführt werden.

- *Erhöhtes Mortalitätsrisiko. [1]*
- *Häufig rezidivierende schwere intradialytische Blutdruckabfälle, z. B. bei Ultrafiltrationsintoleranz. [2]*
- *Persistierende schwere Hypotonie. [3]*
- *Instabile intradialytische Herz-Rhythmusstörungen. [4]*
- *Schwere Herzinsuffizienz, NYHA III–IV, häufig dekompensierend. [5]*
- *Schwere Herzklappenfehler/dissezierendes Aortenaneurysma. [6]*
- *Dekompensierte Leberzirrhose/hepatorenales Syndrom.*
- *Infektiöse, isolierungspflichtige Krankheitsbilder wie z. B. aktive Tbc.*
- *Unkontrollierte psychiatrische Krankheitsbilder, Eigengefährdung, Fremdgefährdung. [7]*
- *Patienten mit Ereignissen (z. B. abgelaufenes akutes Nierenversagen), bei denen es möglich erscheint, die Dialyse kurzfristig wieder zu beenden. [8]*
- *Patienten mit schweren Verläufen von Autoimmunkrankheiten. [9]*
- *Patienten mit mehr als einem vollstationären Aufenthalt pro Quartal, bei denen die Zahl der Krankenhausaufenthalte reduziert werden soll. [10]*
- *Häufig rezidivierende Dialysezugangsprobleme. [11]*
- *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.). [12]*

[1] 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.

[2] Bei ≥ 3 Maßnahmen-generierenden Blutdruckabfällen/Quartal

[3] RR systolisch < 100mmHg

[4] Wenn Maßnahmen zur Therapie oder Monitorüberwachung erforderlich sind.

[5] Hoher Schweregrad NYHA III-IV oder vor Dialyseeinleitung Notwendigkeit zur stationären Therapie 2×/6 Monate oder 3×/Jahr.

[6] Nur Stadien von Klappenvitien, die eine Indikation zur Klappenintervention darstellen.

[7] Fachärztlich psychiatrische Einschätzung notwendig.

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

[9] Bei einer über Glukokortikoide hinausgehende Immunsuppression oder bei über die Nieren hinausgehende Organbeteiligungen.

[10] Elektiv geplante Interventionen sind hierbei nicht zu berücksichtigen.

[11] ≥ 2 Interventionen/Jahr.

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

Das Vorhandensein der die teilstationäre Dialyse begründenden Symptome/Krankheitsbilder ist regelmäßig (6-monatlich) zu überprüfen und nachzuweisen. Patienten, die außerhalb der im Folgenden aufgelisteten Symptome/Krankheitsbilder in der teilstationären Dialyse behandelt werden (z. B. auf Grund der besonderen Schwere der Erkrankung oder nicht aufgelisteten Erkrankungen), bedürfen einer individuellen Begründung.

„Die teilstationäre Dialysebehandlung ist nicht an einen vollstationären Aufenthalt gebunden und ist anzuwenden bei Patienten mit zusätzlichen gesundheitlichen Risiken, bei denen aufgrund ihrer Erkrankung eine ambulante Zentrumsdialyse nicht möglich und eine Dialysebehandlung unter Klinikbedingungen mit engmaschiger, intensiver und fachübergreifender Betreuung und Überwachung erforderlich ist. Die Anwesenheit eines Nephrologen oder eines Arztes mit gleicher Qualifikation ist erforderlich. Für eine teilstationäre Behandlung ist die Infrastruktur eines Krankenhauses mit seiner nephrologischen Abteilung Bedingung.“[33]

[33] https://www.gbe-bund.de/glossar/Dialyseversorgungsarten.html

5.4.1.4 Zusatzentgelte für Dialyseverfahren

Bei vollstationären Fällen können, wenn nicht die DRGs der aDRGs L60A-C oder die DRG L71Z zur Abrechnung kommen, Zusatzentgelte für die Anwendung von Dialyseverfahren abgerechnet werden. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick:

ZE	Text
ZE01.01	*Hämodialyse, intermittierend, Alter > 14 Jahre*
ZE01.02	*Hämodialyse, intermittierend, Alter < 15 Jahre*
ZE02	*Hämodiafiltration, intermittierend*
ZE62	*Hämofiltration, intermittierend*
ZE119	*Hämofiltration, kontinuierlich*
ZE120	*Hämodialyse, kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD)*
ZE121	*Hämodiafiltration, kontinuierlich*
ZE122	*Peritonealdialyse, intermittierend, maschinell unterstützt (IPD)*
ZE123	*Peritonealdialyse, kontinuierlich, nicht maschinell unterstützt (CAPD)*
ZE2024-08	*Sonstige Dialyse*
ZE2024-82	*Peritonealdialyse, kontinuierlich, maschinell unterstützt (APD)*
ZE2024-109	*Dialyse mit High-Cut-off-Dialysemembran*

5.4.2 Aufnahme zur Dialyse

Werden Patienten speziell zur Dialyse aufgenommen, ist nach DKR 1401w:

- bei teil- und vollstationären Tagesfällen (inkl. Nachtdialyse) Z49.1 *Extrakorporale Dialyse* die Hauptdiagnose. Als Nebendiagnose wird die zugrundeliegende Krankheit kodiert.
- bei mehrtägigen Aufenthalten die Erkrankung, *die die Aufnahme ins Krankenhaus erforderte*[34], die Hauptdiagnose. Die Kodes Z49.1 *Extrakorporale Dialyse* und Z99.2 *Langzeitige Abhängigkeit von der Dialyse* werden nicht als Nebendiagnosen angegeben.

Beispiel: Ein Patient kommt speziell zur Dialyse und wird am gleichen Tag wieder entlassen.

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

Anmerkung: In diesem Fall kommen bei Erwachsenen die DRGs L71Z (vollstationär) oder L90C (teilstationär) zu Abrechnung. Die durchgeführte Dialyse ist hier nicht gesondert über ein ZE abrechenbar.

[34] Die Wortwahl „Aufnahme ins Krankenhaus erforderte“ in DKR 1401w unterscheidet sich ungünstiger Weise von der Wortwahl der DKR D002u („hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes verantwortlich“). Denkbar ist z. B., dass eine ambulant behandelbare Erkrankung aufgrund einer Nierenerkrankung mit parallel notwendiger Dialyse stationär behandelt werden muss. Den Aufenthalt veranlassend wäre die zu behandelnde Erkrankung, die dialysepflichtige Nierenerkrankung hätte aber die Aufnahme in das Krankenhaus erfordert. Es erscheint unwahrscheinlich, dass eine Abweichung von der Definition der Hauptdiagnose in DKR D002u intendiert ist. Dieser KLF empfiehlt daher bei mehrtägigen Aufenthalten die Hauptdiagnose nach der DKR D002u festzulegen.

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

Die OPS-Kodes für Dialyseleistungen sind unabhängig von der Indikation zur Therapie einheitlich zu kodieren.

Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über die Kodierung der verschiedenen Dialyseverfahren.[35]

Kodierung der Dialyseverfahren

			Hämodialyse		Hämofiltration		Hämodiafiltration		Peritonealdialyse	
			Antikoagulation****		Antikoagulation****		Antikoagulation****			
			Heparin/ keine Anti-koagulation	Sonstige Substanzen (inkl. Citrat)	Heparin/ keine Anti-koagulation	Sonstige Substanzen (inkl. Citrat)	Heparin/ keine Anti-koagulation	Sonstige Substanzen (inkl. Citrat)	nicht maschinell unterstützt	maschinell unterstützt
Intermittierend	Intermittierend	4–5 Stunden	8-854.2	8-854.3	8-853.3	8-853.4	8-855.3	8-855.4	8-857.0	
	Verlängert intermittierend	mehr als 6 Stunden	8-854.4	8-854.5	8-853.5	8-853.6	8-855.5	8-855.6		
	Verlängert intermittierend High Cut Off	mehr als 6 Stunden	8-854.8							
Kontinuierlich**	bis 24 Stunden***	bis 1 Tag	8-854.60	8-854.70	8-853.70	8-853.80	8-855.70	8-855.80	8-857.10	8-857.20
	mehr als 24–72 Stunden	2–3 Tage	8-854.61	8-854.71	8-853.71	8-853.81	8-855.71	8-855.81	8-857.11	8-857.21
	mehr als 72–144 Stunden	4–6 Tage	8-854.62	8-854.72	8-853.72	8-853.82	8-855.72	8-855.82	8-857.12	8-857.22
	mehr als 144–264 Stunden	7–11 Tage	8-854.63	8-854.73	8-853.73	8-853.83	8-855.73	8-855.83	8-857.13	8-857.23
	mehr als 264–432 Stunden	12–18 Tage	8-854.64	8-854.74	8-853.74	8-853.84	8-855.74	8-855.84	8-857.14	8-857.24
	mehr als 432–600 Stunden	19–25 Tage	8-854.66	8-854.76	8-853.76	8-853.86	8-855.76	8-855.86	8-857.16	8-857.26
	mehr als 600–960 Stunden	26–40 Tage	8-854.67	8-854.77	8-853.77	8-853.87	8-855.77	8-855.87	8-857.17	8-857.26
	mehr als 960–1.320 Stunden	41–55 Tage	8-854.68	8-854.78	8-853.78	8-853.88	8-855.78	8-855.88	8-857.18	8-857.26
	mehr als 1.320–1.680 Stunden	56–70 Tage	8-854.69	8-854.79	8-853.79	8-853.89	8-855.79	8-855.89	8-857.19	8-857.26
	mehr als 1.680–2.040 Stunden	71–85 Tage	8-854.6a	8-854.7a	8-853.7a	8-853.8a	8-855.7a	8-855.8a	8-857.1a	8-857.26
	mehr als 2.040–2.400 Stunden	86–100 Tage	8-854.6b	8-854.7b	8-853.7b	8-853.8b	8-855.7b	8-855.8b	8-857.1b	8-857.26
	mehr als 2.400 Stunden	mehr als 100 Tage	8-854.6c	8-854.7c	8-853.7c	8-853.8c	8-855.7c	8-855.8c	8-857.1c	8-857.26

** Die kontinuierliche Dialyse ist bei Beginn der Behandlung für einen Zeitraum von mehr als 24 Stunden geplant. *** Mit diesen Kodes wird eine kontinuierliche Dialyse kodiert, die für mehr als 24 Stunden geplant war, aber weniger als 24 Stunden dauerte. **** Die Art der Antikoagulation sowie die Anwendung unterschiedlicher Substanzen (Heparin, Argatroban, Citrat, Danaparoid, Lepirudin) wird im entsprechenden Kode angegeben.

5.4.3.1 Intermittierende Blutreinigungsverfahren (bis 6 h)

Bei den intermittierenden Verfahren wird jede einzelne Behandlung angeben. 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.

[35] Die Tabelle ist dem aktuellen Dialysestandard der DGfN entnommen https://www.dgfn.eu/dialyse-standard.html

Zu den intermittierenden intrakorporalen Verfahren zählt auch die intermittierende Peritonealdialyse (IPD), die ebenfalls in der Woche an 3–4 Tagen mit einer täglichen Dauer von jeweils 8–12 Stunden erfolgt.

5.4.3.2 Verlängert intermittierende Blutreinigungsverfahren (6–24 h)

Zu den verlängert intermittierenden extrakorporalen Verfahren gehören die Dialyseverfahren, die als „extended daily dialysis" (EDD) im Allgemeinen mehr als 6 Stunden und als „Slow extended daily dialysis" bzw. „Sustained Low-efficiency 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, Stand 2022).

Seit 2009 ist auch die verlängert intermittierende Dialyse z. B. zur Elimination von Leichtketten im OPS gesondert kodierbar.

Prozedur	Kode
Verlängert intermittierende Hämodialyse zur Elimination von Proteinen mit einer Molekularmasse bis 60.000 Inkl.: Elimination von Leichtketten	8-854.8

5.4.3.3 Kontinuierliche Blutreinigungsverfahren (> 24 h)

Kontinuierliche Blutreinigungsverfahren sind Verfahren, bei denen eine Behandlung von 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). Im Hinblick auf die Kodierung kommt es nicht auf das verwendete Gerät, sondern auf den Dialysemodus und **die geplante Länge** der Behandlung an. Es muss sichergestellt sein, dass eine kontinuierliche Behandlung ohne dazwischenliegende Pausen durchgeführt werden kann.

Bei den kontinuierlichen Verfahren wird mit der sechsten Stelle des Kodes die Dauer des Behandlungszyklus verschlüsselt. *Bei mehreren Anwendungen eines kontinuierlichen Verfahrens während eines stationären Aufenthaltes ist jede Anwendung mit einem Kode zu verschlüsseln.* Es erfolgt keine Addition der Behandlungszeiten über die unterschiedlichen Verfahren (DKR 1401w).

Bei der kontinuierlichen Hämodialyse beginnt ein Behandlungszyklus mit Anschluss an die Dialysemaschine und endet mit Entlassung des Patienten oder der Unterbrechung des Verfahrens für mehr als 24 Stunden. Bei Filter-, Beutel-, System- oder Datumswechsel sowie bei einer Unterbrechung von bis zu 24 Stunden ist keine neue Verschlüsselung der Prozedur erforderlich. *Am letzten Tag des Behandlungszyklus wird die Stundenzahl von 00:00 Uhr bis zur tatsächlichen Beendigung des Verfahrens, auf volle Stunden aufgerundet, berechnet*[36]. Auch Unterbrechung durch Diagnostik, Auslassversuch etc. sind bei kontinuierlichen Nierenersatzverfahren für die Berechnung der zu kodierenden Dauer eines Behandlungszyklus zu berücksichtigen und nicht zum Abzug zu bringen..

Eine Dialysebehandlung, die für mehr als 24 Stunden geplant ist, aber vorher beendet wird, ist trotzdem als kontinuierliches Verfahren zu verschlüsseln.

[36] https://www.g-drg.de/schlichtungsausschuss-nach-19-khg/entscheidungen-des-schlichtungsausschusses

Beispiel: Ein Patient erhält seit dem Aufnahmetag eine kontinuierliche Hämodialyse, die am dritten Tag aufgrund einer CT-Untersuchung für 3 Stunden unterbrochen und danach noch weitere zwei Tage fortgeführt wird.

OPS	8-854.62	Hämodialyse: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 72 bis 144 Stunden

Anmerkung: Die kontinuierliche Dialyse wird ohne Unterbrechung kodiert. Die Zeit ohne Dialyse während der CT-Untersuchung wird nicht von der Gesamtdauer abgezogen

Die kontinuierliche arteriovenöse Hämofiltration (CAVH) und Hämodiafiltration (CAVHDF) kommen in Deutschland so gut wie nicht mehr zum Einsatz, so dass auf die Darstellung der OPS-Kodes (8-853.1- und 8-855.1-) verzichtet wird.

5.4.3.4 Antikoagulation

Bei den extrakorporalen Dialyseverfahren wird mit 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 andererseits.

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.

5.4.3.5 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 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 IPD wird nicht als Heimdialyseverfahren durchgeführt, die Betreuung erfolgt in der Regel in einem Zentrum (Dialysestandard, Stand 2022).

5.4.3.6 Therapeutische Spülung über Peritonealdialysekatheter

Zum Beispiel zur Gabe von Antibiotika und nach Operationen.

Prozedur	Kode
Therapeutische Spülung über liegenden intraperitonealen Katheter Inkl.: Peritonealdialysekatheter	8-179.0

Dieser Kode ist nicht im Kontext einer Dialyse zu verwenden.

5.4.4 Plasmapherese und weitere extrakorporale Verfahren

Die Plasmapherese und weitere extrakorporale Verfahren (Synonym: Therapeutische Apherese) sind ausführlich im Standard der therapeutischen Apherese (Stand 2023 mit Update 2025 für den Aspekt Kostenerstattung der Therapeutischen Apherese im stationären Bereich) der DGfN[37] definiert und beschrieben.

5.4.4.1 Plasmapherese

Bei der Plasmapherese erfolgt die Substitution durch eine Albuminlösung (Humanalbumin). Beim Plasmaaustausch erfolgt die Substitution mit Frischplasma oder kryodepletiertem Plasma (Standard therapeutische Apherese, Stand 2023).

- 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, d. h. die OPS-Kodes 8-812.6-, 8-812.7- bzw. 8-812.8 für eine *Transfusion von Plasma* dürfen nicht zusätzlich zu einer Plasmapherese kodiert werden. Desgleichen ist eine Kodierung des verwendeten Plasmavolumens nicht verschlüsselbar.

Prozedur	Kode
Plasmapherese mit normalem Plasma	8-820.0-
Plasmapherese mit kryodepletiertem Plasma	8-820.1-
Plasmapherese mit gefrorenem, pathogenreduziertem Plasma Apheresefrischplasma vom Einzelspender, Pathogenreduziertes und zellfreies Poolplasma	8-820.2-

An der 6. Stelle wird die Anzahl der durchgeführten Behandlungen während des Abrechnungsfalles angegeben (CAVE: die Ziffer des Kodes entspricht nicht der Anzahl selbst!).

5.4.4.2 Doppelfiltrationsplasmapherese (Membran-Differenzial-Filtration, MDF)

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

An der 6. Stelle wird die Anzahl der durchgeführten Behandlungen während des Abrechnungsfalles angegeben (CAVE: die Ziffer des Kodes entspricht nicht der Anzahl selbst!).

[37] https://www.dgfn.eu/apherese-standard.html

5.4.4.3 Adsorption und verwandte Verfahren

Sofern nicht anders angegeben, ist jede durchgeführte (Immun-)Adsorption gesondert zu kodieren.

Hämoperfusion [Vollblut-Adsorption]	Kode
Selektiv, zur Entfernung hydrophober Substanzen (niedrig- und/oder mittelmolekular) Zytokin-Adsorption	8-821.30
Selektiv, zur Entfernung sonstiger Substanzen	8-821.31
Spezifisch	8-821.32

Bei der Hämoperfusion (Synonyme: Vollblut-Adsorption, Hämoadsorption) wird Vollblut durch einen Adsorber zur extrakorporalen Elimination von Toxinen oder Pathogenen geleitet. Deshalb wurde die Hämoperfusion in den Kodebereich Adsorption und verwandte Verfahren verschoben.

Bestimmt durch die Eigenschaften der in Wechselwirkung tretenden Blutkomponenten und der Liganden-Matrices (d. h. der Adsorption) wird zwischen spezifischer und selektiver Adsorption unterschieden. Bei der spezifischen Adsorption werden ausschließlich exakt definierte Komponenten des Blutes oder Plasmas eliminiert, die dem Therapieziel entsprechen. Bei der selektiven Adsorption wird ein Spektrum von Substanzen aus dem Blut eliminiert, das auch Substanzen enthält, die nicht dem Therapieziel entsprechen.

Adsorption zur Entfernung von Immunglobulinen und/oder Immunkomplexen	Kode
Mit nicht wiederverwendbarem und nicht regenerierbarem Adsorber	8-821.40
Mit nicht wiederverwendbarem und regenerierbarem Adsorber	8-821.41
Mit wiederverwendbarem und regenerierbarem Adsorber, Erstanwendung Hinw.: nur einmal pro therapeutischem Protokoll anzugeben, jede weitere Anwendung ist über den OPS 8-821.43 gesondert zu kodieren	8-821.42
Mit wiederverwendbarem und regenerierbarem Adsorber, weitere Anwendung	8-821.43

Die Immunadsorption wird als Adsorption zur Entfernung von Immunglobulinen und/oder Immunkomplexen bezeichnet, um die Ausrichtung der Klassifikation auf die Zielsubstanz der Adsorption zu betonen. Bei der Kodierung wird nicht zwischen spezifischer und selektiver Adsorption unterschieden.

Nicht wiederverwendbare und nicht regenerierbare Adsorber werden während der Behandlung ohne Unterbrechung vom zu behandelnden Plasma durchflossen und anschließend entsorgt.

Bei nicht wiederverwendbaren und regenerierbaren Adsorbern, kann deren Adsorptionskapazität während der Behandlung durch einen erfolgenden Regenerationsvorgang (Desorptions- und Spülprozess; Doppelsäulen-Systeme oder System mit sequenzieller kurzzeitiger Unterbrechung des Adsorptionsvorgangs zur Desorption und Spülung) wiederhergestellt werden. Diese Adsorber werden nur für eine Behandlung eingesetzt und nicht wiederverwendet.

Bei wiederverwendbaren und regenerierbaren Adsorbern kann die Adsorptionskapazität durch einen während und nach der Behandlung erfolgenden Regenerationsvorgang (Desorptions- und Spülprozess; Doppelsäulen-Systeme) wiederhergestellt werden. Zusätzlich kann der Adsorber bei demselben Patienten für Folgebehandlungen wiederverwendet werden. Jede dieser Behandlungen ist gesondert zu kodieren.

C-reaktives-Protein-Apherese [CRP-Apherese]	Kode
Mit wiederverwendbarem und regenerierbarem Adsorber, Erstanwendung Hinw.: nur einmal pro therapeutischem Protokoll anzugeben, jede weitere Anwendung ist über den OPS 8-821.51 gesondert zu kodieren	8-821.50
Mit wiederverwendbarem und regenerierbarem Adsorber, weitere Anwendung	8-821.51

5.4.4.4 Lipoproteinapherese

LDL-Apherese einschließlich der Lipid- und Lipoprotein(a)-Apherese.

Prozedur	Kode
Lipoproteinapherese LDL-Apherese	8-822

Der Begriff Lipoproteinapherese ersetzt die älteren Synonyme Lipidapherese oder LDL-Apherese. Alle etablierten Verfahren der Lipoproteinapherese sind selektive Aphereseverfahren mit dem Ziel Lipoproteine aus dem Blut oder Plasma zu eliminieren, insbesondere die LDL-Partikel, aber auch größere triglyzeridreiche Lipoproteine.

Jede Durchführung ist gesondert zu kodieren.

5.4.4.5 Zellapherese zu therapeutischen Zwecken

Prozedur	Kode
Zellapherese Gewinnung von Granulozytenkonzentraten oder Stammzellen	8-823

Jede Durchführung ist gesondert zu kodieren.

5.4.4.6 Spezielle Zellaphereseverfahren

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

Jede Durchführung ist gesondert zu kodieren.

5.4.4.7 Photopherese

Prozedur	Kode
Photopherese Extrakorporale Photochemotherapie	8-824

Jede Durchführung ist gesondert zu kodieren.

5.4.4.8 Leberersatztherapie

Zu den Verfahren der Leberersatztherapie zählen unter anderem das Molecular Absorbent Recirculating System (MARS, OPAL), die fraktionierte Plasmaseparation, Absorption und Dialyse, Advanced Organ Support (ADVOS), die Albumindialyse sowie die Bilirubin-Gallensäure-Absorption.

Extrakorporale Leberersatztherapie [Leberdialyse]	Kode
Ohne individualiserte pH-Steuerung zum Azidoseausgleich	8-858.0
Mit individualiserter pH-Steuerung zum Azidoseausgleich	8-858.1

Für die Bilirubin-Gallensäure-Adsorption mit selektiver Hämoperfusion wird derzeit der Kode 8-821.30 verwendet.

5.4.4.9 Zusatzentgelte für die Plasmapherese und weitere extrakorporale Verfahren

Wie für Dialysen auch, können für die meisten Plasmapheresen extrakorporalen Verfahren Zusatzentgelte abgerechnet werden. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick für die häufigsten Verfahren.

ZE	Verfahren (OPS)	Kode
ZE36 (Subdifferenzierung nach Anzahl)	*Therapeutische Plasmapherese*	8-820.-
	Doppelfiltrationsplasmapherese (DFPP)	8-826.-
ZE37	*Photopherese*	8-824
ZE61	*Lipoprotein-Apherese*	8-822
ZE2024-09	*Hämoperfusion [Vollblut-Adsorption]*	8-821.3-
ZE2024-10	*Extrakorporale Leberersatztherapie [Leberdialyse]*	8-858.-
ZE2024-13	*Adsorption zur Entfernung von Immunglobulinen und/oder Immunkomplexen*	8-821.4-
ZE2024-15	*Zellapherese*	8-823
	Spezielle Zellaphereseverfahren	8-825.-
NUB2024-217	*C-reaktives-Protein-Apherese [CRP-Apherese]*	8-821.5-

5.4.5 Vorbereitung auf die Dialyse und Shuntanlage

Wird eine Patientin oder ein Patient mit fortgeschrittener CKD speziell zur Anlage eines Dialyseshuntes, eines Dauerdialyse-Katheters oder zur Implantation eines PD-Katheters aufgenommen, ist die chronische Nierenkrankheit die Hauptdiagnose. Wird ein Shunt aufgrund einer anderen Grunderkrankung (z. B. Fettstoffwechselstörung) angelegt, so ist diese zu kodieren.

Erfolgt die stationäre Aufnahme bei einer Shuntkomplikation und es erfolgt eine Neuanlage eines AV-Shunts oder einer AV-Fistel, so ist analog zu kodieren. Die Shuntkomplikation kann ggf. als Nebendiagnose kodiert werden (s. Kapitel 5.4.6)[38].

[38] s. auch KDE 466 (Fall 5) der SEG 4 (FoKA: Konsens) https://foka.medizincontroller.de/index.php/KDE-466. Dieser Sichtweise schließt sich nun die DGfN an.

5.4.5.1 Anlage Revision und Verschluss eines arteriovenösen Shunts

Die notwendigen gefäßchirurgischen oder interventionellen Eingriffe werden primär mit Kodes aus folgenden OPS-Klassen kodiert.

OPS-Klasse	Kode
Anlegen eines arteriovenösen Shuntes	5-392.-
Revision einer Blutgefäßoperation	5-394.-
(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention	8-836.-

Hinzu kommen eine Vielzahl weiterer Kodes, die das operative Vorgehen und verwendete Materialien noch genauer beschreiben.

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

Die Kodierrichtlinie DKR 0912f legt fest, dass lediglich bei gezielter Aufnahme zum operativen Verschluss einer AV-Fistel oder zum Entfernen eines AV-Shunts der prozedurale Kode Z48.8 als Hauptdiagnose zu verwenden ist.

Beispiel operativer Shuntverschluss		Kode
HD	*Sonstige näher bezeichnete Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff*	Z48.8
OPS	*Verschluss eines arteriovenösen Shuntes*	5-394.6

5.4.5.2 Anlage und Wechsel eines Akutdialyse-Katheters

Prozedur	Kode
Legen eines großlumigen Katheters zur extrakorporalen Blutzirkulation in ein zentralvenöses Gefäß	8-831.04
Wechsel eines großlumigen Katheters zur extrakorporalen Blutzirkulation in ein zentralvenöses Gefäß	8-831.24

Für die Entfernung eines Akutdialysekatheters gibt es keinen eigenständigen Kode.

5.4.5.3 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 oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen Portsystem, zentralvenöser Katheter zu Dialysezwecken (Demers-Katheter)	5-399.5
Revision von venösen Katheterverweilsystemen	5-399.6
Explantation von venösen Katheterverweilsystemen	5-399.7

5.4.5.4 Anlage und Entfernung eines Peritonealdialysekatheters

Prozedur	Kode
Implantation eines Katheterverweilsystems in den Bauchraum, subkutan getunnelt: Zur Peritonealdialyse	5-549.20
Revision eines Katheterverweilsystems in den Bauchraum, subkutan getunnelt: Zur Peritonealdialyse	5-549.30
Entfernung eines Katheterverweilsystems in den Bauchraum, subkutan getunnelt: Zur Peritonealdialyse	5-549.40

5.4.6 Komplikationen durch den Dialysezugang

Die korrekte Klassifizierung von Komplikationen durch den Dialysezugang war und ist häufig Gegenstand von Abrechnungsstreitigkeiten.

Folgende Grundsätze sind zu beachten:

1. Komplikationen am Dialysezugang (Shunt oder Katheter) selbst sind – unabhängig davon, ob alloplastisches, allogenes oder autogenes Material – verwendet wurde, mit einem ICD-Kode der Kategorie T82.- *Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen* (für AV-Fistel/-Shunt) zu klassifizieren. Eine Shuntthrombose ist daher entgegen DKR D015u nicht als Thrombose, sondern unspezifisch als „Sonstige Komplikation" zu klassifizieren[39]. Komplikationen am Katheter zur Peritonealdialyse sind mit einem Kode aus der Kategorie T85.- *Komplikationen durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate* (für Katheter zur Peritonealdialyse) zu klassifizieren.

2. Als mechanische Komplikationen sind nach der ICD-10-GM beispielsweise folgende Zustände zu klassifizieren:

   - Fehllage
   - Leckage
   - Obstruktion, mechanisch
   - Perforation
   - Protrusion
   - Verlagerung
   - Versagen (mechanisch)

3. Als sonstige Komplikationen sind nach der ICD-10-GM beispielsweise folgende Zustände zu klassifizieren:

   - Blutung
   - Embolie
   - Fibrose
   - Schmerzen
   - Stenose
   - Thrombose

[39] S. auch: Entscheidung des Schlichtungsausschusses zur KDE 466 (ehemals KDE 20), veröffentlicht am 06.10.2020 https://foka.medizincontroller.de/index.php/KDE-466

Komplikation Dialyse	Kode
Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte und Implantate im Herzen und in den Gefäßen z. B. Knickstenose	T82.5
Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	T82.7
Sonstige näher bezeichnete Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen z. B. Thrombose	T82.8

Auch die AV-Fisteln und -Shunts ohne alloplastisches Material sind klassifikatorisch der textlich unpassend erscheinenden ICD-Kategorie T82.- *Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen* zugeordnet.

Die KDE 466 der SEG 4 (Fall 4) empfiehlt für die Thrombose des Dialyseshunts – ohne nähere Begründung und entgegen der Kodierhinweise in der ICD-10-GM – den ICD-Kode für eine mechanische Komplikation (T82.5). Der Kodierempfehlung der SEG 4 sollte nicht gefolgt werden. Auch das alphabetische Verzeichnis der ICD-10-GM verweist bei der Thrombose eines AV-Shunts auf den ICD-Kode T82.8.

Das Steal-Syndrom ist eine schwerwiegende Komplikation, die bei einem arteriovenösen Shunt auftreten kann. Das Steal-Syndrom ist eine Komplikation, die nicht am Shunt selbst auftritt und wäre daher nach DKR D015u eigentlich mit einem ICD-Kode zu verschlüsseln, der primär das Steal-Syndrom beschreibt.

Das BfArM ist dem Antrag der DGfN auf einen eigenen Kode nicht gefolgt und ordnet das Steal-Syndrom ab 2025 dem völlig unspezifischen ICD-Kode I97.89 S*onstige Kreislaufkomplikationen nach medizinischen Maßnahmen*, anderenorts nicht klassifiziert zu.

Erfolgt die stationäre Aufnahme zur kompletten Neuanlage eines AV-Shunts oder einer AV-Fistel, so ist auch bei einer Verursachung durch eine Shuntkomplikation die Grunderkrankung (in der Regel N18.5 *Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5*) als Hauptdiagnose zu kodieren. Die Shuntkomplikation ist nur dann als Nebendiagnose zu kodieren, wenn diese auch zusätzlich behandelt wird (z. B. Behandlung der Shuntkomplikation bei gleichzeitiger Neuanlage an der Gegenseite).

Komplikation Peritonealdialyse	Kode
Mechanische Komplikation durch sonstige näher bezeichnete interne Prothesen, Implantate oder Transplantate z. B. Fehllage, Leckage	T85.6
Infektion und entzündliche Reaktion durch Katheter zur Peritonealdialyse z. B. Infektion an der Katheteraustrittstelle oder des Peritonealdialysekatheter-Tunnels	T85.71
Sonstige und nicht näher bezeichnete akute Peritonitis	K65.09
Sonstige Komplikationen durch interne Prothesen, Implantate oder Transplantate, anderenorts nicht klassifiziert z. B. Thrombose	T85.88

Bei Infektionen sind nachgewiesene Erreger zusätzlich anzugeben (z. B. B95.7! *Sonstige Staphylokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind*).

5.4.6.1 Behandlung von Shuntkomplikationen

Ein künstlich angelegter Shunt ist – unabhängig davon, ob alloplastisches Material genutzt wurde – als künstliches Gefäß im Sinne des OPS anzusehen. Die interventionelle Behandlung von Shuntkomplikationen wird daher durch die folgenden Kodes verschlüsselt.

Prozedur	Kode
(Perkutan-)transluminale Ballon-Angioplastie: Künstliche Gefäße	8-836.0e
(Perkutan-)transluminale selektive Thrombolyse: Künstliche Gefäße	8-836.7e
(Perkutan-)transluminale Thrombektomie: Künstliche Gefäße	8-836.8e

5.4.7 Beispiele für mit extrakorporalen Therapieverfahren behandelbare Krankheiten

Diagnose	Kode
Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	E78.-
Störungen des Kalziumstoffwechsels	E83.5-
Veränderte Plasmaviskosität 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-
Chronische lymphatische Leukämie vom B-Zell-Typ [CLL]	C91.1-
Guillain-Barré-Syndrom Polyradikuloneuritis	G61.0
Myasthenia gravis	G70.0
Akutes und subakutes Leberversagen, anderenorts nicht klassifiziert	K72.0
Alkoholtoxisches Leberversagen	K70.4-
Toxische Leberkrankheit mit Lebernekrose	K71.1
Akutes Atemnotsyndrom des Kindes, Jugendlichen und Erwachsenen [ARDS]	J80.0-
Dilatative Kardiomyopathie	I42.0
Idiopathischer Hörsturz	H91.2
Degeneration der Makula und des hinteren Poles Senile Makuladegeneration	H35.3-
Hämorrhagische Diathese durch Antikoagulanzien und Antikörper Hemmkörperhämophilie	D68.3-
Seropositive chronische Polyarthritis	M05.-
Sonstige chronische Polyarthritis	M06.-

5.5 Transplantation

Bei der Kodierung der Organentnahme und Organtransplantation ist zwischen Spender und Empfänger zu unterscheiden. Bei der Spende wird zwischen einer Lebendspende und einer Leichenspende unterschieden[40].

5.5.1 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 beim Spender ggf. vorliegende Nebendiagnosen.

Wird eine Lebendspende einer Niere durchgeführt, ist die Hauptdiagnose immer:

Diagnose	Kode
Nierenspender	Z52.4

Folgende OPS werden meist für die Lebendspende genutzt:

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, offen chirurgisch, thorako-abdominal	5-554.82
Nephrektomie zur Transplantation, Lebendspender, laparoskopisch oder retro-peritoneoskopisch	5-554.83

5.5.2 Evaluation des Empfängers

Erfolgt die medizinische Evaluation zur Transplantation während eines stationären Aufenthaltes, wird diese Leistung kodiert.

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 Nieren-transplantation	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

[40] DKR P015u https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2024/kodierrichtlinien/deutsche-kodierrichtlinien-2024

Prozedur	Kode
Re-Evaluation, mit Aufnahme oder Verbleib eines Patienten auf eine(r) Warteliste zur Nierentransplantation	1-920.30
Re-Evaluation, mit Herausnahme eines Patienten aus einer 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 oder Verbleib eines Patienten auf eine(r) Warteliste zur Pankreastransplantation	1-920.35
Re-Evaluation, mit Herausnahme eines Patienten aus einer Warteliste zur Pankreastransplantation	1-920.45

Weiterhin wird über einen ICD-Kode angeben, 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

Diese Kodes können verwendet werden, wenn die Registrierung zur Organtransplantation erfolgt ist und solange diese weiterhin Gültigkeit besitzt. Die Registrierung muss daher nicht im aktuellen stationären Aufenthalt erfolgt sein. Die Kriterien einer Nebendiagnose nach DKR D003u müssen für die Kodierung nicht erfüllt sein[41].

5.5.3 Warteliste für Nierentransplantation

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

Stationäre Behandlung bei erfolgter Aufnahme auf die Warteliste zur Organtransplantation:

[41] s. auch Entscheidung des Schlichtungsausschusses zu KDE 433, veröffentlicht am 16.12.2020 (https://foka.medizincontroller.de/index.php/KDE-433)

Organ	Behandlungstage	Kode
Vor einer Nierentrans-plantation	*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 Pankreastrans-plantation	*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. Der stationäre Aufenthalt dauert 9 Tage.

HD:	N18.5	*Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5*
ND:	Z75.60	*Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation ohne Dringlichkeitsstufe HU (High Urgency): Niere*
PR:	8-97c.50	*Stationäre Behandlung bei erfolgter Aufnahme auf die Warteliste zur Organtransplantation: Bis 15 Behandlungstage: Vor einer Nieren-transplantation*
	1-920.20	*Medizinische Evaluation und Entscheidung über die Indikation zur Trans-plantation: Vollständige Evaluation, mit Aufnahme eines Patienten auf eine Warteliste zur Organtransplantation: Nierentransplantation*
	8-854.2	*Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation* (Die Anzahl der Kodes richtet sich nach der Anzahl der durchgeführten Behandlungen)

5.5.4 Nieren- und Pankreastransplantation

Beim Empfänger des transplantierten Organs richtet sich die Hauptdiagnose nach dem Grund der Aufnahme; bei der Nierentransplantation also N18.5 *Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5 (Terminale „Niereninsuffizienz")* oder N18.4 *Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4 (präterminale „Nieren-insuffizienz")*.

In dem stationären Aufenthalt der Nieren- und/oder Pankreastransplantation wird die präoperative stationäre Behandlungsdauer vor der Transplantation über einen OPS-Kode angegeben, wenn diese mindestens 10 Tage dauert, insbesondere bei AB0-inkompatibler Lebendnierentransplantation.

Stationäre Behandlung vor Transplantation		Kode
Vor einer Nierentrans-plantation	*Mindestens 10 bis höchstens 29 Behandlungstage*	8-979.00
	Mindestens 30 bis höchstens 49 Behandlungstage	8-979.10
	Mindestens 50 Behandlungstage	8-979.20

Stationäre Behandlung vor Transplantation		Kode
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

5.5.4.1 Prozedurenkodes für die Transplantation

Prozedur	Kode
Nierentransplantation: Allogen, Lebendspender	5-555.0
Nierentransplantation: Allogen, Leichenniere	5-555.1
Nierentransplantation: Syngen	5-555.2
Nierentransplantation: Autotransplantation	5-555.3
Nierentransplantation: Autotransplantation nach extrakorporaler Resektion	5-555.4
Nierentransplantation: En-bloc-Transplantat	5-555.5
Nierentransplantation: Retransplantation, allogen, Lebendspender während desselben stationären Aufenthaltes	5-555.6
Nierentransplantation: Retransplantation, allogen, Leichenniere während desselben stationären Aufenthaltes	5-555.7
Nierentransplantation: Retransplantation, En-bloc-Transplantat während desselben stationären Aufenthalts	5-555.8
Injektion von Pankreasgewebe (Pankreas-Inseltransplantation)	5-528.0
Transplantation eines Pankreassegmentes	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

5.5.4.2 Zusatzkodes für die Art der Transplantation

Prozedur	Kode
Syngen	5-930.1
Allogenes Transplantat, AB0-kompatibel	5-930.20
Allogenes Transplantat, AB0-nichtkompatibel	5-930.21

5.5.4.3 Zusatzkodes für die Art der Konservierung von Organtransplantaten

Aktuell wird diskutiert, inwieweit eine extrakorporale Organperfusion nach Organentnahme eines Fremdspenders, während des Transportes ins Empfängerzentrum und vor Transplantation innerhalb

des Zentrums Vorteile hat. Eine Organkonservierung kann normotherm oder hypotherm erfolgen. Eine Ex-vivo-Perfusion kann pulsatil oder nicht pulsatil angewendet werden.

In dem Fall, dass eine Organperfusion nach Ankunft im Empfängerzentrum noch vor der Transplantation durchgeführt wird, können folgende Kodes verwendet werden:

Prozedur	Kode
Organkonservierung, ohne Anwendung einer Ex-vivo-Perfusion	5-939.0
Organkonservierung, mit Anwendung einer kontinuierlichen Ex-vivo-Perfusion und ohne Organfunktionsüberwachung	5-939.1
Organkonservierung, mit Anwendung einer kontinuierlichen Ex-vivo-Perfusion und mit Organfunktionsüberwachung	5-939.2

5.5.4.4 Immuntherapie

Die in Vorbereitung auf eine AB0-inkompatible Nierentransplantation durchgeführte Immuntherapie wird folgendermaßen kodiert:

Prozedur	Kode
Andere Immuntherapie mit nicht modifizierten Antikörpern	8-547.0
Applikation von Rituximab, intravenös	6-001.h-
Adsorption zur Entfernung von Immunglobulinen und/oder Immunkomplexen: Mit nicht wiederverwendbarem und nicht regenerierbarem Adsorber	8-821.40

5.5.5 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 Zusatzkode für die Dialyse unmittelbar nach der Transplantation angegeben.

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

Diagnose	Kode
Akute Funktionseinschränkung eines Nierentransplantates Akute Abstoßung eines Nierentransplantates Akute Funktionseinschränkung ohne Nachweis einer Abstoßung	T86.10
Chronische Funktionseinschränkung eines Nierentransplantates Chronische Abstoßung eines Nierentransplantates	T86.11
Verzögerte Aufnahme der Transplantatfunktion	T86.12

Die Ursache für die Funktionseinschränkung wird zusätzlich kodiert. Wird wegen mangelnder Funktionsaufnahme des Nierentransplantates eine Dialysebehandlung notwendig, werden die Dialysen wie in Kapitel 5.4 beschrieben kodiert und außerdem ein Zusatzkode angegeben, der die Menge bzw. Dauer der Dialysen beinhaltet.

Zusatzkode 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

Zusatzkode 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: Nierentransplantierter Patient mit mangelnder Funktionsaufnahme des Nierentransplantates und der Notwendigkeit einer Dialysebehandlung nach der Transplantation

HD:	N18.5	*Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5*
ND:	T86.12	*Verzögerte Aufnahme der Transplantatfunktion*
PR:	5-555.1	*Nierentransplantation: Allogen, Leichenniere*
	5-930.20	*Art des Transplantates: Allogen: AB0-kompatibel*
	8-854.2	*Intermittierende Hämodialyse, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation*
	8-85a.00	*Dialyseverfahren wegen mangelnder Funktionsaufnahme und Versagen eines Nierentransplantates: Intermittierend: 1 bis 3 Behandlungen*

5.5.5.2 Versagen des Transplantates nach dem stationären Aufenthalt der Transplantation

Diagnose	Kode
Akute Funktionseinschränkung eines Nierentransplantates Akute Abstoßung eines Nierentransplantates Akute Funktionseinschränkung ohne Nachweis einer Abstoßung	T86.10
Chronische Funktionseinschränkung eines Nierentransplantates 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
sonstiger Organ- oder Gewebetransplantation z. B. Pankreas, Darm	Z94.88
In Kombination mit: *Immunkompromittierung nach Bestrahlung, Chemotherapie und sonstigen immunsuppressiven Maßnahmen*	D90

Nach Transplantation ist die CKD entsprechend des Stadiums (nach der GFR) mit einem Kode aus der Kategorie N18.- *Chronische Nierenkrankheit* zu klassifizieren.

Die Autoren geben die in früheren Auflagen des Kodierleitfadens vertretene Auffassung auf, dass unabhängig von der aktuellen GFR stets das Stadium 5 der CKD zu kodieren ist.

Bei einer Aufnahme, die mit einem Transplantatversagen einhergeht (z. B. im Rahmen eines Transplantatversagens in einer Sepsis), kann neben dem Kode des Transplantatversagens T86.11 zusätzlich der Kode Z94.0 kodiert werden (Zustand nach Nierentransplantation).

5.6 Glomeruläre Krankheiten

5.6.1 Glomeruläre Krankheiten, die nicht Teil einer systemischen Krankheit sind

Bei den glomerulären Krankheiten, die nicht Teil einer systemischen Krankheit sind, geben die ersten drei Stellen des Kodes das klinische Syndrom an.

Bezeichnung	Kode
Akutes nephritisches Syndrom Exkl.: Akute tubulointerstitielle Nephritis (N10)	N00.-
Rapid-progressives nephritisches Syndrom	N01.-

Bezeichnung	Kode
Rezidivierende und persistierende Hämaturie Exkl.: Flankenschmerz-Hämaturie-Syndrom (N39.81)	N02.-
Chronisches nephritisches Syndrom Exkl.: Chronische tubulointerstitielle Nephritis (N11.-, Diffuse sklerosierende Glomerulonephritis (N18.-)	N03.-
Nephrotisches Syndrom	N04.-
Nicht näher bezeichnetes nephritisches Syndrom Exkl.: Tubulointerstitielle Nephritis o. n. A. (N12)	N05.-
Isolierte Proteinurie mit Angabe morphologischer Veränderungen Exkl.: Bence-Jones-Proteinurie oder isolierte Proteinurie o. n. A. (R80), Orthostatische Proteinurie o. n. A. (N39.2), persistierende Proteinurie o. n. A. (N39.1), Schwangerschaftsproteinurie (O12.1)	N06.-
Hereditäre Nephropathie, anderorts nicht klassifiziert Exkl.: Alport-Syndrom (Q87.8), Hereditäre Amyloidnephropathie od. Nichtneuropathische heredofamiliäre Amyloidose (E85.0), Nagel-Patella-Syndrom (Q87.2)	N07.-

Ist keine histologische Diagnose bekannt, folgt als vierte Stelle eine 9 *(Art der morphologischen Veränderung nicht näher bezeichnet)*. Ist eine histologische Diagnose bekannt, wird an vierter Stelle anstatt der 9 eine Ziffer von 0 bis 8 verwendet:

Histologie	4. Stelle
Minimale glomeruläre Läsion Minimal changes glomerulonephritis	.0
Fokale und segmentale glomeruläre Läsion	.1
Diffuse membranöse Glomerulonephritis	.2
Diffuse mesangioproliferative Glomerulonephritis	.3
Diffuse endokapillär-proliferative Glomerulonephritis	.4
Diffuse mesangiokapilläre Glomerulonephritis Membranoproliferative Glomerulonephritis, Typ I und III oder o. n. A.	.5
Dense-deposit-Krankheit Membranoproliferative Glomerulonephritis, Typ II	.6
Glomerulonephritis mit diffuser Halbmondbildung Extrakapilläre Glomerulonephritis	.7
Sonstige morphologische Veränderungen Proliferative Glomerulonephritis o. n. A.	.8

Folgende Krankheitszustände sind nach der ICD-10-GM gesondert zu klassifizieren:

- Hypertensive Nierenkrankheit (I12.- oder I13.-)
- Akute und/oder chronische Nierenkrankheit (N17.- und/oder N18.-)

Für die Klassifikationen der einzelnen glomerulären Krankheiten sind die derzeitigen ICD-10-Kodes nicht spezifisch. Diese Kodes sind durch klinische Gesichtspunkte und histopathologische Merkmale definiert, nicht jedoch nach den Diagnosen. Dies hat zur Folge, dass es für ein und dieselbe glomeruläre Krankheit eine Vielzahl von Kodes gibt. Zur Standardisierung empfiehlt die DGfN daher Kodes der nachfolgenden Tabelle zu verwenden.

Folgende Kodes empfiehlt die DGfN zu verwenden für Glomeruläre Krankheiten, die nicht Teil einer systemischen Krankheit sind

Glomeruläre Krankheit	Empfohlener ICD-10 Kode
Anti-Neutrophile cytoplasmatische Antikörper-Glomerulonephritis	N01.7
Fokale Segmentale Glomerulosklerose,	N04.1
Primäre fokal segmentale Glomerulosklerose,	
Genetische fokal segmentale Glomerulosklerose,	
Adaptive fokal segmentale Glomerulosklerose	
Sonstige fokale segmentale Glomerulosklerose	
Art der fokal segmentalen Glomerulosklerose nicht näher bezeichnet	
Fibrilläre Glomerulonephritis	N03.8
Immunglobulin A-Nephropathie	N02.3
Immunkomplex-membranoproliferative Glomerulonephritis	N05.5
Immunotaktoide Glomerulonephritis	N03.8
Komplement Komponente 3-vermittelte Glomerulonephritis	N05.5
Membranöse Glomerulonephritis	N04.2
Membranöse Glomerulonephritis (HTRA1)	
Membranöse Glomerulonephritis (NELL1)	
Membranöse Glomerulonephritis (NTNG1)	
Membranöse Glomerulonephritis (PLA2R1)	
Membranöse Glomerulonephritis (SEMA3B)	
Membranöse Glomerulonephritis (THSD7A)	
Sonstige membranöse Glomerulonephritis mit sonstigem Antigen	
Art der membranöse Glomerulonephritis nicht näher bezeichnet	
Minimal Change Krankheit	N04.0

Folgende Kodes empfiehlt die DGfN nicht zu verwenden, da die entsprechenden Kombinationen von klinischer und morphologischer Bezeichnung nicht vorkommen, weil es kein morphologisches und pathophysiologisches Korrelat dazu gibt: N00.0, N00.1, N00.2; N01.0, N01.1, N01.2; N02.0, N02.1, N02.2; N03.0, N03.1, N03.2; N05.0, N05.1, N05.2

ICD-10 Kode	Beschreibung
N00.0	*Akutes nephritisches Syndrom, minimale glomeruläre Läsion*
N00.1	*Akutes nephritisches Syndrom, fokale und segmentale glomeruläre Läsionen*
N00.2	*Akutes nephritisches Syndrom, diffuse membranöse Glomerulonephritis*
N01.0	*Rapid-progressives nephritisches Syndrom, minimale glomeruläre Läsion*
N01.1	*Rapid-progressives nephritisches Syndrom, fokale und segmentale glomeruläre Läsionen*

ICD-10 Kode	Beschreibung
N01.2	*Rapid-progressives nephritisches Syndrom, diffuse membranöse Glomerulonephritis*
N02.0	*Rezidivierende und persistierende Hämaturie, minimale glomeruläre Läsion*
N02.1	*Rezidivierende und persistierende Hämaturie, fokale und segmentale glomeruläre Läsionen*
N02.2	*Rezidivierende und persistierende Hämaturie, diffuse membranöse Glomerulonephritis*
N03.0	*Chronisches nephritisches Syndrom, minimale glomeruläre Läsion*
N03.1	*Chronisches nephritisches Syndrom, fokale und segmentale glomeruläre Läsionen*
N03.2	*Chronisches nephritisches Syndrom, diffuse membranöse Glomerulonephritis*
N04.7	*Nephrotisches Syndrom, Glomerulonephritis mit diffuser Halbmondbildung*
N05.0	*Nicht näher bezeichnetes nephritisches Syndrom, minimale glomeruläre Läsion*
N05.1	*Nicht näher bezeichnetes nephritisches Syndrom, fokale und segmentale glomeruläre Läsionen*
N05.2	*Nicht näher bezeichnetes nephritisches Syndrom, diffuse membranöse Glomerulonephritis*
N06.7	*Isolierte Proteinurie mit Angabe morphologischer Veränderung, Glomerulonephritis mit diffuser Halbmondbildung*

5.6.2 Glomeruläre Krankheiten als Teil einer systemischen Krankheit

Glomeruläre Krankheiten, die Teil einer systemischen Erkrankung sind, werden nach der Kreuz-Stern-Systematik kodiert.

Bezeichnung	Kreuz-Kode	Stern-Kode
Glomeruläre Krankheiten bei anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten		N08.0*
Sonstige floride Spätsyphilis	A52.7†	
Chronische Virushepatitis B mit Delta-Virus	B18.0†	
Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus	B18.1-†	
Chronische Virushepatitis C	B18.2†	
Sonstige näher bezeichnete Krankheiten infolge HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]	B22†	
Sepsis durch Bakterien	A40.- bis A41.-†	
Glomeruläre Krankheiten bei Neubildungen		N08.1*
Multiples Myelom [Plasmozytom]	C90.0-†	
Makroglobulinämie Waldenström	C88.0-†	

Bezeichnung	Kreuz-Kode	Stern-Kode
Glomeruläre Krankheiten bei Blutkrankheiten und Störungen mit Beteiligung des Immunsystems		N08.2*
Disseminierte intravasale Gerinnung [Defibrinationssyndrom]	D65.-†	
Hämolytisch-urämisches Syndrom	D59.3†	
Kryoglobulinämie	D89.1†	
Purpura anaphylactoides (Schoenlein-Henoch)	D69.0†	
Sarkoidose	D86.- †	
Sichelzellenkrankheiten	D57.-†	
Glomeruläre Krankheit bei Diabetes mellitus		N08.3*
Diabetes mellitus	(E10-E14†, vierte Stelle .2)	
Glomeruläre Krankheit bei sonstigen endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten		N08.4*
Amyloidose	E85.-†	
Sonstige Sphingolipidosen Fabry-(Anderson-) Krankheit	E75.2†	

5.7 Tubulointerstitielle Erkrankungen

5.7.1 Tubulointerstitielle Nephritis

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

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

5.7.2 Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie

Bezeichnung	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
Hydronephrose bei ureteropelviner Obstruktion (ohne Infektion der Niere)	N13.0
Hydronephrose bei Ureterstriktur, a. o. n.kl. (ohne Infektion der Niere)	N13.1
Hydronephrose bei Obstruktion durch Nierenstein (ohne Infektion der Niere)	N13.20
Hydronephrose bei Obstruktion durch Ureterstein (ohne Infektion der Niere)	N13.21
Hydronephrose bei Obstruktion durch Nieren- und Ureterstein, Steinlokalisation n. n.bez. (ohne Infektion der Niere)	N13.29
Sonstige und n. n.bez. Hydronephrose (ohne Infektion der Niere)	N13.3
Hydroureter (ohne Infektion der Niere)	N13.4
Abknickung und Striktur des Ureters ohne Hydronephrose (ohne Infektion der Niere)	N13.5
Hydronephrose bei ureteropelviner Obstruktion mit Infektion der Niere	N13.60
Hydronephrose bei Ureterstriktur, a. o. n.kl., mit Infektion der Niere	N13.61
Hydronephrose bei Obstruktion durch Nierenstein mit Infektion der Niere	N13.62
Hydronephrose bei Obstruktion durch Ureterstein mit Infektion der Niere	N13.63
Hydronephrose bei Obstruktion durch Nieren- und Ureterstein, Steinlokalisation n. n.bez., mit Infektion der Niere	N13.64
Sonstige und n. n.bez. Hydronephrose mit Infektion der Niere	N13.65
Hydroureter mit Infektion der Niere	N13.66
Abknickung und Striktur des Ureters ohne Hydronephrose mit Infektion der Niere	N13.67
Sonstige und nicht näher bezeichnete Pyonephrose Obstruktive Uropathie mit Infektion	N13.68
Pyelonephritis in Verbindung mit Reflux Nichtobstruktive, mit Reflux verbundene chronische Pyelonephritis	N11.0
Obstruktive Pyelonephritis Chronische obstruktive Pyelonephritis	N11.1
Uropathie in Zusammenhang mit vesikoureteralem Reflux	N13.7
Sonstige obstruktive Uropathie und Refluxuropathie	N13.8
Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie, nicht näher bezeichnet	N13.9

5.7.2.1 Nephrolithiasis ohne Hydronephrose

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

Bezeichnung	Kode
Nierenstein	N20.0
Ureterstein	N20.1
Nieren- und Ureterstein gleichzeitig	N20.2
Harnstein, nicht näher bezeichnet	N20.9
Stein in den unteren Harnwegen	N21.-
Harnstein bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten	N22.8*

5.7.3 Arzneimittel- und schwermetallinduzierte tubulointerstitielle und tubuläre Krankheitszustände

Diagnose	Kode
Analgetika-Nephropathie	N14.0
Nephropathie durch Schwermetalle	N14.3
Nephropathie durch sonstige Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen	N14.1
Nephropathie durch n. n.bez. Arzneimittel, Droge oder biologische aktive Substanz	N14.2
Toxische Nephropathie, andernorts nicht klassifiziert	N14.4

5.7.4 Weitere tubulointerstitielle Nierenkrankheiten

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

5.7.5 Tubulointerstitielle Nierenkrankheiten bei anderen Krankheiten

Diagnose	Kode
Tubulointerstitielle Nierenkrankheiten bei:	
anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten z. B. Sepsis (A40-A41†), Kandidose an sonstigen Lokalisationen des Urogenitalsystems (B37.4†)	N16.0*
Neubildungen z. B. Plasmozytom (C90.0-†), Andere Leukämien und Lymphome (C81†-C96†)	N16.1*

Diagnose	Kode
Blutkrankheiten und Störungen mit Beteiligung des Immunsystems z. B. Sarkoidose (D86.-†)	N16.2*
Stoffwechselkrankheiten z. B. Zystinose (E72.0†)	N16.3*
systemischen Krankheiten des Bindegewebes z. B. systemischem Lupus erythematodes (M32.1†), Sicca-Syndrom [Sjögren-Syndrom] (M35.0†), Mikroskopischer Polyangiitis (M31.7†), Granulomatose mit Polyangiitis (M31.3†)	N16.4*
Transplantatabstoßung (T86.-†)	N16.5*
sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten	N16.8*

5.8 Systemkrankheiten

Um das Ausmaß einer Beteiligung der Niere bei Systemkrankheiten zu beschreiben, ist regelhaft die Angabe mehrerer Kodes notwendig:

- Der Kode für die entsprechende Systemkrankheit (Kreuzkode)
- Der zugehörige Kode aus N08.- oder N16.- für die Nierenkrankheit (Sternkode)
- Der Kode für das Ausmaß der chronischen Nierenkrankheit (N18.-, siehe Kapitel 5.3)
- Ggf. ein Kode für eine akute Nierenfunktionseinschränkung (N17.-, siehe Kapitel 5.2)

5.8.1 Kollagenosen

5.8.1.1 Systemischer Lupus erythematodes (SLE)

SLE-Kreuz-Kode	Manifestation / Stern- bzw. Ausrufezeichen-Kode	
M32.1†	*SLE mit Beteiligung von Organen und Organsystemen*	
	Endokarditis und Herzklappenkrankheiten	*I39.-**
	Anämie	*D63.8**
	Perikarditis	*I32.8**
	Krankheiten der Atemwege Lungenbeteiligung	J99.1*
	Pleuraerguss	J91*
	Arthropathien	M14.8*
	Glomeruläre Krankheiten	N08.5*
	Tubulointerstitielle Nierenkrankheiten	N16.4*
M32.0	*Arzneimittelinduzierter SLE*	
M32.8	*Sonstige Formen des SLE* SLE ohne Organmanifestation	

Die Organmanifestationen (Sternkodes) stellen häufige Beispiele dar. Weitere Kodes für seltenere Organmanifestationen können der ICD-10-GM entnommen werden.

Antiphospholipidantikörpersyndrom bei SLE	Kode
Sonstige Thrombophilien	D68.6

Beispiel: Ein Patient mit bekanntem systemischen Lupus erythematodes mit Nierenbeteiligung (Glomeruläre Filtrationsrate 40 ml/min/1,73 m^2) unter immunsuppressiver Behandlung wird wegen einer Klebsiellen-Pneumonie stationär aufgenommen. Die immunsuppressive Therapie wird unterbrochen.

HD:	J15.0	*Pneumonie bei Klebsiella pneumoniae*
ND:	M32.1†	*SLE mit Beteiligung von Organen oder Organsystemen*
	N08.5*	*Glomeruläre Krankheit bei Systemerkrankungen des Bindegewebes*
	N18.3	*Chronische Nierenkrankheit, Stadium 3*
	D90	*Immunkompromittierung nach immunsuppressiven Maßnahmen*
	Y57.9!	*Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen*

5.8.1.2 Sklerodermie

Sklerodermie ohne Organmanifestation	Kode
Progressive systemische Sklerose	M34.0

Sklerodermie Kreuz-Kode	Manifestation / Stern- bzw. Ausrufezeichen-Kode	
M34.8†	*Sonstige Formen der systemischen Sklerose* Sklerodermie mit Organmanifestationen	
	Krankheiten der Atemwege bei sonstigen diffusen Bindegewebskrankheiten Lungenbeteiligung	J99.1*
	Krankheiten des Ösophagus bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten Beteiligung des Ösophagus	K23.8*
	Myopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten	G73.7*

Raynaud-Syndrom	Kode
Raynaud-Syndrom	I73.0

Sklerodermie Kreuz-Kode	Manifestation / Stern- bzw. Ausrufezeichen-Kode
M34.2	*Systemische Sklerose, durch Arzneimittel oder chemische Substanzen induziert* Arzneimittelinduzierte Sklerodermie

5.8.1.3 CREST-Syndrom

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

5.8.1.4 Dermatomyositis-Polymyositis

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

5.8.1.5 Sjögren-Syndrom

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

Sjögren-Syndrom mit Organmanifestation	Kode
Sicca-Syndrom (Sjögren-Syndrom)	M35.0†
Keratitis und Keratokonjunktivitis	H19.3*
Krankheiten der Atemwege *Lungenbeteiligung*	J99.1*
Polyneuropathie	G63.5*
Myopathie	G73.7*
Tubulointerstitielle Nierenkrankheit	N16.4*

5.8.1.6 Mischkollagenose

Diagnose	Kode
Sonstige Overlap-Syndrome Mischkollagenose (Sharp Syndrom, mixed connective tissue disease)	M35.1

5.8.1.7 Undifferenzierte Kollagenose

Diagnose	Kode
Krankheit mit Systembeteiligung des Bindegewebes, n. n.bez. Undifferenzierte Kollagenose	M35.9

5.8.2 Vaskulitiden

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

Gefäße	Krankheitsbezeichnung
Vaskulitis der großen Gefäße	Takayasu Arteriitis (Alter < 40 Jahre)
	Riesenzellarteriitis (Alter > 50 Jahre, z. B. Arteriitis temporalis)
Vaskulitis der mittelgroßen Gefäße	Pan-(Poly-)arteriitis nodosa
	Kawasaki-Krankheit (Haut-, Mukosa-, konjunktivale Beteiligung)
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)
	Anti-glomerular-basement-membrane-[GBM]-Syndrom, ehemals Goodpasture-Syndrom

5.8.2.1 Vaskulitis der großen Gefäße

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

5.8.2.2 Vaskulitis der mittelgroßen Gefäße

Erkrankung	Diagnose-Text	Kode
Panarteriitis	*Panarteriitis nodosa*	M30.0
	Juvenile Panarteriitis	M30.2
	Sonstige Panarteriitis nodosa verwandte Zustände einschließlich Polyangiitis-Overlap-Syndrom	M30.8
Kawasaki-Syndrom	*Mukokutanes Lymphknotensyndrom [Kawasaki-Krankheit]*	M30.3

5.8.2.3 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-assoziierte Vaskulitis (GAAV) (früher M. Wegener)	Granulome, Gefäßnekrosen, nekrotische, pauci-immune GN	meist c-ANCA
Mikroskopische Poly-angiitis (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	

5.8.2.3.1 ANCA-assoziierte Vaskulitis (AAV)

AAV ohne Atemwegs- oder Nierenbeteiligung	Kode
Granulomatose mit Polyangiitis	M31.3
Mikroskopische Polyangiitis	M31.7
Panarteriitis mit Lungenbeteiligung Eosinophile granulomatöse Polyangiitis (früher Churg-Strauss-Syndrom)	M31.1

Manifestationskodes bei AAV	Kode
Glomeruläre Krankheit	N08.5*
Krankheiten der Atemwege	J99.1*
Pleuraerguss	J91*

Beispiel: Ein Patient wird wegen Hämoptoe stationär aufgenommen. Während des stationären Aufenthalts wird die Diagnose GPA mit Lungen- und Nierenbeteiligung gestellt.

HD:	M31.3†	*Granulomatose mit Polyangiitis*
ND:	N08.5*	*Glomeruläre Krankheiten bei Systemerkrankungen des Bindegewebes*
	J99.1*	*Krankheiten der Atemwege bei sonstigen diffusen Bindegewebskrankheiten*
	N18.2	*Chronische Nierenkrankheit, Stadium 2*

Beispiel: Ein Patient kommt zu einem Cylcophosphamidpuls („Endoxanstoß") bei AAV mit Nierenbeteiligung.

HD:	M31.3†	*Granulomatose mit Polyangiitis*
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*

5.8.2.3.2 Weitere Vaskulitiden der kleinen Gefäße

Erkrankung	Diagnose-Text	Kode
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
Anti-glomerular-basement-membrane-[GBM]-Syndrom, ehemals Goodpasture-Syndrom	*Hypersensitivitätsangiitis*	M31.0

5.8.3 Weitere Systemerkrankungen

Erkrankung	Diagnose-Text	Kode
Thrombotisch-thrombozytopenische Purpura (TTP)	*Thrombotische Mikroangiopathie* Thrombotische thrombozytopenische Purpura [Moschcowitz]	M31.1
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	*Hämolytisch-urämisches Syndrom*	D59.3

Erkrankung	Diagnose-Text	Kode
Amyloidose	Primäre systemische Amyloidose	
	Nichtneuropathische heredofamiliär	E85.0
	Neuropathisch heredofamiliär	E85.1
	Heredofamiliär, n. n. bez.	E85.2
	Sekundäre systemische Amyloidose	E85.3
	Sonstige Amyloidose	E85.8
	Amyloidose, nicht näher bezeichnet	E85.9
M. Behçet	*Behçet-Krankheit*	M35.2
Familiäres Mittelmeerfieber	*Nichtneuropathische heredofamiliäre Amyloidose* Familiäres Mittelmeerfieber	E85.0

5.9 Hereditäre Krankheiten

Hereditäre Erkrankungen werden häufig mit einem Kode aus dem ICD-10-GM-Kapitel XVII „Q-Kodes“ klassifiziert. Bei der Verschlüsselung von Syndromen ist die DKR D004u *Syndrome* zu beachten (s. auch Kapitel 4.4.7). Findet sich kein spezifischer ICD-Kode für ein Syndrom ist der ICD-Kode Q87.8 *Sonstige angeborene Fehlbildungssyndrome, anderenorts nicht klassifiziert* an Nebendiagnoseposition zu kodieren.

5.9.1 Alport-Syndrom

Für das Alport-Syndrom existiert kein spezifischer ICD-Kode. Deshalb sind die Manifestationen einzeln zu klassifizieren, gefolgt vom ICD-Kode Q87.8, der immer an Nebendiagnoseposition anzugeben ist (s. auch Kapitel 4.4.7 mit Beispiel).

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

Hauptdiagnose ist die im Vordergrund der Behandlung stehende spezifische Manifestation des Syndroms, wie z. B. die chronische Nierenkrankheit oder die Schwerhörigkeit.

5.9.2 Zystennieren und Nierenzysten

Diagnose	Kode
Angeborene solitäre Nierenzyste	Q61.0
Zyste der Niere Erworbene Nierenzyste(n)	N28.1
Medulläre Zystenniere	Q61.5
Polyzystische Niere, autosomal-rezessiv Polyzystische Niere, infantiler Typ	Q61.1
Polyzystische Niere, autosomal-dominant Polyzystische Niere, Erwachsenentyp	Q61.2
Polyzystische Niere, nicht näher bez.	Q61.3

Diagnose	Kode
Sonstige zystische Nierenkrankheiten	Q61.8
Zystische Nierenkrankheit, nicht näher bez.	Q61.9
Vgl. auch: *Zystische Leberkrankheit [Zystenleber]*	Q44.6

Beispiel: Patient mit einer autosomal-dominanten polyzystischen Nierenerkrankung (ADPKD) kommt mit Oberbauchschmerzen und Zeichen einer systemischen Entzündung in die Klinik. Im MRT stellt sich eine infizierte Leberzyste dar.

HD:	K75.0	*Leberabszess*
ND:	Q44.6	*Zystische Leberkrankheit [Zystenleber]*
	Q61.2	*Polyzystische Niere, autosomal-dominant*

Kommentar der Autoren: Es gibt keine passenden Kodes für infizierte Leber- oder Nierenzysten bei ADPKD. Da die ADPKD und die *zystische Leberkrankheit* zwar die Grunderkrankungen darstellen, jedoch nicht hauptsächlich den stationären Krankenhausaufenthalt veranlasst haben, sind die Kodes Q61.2 und Q44.6 als Nebendiagnosen zu kodieren.

Der stationäre Aufenthalt wurde durch den Entzündungsherd in der Leber veranlasst. Eine eitrige Leberentzündung wird nach dem alphabetischen Verzeichnis mit dem ICD-Kode K75.0 *Leberabszess* klassifiziert, auch wenn es sich strenggenommen um ein Empyem handelt.

Analog wären bei einer infizierten Nierenzyste bei ADPKD die Kodes N15.10 *Nierenabszess* oder N15.11 *Perinephritischer Abszess* zu verwenden. Sind die Kriterien einer Sepsis erfüllt, so wäre auch diese zu kodieren.

5.9.3 Von-Hippel-Lindau-Syndrom

Diagnose	Kode
Sonstige Phakomatosen, anderenorts nicht klassifiziert	Q85.8

5.9.4 Nephronophthise

Diagnose	Kode
Medulläre Zystenniere	Q61.5

5.9.5 Tuberöse Sklerose

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

5.10 Hypertonie und vaskuläre Krankheiten

Alle Kodes zur Verschlüsselung der Hypertonie sind fünfstellig. An der 5. Stelle wird das Vorliegen einer hypertensiven Krise und damit auch das Vorliegen eines hypertensiven Notfalls gekennzeichnet.

5.10.1 Essentielle Hypertonie

Diagnose	Kode
*Benigne essentielle Hypertonie, **ohne** hypertensive Krise*	I10.00
*Benigne essentielle Hypertonie, **mit** hypertensiver Krise*	I10.01
*Maligne essentielle Hypertonie, **ohne** hypertensive Krise*	I10.10
*Maligne essentielle Hypertonie, **mit** 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 mmHg liegt 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. Stehen eine Herzkrankheit und/oder eine Nierenerkrankung in kausalem Zusammenhang zur Hypertonie, so sind die Kodes für die Herzkrankheit und/oder Nierenerkrankung gefolgt von einem der folgenden Kodes für die Hypertonie zu kodieren (DKR 0904d, 0905d und 0906d). An der 5. Stelle wird wieder das Vorliegen einer hypertensiven Krise angegeben.

Diagnose	Kode
Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz	I11.0-
Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz	I11.9-
Hypertensive Nierenkrankheit mit „Niereninsuffizienz“	I12.0-
Hypertensive Nierenkrankheit ohne „Niereninsuffizienz“	I12.9-
Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz	I13.0-
Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit „Niereninsuffizienz“	I13.1-
Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herz- und „Niereninsuffizienz“	I13.2-
Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit, nicht näher bezeichnet	I13.9-

Kodes für Endorganschäden eines langjährigen Bluthochdrucks sind:

Diagnose	Kode
Chronische Nierenkrankheit	N18.-
Linksherzinsuffizienz	I50.1-
Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz Globale Herzinsuffizienz	I50.01
Retinopathien des Augenhintergrundes und Veränderungen der Netzhautgefäße Hypertensive Retinopathie	H35.0
Hypertensive Enzephalopathie	I67.4

5.10.2 Sekundäre Hypertonie

An der 5. Stelle wird wieder das Vorliegen einer hypertensiven Krise angegeben.

5.10.2.1 Renovaskuläre Hypertonie

Diagnose	Kode
Renovaskuläre Hypertonie	I15.0-

Ist die Art der Nierenarterienstenose bekannt, so ist diese zusätzlich zu kodieren:

Diagnose	Kode
Fibromuskuläre Dysplasie der Arterien	I77.3
Atherosklerose der Nierenarterie	I70.1
Angeborene Nierenarterienstenose	Q27.1

Mögliche zusätzliche Diagnose:

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

5.10.2.2 Renoparenchymatöse Hypertonie

Diagnose	Kode
Hypertonie als Folge sonstiger Nierenkrankheiten	I15.1-

5.10.2.3 Hypertonie als Folge von endokrinen Krankheiten

Diagnose	Kode
Hypertonie als Folge von endokrinen Krankheiten	I15.2-

5.10.2.4 Phäochromozytom

Ein Phäochromozytom wird nach der Lokalisation klassifiziert:

Diagnose	Kode
Gutartige Neubildung der Nebenniere	D35.0
Gutartige Neubildung, periphere Nerven und autonomes Nervensystem	D36.1
Gutartige Neubildung, sonstige näher bezeichnete Lokalisationen	D36.7
Bösartige Neubildung, Nebennierenrinde	C74.0
Bösartige Neubildung, Nebennierenmark	C74.1

Nach DKR D012v *Mehrfachkodierung* kann bei Neubildungen mit funktioneller Aktivität diese zusätzlich zur Neubildung kodiert werden.

Diagnose	Kode
Nebennierenmarküberfunktion	E27.5

5.10.2.5 Hyperaldosteronismus

Diagnose	Kode
Primärer Hyperaldosteronismus Conn-Syndrom	E26.0
Sekundärer Hyperaldosteronismus	E26.1
Sonstiger Hyperaldosteronismus Bartter-Syndrom	E26.8

5.10.2.6 Cushing-Syndrom

Diagnose	Kode
Hypophysäres Cushing-Syndrom	E24.0
Nelson-Tumor	E24.1
Arzneimittelinduziertes Cushing-Syndrom	E24.2
Ektopisches ACTH-Syndrom	E24.3

5.10.2.7 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 Sekundärkode zugewiesen werden.

5.10.3 Pulmonale Hypertonie

Diagnose	Kode
Idiopathische und hereditäre pulmonale arterielle Hypertonie [IPAH und HPAH]	I27.00
Pulmonale arterielle Hypertonie assoziiert mit angeborenem Herzfehler, Krankheit des Bindegewebes und portaler Hypertension [APAH]	I27.01
Pulmonale arterielle Hypertonie induziert durch Arzneimittel, Droge, Toxin und Strahlung [DPAH]	I27.02
Sonstige primäre pulmonale Hypertonie	I27.08
Pulmonale Hypertonie bei chronischer Thromboembolie	I27.20

Diagnose	Kode
Pulmonale Hypertonie bei Linksherzerkrankung Linksherzerkrankung ist spezifisch und zusätzlich zu kodieren	I27.21
Pulmonale Hypertonie bei Lungenkrankheit und Hypoxie Lungenkrankheit und Hypoxie sind spezifisch und zusätzlich zu kodieren	I27.20
Sonstige näher bezeichnete sekundäre pulmonale Hypertonie	I27.28
Sonstige näher bezeichnete pulmonale Herzkrankheiten	I27.8

5.10.4 Hypertonie während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett

Diagnose	Kode
Vorher bestehende essentielle Hypertonie, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert Jeder Zustand in I10 als Betreuungsgrund während der Schwangerschaft, der Geburt oder des Wochenbettes	O10.0
Vorher bestehende hypertensive Herzkrankheit, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert Jeder Zustand in I11 als Betreuungsgrund während der Schwangerschaft, der Geburt oder des Wochenbettes	O10.1
Vorher bestehende hypertensive Nierenkrankheit, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert Jeder Zustand in I12 als Betreuungsgrund während der Schwangerschaft, der Geburt oder des Wochenbettes	O10.2
Vorher bestehende hypertensive Herz- und Nierenkrankheit, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert Jeder Zustand in I13 als Betreuungsgrund während der Schwangerschaft, der Geburt oder des Wochenbettes	O10.3
Vorher bestehende sekundäre Hypertonie, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert Jeder Zustand in I15 als Betreuungsgrund während der Schwangerschaft, der Geburt oder des Wochenbettes	O10.4
Chronische Hypertonie mit aufgepfropfter Präeklampsie	O11
Gestationshypertonie [schwangerschaftsinduzierte Hypertonie]	O13
Leichte bis mäßige Präeklampsie	O14.0
Schwere Präeklampsie	O14.1
HELLP-Syndrom	O14.2

5.11 Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems

5.11.1 Chronische ischämische Herzkrankheit

Atherosklerotische Herzkrankheit	Kode
Ohne hämodynamisch wirksame Stenosen	I25.10
Ein-Gefäß-Erkrankung	I25.11

Atherosklerotische Herzkrankheit	Kode
Zwei-Gefäß-Erkrankung	I25.12
Drei-Gefäß-Erkrankung	I25.13
Stenose des linken Hauptstammes	I25.14
Mit stenosierten Bypass-Gefäßen	I25.15
Mit stenosierten Stents	I25.16
Nicht näher bezeichnet	I25.19
Sonstige Formen der chronischen ischämischen Herzkrankheit Jeder Zustand unter I21-I22 und I24.-, als chronisch bezeichnet oder mit Angabe einer Dauer von mehr als vier Wochen (mehr als 28 Tagen) nach dem Eintritt	I25.8

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 bekannt ist. In allen anderen Fällen wird bei Vorliegen einer KHK mit I25.19 *Atherosklerotische Herzkrankheit nicht näher bezeichnet* verschlüsselt.

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

5.11.2 Angina pectoris

Diagnose	Kode
Instabile Angina pectoris	I20.0
Angina pectoris mit nachgewiesenem Koronarspasmus	I20.1
Sonstige Formen der Angina pectoris z. B. Belastungsangina, Stabile Angina pectoris	I20.8

Ein ICD-Kode für die Angina pectoris wird immer vor dem Kode für die koronare Herzkrankheit angegeben. Entwickelt sich aus einer instabilen Angina pectoris ein Myokardinfarkt, so wird dieser kodiert. Der Kode für die instabile Angina pectoris darf dann nicht mehr verwendet werden. Wenn sich jedoch eine Postinfarkt-Angina entwickelt, kann I20.0 *Instabile Angina pectoris* als zusätzlicher Kode angegeben 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	*Atherosklerotische Herzkrankheit, n. n.bez.*

5.11.3 Akuter Myokardinfarkt

Alle Ereignisse, die nicht länger als 28 Tage zurückliegen, werden als „akut“ klassifiziert. Ein Kode aus I21.– *Akuter Myokardinfarkt* ist sowohl im ersten Krankenhaus, als auch in folgenden Einrichtungen innerhalb von vier Wochen (28 Tage) zu verwenden.

Diagnose	Kode
Akuter transmuraler Infarkt der Vorderwand	I21.0
Akuter transmuraler Infarkt der Hinterwand	I21.1
Akuter transmuraler Infarkt an sonstigen Lokalisationen	I21.2
Akuter transmuraler Myokardinfarkt an n. n.bez. Lokalisation	I21.3
Akuter subendokardialer Myokardinfarkt, Typ-1-Infarkt	I21.40
Akuter subendokardialer Myokardinfarkt, Typ-2-Infarkt	I21.41
Sonstiger und nicht näher bezeichneter akuter subendokardialer Myokardinfarkt	I21.48
Akuter Myokardinfarkt, nicht näher bezeichnet	I21.9

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

5.11.4 Erkrankungen der Herzklappen

Erkrankungen der Herzklappen können den Grund der Aufnahme, wichtige Komorbiditäten oder Zufallsbefunde in bildgebenden Verfahren darstellen. In den beiden ersten Fällen ist eine Kodierung selbstverständlich. Werden Herzklappenerkrankungen in einem bildgebenden Verfahren entdeckt (oder sind bereits anamnestisch bekannt) und spielen im weiteren stationären Verlauf keine Rolle mehr, dürfen sie für die Abrechnung nicht kodiert werden. Auch Klappenfehler ohne krankhafte Bedeutung (z. B. geringgradige Mitralinsuffizienzen im höheren Alter) sollten nicht kodiert werden.

Wird hingegen eine Bildgebung veranlasst mit der Fragestellung oder Suche nach möglichen Herzklappenerkrankungen, so handelt es sich bei den gefundenen Pathologien nicht um „abnorme Befunde“ gem. DKR D003u, sondern um gezielt erhobene Befunde. Auch wenn keine weiterführende Diagnostik oder Therapie erfolgt, stellt die gezielte bildgebende Diagnostik den Ressourcenaufwand dar, der zur Kodierung als Nebendiagnose legitimiert.

Die Kodes der ICD-Kategorie I08.- *Krankheiten mehrerer Herzklappen* sind nur dann zu verwenden, wenn die konkreten Pathologien (z. B. Stenose oder Insuffizienz) nicht bekannt sind[42]. Ansonsten ist jedes Vitium einzeln zu klassifizieren.

Herzklappenkrankheiten werden nach den folgenden Kriterien mit unterschiedlichen Kodes verschlüsselt:

- Angeborene Fehlbildungen
- Rheumatische Herzklappenkrankheiten
- Nichtrheumatische Herzklappenkrankheiten

Achtung: Ist die Genese der Herzklappenkrankheit nicht bekannt, so werden je nach Herzklappe und Vitium Kodes aus unterschiedlichen ICD-Kategorien verwendet (in den folgenden Tabellen fett markiert)!

[42] s. auch Entscheidung des Schlichtungsausschusses zur KDE 533, veröffentlicht am 21.07.2020, https://foka.medizincontroller.de/index.php/KDE-533

5.11.4.1 Aortenklappenkrankheiten

Diagnose	Kode
Aortenklappenstenose Nichtrheumatisch oder n. n.bez.	I35.0
Aortenklappeninsuffizienz Nichtrheumatisch oder n. n.bez.	I35.1
Aortenklappenstenose mit Insuffizienz Nichtrheumatisch oder n. n.bez.	I35.2
Sonstige Aortenklappenkrankheiten Nichtrheumatisch oder n. n.bez.	I35.8
Angeborene Aortenklappenstenose	Q23.0
Angeborene Aortenklappeninsuffizienz Bicuspide Aortenklappe	Q23.1
Sonstige angeborene Fehlbildungen der Aorten- und Mitralklappe	Q23.8
Rheumatische Aortenklappenstenose	I06.0
Rheumatische Aortenklappeninsuffizienz	I06.1
Rheumatische Aortenklappenstenose mit Insuffizienz	I06.2
Sonstige rheumatische Aortenklappenkrankheiten	I06.8

5.11.4.2 Mitralklappenkrankheiten

Diagnose	Kode
Mitralklappeninsuffizienz Nichtrheumatisch oder n. n.bez.	I34.0
Mitralklappenprolaps	I34.1
Nichtrheumatische Mitralklappenstenose Exkl.: Mitralklappenstenose n. n.bez. (I05.0)	I34.2
Nichtrheumatische Mitralklappenstenose mit Mitralklappeninsuffizienz Exkl.: Mitralklappenstenose n. n.bez. (I05.0)	I34.80
Nichtrheumatische Mitralklappenstenose mit Mitralklappeninsuffizienz Exkl.: Mitralklappenstenose n. n.bez. (I05.0)	I34.88
Angeborene Mitralklappenstenose	Q23.2
Angeborene Mitralklappeninsuffizienz	Q23.3
Sonstige angeborene Fehlbildungen der Aorten- und Mitralklappe	Q23.8
Mitralklappenstenose Rheumatisch oder n. n.bez.	I05.0
Rheumatische Mitralklappeninsuffizienz Exkl.: Mitralklappeninsuffizienz n. n.bez. (I34.0)	I05.1
Mitralklappenstenose mit Insuffizienz Rheumatisch oder n. n.bez.	I05.2

Diagnose	Kode
Sonstige Mitralklappenkrankheiten Rheumatisch oder n. n.bez.	I05.8

5.11.4.3 Pulmonalklappenkrankheiten

Diagnose	Kode
Pulmonalklappenstenose Nichtrheumatisch oder n. n.bez.	I37.0
Pulmonalklappeninsuffizienz Nichtrheumatisch oder n. n.bez.	I37.1
Pulmonalklappenstenose mit Insuffizienz Nichtrheumatisch oder n. n.bez.	I37.2
Sonstige Pulmonalklappenkrankheiten Nichtrheumatisch oder n. n.bez.	I37.8
Angeborene Pulmonalklappenstenose	Q22.1
Angeborene Pulmonalklappeninsuffizienz	Q22.2
Sonstige angeborene Fehlbildungen der Pulmonalklappe	Q22.3
Sonstige näher bezeichnete rheumatische Herzkrankheiten Rheumatische Krankheit der Pulmonalklappe	I09.8

5.11.4.4 Trikuspidalklappenkrankheiten

Diagnose	Kode
Nichtrheumatische Trikuspidalklappenstenose Exkl.: Trikuspidalklappenstenose n. n.bez. (I07.0)	I36.0
Nichtrheumatische Trikuspidalklappeninsuffizienz Exkl.: Trikuspidalklappeninsuffizienz n. n.bez. (I07.1)	I36.1
Nichtrheumatische Trikuspidalklappenstenose mit Insuffizienz Exkl.: Trikuspidalklappenstenose mit Insuffizienz n. n.bez. (I07.2)	I36.2
Nichtrheumatische Mitralklappenstenose mit Mitralklappeninsuffizienz Exkl.: Mitralklappenstenose n. n.bez. (I05.0)	I34.88
Angeborene Trikuspidalklappenstenose	Q22.4
Sonstige angeborene Fehlbildungen der Trikuspidalklappe	Q23.8
Trikuspidalklappenstenose Rheumatisch oder n. n.bez.	I07.0
Trikuspidalklappeninsuffizienz Rheumatisch oder n. n.bez.	I07.1
Trikuspidalklappenstenose mit Insuffizienz Rheumatisch oder n. n.bez.	I07.2
Sonstige Trikuspidalklappenkrankheiten Rheumatisch oder n. n.bez.	I07.8

5.11.5 Herzinsuffizienz

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

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

Diese Kodes umfassen 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 einem Kode aus I50.1- 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 auch 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
Rechtsherzinsuffizienz ohne Beschwerden NYHA-Stadium I	I50.02!
Rechtsherzinsuffizienz mit Beschwerden bei stärkerer Belastung NYHA-Stadium II	I50.03!
Rechtsherzinsuffizienz mit Beschwerden bei leichterer Belastung NYHA-Stadium III	I50.04!
Rechtsherzinsuffizienz mit Beschwerden in Ruhe NYHA-Stadium IV	I50.05!

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

Bei einer hypertensiven Herzerkrankung sind zusätzlich die entsprechenden Kodes aus I11.0-, I13.0- oder I13.2- zu verschlüsseln. Die Kodes I11.9. *Hypertensive Herzerkrankung ohne (kongestive) Herzinsuffizienz* bzw. I13.1. und I13.9. sind nicht zu verwenden, da bei Nachweis einer hypertensiven Herzerkrankung immer wenigstens das NYHA Stadium I vorliegt und die symptomatische (kongestive) Herzinsuffizienz als Kriterium nicht zwingend gefordert ist (Angabe nur in Klammern).

5.11.6 Periphere arterielle Verschlusskrankheit

Die Atherosklerose wird nach der Beschwerdesymptomatik kodiert. Die Einteilung erfolgt u. a. nach den Stadien nach Fontaine und nach dem klinischen Kriterium „Gehstrecke über bzw. unter 200 m".

Atherosklerose der Extremitätenarterien	Kode
Becken-Bein-Typ, ohne Beschwerden Stadium I nach Fontaine	I70.20
Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke 200 m und mehr Stadium IIa nach Fontaine	I70.21
Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m Stadium IIb nach Fontaine	I70.22
Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerz Stadium III nach Fontaine	I70.23
Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration Stadium IV nach Fontaine, Gewebedefekt begrenzt auf Haut [Kutis] und Unterhaut [Subkutis]	I70.24
Becken-Bein-Typ, mit Gangrän Mit trockener Gangrän (Stadium IVa nach Fontaine) oder feuchte Gangrän (Stadium IVb)	I70.25
Schulter-Arm-Typ, alle Stadien	I70.26
Atherosklerose sonstiger Arterien	I70.8
Generalisierte und nicht näher bezeichneter Artherosklerose	I70.9

5.11.7 Thrombose und Embolie der Nierenarterie

Diagnose	Kode
Ischämie und Infarkt der Niere	N28.0

5.11.8 Thrombose und Embolie der Nierenvene

Diagnose	Kode
Embolie und Thrombose der Nierenvene	I82.3

5.11.9 Nierenarterienstenose, atherosklerotisch

Diagnose	Kode
Atherosklerose der Nierenarterie	I70.1

5.12 Kardiorenales Syndrom

Das kardiorenale Syndrom wird in fünf Gruppen eingeteilt, je nachdem ob das Herz oder die Nieren auslösend und ob es sich um einen akuten oder chronischen Zustand handelt. Diese Einteilung findet in der Kodierung keine Berücksichtigung. Der Kode I13.- kennzeichnet eine hypertensive Herz- und Nierenkrankheit und hat keinen Bezug zur Definition des kardiorenalen Syndrom.

Bei einer Aufnahme eines Dialysepatienten mit deutlicher Überwässerung, einem Lungenödem und Azidose ist inhaltlich zu unterscheiden, ob das chronischen Nierenversagen mit dringlicher Dialyseindikation oder ein chronisches Herzversagen mit Lungenödem ursächlich für die Aufnahme ist. Der Schweregrad, die mutmaßliche Ursache und der Ressourcenverbrauch können dann darüber entscheiden, ob primär die CKD (N18.-) oder das Herzversagen mit Rechtsherzdekompensation I50.01 führend ist und zur Hauptdiagnose führt.

Beispiel: Ein dialysepflichtiger Patient wird mit einer respiratorischen Insuffizienz, einer pulmonalvenösen Stauung und Pleuraergüssen aufgenommen. Neben der Dialysepflichtigkeit ist eine chronische Herzinsuffizienz bekannt. Es wird eine rasche Dialyse mit Flüssigkeitsentzug durchgeführt.

HD:	N18.5	*Chronisches Nierenversagen, Stadium 5*
ND:	I50.01	*Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz*
	J91*	*Pleuraerguss bei anderenorts klassifizierten Krankheiten*
	I50.14	*Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe*
	J96.00	*Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert Typ I [hypoxämisch]*
PR:	8-854.2	*Intermittierende Hämodialyse, Antikoagulation*

5.13 Diabetes mellitus

Die korrekte Kodierung des Diabetes mellitus ist kompliziert. Zunächst werden die klassifikatorische Grundprinzipien dargestellt. Danach wird darauf eingegangen wie in bestimmten Situationen zu kodieren ist. Die DKR 0401h schreibt hierbei Kodierungen vor, die nicht einer medizinisch kompletten und spezifischen Klassifizierung entsprechen und auch nicht intuitiv zu beherrschen sind.

Der Diabetes mellitus wird in der Regel mit einem fünfstelligen ICD-10-Kode angegeben.

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. Nicht die alleinige Behandlung mit Insulin bestimmt den Diabetes-Typ. Sie ist kein Nachweis einer Insulinabhängigkeit.

Diagnose	Kode
Diabetes mellitus, Typ 1	E10.-
Diabetes mellitus, Typ 2	E11.-

Diagnose	Kode
Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition] Exkl. Diabetes mellitus im Rahmen eines metabolischen Syndroms	E12.-
Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus (z. B. Steroiddiabetes, pankreopriver Diabetes)	E13.-
Diabetes mellitus in der Schwangerschaft	O24.-

Der Kode E12.- *Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung* wird in der Praxis kaum vorkommen. Ein *Diabetes mellitus im Rahmen eines metabolischen Syndroms* ist hierunter nicht zu verschlüsseln (DKR 0401h). Der Kode E14.- *Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus* ist unspezifisch und zu vermeiden.

Die vierte Stelle gibt die Manifestation der Komplikationen an.

Komplikation	4. Stelle
Mit Koma hyperglykämisch, hyperosmolar, mit oder ohne Ketoazidose, exkl.: Hypoglykämisches Koma (E1-.61)	E1-.01
Mit Ketoazidose ohne Koma	E1-.11
Mit Nierenkomplikationen	E1-.2-†
Mit Augenkomplikationen	E1-.3-†
Mit neurologischen Komplikationen	E1-.4-†
Mit peripheren vaskulären Komplikationen	E1-.5-
Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen z. B. Hypoglykämie, hypoglykämisches Koma (zzgl. Sekundärkode aus U69.7-), (neuropathische) diabetische Arthropathie† (M14.2-*, M14.6-*)	E1-.6-
Mit multiplen Komplikationen Mit diabetischem Fußsyndrom: E1-.74 oder E1-.75, mit sonstigen multiplen Komplikationen: E1-.72 oder E1-.73 (ggf. zzgl. Sekundärkode aus U69.7-)	E1-.7-
Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen	E1-.8-
Ohne Komplikationen	E1-.9-

Die fünfte Stelle beschreibt den Zustand der Stoffwechsellage. Für Koma und Ketoazidose gibt es als fünfte Stelle nur „entgleist“, da in beiden Fällen immer eine Entgleisung der Stoffwechsellage vorliegt. Die 5. Stellen 2–5 sind nur bei multiplen Komplikationen zu verwenden und erlauben noch einmal die spezifische Abbildung des diabetischen Fußsyndroms.

Stoffwechsellage	5. Stelle
Nicht als entgleist bezeichnet	E1-.-0
Als entgleist bezeichnet	E1-.-1
Die Folgenden 5. Stellen sind nur bei multiplen Komplikationen (E1-.7-) zu verwenden:	
Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet	E1-.72
Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet	E1-.73
Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	E1-.74

Stoffwechsellage	5. Stelle
Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet	E1-.75

Die Einstufung als „entgleist" oder „nicht entgleist" wird generell in Kenntnis des gesamten Behandlungsverlaufs vorgenommen (retrospektiv). Der Begriff „entgleist" bezieht sich dabei auf die Stoffwechsellage (DKR 0401h). Ein einzelner pathologischer Blutzuckerwert ist dabei nicht ausschlaggebend.

Weder die ICD-10-GM noch die DKR definieren dabei genauer, was unter einem entgleisten Diabetes mellitus zu verstehen ist. Unterschiedliche Akteure (SEG 4 des MD, FoKA, MD(K) Baden-Württemberg, DKG) haben inzwischen z. T. unterschiedliche Empfehlungen formuliert.

Insofern diese Definitionen für die Klassifizierung des Vorliegens einer Stoffwechselentgleisung auch eine retrospektiv medizinisch adäquat durchgeführte Therapie oder weiterführende Diagnostik fordern, so ist dies der Kodierung von Diagnosen wesensfremd. Ein entgleister Diabetes mellitus liegt selbstverständlich auch dann vor, wenn er nicht korrekt behandelt wurde.

Insulinresistenz bei Diabetes mellitus, Typ 1

Diagnose	Kode
Insulinresistenz bei Diabetes mellitus, Typ 1, bei Personen von 18 Jahren und älter Insulinbedarf von 1 IE/kg Körpergewicht pro Tag oder mehr, bei laborchemisch nachgewiesenem Insulinmangel (C-Peptid negativ)	U69.75!

Diabetisches Fußsyndrom

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

Stoffwechsellage	5. Stelle
Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	E1-.**74**
Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet	E1-.**75**

Hyperglykämie unter Kortisontherapie bei Nicht-Diabetikern

„Eine mit Altinsulin therapierte Hyperglykämie, die sich unter einer stationären Kortisontherapie bei einem Patienten entwickelt, bei dem kein Diabetes mellitus bekannt ist, und bei dem keine Diagnostik im Hinblick auf einen Diabetes mellitus erfolgt, wird mit dem Kode R73.9 *Hyperglykämie, nicht näher bezeichnet,* optional ergänzt um den Kode Y57.9! *Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen kodiert*."[43]

Ein Kode aus der Kategorie E13.- *Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus* ist in diesem Kontext nicht zu verwenden.

5.13.1 Diabetes mellitus als Hauptdiagnose

Die Hauptdiagnose hat im G-DRG-System eine herausragende Bedeutung bei der Zuordnung zur DRG-Fallpauschale. (Operative) Prozeduren können häufig nur dann adäquat bei der DRG-Gruppierung berücksichtigt werden, wenn sie zur Hauptdiagnose (Organsystem) passen.

[43] Entscheidung des Schlichtungsausschusses zur KDE 67, veröffentlicht am 19.08.2020, https://foka.medizincontroller.de/index.php/KDE-67

Krankheitszustände, die in der ICD-10-GM über Primär-Sekundärkode-Kombinationen klassifiziert werden, bei denen die Information zum behandelnden Krankheitszustand über den Sekundärkode vermittelt wird, stellen deshalb eine Herausforderung für die sachgerechte Abbildung im G-DRG-System dar.

Leidet beispielsweise ein Patient unter multiplen bekannten Komplikationen eines Diabetes mellitus (eigentlich mit 4. Stelle „7" zu klassifizieren), es wird aber nur eine Organkomplikation (z. B. Nephropathie, Makroangiopathie, Retinopathie, etc.) behandelt, würde die Verschlüsselung mit dem für den konkreten Behandlungsauftrag zu unspezifischen ICD-Kode mit 4. Stelle „7" *(mit multiplen Komplikationen)* zu nicht sachgerechten Gruppierungsresultaten führen.

Deshalb unterscheidet sich die Klassifizierung des Diabetes mellitus in Abhängigkeit davon, ob er als Haupt- oder Nebendiagnose kodiert wird.

Für die Klassifizierung des Primärkodes der Hauptdiagnose sind zwei Kriterien ausschlaggebend:

1. War nach DKR D002u *(Hauptdiagnose)* die Behandlung der Grunderkrankung Diabetes mellitus oder die Behandlung einer oder mehrerer Komplikationen nach Analyse hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes verantwortlich?
2. Wie viele „Komplikationen" des Diabetes mellitus (im Sinne der ICD-10-GM) liegen vor?

Unabhängig davon und entgegen der allgemeinen Kodierrichtlinie D012v *Mehrfachkodierung* werden die Komplikationen nur dann als Sternkode zugeordnet, wenn sie – unabhängig vom Diabetes mellitus – die Kriterien einer Nebendiagnose erfüllen.

5.13.1.1 Behandlung der Grunderkrankung Diabetes mellitus

Komplikationen	4. Stelle	Kode
keine	Ohne Komplikationen	E1-.9-
exakt eine	***Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen***	***E1-.6-***
multiple	Mit multiplen Komplikationen	E1-.7-

Überraschend ist hier, dass bei exakt einer Komplikation, obwohl möglicherweise eine spezifischere Kodierung möglich ist, trotzdem unspezifisch kodiert werden muss.

5.13.1.2 Behandlung einer konkreten diabetischen Komplikation

In diesem Fall ist die Kodekombination für die diabetische Komplikation, die nach Analyse hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes verantwortlich war, als Hauptdiagnose zu kodieren.

Komplikation	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-

Überraschend ist auch hier, dass bei multiplen Komplikationen, trotzdem die spezifische 4. Stelle für die im Vordergrund stehende Komplikation kodiert werden muss. Wurden weitere Komplikationen (als

Nebendiagnosen) mitbehandelt, so ist der Diabetes mellitus doppelt mit unterschiedlichen Kodes zu kodieren.

Beispiel: Ein Patient mit Typ-1 Diabetes mellitus kommt mit fortgeschrittener CKD 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 als entgleist bezeichnet*
ND:	N08.3*	*Glomeruläre Krankheit bei Diabetes mellitus*
	N18.5	*Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5*
	N10.30†	*Diabetes mellitus Typ 1 mit Augenkomplikationen, nicht als entgleist bezeichnet*
	H36.0*	*Retinopathia diabetica*
PR:	8-854.2	*Intermittierende Hämodialyse, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation* (Kode wird 3 × angegeben)

5.13.2 Diabetes mellitus als Nebendiagnose

Bei der Kodierung des Diabetes mellitus als Nebendiagnose ist der Primärkode inhaltlich spezifisch zu kodieren. Das heißt, dass konkret vorliegende Komplikationen im Primärkode spezifisch zu klassifizieren sind und bei multiplen Komplikationen auch die vierte Stelle („7“) *mit multiplen Komplikationen* zu nutzen ist.

Die Sekundär-(Stern-)kodes sind allerdings nur dann zusätzlich zuzuweisen, wenn auch diese die Kriterien einer Nebendiagnose erfüllen. Dies stellt eine Ausnahme von dem Prinzip dar, dass Primär-Sekundkodekombinationen aus Sicht der ICD-10-GM und der DKR in der Regel als eine Einheit betrachtet werden müssen.

5.13.3 Diabetische Komplikation vs. Diabetes mellitus als Risikofaktor

Es werden häufig Krankheitszustände behandelt, die in einem „kausalen Zusammenhang“ mit einem Diabetes mellitus stehen. Für die Wahl der Hauptdiagnose stellt sich dann die Frage, ob eine Komplikation bzw. eine Manifestation des Diabetes mellitus behandelt wird oder ob der Diabetes mellitus „nur“ einer von mehreren Risikofaktoren ist.

Die DKR nutzen in DKR 0401h und D002u die Begrifflichkeiten „kausaler Zusammenhang“ und „zugrunde liegende Erkrankung“ im Sinne einer Monokausalität bzw. eines direkten kausalen Zusammenhangs. So wird der Herzinfarkt oder Schlaganfall nicht als Diabetes, Nikotinabusus, Hypertonie oder Vorhofflimmern kodiert, auch wenn ein kausaler Zusammenhang wissenschaftlich bewiesen ist.

In DKR D002u wird zudem festgelegt, dass wenn zwei oder mehrere Diagnosen die Kriterien der Hauptdiagnose erfüllen, diejenige auszuwählen ist, die die meisten Ressourcen verbraucht hat. *Hierbei ist es unerheblich, ob die Krankheiten verwandt sind oder nicht.*

Die bisherigen Entscheidungen des Schlichtungsausschusses lassen erkennen, dass das Prinzip der Kodierung der zugrunde liegenden Erkrankung nur bei eindeutigem und sehr direktem Zusammenhang gesehen wird (s. auch Kapitel 4.4.4.1).

Es wird daher empfohlen, nur bei direktem kausalen Zusammenhang den Diabetes mellitus als Hauptdiagnose zu kodieren, z. B. bei der Behandlung einer Nierenkrankheit aufgrund einer diabetischen Nephropathie, z. B. bei Typ-I-Diabetes.

Bei der Behandlung einer kombinierten Nierenschädigung durch Bluthochdruck und Diabetes mellitus, z. B. bei einem metabolischen Syndrom, sollte die Nierenkrankheit als Hauptdiagnose und die behandelten oder diagnostizierten Risikofaktoren als Nebendiagnosen kodiert werden.

Beispiel: Diabetische Nephropathie bei Diabetes mellitus, Typ 1 mit CKD G4

HD:	E10.20†	*Diabetes mellitus, Typ 1: Mit Nierenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet*
	N08.3*	*Glomeruläre Krankheiten bei Diabetes mellitus*
ND	N18.4	*Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4*

Beispiel: Periphere arterielle Verschlusskrankheit bei langjähriger Hypertonie, Diabetes mellitus Typ 2, Fettstoffwechselstörung und Nikotinabusus

HD:	I70.23	*Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerz*
ND:	I10.00	*Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise*
	E10.50†	*Diabetes mellitus, Typ 1: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet*
	I79.2*	*Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten*
	E78.2	*Gemischte Hyperlipidämie*
	F17.1	*Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Schädlicher Gebrauch*

Kommentar: Aus der KDE Nr. 56 der SEG 4 könnte geschlossen werden, dass bei jeglichem kausalen Zusammenhang einer pAVK mit einem Diabetes mellitus die pAVK als diabetische Komplikation zu sehen und entsprechend dann auch als Hauptdiagnose zu kodieren wäre. Dieser Sichtweise kann nicht gefolgt werden. Aus der DKR 0401h kann nicht abgeleitet werden, dass beim Vorliegen einer peripheren diabetischen Angiopathie und weiteren Risikofaktoren stets der Diabetes als Hauptdiagnose zu kodieren wäre. Im Zusammenhang mit einer KHK (KDE 35) oder einer Fettleber (KDE 408) verfolgt die SEG 4 dieses Prinzip auch nicht weiter.

5.13.4 Hypoglykämien

Hypoglykämien sind bei Diabetikern nicht mit einem Kode aus E16.0–E16.2 zu klassifizieren (DKR 0401h), sondern gelten analog zum Koma und der Ketoazidose als „Komplikationen" des Diabetes im Sinne der ICD-10-GM.

Die 4. Stelle „6" des Diabeteskodes beschreibt *„sonstige näher bezeichnete Komplikationen"*. Darunter können sowohl Organkomplikationen (z. B. eine diabetische Arthropathie) als auch Akutkomplikationen wie eine Hypoglykämie oder ein hypoglykämisches Koma fallen. Letzteres ist nicht bereits ausreichend über eine Abbildung der Stoffwechsellage an der 5. Stelle abgebildet.

Die DKR beschreiben die Komplikationen, die über die 4. Stelle dargestellt werden – entgegen der Darstellung der KDE 578, 579 und 600 der SEG 4 des MD – nicht ausschließlich als Organkomplikationen. Auch das (hypoglykämische) Koma und die Ketoazidose sind „Komplikationen" im Sinne der ICD-10-GM und der DKR 0401h. Entsprechend können bei Hinzutreten weiterer (Organ-) Komplikationen ggf. auch Kodes mit der 4. Stelle „7" *(mit multiplen Komplikationen)* zu klassifizieren sein[44]. Die ICD-10-GM unterstützt diese Sichtweise, indem sie nur bei den beiden 4-Stellern (E1-.6- und E1-.7-) auf die neuen Sekundärkodes für den Schweregrad einer Hypoglykämie und das Vorliegen einer Hypoglykämiewahrnehmungsstörung bei Diabetes mellitus (U69.70!-U69.74!) verweist.

[44] Bisher existiert hierzu nur ein zweitinstanzliches Urteil des Landessozialgerichts in Baden-Württemberg vom 25.06.2019 (Az. L 11 KR 1649/17), das jedoch die hier im Kodierleitfaden empfohlen Kodierung unterstützt: https://openjur.de/u/2353480.html

Wäre eine Hypoglykämie auch in den anderen 4-Stellern oder der 5. Stelle enthalten, so müsste grundsätzlich auf die neuen Sekundärkodes verwiesen werden.

Der Schweregrad einer Hypoglykämie und das Vorliegen einer Hypoglykämiewahrnehmungsstörung bei Diabetes mellitus sind bei Erwachsenen und Jugendlichen (≥ 13 Jahre) zusätzlich noch einmal obligat als Sekundärkode dem Diabeteskode zuzuordnen. Eine Hypoglykämie im Sinne der ICD-10-GM liegt bei einem Blutzucker von 60 mg/dl bzw. 3,3 mmol/l und weniger vor.

Diagnose	Kode
Milde Hypoglykämie, als nicht rezidivierend bezeichnet Die Person ist nicht auf Fremdhilfe angewiesen	U69.70!
Milde Hypoglykämie, als rezidivierend bezeichnet Die Person ist nicht auf Fremdhilfe angewiesen	U69.71!
Schwere Hypoglykämie ohne Koma Die Person ist auf Fremdhilfe angewiesen	U69.72!
Hypoglykämisches Koma bei Diabetes mellitus	U69.73!
Hypoglykämiewahrnehmungsstörung bei Diabetes mellitus Rezidivierend unbemerkte Hypoglykämien	U69.74!

Fremdhilfe liegt vor, wenn eine Person aufgrund der durch Hypoglykämie bedingten Bewusstseinseinschränkung nicht mehr in der Lage ist, selbstständig Maßnahmen zur Beendigung der Hypoglykämie durchzuführen, und deshalb auf die Unterstützung durch An-/Zugehörige oder medizinisches Personal angewiesen ist. Fremdhilfe beinhaltet neben der Gabe von Glukose i. v., Glukagon i. m., s. c. oder nasal auch die durch die unterstützende Person durchgeführte orale Zufuhr von Glukose. Rezidivierende Hypoglykämien sind definiert als Hypoglykämien mit einer Häufigkeit von 3 oder mehr hypoglykämischen Ereignissen (Blutzucker von 60 mg/dl bzw. 3,3 mmol/l und weniger) innerhalb von 5 Tagen.

Die Kodes U69.70!, U69.71! und U69.72! können auch bei anderen Zuständen als einem Diabetes mellitus, die mit einer Hypoglykämie einhergehen, angegeben werden.

5.13.5 Diabetes mellitus nach medizinischen Maßnahmen

Nach DKR 0401h *Diabetes mellitus* ist ein Diabetes mellitus nach medizinischen Maßnahmen mit einer Kodekombination aus zwei Primärschlüsseln zu kodieren. Zunächst ist ein Kode aus E13.– *Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus* gefolgt von dem Kode E89.1 *Hypoinsulinämie nach medizinischen Maßnahmen* zu verschlüsseln.

Die DKR schränkt die Kodierung des ICD-Kodes E89.1 in diesem Kontext nicht ein.

Die SEG 4 des MD sieht die Kodierung des ICD-Kodes E89.1 allerdings nur dann als gerechtfertigt an, wenn von einem absoluten Insulinmangel ausgegangen werden kann (s. KDE 79). Bei einem relativen Insulinmangel bei peripherer Insulinresistenz bzw. einer Glukoseverwertungsstörung darf nach Ansicht der SEG 4 keine Kodierung des ICD-Kodes E89.1 erfolgen. Der FoKA hat sich dieser Sichtweise angeschlossen, weshalb sich der Schlichtungsausschuss bislang noch nicht damit beschäftigt hat.

5.14 Stoffwechselstörungen

5.14.1 Gicht

Diagnose	Kode
Gicht	M10.-
Gicht durch Nierenfunktionsstörung Nierenfunktionsstörung ist zusätzlich zu verschlüsseln (N17-N19)	M10.3-
Gichtnephropathie Nierenfunktionsstörung ist zusätzlich zu verschlüsseln (N17-N19)	M10.- † N29.8*

An 5. Stelle ist bei der Gicht die Lokalisation anzugeben, bei mehreren Lokalisationen die „0“ (z. B. M10.30 *Gicht durch Nierenfunktionsstörung: Mehrere Lokalisationen*).

Prozedur	Kode
Applikation von Rasburicase, parenteral	6-004.c

5.14.2 Hyperlipidämie

Diagnose	Kode
Reine Hypercholesterinämie	E78.0
Reine Hypertriglyzeridämie	E78.1
Gemischte Hyperlipidämie	E78.2
Hyperlipoproteinämie (a)	E78.80

5.14.3 Adipositas

Diagnose	Kode
Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr	E66.0-
Arzneimittelinduzierte Adipositas	E66.1-
Übermäßige Adipositas mit alveolärer Hypoventilation	E66.2-
Sonstige Adipositas	E66.8-
Adipositas nicht näher bezeichnet	E66.9-

Folgende 5. Stellen für das Ausmaß der Adipositas sind zu verwenden:

Ausmaß	5. Stelle
Adipositas Grad I (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter Body-Mass-Index [BMI] von 30 bis unter 35	0
Adipositas Grad II (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter Body-Mass-Index [BMI] von 35 bis unter 40	1

Ausmaß	5. Stelle
Adipositas bei Kindern und Jugendlichen von 3 Jahren bis unter 18 Jahren Body-Mass-Index [BMI] über dem BMI-Grenzwert des 97,0-Perzentils bis einschließlich des BMI-Grenzwertes des 99,5-Perzentils	4
Extreme Adipositas bei Kindern und Jugendlichen von 3 Jahren bis unter 18 Jahren Body-Mass-Index [BMI] über dem BMI-Grenzwert des 99,5-Perzentils	5
Adipositas Grad III (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter, Body-Mass-Index [BMI] von 40 bis unter 50	6
Adipositas Grad III (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter, Body-Mass-Index [BMI] von 50 bis unter 60	7
Adipositas Grad III (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter, Body-Mass-Index [BMI] von 60 und mehr	8
Grad oder Ausmaß der Adipositas nicht näher bezeichnet	9

5.14.4 Eiweißstoffwechsel

Diagnose	Kode
Sonstige näher bezeichnete Veränderungen der Plasmaproteine Hypoproteinämie oder Hyperproteinämie	R77.88
Veränderungen der Albumine Hypalbuminämie	R77.0

Achtung: *Schlüsselnummern für Symptome, Befunde und ungenau bezeichnete Zustände aus Kapitel XVIII („R-Kodes") sind nicht als Hauptdiagnose zu verwenden, sobald eine die Symptomatik, etc. erklärende definitive Diagnose ermittelt wurde.* Als Nebendiagnose können sie kodiert werden, wenn sie sich als eigenständige, wichtige Probleme für die medizinische Betreuung dargestellt haben (DKR D002u). *Abnorme Laborbefunde werden nicht kodiert, es sei denn, sie haben eine klinische Bedeutung im Sinne einer therapeutischen Konsequenz oder einer weiterführenden Diagnostik (nicht allein Kontrolle der abnormen Werte)* (DKR D003u).

Wenn bei einem nephrotischen Syndrom eine Hypalbuminämie aufgrund einer Albuminurie besteht, braucht in der Regel nur das nephrotische Syndrom (s. Kapitel 5.6) kodiert werden.

5.15 Infektionen

Zur Verschlüsselung von Infektionen stehen drei unterschiedliche Kodierprinzipien zur Verfügung. Dies soll am Beispiel Pneumonie demonstriert werden:

1. Kodierung mit einem einzigen Primärkode (Erreger und Manifestation in einem Kode	
J15.0	*Pneumonie durch Klebsiella pneumoniae*
J15.1	*Pneumonie durch Pseudomonas*
J15.3	*Pneumonie durch Streptokokken der Gruppe B*

2. Kodierung über obligate Kreuz-Stern-Kodierung (zum Teil ergänzende, aber ggf. auch redundante Information)	Kreuz-Kode	Stern-Kode
Aktinomykose der Lunge (mit J17.0)*	A42.0†	
Pneumonie bei anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten		J17.0*
Pneumonie durch Zytomegalieviren (mit K17.1)*	B25.0†	
Pneumonie bei anderenorts klassifizierten Viruskrankheiten		J17.1*
Invasive Aspergillose der Lunge (mit J17.2)*	B44.0†	
Pneumonie bei anderenorts klassifizierten Mykosen		J17.2*

3. Kodierung der Infektion über einen unspezifischen Kode und des Erregers über Ausrufezeichenkode		
Pneumonie durch Staphylokokken	J15.2	
Staphylococcus aureus als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind		B95.6!
Pneumonie durch sonstige Streptokokken	J15.4	
Streptokokken, Gruppe D, und Enterokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind		B95.2!

Eine allgemeine zugrundeliegende Systematik existiert in der ICD-10-GM nicht. Es ist im Einzelfall immer zu prüfen, ob ein spezifischer Primärkode (1.) oder eine explizit vorgegebene Kreuz-Stern-Kombination vorliegt (2.). Wenn nicht, sollte – zumindest bei nicht-systemischen Infektionserkrankungen – einheitlich nach dem dritten Kodierprinzip verfahren werden. Ein Ausrufezeichenkode ist auch immer dann zu verwenden, wenn dieser den Erreger noch spezifischer als der Primärkode beschreiben kann (z. B. *Staphylococcus aureus* statt nur *Staphylokokken*).

Probleme bereiten vor allem die Sepsis, die Pneumonien und entzündliche ZNS-Erkrankungen.

Für folgende Erreger existieren häufig eigenständige Primärkodes: Streptokokken, Pneumokokken, Staphylokokken, Haemophilus, E. coli, Pseudomonas, Klebsiella, Mycoplasmen, Chlamydien, Spezielle Viren bei der Pneumonie.

Folgende Erreger/Infektionserkrankungen unterliegen häufig einer obligaten Kreuz-Stern-Kodierung: Meningokokken, Tuberkulose, Syphilis, Gonokokken, Herpesviren, Varizellen, Masern, Röteln, Mumps, Cytomegalie, Toxoplasmen.

Grundsätzlich wären die Sekundärkodes aus der ICD-Gruppe B95-B98 *Bakterien, Viren und sonstige Infektionserreger als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind* nach DKR D012v (Tabelle 2) obligat zusätzlich zu kodieren. Strittig und wenig sinnvoll wäre dies allerdings, wenn die gesamte diagnostische Information bereits vollständig (!) im Primärkode enthalten ist (s. Kodiervariante 1 oben)[45].

Dieser Kodierleitfaden schließt sich der Sichtweise des MD (Konsens FoKA) an und empfiehlt, auf die zusätzliche Kodierung des Sekundärkodes dann zu verzichten, wenn keine zusätzliche diagnostische Information vermittelt werden kann.

[45] s. auch Urteile des LSG Niedersachsen-Bremen vom 19.03.2024 (Az.: L 16 KR 485/22) und des BSG vom 26.05.2020 (B 1 KR 26/18 R, Randnummer 26). Einschränkend allerdings KDE 337 des MD (Fall 1).

5.15.1 Resistenzen

Für Krankheitserreger mit Resistenzen stehen zur Kodierung folgende Sekundärkodes zur Verfügung, die dem Primärkode im Sinne einer Schweregradkennzeichnung hinzugefügt werden dürfen. Diese Sekundärkodes können auch zusätzlich zu den Sekundärkodes aus den Kategorien B95!-B98! verschlüsselt werden (s. auch Kodierempfehlung 310 des MD).

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 Kodes aus der Kategorie U80.-! abzugleichen. In den meisten Fällen sind die Keime in der Kategorie U80.! auch eindeutig aus den Resistogrammen erkennbar (z. B. Staphylococcus aureus).

Erklärungsbedürftig sind die sog. „Non-fermenter". 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.

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

Diagnose	Kode
Staphylococcus aureus mit Resistenz gegen Oxacillin oder Methicillin [MRSA]	U80.00!
Staphylococcus aureus mit Resistenz gegen Glykopeptid-Antibiotika, Chinolone, Streptogramine oder Oxazolidinone und ohne Resistenz gegen Oxacillin oder Methicillin	U80.01!
Streptococcus pneumoniae mit Resistenz gegen Penicillin oder Oxacillin	U80.10!
Streptococcus pneumoniae mit Resistenz gegen Makrolid-Antibiotika, Oxazolidinone oder Streptogramine und ohne Resistenz gegen Penicillin oder Oxacillin	U80.11!
Enterococcus faecalis mit Resistenz gegen Glykopeptid-Antibiotika	U80.20!
Enterococcus faecalis mit Resistenz gegen Oxazolidinone oder mit High-Level-Aminoglykosid-Resistenz und ohne Resistenz gegen Glykopeptid-Antibiotika	U80.21!
Enterococcus faecium mit Resistenz gegen Glykopeptid-Antibiotika	U80.30!
Enterococcus faecium mit Resistenz gegen Oxazolidinone oder Streptogramine oder mit High-Level-Aminoglykosid-Resistenz und ohne Resistenz gegen Glykopeptid-Antibiotika	U80.31!
Sonstige grampositive Bakterien mit Multiresistenz gegen Antibiotika Es ist nur noch eine Sensitivität gegen nicht mehr als zwei der Antibiotika-Substanzgruppen nachweisbar, gegen die die Erreger typischerweise empfindlich sind.	U80.8!
Enterobacterales mit Multiresistenz 2MRGN NeoPäd Kodes dieser Kategorie sind nur für Fälle bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres anzugeben. An 5. Stelle wird der konkrete Keim verschlüsselt.	U81.0-!
Pseudomonas und Acinetobacter mit Multiresistenz 2MRGN NeoPäd Kodes dieser Kategorie sind nur für Fälle bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres anzugeben. An 5. Stelle wird der konkrete Keim verschlüsselt.	U81.1-!

Diagnose	Kode
Enterobacterales mit Multiresistenz 3MRGN An 5. Stelle wird der konkrete Keim verschlüsselt.	U81.2-!
Pseudomonas und Acinetobacter mit Multiresistenz 3MRGN An 5. Stelle wird der konkrete Keim verschlüsselt.	U81.3-!
Enterobacterales mit Multiresistenz 4MRGN An 5. Stelle wird der konkrete Keim verschlüsselt.	U81.4-!
Pseudomonas und Acinetobacter mit Multiresistenz 4MRGN An 5. Stelle wird der konkrete Keim verschlüsselt.	U81.5-!
Burkholderia, Stenotrophomonas und andere Nonfermenter mit Resistenz gegen Chinolone, Amikacin, Ceftazidim, Piperacillin/Tazobactam oder Cotrimoxazol	U81.6!
Sonstige gramnegative Bakterien mit Multiresistenz gegen Antibiotika Es ist nur noch eine Sensitivität gegen nicht mehr als zwei der Antibiotika-Substanzgruppen nachweisbar, gegen die die Erreger typischerweise empfindlich sind.	U81.8!
Mycobacterium tuberculosis mit Resistenz gegen ein oder mehrere Erstrangmedikamente Exkl.: Resistenz sowohl gegen Isoniazid als auch gegen Rifampicin sowie gegebenenfalls gegen weitere Erstrangmedikamente (U82.1!)	U82.0!
Multi-Drug Resistant Tuberculosis [MDR-TB]	U82.1!
Atypische Mykobakterien oder Nocardia mit Resistenz gegen ein oder mehrere Erstrangmedikamente	U82.2!
Candida albicans mit Resistenz gegen Antimykotika aus der Gruppe der Triazole Candida albicans mit Resistenz gegen Fluconazol oder Voriconazol	U83.0!
Candida glabrata mit Resistenz gegen Echinocandine Candida glabrata mit Resistenz gegen Caspofungin, Micafungin oder Anidulafungin	U83.1!
Candida auris mit Resistenz gegen Antimykotika aus der Gruppe der Echinocandine, ohne Resistenz gegen Triazole	U83.20!
Candida auris mit Resistenz gegen Antimykotika aus der Gruppe der Echinocandine und auch Triazole, mit Resistenz gegen Fluconazol	U83.21!
Candida auris mit Resistenz gegen Fluconazol und weitere Antimykotika aus der Gruppe der Triazole, ohne Resistenz gegen Echinocandine	U83.22!
Aspergillus fumigatus mit Resistenz gegen Antimykotika aus der Gruppe der Triazole, außer mit Resistenz nur gegen Fluconazol Aspergillus fumigatus mit Resistenz gegen Isavuconazol, Posaconazol oder Voriconazol	U83.3!
Herpesviren mit Resistenz gegen Virustatika	U84!
Humanes Immundefizienz-Virus mit Resistenz gegen Virustatika oder Proteinaseinhibitoren	U85!

Ebenso ist der Sekundärkode bei Vorliegen zuzuweisen:

Diagnose	Kode
Rekurrente Infektion mit Clostridium difficile	U69.40!

Wird ein Reserveantibiotikum bei einem Erreger mit einer Resistenz aus der Kategorie U81.-! gegeben, kann dieses unter Umständen dosisabhängig (6. Stelle) mit einem OPS-Kode verschlüsselt werden:

Reserveantibiotikum	Kode
Cefiderocol, parenteral	6-00g.0-
Ceftazidim-Avibactam, parenteral	6-00g.1-
Ceftolozan-Tazobactam, parenteral	6-00g.2-
Dalbavancin, parenteral	6-00g.3-
Eravacyclin, parenteral	6-00g.4-
Imipenem-Cilastatin-Relebactam, parenteral	6-00g.5-

5.15.2 Keimträger

Ein asymptomatischer Keimträger ist mit einem Kode der Kategorie Z22.- *Keimträger von Infektionskrankheiten* zu klassifizieren. Häufig kommt dieser Kode zur Anwendung:

Diagnose	Kode
Keimträger anderer näher bezeichneter bakterieller Krankheiten z. B. Meningokokken, Staphylokokken, Streptokokken	Z22.3

Auch diesem Kode kann der passende Sekundärkode aus U81.- bzw. U81.- zugeordnet werden. Strittig ist häufig, ob auch ein Sekundärkode aus der ICD-Gruppe B95-B98 *Bakterien, Viren und sonstige Infektionserreger als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind* zugeordnet werden darf.

Handelt es sich um einen asymptomatischen Keimträger, sind diese Kodes nach der Entscheidung des Schlichtungsausschusses nicht zusätzlich zu verschlüsseln[46]. Liegt jedoch ein Krankheitszustand, wie z. B. eine chronische Wunde vor, so kann bei einer pathologischen Besiedlung ein Kode aus B95!-B98! auch dann zugeordnet werden, wenn keine primärursächliche Kausalität vorliegt, sondern die Besiedlung eine sekundär aggravierenden bzw. krankheitsunterhaltenden Ursache darstellt[47].

Asymptomatische HIV-positive Patientinnen und Patienten können mit dem folgenden Kode klassifiziert werden:

Diagnose	Kode
Asymptomatische HIV-Infektion [Humane Immundefizienz-Virusinfektion]	Z21

5.15.3 Isolierung und Komplexbehandlung

Für eine alleinige Isolierung von Keimträgern steht kein OPS-Kode zur Verfügung. Behelfsmäßig kann ein prozeduraler ICD-Kode genutzt werden:

Diagnose	Kode
Isolierung als prophylaktische Maßnahme	Z29.0

[46] s. Entscheidung des Schlichtungsausschusses zu KDE 17, veröffentlicht am 19.08.2020, https://foka.medizincontroller.de/index.php/KDE-17

[47] s. Entscheidung des Schlichtungsausschusses (Erregerkodierung bei Sekundärinfektion offene Wunde) vom 17.08.2022

Aufwändigere Isolierungsmaßnahmen können bei Erfüllung der im OPS aufgeführten Strukturkriterien (vorherige Strukturprüfung durch den MD) und Mindestmerkmale über einen OPS der beiden Klassen 8-987 oder 8-98g kodiert werden.

An 6. Stelle wird die Dauer der Komplexbehandlung angegeben, wobei sich die Intervalle zwischen beiden OPS-Klassen unterscheiden.

Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit	Kode
multiresistenten Erregern [MRE] auf spezieller Isoliereinheit	8-987.0-
multiresistenten Erregern [MRE] nicht auf spezieller Isoliereinheit	8-987.1-
nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern auf spezieller Isoliereinheit	8-98g.0-
nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern nicht auf spezieller Isoliereinheit	8-98g.1-

Eine spezielle Isoliereinheit (eigenständige Infekt-Isolierstation) ist räumlich und organisatorisch von den restlichen Pflegeeinheiten des Krankenhauses getrennt. Jedes Zimmer ist über eine eigene Schleuse zu betreten.

5.15.4 Pneumonie mit zeitlichem Bezug zum Krankenhausaufenthalt

Zur Abgrenzung von ambulant erworbenen Pneumonien ist für die Zwecke der externen Qualitätssicherung einer der folgenden Sekundärkodes dem ICD-Kode für die Pneumonie zuzuordnen:

Diagnose	Kode
Anderenorts klassifizierte Pneumonie, die mehr als 48 Stunden nach Krankenhausaufnahme auftritt	U69.01!
Anderenorts klassifizierte Pneumonie, die entweder bei Krankenhausaufnahme besteht oder innerhalb von 48 Stunden nach Krankenhausaufnahme auftritt	U69.04!

Die Kodierung bedeutet nicht automatisch, *dass ein kausaler Zusammenhang zwischen der medizinischen Behandlung und dem Auftreten der Infektion existiert, es ist auch kein Synonym für ärztliches oder pflegerisches Verschulden. Die Schlüsselnummern sind nur von Krankenhäusern, die zur externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V verpflichtet sind und nur für vollstationär behandelte, erwachsene Personen (18 Jahre und älter) anzugeben.*

5.15.5 Sepsis

Auch der Kodierung liegt inzwischen die neue Definition der Sepsis nach der internationalen Sepsis-3 Konsensus-Konferenz zugrunde:

Eine Sepsis ist eine akut lebensbedrohliche Organdysfunktion, hervorgerufen durch eine inadäquate Wirtsantwort auf eine Infektion. Für die Diagnose einer Sepsis assoziierten Organdysfunktion ist eine Veränderung des Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) Score um ≥ 2 Punkte zu verwenden.

Die Organdysfunktion im Rahmen der Sepsis wird bei Erwachsenen (Alter ≥ 18 Jahre) über den SOFA-Score bestimmt (Sequential (Sepsis-related) Organ Failure Assessment Score). Bei Erwachsenen ist die Organdysfunktion im Rahmen der Sepsis definiert als Veränderung des SOFA-Scores um ≥ 2 Punkte. Zur Ermittlung des SOFA-Scores werden die Punkte für die verschiedenen Organsysteme addiert.

Die Bewertungspunkte reichen jeweils von 0 bis 4. Der schlechteste Parameterwert jedes einzelnen Tages wird jeweils in die Wertung eingebracht. Das Nicht-Vorliegen eines Parameters geht mit 0 Punkten in die Berechnung ein.

Organdysfunktionen, die offensichtlich nicht durch die Sepsis verursacht sind, dürfen nicht als Kriterium für die Diagnose einer sepsisassoziierten Organdysfunktion verwendet werden.

Bei Patienten, bei denen vor Eintritt der Sepsis offensichtlich keine Begleiterkrankungen im Sinne einer Organdysfunktion vorliegen, wird von einem Ausgangswert des SOFA-Scores von 0 ausgegangen. Bei vorbekannten Organdysfunktionen sind bei der Berechnung des SOFA-Scores die Punkte für die chronische(n) Grundkrankheit(en) zu berücksichtigen. In diesem Fall wird der Ausgangswert des SOFA-Scores durch die vorbestehende(n) Organdysfunktion(en) definiert und es ist nur der akute Anstieg zum (anzunehmenden) Grundwert zu berücksichtigen (DKR 0103w).

Eine klinisch manifeste Urosepsis ist als Sepsis zu kodieren.

Eine Sepsis wird regelhaft mit mehreren ICD-Kodes kodiert. Sepsis-Kodes für häufige Erreger sind:

Diagnose	Kode
Sepsis durch Streptokokken, Gruppe A	A40.0
Sepsis durch Streptokokken, Gruppe B	A40.1
Sepsis durch Streptokokken, Gruppe D, und Enterokokken	A40.2
Sepsis durch Streptococcus pneumoniae	A40.3
Sonstige Sepsis durch Streptokokken	A40.8
Sepsis durch Staphylococcus aureus	A41.0
Sepsis durch sonstige näher bezeichnete Staphylokokken	A41.2
Sepsis durch Haemophilus influenzae	A41.3
Sepsis durch Anaerobier	A41.4
Sepsis durch Escherichia coli [E. coli]	A41.50
Sepsis durch Pseudomonas]	A41.51
Sepsis durch sonstige gramnegative Erreger	A41.58
Salmonellensepsis	A02.1
Listeriensepsis	A32.7
Akute Meningokokkensepsis	A39.2
Aktinomykotische Sepsis	A42.7
Erysipelothrix-Sepsis	A26.7
Sonstige näher bezeichnete Sepsis Nur bakterielle Sepsis	A41.8
Candida-Sepsis	B37.7
Sepsis durch Aspergillus	B44.70
Sepsis durch Cryptococcus	B45.70
Sepsis durch Herpesviren	B00.70
Sepsis durch Viren, anderenorts nicht klassifiziert	B34.80

Obligat ist ein Sekundärkode anzugeben:

Diagnose	Kode
Nicht-nosokomiale Sepsis Sepsis, vor dem 3. Kalendertag der Krankenhausaufnahme auftretend	U69.80!
Nosokomiale Sepsis Sepsis, ab dem 3. Kalendertag der Krankenhausaufnahme auftretend	U69.81!
Sepsis mit unklarem Zeitpunkt des Beginns mit Bezug zur Krankenhausaufnahme	U69.82!

Zusätzlich sind noch anzugeben:

- *Kode(s) für den Infektfokus*
- *Kode(s) für den/die spezifische(n) Erreger (z. B. B95!-B98!)*
- *Kode(s) für Erreger-Resistenzen (U80!-U85!)*
- *Kode(s) für die Organdysfunktion(en)*
- *Kode(s) für den septischen Schock (R57.2) und für den zeitlichen Bezug des septischen Schocks zur stationären Krankenhausaufnahme (U69.83!–U69.85!)*

Tritt eine Sepsis bei einer Neutropenie (z. B. im Rahmen nach einer Chemotherapie) auf, ist trotz möglicherweise kausalem Zusammenhang stets der Sepsiskode vor einem Kode aus der Kategorie D70.– *Agranulozytose und Neutropenie* zu kodieren. Bei einer bestehenden Immunsuppression z. B. nach Nierentransplantation sollte der Kode D90 *Immunkompromittierung nach Bestrahlung, Chemotherapie und sonstigen immunsuppressiven Maßnahmen* ergänzt werden.

Der Kodierleitfaden Sepsis 3.0 (Stand 01.2024) des Deutschen Qualitätsbündnisses Sepsis in Zusammenarbeit mit der Deutschen Sepsis-Gesellschaft behandelt die Kodierung der Sepsis in der Tiefe[48].

5.15.5.1 Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom (SIRS)

Ein systemisches inflammatorisches Response-Syndrom (SIRS) kann zusätzlich zur Sepsis kodiert werden. Da sich die Sepsis inzwischen über eine *Organdysfunktion* definiert, darf lediglich der Sekundärkode R65.1! *SIRS infektiöser Genese mit Organkomplikationen* einem Sepsiskode zugeordnet werden.

Diagnose	Kode
Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiöser Genese ohne Organkomplikationen	R65.0!
Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiöser Genese mit Organkomplikationen	R65.1!
Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] nichtinfektiöser Genese ohne Organkomplikationen	R65.2!
Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] nichtinfektiöser Genese mit Organkomplikationen	R65.3!
Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS], nicht näher bezeichnet	R65.9!

Ein SIRS kann auch in anderen Kontext kodiert werden, zum Beispiel auch bei Infektionen, die nicht die aktuellen Sepsiskriterien erfüllen.

[48] https://www.sepsis-gesellschaft.de/wp-content/uploads/2024/04/DQS-Sepsis-Kodierleitfaden-2024.pdf

5.15.5.2 Septischer Schock

Der septische Schock inkludiert nicht die differenzierte Klassifizierung der Sepsis und ist daher zusätzlich zur Sepsis zu kodieren.

Ein septischer Schock ist definiert als eine trotz adäquater Volumentherapie persistierende arterielle Hypotension mit der Notwendigkeit einer Therapie mit Vasopressoren, um einen mittleren arteriellen Blutdruck von ≥ 65 mmHg zu erreichen. Gleichzeitig muss der Laktatwert im Serum > 2 mmol/l (> 18 mg/dl) betragen (DKR 0103w).

Diagnose	Kode
Septischer Schock	R57.2

Obligat ist ein Sekundärkode anzugeben:

Diagnose	Kode
Nicht-nosokomialer septischer Schock Septischer Schock, vor dem 3. Kalendertag der Krankenhausaufnahme auftretend	U69.83!
Nosokomialer septischer Schock Septischer Schock, ab dem 3. Kalendertag der Krankenhausaufnahme auftretend	U69.84!
Septischer Schock mit unklarem Zeitpunkt des Beginns mit Bezug zur Krankenhausaufnahme	U69.85!

5.15.6 Harnwegsinfekt und Urethritis

Diagnose	Kode
Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	N39.0
Infektion und entzündliche Reaktion durch Prothese, Implantat oder Transplantat im Harntrakt Harnwegsinfekt bei liegendem Dauerkatheter	T83.5
Akute Zystitis	N30.0

Ein Harnwegsinfekt sollte als Nebendiagnose nur dann kodiert werden, wenn sich daraus ein Aufwand im Sinne der Definition der Nebendiagnosen ergibt und die Harnwegsinfektion nicht bereits regelhaft in einem anderen Kode „enthalten“ ist (z. B. bei einer Pyelonephritis).

Der nachgewiesene Erreger ist in der Regel mit einem Ausrufezeichen-Kode anzugeben. Beispielsweise ist bei einer E. coli-Infektion der zusätzliche Kode B96.2! anzugeben. Eine Urosepsis wird wie eine Sepsis kodiert.

Diagnose	Kode
Sonstige Urethritis z. B. Urethritis externa	N34.2
Unspezifische Urethritis z. B. Urethritis durch Mykoplasmen (B96.0!)	N34.1

5.15.7 Hepatitis

5.15.7.1 Akute Hepatitis A

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

5.15.7.2 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
Akute Virushepatitis B ohne Delta-Virus mit Coma hepaticum	B16.2
Akute Virushepatitis B ohne Delta-Virus und ohne Coma hepaticum	B16.9

5.15.7.3 Akute Hepatitis C

Diagnose	Kode
Akute Virushepatitis C	B17.1

5.15.7.4 Sonstige akute Virushepatitis

Diagnose	Kode
Akute Delta-Virus(Super-) Infektion eines Hepatitis-B(Virus-) Trägers	B17.0
Akute Virushepatitis E	B17.2
Sonstige näher bezeichnete akute Virushepatitis Hepatitis Non-A, Non-B (akut) (durch Viren), anderenorts nicht klassifiziert	B17.8
Hepatitis durch Zytomegalieviren	B25.1†
Leberkrankheiten bei anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten	K77.0*

5.15.7.5 Chronische Virushepatitiden

Diagnose	Kode
Chronische Virushepatitis B mit Delta-Virus	B18.0
Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus, Phase 1 HBeAg positiv, ohne Entzündungsaktivität, hochreplikativ Immuntolerante Phase	B18.11

Diagnose	Kode
Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus, Phase 2 Aktive chronische Hepatitis B HBeAg positiv, mit Entzündungsaktivität, hochreplikativ	B18.12
Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus, Phase 3 HBeAg negativ, ohne Entzündungsaktivität, niedrigreplikativ Keimträger von Hepatitis-B-Oberflächen-Antigen [HBsAg]	B18.13
Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus, Phase 4 HBeAg negativ, mit Entzündungsaktivität, hochreplikativ, Reaktivierte Hepatitis-B	B18.14
Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus, Phase n. n. bez. Hepatitis-B (viral) o. n. A.	B18.19
Chronische Virushepatitis C	B18.2
Chronische Virushepatitis E	B18.80
Sonstige chronische Virushepatitis	B18.88

Patienten oder Patientinnen werden dann als Hepatitis-(Virus-)Träger bzw. Trägerinnen betrachtet, wenn über die akute Phase der Erkrankung hinaus weiterhin Hepatitis-B-, -C- oder -D-Viren im Blut nachweisbar sind. Dabei liegen keine manifesten Krankheitssymptome vor, der Erreger ist aber weiter vorhanden und kann auf Andere übertragen werden. Die Kodes sind nur in den Fällen zuzuweisen, bei denen die Tatsache des Trägerstatus von Hepatitisviren den Behandlungsaufwand erhöht (z. B. Durchführung der Dialyse unter Isolationsbedingungen).

5.15.8 Tuberkulose des Urogenitalsystems

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

5.15.9 CMV-Infektion

Diagnose	Kreuz-Kode	Stern-Kode
Pneumonie durch Zytomegalieviren (mit J17.1)*	B25.0†	
Pneumonie bei anderenorts klassifizierten Viruskrankheiten		J17.1*
Hepatitis durch Zytomegalieviren (mit K77.0)*	B25.1†	
Leberkrankheiten bei anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten		K77.0*
Pankreatitis durch Zytomegalieviren (mit K87.1)*	B25.2†	
Krankheiten des Pankreas bei anderenorts klassifizierten Krankheiten		K87.1*
Infektion des Verdauungstraktes durch Zytomegalieviren	B25.80†	

Krankheiten sonstiger näher bezeichneter Verdauungsorgane bei anderenorts klassifizierten Krankheiten Duodenitis, Gastritis, Ileitis, Kolitis		K93.8*
Krankheiten des Ösophagus bei anderenorts klassifizierten Krankheiten Ösophagitis		K23.8*
Sonstige Zytomegalie	B25.88	

5.15.10 Influenza

Die Klassifizierung der Grippe richtet sich danach, ob das Virus nachgewiesen werden konnte. Wurde das Influenzavirus nachgewiesen, ist einer der folgenden Kodes zu verschlüsseln:

Diagnose	Kode
Grippe mit Pneumonie, saisonale Influenzaviren nachgewiesen	J10.0
Grippe mit sonstigen Manifestationen an den Atemwegen, saisonale Influenzaviren nachgewiesen	J10.1
Grippe mit sonstigen Manifestationen, saisonale Influenzaviren nachgewiesen	J10.8

Ohne Virusnachweis sind folgende Kodes zu benutzen:

Diagnose	Kode
Grippe mit Pneumonie, Viren nicht nachgewiesen	J11.0
Grippe mit sonstigen Manifestationen an den Atemwegen, Viren nicht nachgewiesen	J11.1
Grippe mit sonstigen Manifestationen, Viren nicht nachgewiesen	J11.8

Ein grippaler Infekt, der nicht spezifischer klassifiziert werden kann, ist nicht als Grippe zu kodieren.

Diagnose	Kode
Akute Infektion der oberen Atemwege, nicht näher bezeichnet Grippaler Infekt, Infektion der oberen Atemwege ohne nähere Angaben	J06.9

5.15.11 Covid-19

In der Regel liegt ein labordiagnostischer Nachweis (über PCR oder Antigen) einer Infektion mit SARS-CoV-2 vor:

Diagnose	Kode
COVID-19, Virus nachgewiesen	U07.1!

Wird eine labordiagnostische Testung durchgeführt, aber das Virus nicht nachgewiesen, kann die Durchführung der Testung mit folgendem prozeduralen Sekundärkode abgebildet werden:

Diagnose	Kode
Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf SARS-CoV-2	U99.0!

Bei einem Nachweis ist der Sekundärkode U07.1! zu kodieren und die zusätzliche Kodierung des Sekundärkodes U99.0! nicht zulässig.

Bei Personen, die ohne Verdacht auf eine Infektion mit SARS-CoV-2 getestet werden, ist bei einem negativen Labortest wie folgt zu kodieren:

Diagnose	Kode
Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf infektiöse und parasitäre Krankheiten	Z11
Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf SARS-CoV-2	U99.0!

Bei symptomlosen Personen, die aufgrund eines Kontakts zu einer positiv getesteten Person respektive einem Infektionscluster getestet werden, ist bei einem *negativen* Labortest wie folgt zu kodieren:

Diagnose	Kode
Kontakt mit und Exposition gegenüber sonstigen übertragbaren Krankheiten	Z20.8
Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf SARS-CoV-2	U99.0!

Bei positiven Labortest, aber symptomlosen Personen wie folgt zu kodieren:

Diagnose	Kode
Keimträger sonstiger Infektionskrankheiten	Z22.8
COVID-19, Virus nachgewiesen	U07.1!

Die korrekte Klassifizierung wird von einigen Krankenkassen als Vergütungsvoraussetzung für das Zusatzentgelt zur Testung auf SARS-CoV-2 angesehen. Wurde ein Test durchgeführt, sollte daher entweder der Sekundärkode U07.1! (positiv) oder der Sekundärkode U99.0! (negativ) verwendet werden.

Bei allen Fallkonstellationen sind Kodes anzugeben, um das Vorliegen einer Krankheitsmanifestation (z. B. Pneumonie) abzubilden, beispielsweise:

Diagnose	Kode
Pneumonie durch sonstige Viren	J12.8

Die Kodes B34.2 *Infektion durch Coronaviren nicht näher bezeichneter Lokalisation*, B34.88 *Sonstige Virusinfektionen nicht näher bezeichneter Lokalisation* und B34.9 *Virusinfektion, nicht näher bezeichnet* sind in Verbindung mit einem Kode aus U07.1! *COVID-19, Virus nachgewiesen* oder U07.2! COVID-19, *Virus nicht nachgewiesen* nicht zu kodieren[49].

Folgende weiteren Primär- und Sekundärkodes können auch in Zusammenhang mit SARS-CoV-2 verwendet werden:

Diagnose	Kode
COVID-19 in der Eigenanamnese, nicht näher bezeichnet	U08.9
Post-COVID-19-Zustand, nicht näher bezeichnet	U09.9!
Multisystemisches Entzündungssyndrom in Verbindung mit COVID-19, nicht näher bezeichnet	U10.9
Notwendigkeit der Impfung gegen COVID-19, nicht näher bezeichnet	U11.9

[49] s. Entscheidung des Schlichtungsausschusses (S20230002) vom 09.06.2023; https://www.g-drg.de/content/download/10053/file/Entscheidung%20KDE%20596%20Aszitesdrainage,%20Aszitespunktion.pdf

Diagnose	Kode
Unerwünschte Nebenwirkungen bei der Anwendung von COVID-19-Impfstoffen, nicht näher bezeichnet Hinw.: Zusätzlich ist eine primäre Schlüsselnummer eines anderen Kapitels der Klassifikation zu nutzen, um die Art der unerwünschten Nebenwirkung anzugeben	U12.9!

Einzelne Therapien sind kodierfähig. Die Gabe von Remdesivir kann sogar dosisabhängig kodiert werden:

Prozedur	Kode
Applikation von Remdesivir, parenteral	6-00f.p-
Applikation von Nirmatrelvir-Ritonavir, oral Paxlovid®	6-00k.0

Eine Übersicht über die Kodierung in den unterschiedlichen Konstellationen findet sich auch in der ICD-10-GM *Kodierempfehlung zu Fallkonstellationen im Zusammenhang mit dem Infektionsgeschehen SARS-CoV-2/COVID-19* des BfArM (Stand: 16. Juli 2020 mit Aktualisierung vom 22. April 2021 mit Fortschreibung vom 27.12.2022)[50]

5.15.12 EHEC

5.15.12.1 Durchfallerkrankung bei nachgewiesenem Erreger

Durchfallerkrankungen (Infektion oder Intoxikation) bei nachgewiesenem Erreger werden möglichst spezifisch mit einem ICD-Kode der Gruppe (A00-A09) *Infektiöse Darmkrankheiten* klassifiziert, z. B.:

Diagnose	Kode
Darminfektion durch enterohämorrhagische Escherichia coli	A04.3

5.15.12.2 Durchfallerkrankung ohne Erregernachweis

Diagnose	Kode
Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs auch bei vermutlich infektiösen Ursprung zu verwenden.	A09.0
Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis, nicht näher bezeichnet als nichtinfektiös bezeichnet	K52.9

5.15.12.3 (Atypisches) hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)

Diagnose	Kode
Hämolytisch-urämisches Syndrom	D59.3†

[50] https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Kodiersysteme/Kodierfragen/Kodierempfehlung-COVID-19.pdf

Diagnose	Kode
Glomeruläre Krankheiten bei Blutkrankheiten und Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	N08.2*

Die ICD-10-GM unterscheidet nicht zwischen typischem und atypischem HUS. Alle Fälle von HUS werden daher mit D59.3† klassifiziert.

Wird mit Eculizumab behandelt, ist auf die richtige Kodierung der verabreichten Menge mit dem OPS-Kode 6-003.h- zu achten.

5.15.12.4 EHEC-Kontaktperson

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

5.16 Pulmonale Komplikationen

5.16.1 Pleuraergüsse und nichtkardiales Lungenödem

Diagnose	Kode
Pleuraerguss, anderenorts nicht klassifiziert	J90
Pleuraerguss bei anderenorts klassifizierten Krankheiten 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 Lungenöden ist im Kode für die Herzinsuffizienz (I50.1-) enthalten.

5.16.2 Stauungspneumonie

Stauungspneumonie bei fortgeschrittener CKD

Diagnose	Kode
Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	N18.5
Hypostatische Pneumonie	J18.2

5.16.3 Akutes Atemnotsyndrom (ARDS)

Die Einteilung des Schweregrades des ARDS basiert auf der Berlin-Definition bei Personen von 18 Jahren und älter sowie der PALICC-Definition bei Personen von 1 Jahr bis unter 18 Jahren.

Diagnose	Kode
Mildes akutes Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS] Quotient von arteriellem Sauerstoffpartialdruck (PaO2) und inspiratorischer Sauerstoffkonzentration (FIO2) beträgt mehr als 200 mmHg und höchstens 300 mmHg bei einem positiven endexpiratorischen Druck (PEEP) von mindestens 5 cm H_2O	J80.01
Moderates akutes Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS] Quotient von arteriellem Sauerstoffpartialdruck (PaO2) und inspiratorischer Sauerstoffkonzentration (FIO2) beträgt mehr als 100 mmHg und höchstens 200 mmHg bei einem positiven endexpiratorischen Druck (PEEP) von mindestens 5 cm H_2O	J80.02
Schweres akutes Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS] Quotient von arteriellem Sauerstoffpartialdruck (PaO2) und inspiratorischer Sauerstoffkonzentration (FIO2) beträgt höchstens 100 mmHg bei einem positiven endexpiratorischen Druck (PEEP) von mindestens 5 cm H_2O	J80.03
Mildes akutes Atemnotsyndrom des Kindes und Jugendlichen [ARDS] Oxygenierungsindex [OI] von 4 bis unter 8 oder Oxygenierungs-Sättigungsindex [OSI] von 5 bis unter 7,5	J80.04
Moderates akutes Atemnotsyndrom des Kindes und Jugendlichen [ARDS] Oxygenierungsindex [OI] von 8 bis unter 16 oder Oxygenierungs-Sättigungsindex [OSI] von 7,5 bis unter 12,3	J80.05
Schweres akutes Atemnotsyndrom des Kindes und Jugendlichen [ARDS] Oxygenierungsindex [OI] von mindestens 16 oder Oxygenierungs-Sättigungsindex [OSI] von mindestens 12,3	J80.06
Akutes Atemnotsyndrom des Kindes, Jugendlichen und Erwachsenen [ARDS], Schweregrad nicht näher bezeichnet	J80.09

Diagnose	Kode
Schweres akutes respiratorisches Syndrom [SARS], nicht näher bez.	U04.9

5.16.4 Respiratorische Insuffizienz

Eine respiratorische Insuffizienz kann kodiert werden, wenn bei Vorliegen diesbezüglich bestehender klinischer Zeichen (ein oder mehrere) unter Raumluft (sofern der Zustand des Patienten eine Messung unter Raumluft zulässt):

- *eine pathologisch veränderte arterielle oder kapilläre Blutgasanalyse (z. B. Sauerstoffsättigung oder eine Hyperkapnie oder Hypoxämie (gemäß den Normwerten des verwendeten Analysegerätes) vorliegt oder*
- *eine erniedrigte Sauerstoffsättigung ≤ 92 % (nur bei Messung durch eine periphere Pulsoxymetrie) gemessen wurde.*[51]

Diagnose	Kode
Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert Bei einer vorbestehenden oder sich im Verlauf entwickelnden chronischen respiratorischen Insuffizienz ist eine Schlüsselnummer aus J96.1- zusätzlich anzugeben	

[51] S. Entscheidung des Schlichtungsausschusses zur KDE 37, veröffentlicht am 15.10.2020; https://www.g-drg.de/schlichtungsausschuss-nach-19-khg/entscheidungen-des-schlichtungsausschusses

Diagnose	Kode
Typ I [hypoxämisch]	J96.00
Typ II [hyperkapnisch] Respiratorische Insuffizienz mit Hyperkapnie und Hypoxämie	J96.01
Typ nicht näher bezeichnet	J96.09
Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert Besteht eine (langzeitige) Absaug- oder Beatmungspflicht, so ist Z99.0 oder Z99.1 als zusätzliche Schlüsselnummer zu benutzen.	
Typ I [hypoxämisch]	J96.10
Typ II [hyperkapnisch] Respiratorische Insuffizienz mit Hyperkapnie und Hypoxämie	J96.11
Typ nicht näher bezeichnet	J96.19

Aufgrund der klinischen Differenzierung nach dem Schweregrad sollten in der Regel die weniger differenzierten Kodes (J95.1–J95.3), die pulmonale Insuffizienzen nach medizinischen Maßnahmen beschreiben, vermieden werden. Optional können dafür in diesen Fällen die Sekundärkodes Y69! oder Y84.9! zugewiesen werden (s. auch Kapitel 4.4.9 und 4.4.3.2).

5.17 Tumorerkrankungen

Ein Malignom-Kode ist als Hauptdiagnose für jeden Krankenhausaufenthalt zur Behandlung der bösartigen Neubildung und zu notwendigen Folgebehandlungen (z. B. Operationen, Chemo-/Strahlentherapie, sonstige Therapie) sowie zur Diagnostik (z. B. Staging) anzugeben, bis die Behandlung endgültig abgeschlossen ist, also auch bei den stationären Aufenthalten, die beispielsweise auf die chirurgische Entfernung eines Malignoms folgen (DKR 0201u). Rezidive sind wie Primärtumoren zu klassifizieren.

Sofern sich die Ausbreitung eines Tumors von einer bekannten Primärlokalisation auf ein Nachbarorgan oder -gebiet (z. B. von der Niere auf das Nierenbecken) fortsetzt, ist nur die Primärlokalisation zu kodieren. Die Ausbreitung im Nachbargebiet wird nicht verschlüsselt. Eine Neubildung, die zwei oder mehr anatomisch-topographisch aneinandergrenzende Teilbereiche innerhalb einer dreistelligen ICD-Kategorie überlappt und deren Ursprungsort nicht bestimmt werden kann, ist entsprechend der Subkategorie .8 („mehrere Teilbereiche überlappend") zu klassifizieren (DKR 0206a).

In Fällen, in denen die Behandlung des Malignoms endgültig abgeschlossen ist, ist ein Kode aus Z85.– Bösartige Neubildung in der Eigenanamnese als Nebendiagnose zuzuweisen, sofern dies den Behandlungsaufwand beim aktuellen Aufenthalt erhöht (DKR 0209u).

5.17.1 Nierenzellkarzinom, Nierensarkom und Wilms-Tumor

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

5.17.2 Plasmozytom und bösartige Neubildung der Plasmazelle

Diagnose	Kode
Multiples Myelom, ohne Angabe einer kompletten Remission	C90.00
Multiples Myelom, in kompletter Remission	C90.01
Plasmazellenleukämie, ohne Angabe einer kompletten Remission	C90.10
Plasmazellenleukämie, in kompletter Remission	C90.11
Extramedulläres Plasmozytom, ohne Angabe einer kompletten Remission	C90.20
Extramedulläres Plasmozytom, in kompletter Remission	C90.21

Bei einer partiellen Remission liegt keine komplette Remission vor, so dass an 5. Stelle „0" zu klassifizieren ist. Der Kodierleitfaden der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e. V. (DGHO)[52] empfiehlt *„entsprechend den üblichen Richtlinien der internationalen Literatur konventionelle Kriterien der kompletten Remission (CR) anzuwenden. Das bedeutet, dass bei einer so definierten CR die Krankheit mit sehr spezifischen (z. B. molekularbiologischen oder durchflusszytometrischen) Kriterien noch nachgewiesen werden kann und weitere Therapien stattfinden können."*

Kriterien für das Vorliegen einer (stringent) CR bei Multiplem Myelom (nach Kumar et al. Lancet Oncol. 2016):

- *In der Immunfixation ist keine monoklonale Gammopathie mehr nachweisbar (weder Serum noch Urin)*
- *weniger als 5 % klonale Plasmazellen im Knochenmark*
- *Kein Nachweis von Weichteilplasmozytomen (extra-medullärem Befall)*
- *Normalisierung der Ratio der freien Leichtketten, falls diese für die Evaluation des Krankheitsverlaufes verwendet wurden.*

Weitere Diagnosen in Zusammenhang mit einer Paraproteinämie	Kode
Makroglobulinämie Waldenström, ohne Angabe einer kompletten Remission	C88.00
Makroglobulinämie Waldenström, in kompletter Remission	C88.01
Monoklonale Gammopathie unbestimmter Signifikanz [MGUS] Monoklonale Gammopathie renaler Signifikanz [MGRS]	D47.2
Isolierte Proteinurie Bence-Jones-Proteinurie	R80

5.17.3 Metastasen

Erfolgt die Aufnahme nur zur Behandlung von Metastasen, ist/sind die Metastase(n) als Hauptdiagnose-Kode anzugeben und zusätzlich, sofern bekannt, eine bzw. mehrere Nebendiagnose(n) für den Primärtumor (DKR 0201u). Ist die Lokalisation des Primärtumors unbekannt (z. B. beim CUP), ist der Kode C80.0 *Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet* zu kodieren.

Erfolgt die Aufnahme sowohl zur Behandlung des Primärtumors als auch der Metastasen, ist diejenige Diagnose als Hauptdiagnose auszuwählen, die die meisten Ressourcen verbraucht hat (DKR 0201u).

[52] https://www.dgho.de/arbeitskreise/a-g/drg-gesundheitsoekonomie/kodierleitfaden

Erfolgt die Aufnahme primär zur systemischen Chemotherapie, „systemischen" Strahlentherapie oder zur systemischen Therapie mit Antikörpern oder Zytokinen, ist stets der Primarius und nicht die Metastasen als Hauptdiagnose zu verschlüsseln, selbst wenn der Primarius operativ entfernt wurde und die Metastasen die Indikation zur Durchführung, Auswahl und Dosierung der systemischen Therapie geben. Entsprechend kann auch der ICD-Kode C80.0 *Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet* als Hauptdiagnose angegeben werden.

Erfolgt hingegen die Aufnahme zur lokalen Chemotherapie oder lokalen Bestrahlungstherapie der Metastase(n), ist/sind die Metastase(n) als Hauptdiagnose und der Primärtumor als Nebendiagnose anzugeben (DKR 0201u).

Ein Lymphom wird allerdings, *unabhängig von der Anzahl der betroffenen Gebiete, nicht als metastatisch betrachtet* (DKR 0215q). Lediglich Beteiligungen des Knochen(-mark)s und des Gehirns/der Hirnhäute sind mit Kodes für sekundär bösartige Neubildungen zu klassifizieren.

Metastasen (Auswahl)	Kode
Sekundäre bösartige Neubildung der Niere und des Nierenbeckens	C79.0
Sekundäre bösartige Neubildung der Harnblase sowie sonstiger und nicht näher bezeichneter Harnorgane	C79.1
Sekundäre bösartige Neubildung der Lunge	C78.0
Sekundäre bösartige Neubildung des Mediastinums	C78.1
Sekundäre bösartige Neubildung des Retroperitoneums und des Peritoneums	C78.6
Sekundäre bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge	C78.7
Sekundäre bösartige Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute Meningeosis bei Neoplasien des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes	C79.3
Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes Knochen(mark)herde bei malignen Lymphomen	C79.5
Sekundäre bösartige Neubildung der Nebenniere	C79.7
Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet Cancer of unknown primary	C80.0

Lymphknotenmetastasen (Auswahl)	Kode
Intrapelvine Lymphknoten	C77.5
Intraabdominale Lymphknoten	C77.2
Intrathorakale Lymphknoten	C77.1
Lymphknoten mehrerer Regionen **Die betroffenen Lymphknotenregionen sind über einen Sekundärkode spezifisch anzugeben.**	C77.8 U69.5-!
Intrapelvine Lymphknoten	U69.55!
Intraabdominale Lymphknoten	U69.52!
Intrathorakale Lymphknoten	U69.51!

5.17.4 Chemotherapie

Die Chemotherapie wird über OPS-Kodes verschlüsselt. Der prozedurale ICD-Kode Z51.1 *Chemotherapiesitzung wegen bösartiger Neubildung* wird nicht verwendet.

Zytostatika, Inhibitoren, Antikörper und Supportivmedikamente werden zusätzlich zu einem Kode aus 8-54 *Zytostatische Chemotherapie, Immuntherapie und antiretrovirale Therapie* auch mit einem Kode aus Kapitel 6 *Medikamente* kodiert, sofern ein solcher existiert.

Eine systemische Chemotherapie wird mit einem Kode der folgenden OPS-Klassen kodiert:

Chemotherapie	OPS-Klasse
Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag Bis maximal 2 Substanzen. Die 6. Stelle gibt die Anzahl der Substanzen (1–2) an.	8-542.1-
Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie 1 Tag mit mehr als 2 Substanzen. 2–4 Tage. Mehr als 4 Tage mit nur einer Substanz und ggf. zusätzlich 5-FU-Dauerinfusion und/oder Decitabin und/oder Azacitidin und/oder niedrig dosiertem ARA-C. Die 5. Stelle gibt die Anzahl der Tage (1 bis ≥ 9) an. Die 6. Stelle gibt die Anzahl der Substanzen (1 bis ≥ 7) an	8-543.-
Hochgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie Mindestens 5 Tage und 2 Substanzen.	8-544

Die korrekte Klassifizierung erfolgt anhand **Dauer** und **Anzahl** der während des stationären Aufenthaltes applizierten subkutanen oder intravenösen Substanzen. *Jeder stationäre Aufenthalt und jeder Block ist einzeln zu kodieren.*

Maßgeblich zur Bemessung der zu kodierenden Dauer der Chemotherapie sind die im Chemotherapieprotokoll gemachten Tagesvorgaben. Individuell notwendig werdende Verzögerungen bleiben unberücksichtigt. Es zählen die Tage, an denen eine Chemotherapie appliziert wird. Bei Gaben über Nacht zählt nur der Tag, an dem die Gabe begonnen wurde. Pausen von maximal einem Tag Dauer werden nur mitgezählt, wenn sie regelhaft zum jeweiligen Chemotherapie-Protokoll gehören. Pausen ab zwei Tagen Dauer führen dazu, dass ein neuer Kode angegeben werden muss.

Folgende Substanzen können gezählt werden: Alkylierende Substanzen, Antimetaboliten, pflanzliche Alkaloide (mit Ausnahme von homöopathischen und anthroposophischen Mitteln und anderen pflanzlichen Mitteln), zytotoxische Antibiotika und verwandte Substanzen, Platinhaltige Verbindungen, Methylhydrazine, Amsacrin, Asparaginase und Derivate wie Pegaspargase, Pentostatin, Topotecan, Irinotecan, Arsentrioxid, Denileukin diftitox, Bortezomib, Vorinostat, Romidepsin, Eribulin, Aflibercept, Carfilzomib, Belinostat und Talimogen laherparepvec sowie neue antineoplastische Substanzen mit unterjähriger Zulassung, die bisher noch nicht berücksichtigt werden konnten, mit Ausnahme von zellulären Therapien. Jede Substanz wird einzeln gezählt, auch wenn mehrere Substanzen in einem Medikament als Kombination enthalten sind. Es werden die verwendeten Substanzen und nicht die Einzelapplikationen gezählt. Es zählen alle Substanzen, unabhängig davon, ob sie über alle zu berechnenden Tage verabreicht wurden oder über weniger Tage. Fest an die Gabe von Substanzen gekoppelte Supportivmedikamente (z. B. Uromitexan nach Cyclophosphamid/Ifosfamid; Folinsäure nach Methotrexat), wirkungsverstärkende Substanzen (z. B. Leukovorin), Wachstumsfaktoren, Immunglobuline und Antikörper werden nicht als zusätzliche Substanzen gezählt.

Anzahl der Tage	Anzahl der Substanzen	OPS-Kode
1 Tag	1 Substanz	8-542.11
1 Tag	2 Substanzen	8-542.12
1 Tag	3 Substanzen	8-543.13
1 Tag	4 Substanzen	8-543.14
1 Tag	5 Substanzen	8-543.15
1 Tag	6 Substanzen	8-543.16
1 Tag	7 oder mehr Substanzen	8-543.17

Anzahl der Tage	Anzahl der Substanzen	OPS-Kode
2 Tage	1 Substanz	8-543.21
2 Tage	2 Substanzen	8-543.22
2 Tage	3 Substanzen	8-543.23
2 Tage	4 Substanzen	8-543.24
2 Tage	5 Substanzen	8-543.25
2 Tage	6 Substanzen	8-543.26
2 Tage	7 oder mehr Substanzen	8-543.27
2 Tage	1 Substanz	8-543.31
3 Tage	2 Substanzen	8-543.32
3 Tage	3 Substanzen	8-543.33
3 Tage	4 Substanzen	8-543.34
3 Tage	5 Substanzen	8-543.35
3 Tage	6 Substanzen	8-543.36
3 Tage	7 oder mehr Substanzen	8-543.37
4 Tage	1 Substanz	8-543.41
4 Tage	2 Substanzen	8-543.42
4 Tage	3 Substanzen	8-543.43
4 Tage	4 Substanzen	8-543.44
4 Tage	5 Substanzen	8-543.45
4 Tage	6 Substanzen	8-543.46
4 Tage	7 oder mehr Substanzen	8-543.47
5 Tage	1 Substanz	8-543.51
5 Tage	2 oder mehr Substanzen	8-544
6 Tage	1 Substanz	8-543.61
6 Tage	2 oder mehr Substanzen	8-544
7 Tage	1 Substanz	8-543.71
7 Tage	2 oder mehr Substanzen	8-544
8 Tage	1 Substanz	8-543.81
8 Tage	2 oder mehr Substanzen	8-544
9 Tage und mehr	1 Substanz	8-543.91
9 Tage und mehr	2 oder mehr Substanzen	8-544

5.17.4.1 Regionale Chemotherapien

Diese Kodes sind jeweils nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben.

Prozedur (Auswahl)	Kode
Instillation von und lokoregionale Therapie mit zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren	
Intraperitoneal	8-541.3
In die Harnblase	8-541.4
In das Nierenbecken	8-541.5
Arteriell	8-541.6

5.17.5 Häufige Komplikationen unter und nach Chemotherapie

Komplikation/Nebenwirkung (Auswahl)	Kode
Tumorlyse-Syndrom	E88.3
Zytokinfreisetzungs-Syndrom [cytokine release syndrome] ggf. in Kombination mit *Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] nichtinfektiöser Genese ohne/mit Organkomplikationen*	D76.4 R65.2!/ R65.3!
Immunkompromittierung nach Bestrahlung, Chemotherapie und sonstigen immunsuppressiven Maßnahmen Exkl.: Agranulozytose und Neutropenie (D70.-)	D90
Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie Agranulozytose und Neutropenie infolge zytostatischer Therapie Kritische Phase: Tage mit < 500 neutrophilen Granulozyten oder < 1.000 Leukozyten pro Mikroliter Blut	D70.1-
Kritische Phase: unter 4 Tage	D70.10
Kritische Phase: 4 Tage bis unter 7 Tage	D70.1**3**
Kritische Phase: 7 Tage bis unter 10 Tage	D70.1**4**
Kritische Phase: 10 Tage bis unter 20 Tage	D70.1**1**
Kritische Phase: 20 Tage und mehr	D70.1**2**
N. n.bez.	D70.19
Aplastische Anämie infolge zytostatischer Therapie	D61.1
Anämie bei Neubildungen Tumoranämie als solche (nicht durch Chemotherapie verursacht)	D63.0*
Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, als transfusionsrefraktär bezeichnet[53]	D69.57
Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet	D69.57
Übelkeit und Erbrechen	R11

[53] Als transfusionsrefraktär sollte eine Thrombozytopenie dann bezeichnet werden, wenn hierfür eindeutige Hinweise vorliegen, d. h. in der Regel, wenn mindestens zweimal ein inadäquates Inkrement nach Transfusion von Thrombozyten nachgewiesen und/oder eine Indikation zur Verwendung von HLA-gemachten Thrombozyten gestellt wird (Kodierleitfaden DGHO, https://www.dgho.de/arbeitskreise/a-g/drg-gesundheitsoekonomie/kodierleitfaden).

Komplikation/Nebenwirkung (Auswahl)	Kode
Hyperurikämie ohne Zeichen von entzündlicher Arthritis oder tophischer Gicht	E79.0

Bei Fieber in Neutropenie sollte, wenn eine entsprechend spezifische antiinfektiöse Therapie oder eine externe Verlegung erfolgt ist, gemäß DKR D008b die Verdachtsdiagnose kodiert werden (s. Kapitel 5.15 und 4.4.6). Wurden nur das Symptom Fieber behandelt, ist der ICD-Kode R50.80 *Fieber unbekannter Ursache* oder R50.88 *Sonstiges näher bezeichnetes Fieber* zu kodieren.

Bei einer Sepsis bei Neutropenie ist der Kode für die Sepsis vor dem Kode für die Neutropenie (D70.-) und damit ggf. als Hauptdiagnose anzugeben (DKR 0103w). Patienten, die wegen einer unvermeidbaren Nebenwirkung durch die Behandlung mit Chemo- oder Strahlentherapie aufgenommen werden, sind von der Wiederaufnahmeregelung bei Komplikation ausgeschlossen (§ 2 Abs. 3 Satz 2 FPV).

5.18 Sonstige Komplikationen

Komplikationen an anderen Organsystemen können im Rahmen der renalen Grunderkrankung oder als Folge der Therapie auftreten und sind gesondert zu kodieren, wenn sie im aktuellen Krankenhausaufenthalt Aufwand verursacht haben.

5.18.1 Neurologische Komplikationen

Diagnose	Kreuz-Kode	Stern-Kode	Kode
Chronische Nierenkrankheit	N18.-†		
Polyneuropathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten Urämische Neuropathie		G63.8*	
Syndrom der unruhigen Beine [Restless-Legs-Syndrom]			G25.81
Karpaltunnel-Syndrom			G56.0

5.18.2 Osteoporose

Diagnose	Kode
Osteoporose mit pathologischer Fraktur	M80.-
Osteoporose ohne pathologische Fraktur	M81.-
Arzneimittelinduzierte Osteoporose	M81.4-
Osteoporose bei endokrinen Störungen	M82.1-*
Die vierte Stelle gibt die Art der Osteoporose und die fünfte Stelle die Lokalisation an.	

5.18.3 Sexualfunktionsstörungen

Diagnose	Kode
Impotenz organischen Ursprungs Erektile Dysfunktion	N48.4

5.18.4 Vergiftungen

Vergiftungen sind in einzelne Substanzgruppen unterteilt (T36–50), z. B.

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

Kommt es durch die Vergiftung zu Symptomen/Manifestationen wie z. B. Koma, Arrhythmien usw., so ist die Manifestation vor dem Kode für die Vergiftung anzugeben und daher ggf. die Hauptdiagnose.

Weitere Einzelheiten sind den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR 1916k *Vergiftung durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen*) zu entnehmen.

5.19 Diagnostische Prozeduren

5.19.1 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 1-465.0 betrifft die ultraschallgesteuerte Biopsie der Nieren. Der Kode 1-463.0 *Perkutane (Nadel-)Biopsie an der Niere* wird nicht verwendet, da er nur für Biopsien ohne Steuerung durch bildgebende Verfahren vorgesehen ist.

Die Kodes 1-560.0 und -.1 *Biopsie an Niere und perirenalem Gewebe durch Inzision* beziehen sich in der Regel auf die offene intraoperative Biopsie. Die Inzision bezieht sich auf die Art des Zugangs und erfordert eine Freilegung des Biopsiegebietes durch Inzision. Eine Stichinzision, die ausschließlich der leichteren Einführung einer Biopsienadel dient, stellt keine Inzision im Sinne des OPS dar.

Prozedur	Kode
Biopsie an Niere durch Inzision offene intra-operative Biopsie	1-560.0

5.19.2 Punktionen, Aspirationen, Drainagen und Spülung

Die Klassifikation unterscheidet zwischen rein diagnostischen und therapeutischen Eingriffen. In der Praxis ist die Kombination häufig (diagnostische Probenentnahme und gleichzeitige Entlastung). Zudem ist die Abgrenzung zwischen therapeutischer Punktion, Spülung und Drainage im klinischen Kontext nicht immer einfach. Wird aus therapeutischen Gründen Flüssigkeit abgelassen, ohne dass gespült wird, so ist in der Regel der Kode für eine Drainage zu verwenden[54].

[54] S. Entscheidung des Schlichtungsausschuss Bund zur KDE 596 vom 11.11.2020

Prozedur	Kode
Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle Dieser Kode ist nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben. Exkl.: Therapeutische perkutane Punktion der Pleurahöhle (8-152.1)	1-844
Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax: Pleurahöhle Dieser Kode ist nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben	8-152.1
Therapeutische Drainage der Pleurahöhle Therapeutische Spülungen der Pleurahöhle sind gesondert zu kodieren (8-173.1 ff.)	8-144.-
Diagnostische (perkutane) Punktion und Aspiration der Bauchhöhle: Parazentese Inkl.: Diagnostische Peritoneallavage	1-853.0
Diagnostische (perkutane) Punktion und Aspiration der Bauchhöhle: Aszitespunktion Dieser Kode ist nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben. Exkl.: Therapeutische Aszitespunktion (8-153)	1-853.2
Therapeutische perkutane Punktion der Bauchhöhle Dieser Kode ist nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben. Wird aus therapeutischen Zwecken Flüssigkeit mittels eines gelegten Schlauchsystems über einen bestimmten Zeitraum abgelassen (z. B. mittels Schwerkraft, Sog- oder Kapillarwirkung), so ist der OPS-Kode 8-148.0 zu verwenden.	8-153
Therapeutische Drainage: Peritonealraum	8-148.0
Therapeutische Spülung des Bauchraumes bei liegender Drainage (geschlossene Lavage) z. B. Spülung nach Anlage eines Peritonealdialysekatheters. Eine Peritonealdialyse wird jedoch nicht über diesen Kode verschlüsselt	8-176.0

5.19.3 Bildgebung

5.19.3.1 Sonografie

Prozedur	Kode
Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mit Kontrastmittel Setzt eine vorher durchgeführte Farbdopplersonographie voraus	3-030
Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung Enthält B-Flow-Verfahren, Farbdopplersonographie/Farbduplexsonographie	3-035

Für die **konventionelle** Sonografie gibt es keine OPS-Kodes.

5.19.4 Labor

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

5.19.5 Blutdruckmessung

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

5.20 Prozeduren für Dialysen, Plasmapheresen, Adsorptionen und verwandte Verfahren

Die OPS-Kodes für Dialysen, Plasmapheresen, Adsorptionen und verwandte Verfahren finden sich in Kapitel 5.4.

5.21 Prozeduren in Zusammenhang mit Transplantationen

Die OPS-Kodes in Zusammenhang mit Transplantationen finden sich in Kapitel 5.5.

5.22 Gabe von Medikamenten, Blut und Blutprodukten

Im Kapitel 6 und teilweise auch in Kapitel 8 des OPS stehen Kodes für die Kodierung meist zusatzentgeltrelevanter Medikamente zur Verfügung. Während des stationären Aufenthaltes werden die tatsächlich verabreichten Mengen der Medikamente erfasst und die Gesamtmenge nach der Entlassung des Falles dokumentiert. Bei administrativen Fallzusammenführungen sind ggf. die Mengen neu zu bestimmen und Kodes zusammenzufassen.

Einige OPS-Kodes und ZE sind nur unterhalb einer Altersgrenze kodier- und abrechenbar.

5.22.1 Immuntherapie

Prozedur	Kode
Applikation von Rituximab, intravenös	6-001.h-
Applikation von Ravulizumab, parenteral	6-00c.d
Applikation von Ecolizumab, parenteral	6-003.h-
Transfusion von Human-Immunglobulin, polyvalent	8-810.w-

Neben dem konkreten Kode für das Medikament und die Dosis ist – sofern passend – zusätzlich einer der folgenden Kodes zu verschlüsseln. Existiert kein spezifischer OPS-Kode für das Medikament, so kann ausschließlich einer dieser OPS-Kodes verschlüsselt werden:

Prozedur	Kode
Andere Immuntherapie: Mit nicht modifizierten Antikörpern	8-547.0
Andere Immuntherapie: Mit modifizierten Antikörpern z. B. mit Zytostatika konjugiert (kommen in der Nephrologie selten vor)	8-547.1
Andere Immuntherapie: Mit Immunmodulatoren	8-547.2
Andere Immuntherapie: Immunsuppression: Intravenös	8-547.30
Andere Immuntherapie: Immunsuppression: Sonstige Applikationsform	8-547.31
Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag: 1 Substanz	8-542.11

5.22.2 Chemotherapeutika

Adalimumab, parenteral	6-001.d-
Aldesleukin, parenteral	6-001.4-

Alectinib, oral	6-00a.0
Alemtuzumab, parenteral	6-001.0-
Arsentrioxid, parenteral	6-005.5
Atezolizumab, parenteral	6-00a.1
Avelumab, parenteral	6-00a.2
Azacytidin, parenteral	6-005.0-
Bevacizumab, parenteral	6-002.9-
Bortezomib, parenteral	6-001.9-
Busulfan, parenteral	6-002.d-
Carmustin-Impantat, intrathekal	6-003.3-
Caplacizumab, parenteral	6-00b.5
Cetuximab, parenteral	6-001.a-
Clofarabin, parenteral	6-003.j-
Daratumumab, parenteral	6-009.a
Dasatinib, oral	6-004.3-
Denileukin Diftitox, parenteral	6-005.6
Dinutuximab beta, parenteral	6-009.b
Docetaxel, parenteral	6-002.h-
Eculizumab	6-003.h-
Elotuzumab, parenteral	6-009.d
Gemcitabin, parenteral	6-001.1-
Icatibant, parenteral	6-005.4
Imatinib, oral	6-001.g-
Infliximab, parenteral	6-001.e-
Inotuzumab-Ozogamicin,parenteral	6-00a.8
Irinotecan, parenteral	6-001.3-
Lenalidomid, oral	6-003.g-
Liposomales Cytarabin, intrathekal	6-002.a-
Liposomales Doxorubicin, parenteral	6-001.b-
Liposomales Irinotecan, parenteral	6-009.e
Midostaurin, oral	6-00a.b
Nelarabin, parenteral	6-003.e-
Niraparib, oral	6-003.e-
Ofatumumab, parenteral	6-006.4-
Olaparib, oral	6-009.0
Olaratumab, parenteral	6-009.h
Paclitaxel, parenteral	6-001.f-

Palbociclib, oral	6-009.j
Panitumumab, parenteral	6-004.7-
Panobinostat, oral	6-009.2
Pegyliertes liposomales Doxorubicin, parenteral	6-002.8-
Pembrolizumab, parenteral	6-009.3-
Pemetrexed, parenteral	6-001.c-
Ribociclib, oral	6-00a.f
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-
Temozolomid, parenteral	6-005.c-
Temsirolimus, parenteral	6-004.e-
Tivozanib, oral	6-00a.j
Tocilizumab, intravenös	6-005.m-
Tocilizumab, subkutan	6-005.n-
Topotecan, parenteral	6-002.4-
Trabectedin, parenteral	6-004.a-
Trametinib, oral	6-009.7
Trastuzumab, parenteral	6-001.m-
Trifluridin-Tipiracil, oral	6-009.n
Vandetanib, oral	6-009.8
Venetoclax, oral	6-00a.k

Neben dem konkreten Kode für die Medikamente und Dosen ist – sofern passend – zusätzlich ein Kode folgender Klassen zu verschlüsseln. Existieren keine spezifischen OPS-Kodes für die Medikamente, so kann ausschließlich ein Kode dieser Klassen verschlüsselt werden:

Prozedur	Kode
Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag	8-542.1-
Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	8-543.--
Hochgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	8-544

Die OPS-Kodes für zytostatische Chemotherapien finden sich noch differenzierter in Kapitel 5.17.4.

5.22.3 Knochenmark-stimulierende Therapeutika

Filgrastim, parenteral	6-002.1-
Lenograstim, parenteral	6-002.2-

Pegfilgrastim, parenteral	6-002.7-
Lipegfilgrastim, parenteral	6-007.7-
Romiplostim, parenteral	6-005.9-
Sargramostim, parenteral	6-001.4-

5.22.4 Antiinfektiva

Medikament	OPS-Klasse
Anidulafungin, parenteral	6-003.k-
Caspofungin, parenteral	6-002.p-
Isavuconazol, parenteral	6-008.g-
Isavuconazol, oral	6-008.h-
Itraconacol, parenteral	6-002.c-
Liposomales Amphotericin B, parenteral	6-002.q-
Amphotericin-B-Lipidkomplex, parenteral	6-003.1-
Micafungin, parenteral	6-004.5-
Posaconazol, oral, Suspension	6-007.0-
Posaconazol, oral, Tabletten	6-007.p-
Posaconazol, parenteral	6-007.k-
Voriconazol, oral	6-002.5-
Voriconazol, parenteral	6-002.r-

5.22.5 Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin

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

5.22.6 Blut- und Blutprodukte

Ab einer im Fallpauschalenkatalog festgelegten altersabhängigen Mindesttransfusionsmenge 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.

Blutpräparat	OPS-Klasse
Gabe von Erythrozytenkonzentraten	8-800.c-
Gabe von Thrombozytenkonzentraten	8-800.g- 8-800.m-

Blutpräparat	OPS-Klasse
Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentraten	8-800.f- 8-800.k-
Gabe von patientenbezogenen Thrombozytenkonzentraten	8-800.6-
Gabe von patientenbezogenen Thrombozytenkonzentraten	8-800.p-
Gabe von pathogeninaktivierten Thrombozytenkonzentraten	8-800.h- 8-800.n-
Gabe von pathogeninaktivierten Apherese-Thrombozytenkonzentraten	8-800.d- 8-800.j-

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

Häufig verwendete Plasmapräparate und Gerinnungsfaktoren	OPS-Klasse
Von-Willebrand-Faktor	8-810.d-
Antithrombin III, parenteral	8-810.g-
C1-Esteraseinhibitor, parenteral	8-810.h-
Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Hepatitis-B-surface-Antigen, parenteral	8-810.q-
Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Zytomegalie-Virus, parenteral	8-810.s-
Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Varicella-Zoster-Virus, parenteral	8-810.t-
Human-Immunglobulin, polyvalent, parenteral	8-810.w-
Prothrombinkomplex, parenteral	8-812.5-

5.23 Intensivmedizinische Komplexbehandlung

Die Kodes der intensivmedizinischen Komplexbehandlungen dienen der Abbildung intensivmedizinischer Leistungen.

Prozedur	Kode
Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) ab 14 Jahren	8-980.-
Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung ab 14 Jahren	8-98f.-
Intensivmedizinischen Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur) bis 17 Jahre	8-98d.-

Zur Kodierung und Abrechnung dieser OPS-Kodes müssen spezielle im OPS aufgeführte Struktur- und Mindestmerkmale eingehalten werden. Die Strukturmerkmale werden durch den MD in speziellen Strukturprüfungen überprüft. Ohne Nachweis einer bestandenen Strukturprüfung dürfen die OPS-Kodes nicht zur Abrechnung genutzt werden.

Die OPS-Klassen 8-980 und 8-98f unterscheiden sich ausschließlich in den Struktur- und Mindestmerkmalen. Die intensivmedizinischen Leistungen werden als so genannte Aufwandspunkte bei beiden OPS-Klassen nach derselben Methode erhoben. Dazu werden täglich ein Score-Wert nach der SAPS II (Simplified Acute Physiology Score ohne Glasgow Coma Scale) und die Summe der Score-Werte von 10 aufwendigen Leistungen aus dem TISS-Katalog (Therapeutic Intervention Scoring System) ermittelt. Aus diesen Werten errechnen sich die Aufwandspunkte für den gesamten stationären

Fall. Zu den im TISS-Katalog bewerteten Maßnahmen zählen die Hämodialyse und andere Verfahren (3 Punkte) sowie der Ausgleich einer metabolischen Azidose/Alkalose (4 Punkte).

Bei den in der DRG-Bezeichnung angegebenen Punktwerten für die intensivmedizinische Komplexbehandlung handelt es sich bei dem ersten Wert um die Aufwandspunkte für die *Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter* (8-98d.-), bei dem zweiten Wert um die Aufwandspunkte für die *Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung* (8-98f.-) und bei dem dritten Wert um die *Aufwandspunkte für die intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)* (8-980.-).

6 Prüfungen der medizinischen Dienste und Kostenträger

Medizinische Entscheidungen, Diagnosen, Leistungen, Strukturen und deren Dokumentation nehmen einen zunehmenden Einfluss auf die Vergütung und die Berechtigung zur Leistungserbringung. Damit geraten Art und Umfang der medizinischen Versorgung zunehmend in den Fokus derjenigen, die für die Kosten aufkommen müssen. Viele neue Prüfungen und Dokumentationspflichten wurden seit Einführung des G-DRG-Systems etabliert und aufgrund von Problemen weiter reguliert und ausgeweitet. Auch hier hat die Rechtsprechung der Gerichte in der Ausgestaltung erheblich mitgewirkt. Die folgenden Kapitel sollen einen kurzen und groben Überblick bieten, können aber nicht die gesamte Thematik umfassend darstellen.

6.1 Einzelfallprüfungen

Kostenträger dürfen selbstverständlich prüfen, ob eine Krankenhausrechnung korrekt gestellt wurde und ob sie die erbrachte Leistung grundsätzlich bezahlen müssen. Im Folgenden wird auf die Prüfungen der stationären Fälle der gesetzlichen Krankenversicherung fokussiert. Die Prüfungen der PKV und von Selbstzahlern sind weit weniger eindeutig geregelt. Ebenso können ambulante Fälle anders geprüft werden.

Die Einzelfallprüfungen haben sich seit der Einführung der DRG-Abrechnung zu einem Instrument der Kostenreduzierung der Krankenkassen entwickelt. Der eigentliche Zweck eines fairen Wettbewerbs der Krankenhäuser untereinander ist dadurch in den Hintergrund geraten. Die Prüfungen binden erhebliche Ressourcen bei allen Beteiligten und schmälern die Effizienz der Krankenhausbehandlungen deutlich. Der Gesetzgeber hat bereits mehrfach versucht, sich diesen Problemen zu widmen, leider mit bislang bescheidenem Erfolg.

Grob sind momentan vier unterschiedliche Prüfziele der Krankenkassen zu unterscheiden, wobei diese im Einzelfall nicht immer scharf voneinander zu trennen sind:

- **Prüfung der korrekten Abrechnung („Passt der Abrechnungsbetrag zur erbrachten Leistung?"):** Diese Prüfungen spielen quantitativ nicht die Rolle, die ihnen medial zugewiesen werden. Hierunter fallen insbesondere Prüfungen der korrekten Kodierung und Anwendung der Abrechnungsregeln der FPV.

- **Prüfung der korrekten Leistungserbringung („Hätte die Leistung [so] erbracht werden dürfen"):** Dies sind mit weitem Abstand die häufigsten Prüfungen. Insbesondere werden die stationäre Aufnahme an sich und die notwendige Verweildauer (Überschreitungen der unteren und oberen Grenzverweildauer der DRG) geprüft. Bei teuren Leistungen (z. B. ZE, NUB) wird auch nicht selten die medizinische Indikation und das Wirtschaftlichkeitsgebot geprüft („Wäre die Leistung wirklich medizinisch zwingend notwendig gewesen oder hätten wirtschaftlicher Alternativen bestanden?")

- **Prüfung auf Dokumentationsdefizite („Ist die Leistung korrekt dokumentiert?"):** Diese Prüfungen kommen häufig bei OPS-Komplexbehandlungen mit hohen Anforderungen an die Dokumentation vor. Fehlt ein einzelnes kleines Element einer komplexen, z. T. mehrwöchigen Dokumentation, braucht die gesamte Leistung nicht bezahlt zu werden.

- **Prüfung mit Hoffnung auf Obliegenheitsverletzungen („Macht das Krankenhaus beim Ablauf der Prüfung einen Fehler?"):** Gerade bei Prüfungen zu hoch komplexen Sachverhalten, bei denen Unmengen von Dokumenten zu engen Fristen verschickt werden müssen und auf Gutachten mit klinischer Expertise innerhalb kürzester Frist reagiert werden muss, kann es nicht selten vorkommen, dass ein Krankenhaus seinen Anspruch auf eine gerechte Vergütung nur deshalb verwirkt, weil die zur Verfügung stehenden Ressourcen nicht ausreichen, um die Obliegenheiten des Prüfverfahrens (s. u.) fristgerecht zu erfüllen.

6.1.1 Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV)

Der Gesetzgeber hat die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung (GKV-SV und DKG) beauftragt, das Nähere zum Prüfverfahren zu vereinbaren, nachdem er selbst, das Bundessozialgericht und die Schiedsstelle schon wesentliche Vorgeben zur Ausgestaltung gemacht haben. Die PrüfvV hat in den letzten Jahren viele Änderungen und Ergänzungsvereinbarungen erfahren. Außerdem existieren auch gemeinsame Umsetzungshinweise. Sukzessive beschäftigt sich auch die Rechtsprechung mit den Regelungen der PrüfvV.

Die PrüfvV regelt im Wesentlichen das Nähere zur Einleitung des Prüfverfahrens, zu einem möglichen Falldialog vor einer Prüfung durch den MD, die Beauftragung des MD, die Durchführung der Prüfung mit Unterlagenversand und Prüfungsausweitung, sowie den Umgang mit den Ergebnissen der Prüfungen, unter anderem auch das Erörterungserfahren (s. u.).

Für fast alle Teilschritte des Prüfverfahrens werden strenge Fristen vorgegeben, deren Überschreitungen insbesondere für Krankenhäuser dazu führen können, dass spätere Nachweise der korrekten Abrechnung, Leistungserbringung oder Dokumentation unberücksichtigt bleiben und sich bis ein Gerichtsverfahren auswirken (sog. „Einwendungsausschluss"). Kritisch ist, dass das Krankenhaus im Einzelfall nachweisen können muss, dass alle Unterlagen vollständig und fristgerecht beim MD eingegangen sind. Inzwischen erfolgt die Übermittlung überwiegend auf elektronischem Weg, was jedoch eine Vorprüfung auf inhaltliche Vollständigkeit im Krankenhaus meist nicht ersetzen kann.

Vielfach werden die vom Gesetzgeber intendierten und in der PrüfvV festgelegten Regelungen über „Alternativen" wie beispielsweise Rechnungsabweisungen oder das Fehlerverfahren im Datenträgeraustausch umgangen. Die Hoffnungen, die ursprünglich mit der PrüfvV verbunden waren, haben sich nicht erfüllt. Vielerorts werden wieder pragmatische und lokale Lösungen gefunden.

6.1.2 Erörterungsverfahren

Das Erörterungsverfahren soll verhindern, dass die Sozialgerichte wie in der Vergangenheit mit Massen von Klagen zu strittigen MD-Gutachten und daraus folgenden Leistungsentscheiden der Krankenkassen geflutet werden. Die Durchführung eines Erörterungsverfahrens ist inzwischen Voraussetzung dafür, dass Streitigkeiten über Krankenhausabrechnungen gerichtlich geklärt werden dürfen. Selbst wenn es später zu einem Rechtsstreit kommt, dürfen in diesem nur Argumente und Tatsachen eingebracht werden, die bereits Gegenstand des Erörterungsverfahrens waren.

Das Nähere zum Erörterungsverfahren wird ebenfalls in der PrüfvV geregelt. Wichtig ist vor allem die Frist von 6 Wochen, in der ein Krankenhaus einen Leistungsentscheid einer Krankenkasse inhaltlich bestreiten muss. Wird diese Frist verpasst, darf die Krankenkasse den strittigen Rechnungsbetrag verrechnen. Das Erörterungsverfahren selbst ist sehr aufwendig, bürokratisch und anfällig für Obliegenheitsverletzungen.

6.1.3 Prüfquoten

Nachdem über viele Jahre die Prüfquoten der Krankenkassen immer weiter stiegen, ohne dass die Erfolgsquoten der Krankenkassen sanken, hat sich der Gesetzgeber dazu entschlossen, einerseits für alle Krankenkassen einheitliche maximale Prüfquoten vorzugeben und diese andererseits krankenhausindividuell von den Ergebnissen der MD-Erstbegutachtungen abhängig zu machen.

Resultat ist ein komplexes System, nachdem sich die in einem Quartal zulässigen Prüfquoten aus den Ergebnissen von vor zwei Quartalen abgeschlossen MD-Prüfungen ableiten (s. Abbildung 5). Die Quoten gelten für alle Fachbereiche eines Krankenhauses gleichermaßen und spiegeln bestenfalls die „Abrechnungsqualität" von vor langer Zeit wider.

Anteil unbeanstandeter Abrechnungen*	Prüfquote	Aufschlagszahlung (Sanktion)
≥ 60 %	5 %	keine
≥ 40 % und < 60 %	10 %	400 €
≥ 20 % und < 40 %	15 %	400 €
< 20 %	frei	400 €
begründeter Verdacht einer systematisch überhöhten Abrechnung		
*nach der Prüfung durch den MD ist es nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages gekommen, insoweit ist die Schlussrechnung durch den MD unbeanstandet geblieben		

Abb. 3: System der Prüfquoten und Aufschlagszahlungen nach § 275c SGB V

Die Prüfquoten müssen sich aus pragmatischen Gesichtspunkten aus den Ergebnissen der MD-Prüfungen ableiten, obwohl diesen häufig erfolgreich von Krankenhäusern widersprochen wird.

Die krankenhausindividuellen Beanstandungsquoten und die daraus resultierenden die Prüfquoten sowie Quoten der Strafzahlungen (Aufschlagszahlungen s. u.) werden für jedes Quartal vom GKV-SV veröffentlicht.[55]

6.1.4 Aufwandspauschale und Aufschlagszahlungen

Damit Krankenkassen nicht wahllos und bei potenziellen Kürzungspotenzialen, die in keinem angemessenen Verhältnis zum Prüfaufwand stehen, Prüfungen durch den MD anstoßen, hat der Gesetzgeber bereits vor vielen Jahren eine Aufwandspauschale von zunächst 100 €, später 300 € eingeführt. Diese muss eine Krankenkasse bezahlen, falls die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führt.

Mitunter ist es schwer, diesen Anspruch auf die Aufwandspauschale gegenüber der Krankenkasse auch durchzusetzen. Die Krankenkassen haben hier in der Vergangenheit viel Schützenhilfe vom Bundessozialgericht erhalten. Insbesondere steht einem Krankenhaus keine Aufwandspauschale zu, wenn es durch sein Verhalten, die erfolglose Prüfung, z. B. durch einen nicht abrechnungsrelevanten Kodierfehler oder andere Obliegenheitsverletzungen, provoziert haben könnte. Eine korrekte und vollständige Kodierung hat daher auch im Prüfverfahren eine große Bedeutung.

Um verstärkt Anreize für eine korrekte Leistungserbringung und Abrechnung auf Seiten der Krankenhäuser zu setzen und die Aufwandspauschale, die die Krankenkassen zahlen müssen, auszugleichen, hat der Gesetzgeber in der Folge „Aufschlagszahlungen" für Krankenhäuser eingeführt, die zu zahlen sind, wenn eine Rechnungskürzung erfolgt. Die Höhe dieser Strafzahlung war zunächst von mehreren Faktoren abhängig (Prüfquote, Differenzbetrag, resultierender neuer Rechnungsbetrag) beträgt aber seit dem 12. Dezember 2024 einheitlich 400 € pro Fall (s. Abbildung 3).

6.2 Strukturprüfungen

Krankenhäuser sollen sich, bevor sie einen abrechnungsrelevanten OPS-Komplexkode kodieren und eine entsprechende DRG abrechnen, vom MD auf die Einhaltung der im OPS vorgegebenen Strukturmerkmale überprüfen lassen. Die Prüfung erfolgt daher ausschließlich auf Veranlassung des Krankenhauses selbst, das jedoch – will es seine erbrachten Leistungen abrechnen – dazu verpflichtet wird. Ein Ausschluss von der Leistungserbringung selbst ist jedoch anders als bei den Prüfungen der Qualitätssicherungsrichtlinien des G-BA (s. u.) nicht vorgesehen. Die Strukturprüfungen waren zur

[55] https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/krankenhaeuser_abrechnung/kh_pruefung_statistik/pruefquoten_und_statistik.jsp

Reduktion des bürokratischen Aufwands, der durch die massenhaften und redundanten Einzelfallprüfungen von OPS-Komplexkodes ausgelöst wurden, gedacht und stellen vom Konzept her eigentlich keine Qualitätssicherungsmaßnahme dar.

Das Verfahren wird durch den MD in einer eigenen Richtlinie *„Regelmäßige Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes nach § 275d SGB V (StrOPS-RL)“* vorgegeben. Zudem veröffentlicht der MD auch einen Begutachtungsleitfaden zur StrOPS-Richtlinie, der eine möglichst MD-(Gutachter-)übergreifend einheitliche Begutachtung sicherstellen soll.

OPS-Komplexkodes, die spezifisch nephrologische Leistungen beschreiben, existieren bislang nicht. Allerdings kann die Nephrologie im Rahmen anderer OPS-Komplexkodes betroffen sein. Beispielsweise fordert der OPS-Komplexkode 8-98f *Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)* eine 24-stündige Verfügbarkeit kontinuierlicher und intermittierender Nierenersatzverfahren. Auch die *Komplexbehandlungen bei Besiedelung oder Infektion mit isolationspflichtigen Erregern* (OPS 8-987 und 8-98g) können häufiger in der Nephrologie vorkommen.

6.3 Prüfungen von G-BA-Richtlinien und -Regelungen

Inzwischen können und werden auch unterschiedliche Richtlinien und Regelungen des G-BA sowie die Dokumentation der externen Qualitätssicherung durch den MD geprüft. Unterschieden werden:

- Kontrollen aufgrund von Anhaltspunkten (z. B. Auffälligkeiten, Unplausibilitäten oder Erkenntnisse aus anderen Prüfungen)
- Anlassbezogene Kontrollen (z. B. erstmalige Leistungserbringung, Nachweispflicht für Entgeltverhandlungen)
- Stichprobenprüfungen

Konkreteres zu den Verfahren, Fristen, Obliegenheiten, Auftraggebern und Konsequenzen findet sich in der MD-Qualitätskontroll-Richtlinie und den betroffenen einzelnen G-BA-Richtlinien.

Die Nephrologie ist insbesondere durch das Qualitätssicherungsverfahren „Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)“ betroffen. Bei den anderen Qualitätssicherungsrichtlinien ist die Nephrologie allenfalls mittelbar betroffen, z. B. wenn die Verfügbarkeit von Nierenersatzverfahren gefordert wird (z. B. QS-Richtlinie zum Bauchaortenaneurysma).

6.4 Prüfungen von Leistungsgruppen

Zukünftig sollen bundesweit einheitliche Leistungsgruppen zur Strukturierung der Krankenhausplanung eingesetzt werden. Zusätzlich sollen die Versorgungsaufträge der Länder für diese Leistungsgruppen, die Voraussetzung eine geplante „Vorhaltefinanzierung“ über „Vorhaltepauschalen“ und die Abrechnung residualer DRGs sein. Leistungsgruppen, die zur Krankenhausplanung eingesetzt werden, sind im Grunde nichts anderes als DRGs, allerdings weitaus gröber strukturiert und mit Mindeststrukturkriterien versehen. Nur Krankenhausstandorte, die diese Kriterien erfüllen, sollen die von den Leistungsgruppen umfassten Leistungen abrechnen dürfen und dafür eine Vorhaltefinanzierung erhalten. Die Mindeststrukturkriterien sollen wiederum vom MD geprüft werden. Auftraggeber wären hier die Planungsbehörden der Bundesländer. Das im Gesetz vorgesehene Prüfverfahren sieht sehr enge Fristen vor. Krankenhäuser sollen erst nach Abschluss des Verfahrens von den Ergebnissen der Prüfungen erfahren.

6.5 Anregungen für den Arztbrief

Häufig kann bei einer Prüfung die Notwendigkeit eines begründeten medizinischen Vorgehens nicht ausreichend nachgewiesen werden. Der Arztbrief dient zwar primär dem gezielten Informationsaustausch mit den weiterbehandelnden Ärztinnen und Ärzten, trotzdem hat es sich in der Vergangenheit bewährt, in den Arztbrief auch leistungs- und abrechnungsbegründende Informationen mit aufzunehmen,

um das Prüfverfahren zu verschlanken und erfolgreicher zu gestalten. Um das medizinische Vorgehen besser transparent zu machen, könnten beispielsweise folgende Formulierungen aufgenommen werden:

- Die Patientin/der Patient wurde wegen Verschlechterung seiner Symptomatik, insbesondere … (benennen), stationär aufgenommen …
- Nach Ausschöpfen der ambulanten Behandlungsmöglichkeiten erfolgte der Entschluss zur stationären Aufnahme …
- Da es unter ambulanten Bedingungen keine weiteren Möglichkeiten zur Diagnostik/Therapie gab …
- Wir befürchteten eine Verschlechterung des Zustandes und entschlossen uns zur stationären Aufnahme, um das Risiko einer … (benennen) zu vermeiden

Die Notwendigkeit der Verweildauer zum Ende des stationären Aufenthaltes sollte auch dann erläutert werden, wenn es für die Weiterbehandelnden ohne Relevanz ist. Folgende Formulierungen könnten genutzt werden:

- Die Patientin/der Patient konnte erst am … entlassen werden, da erst ab diesem Zeitpunkt eine ambulante Behandlung medizinisch möglich war (Gründe benennen!) …
- Die Patientin/der Patient musste bis zum …. stationär behandelt werden, da das Risiko einer … (medizinische Komplikation, z.B. Blutung, z.B. Infekt) bestand …