

**Entwurf (6. Fassung)**

# **Kodierleitfaden GERIATRIE**

Entwurfsversion 1.0

**Adaptiert nach  
Deutschen Kodierrichtlinien  
Version 2003**

**M. Borchelt, Berlin  
M. Braun, Berlin  
M. Gogol, Bielefeld  
B. Höltnann, Grevenbroich  
W. Hofmann, Hamburg  
D. Lüttje, Osnabrück  
A.-K. Meyer, Hamburg  
L. Pientka, Herne  
N.-R. Siegel, Neuburg/Donau (Ltg.)  
N. Wrobel, Bremen**

**Arbeitsgruppe der  
Bundesarbeitsgemeinschaft der  
Klinisch–Geriatrischen Einrichtungen e.V. (BAG KGE),  
der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e.V. (DGG) und  
der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG)**

**Korrespondenzadresse: Dr. Dieter Lüttje, Osnabrück (<mailto:luettje@klinikum-osnabrueck.de>)**

**Der Kodierleitfaden ist mit großer Sorgfalt erstellt und auf geriatrische Probleme fokussiert.  
Selbstverständlich entbindet dies nicht jede(n) Arzt / Ärztin von der eigenen Sorgfalt  
und Verantwortung bei der Verschlüsselung von Diagnosen und Prozeduren.**

---

**Die Online-Fassung des Kodierleitfadens ist über das Internet erhältlich unter: <http://www.bag-geriatrie.de>  
(erstellt und redaktionell betreut von der Forschungsgruppe Geriatrie am EGZB, Reinickendorfer Str. 61, 13347 Berlin)**

## Anmerkungen/Erläuterungen zum Kodierleitfaden für die Geriatrie

Das Erstellen geriatricspezifischer Kodierrichtlinien durch die Trägergesellschaft und die Fachgesellschaften erscheint den Autoren zwingend erforderlich. Grund hierfür ist zum einen die bereits jetzt zu beobachtende Tatsache, dass Geriatrien bei korrekter Verschlüsselung der Multimorbidität unterstellt wird, hier würde ein Überkodieren erfolgen. Der Verweis auf entsprechende von den Fachgesellschaften erstellte und von Fachleuten geprüfte Kodierrichtlinien kann hier ein hilfreiches Argument sein. Zum anderen ist die Darstellung der Geriatrie innerhalb der Deutschen Kodierrichtlinien nach wie vor nicht ausreichend. Die einheitliche Darstellung bestimmter geriatrischer Probleme über „Marker“, die nicht zu einer Überkodierung führen, ist erforderlich um über diese Marker auch im Nachhinein bestimmte Patientengruppen darzustellen und ihre Relevanz für Kostendiskussionen aufzuzeigen. Sie sollen die zu fordernde Ergänzung des bisherigen DRG – Spektrums durch mehr geriatrytypische Codes unterstützen. Letztendlich beinhalten die Kodierrichtlinien bestimmte Grundideen, die erst bei komplettem Durcharbeiten der knapp 250-seitigen Kodierrichtlinien offensichtlich werden. Beispielfhaft seien hier die korrekte Einstufung des Symptoms Hemiplegie aber auch der Inkontinenz genannt. **Es ist wichtig, dass in der Geriatrie tätige Ärztinnen und Ärzte in allen Verantwortungsbereichen die Kodierung beherrschen. Um dies in der klinischen Routine zu unterstützen, erscheint eine praxisrelevante und geriatryorientierte Kurzfassung in Ergänzung zu den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) sinnvoll.**

Der Geriatrie – Kodierleitfaden soll es allen in der Geriatrie tätigen Ärztinnen / Ärzten erleichtern, die erschlagende Vielfalt von Informationen und Vorschriften rund um das Thema DRG in kompakter, geriatryrelevanter Form zu lesen und ggf. nachzuschlagen. Auf Grund der fachlichen Breite der Geriatrie sind hierbei viele Gebiete anzusprechen. Wichtig zu beachten ist, dass trotz der Bedeutung der „Versorgungsziffern“ aus dem Kapitel Z...- auch wichtige Markerfunktion - die klassischen ICD - Ziffern für die DRG - Gruppierung vorrangig sind.

Die Kodierrichtlinien sind eng angelehnt an die Deutschen Kodierrichtlinien (allgemeine und spezielle Kodierrichtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren) in der Version 2003 und an ICD-10-SGB V Version 2.0, Stand November 2000. Zu erwartende Änderungen der Kodierrichtlinien bzw. der ICD-10-SGB V und des Operationenschlüssel nach Paragraph 301 SGB-V Versionen machen absehbar weitere Entwicklungen dieser Kodierrichtlinien erforderlich. Von daher finden sich im Folgenden Hinweise auf die durch die Schriftart zuzuordnenden Quellen.

**Die übernommenen, (z. T. sinnerhaltend gekürzten) Texte der Deutschen Kodierrichtlinien sind in Normalschrift dargestellt, besonders wichtige Aspekte sind fett hervorgehoben.**

*Erläuterung und geriatryspezifische Zusätze, die in Einklang mit den Deutschen Kodierrichtlinien stehen, sind kursiv dargestellt. Besonders wichtige Aspekte hierbei sind kursiv fettgedruckt dargestellt.*

Unterstreichungen sind für Zwischen-Unterschriften bzw. besonders wichtige Aspekte auch zusätzlich zum Fettdruck verwendet.

Die Seitmarkierungen und Kästchen dienen jeweils als Heraushebung und sind häufig in Übereinstimmung mit grau hinterlegten Absätzen der Deutschen Kodierrichtlinien, aus Gründen der besseren Kopierbarkeit ist auf die Grauhinterlegung verzichtet worden.

Die Autoren hoffen, dass hierdurch die Lesbarkeit nicht verschlechtert, sondern eher verbessert wird.

Diese Kodierrichtlinien werden sich im ständigen Fluss bewegen, von daher sieht sich das Autorenteam verpflichtet, regelmäßige Anpassungen durchzuführen. Es wird daher eine Versionsnummerierung geben. Die jeweils aktuelle, von den entsprechenden Fachausschüssen/Vorständen von Trägergesellschaft und Fachgesellschaften verabschiedete Version wird im Internet auf den Seiten der BAG eingestellt. Für Rückfragen stehen die Autoren jederzeit gerne zur Verfügung, ebenso wie für Kritik, Anregungen und Hinweise.

Im Februar 2003

Die Autoren

## INHALTSVERZEICHNIS

|   |           |
|---|-----------|
| <b>ANMERKUNGEN/ERLÄUTERUNGEN ZUM KODIERLEITFADEN FÜR DIE GERIATRIE .....</b>  | <b>2</b>  |
| <b>ALLGEMEINE KODIERRICHTLINIEN .....</b>   | <b>5</b>  |
| ALLGEMEINE KODIERRICHTLINIEN FÜR KRANKHEITEN.....   | 5         |
| D001a Allgemeine Kodierrichtlinien.....   | 5         |
| D002b Hauptdiagnose.....  | 6         |
| D003b Nebendiagnosen.....   | 8         |
| D004a Syndrome .....  | 9         |
| D005a Folgezustände.....  | 9         |
| D006a Akute und chronische Krankheiten.....   | 10        |
| D007a Aufnahme zur Operation, Operation nicht durchgeführt.....   | 10        |
| D008b Verdachtsdiagnosen.....   | 10        |
| D009a „Sonstige“ und „nicht näher bezeichnete“ Schlüsselnummern.....  | 11        |
| D010a Kombinations-Schlüsselnummern.....  | 11        |
| D011a Doppelkodierung .....   | 11        |
| D012a Mehrfachkodierung.....  | 12        |
| ALLGEMEINE KODIERRICHTLINIEN FÜR PROZEDUREN.....  | 12        |
| P001a Allgemeine Kodierrichtlinien für Prozeduren.....  | 12        |
| P002a Hauptprozedur .....   | 13        |
| P005b Multiple/Bilaterale Prozeduren .....  | 13        |
| P010a Prozeduren medizinischer Fachberufe (Berufsgruppen des geriatrischen Teams)<br>.....                                | 13        |
| P012a Prozeduren, unterschieden auf der Basis von Größe, Zeit oder Anzahl.....  | 14        |
| P014a Prozeduren, die normalerweise nicht verschlüsselt werden.....   | 15        |
| <b>SPEZIELLE KODIERRICHTLINIEN .....</b>  | <b>16</b> |
| 1 BESTIMMTE INFEKTIÖSE UND PARASITÄRE KRANKHEITEN .....   | 16        |
| 0102a Virushepatitis.....   | 16        |
| 0103a Bakteriämie, Sepsis und Neutropenie.....  | 16        |
| 0104a Urosepsis .....   | 17        |
| 2 NEUBILDUNGEN.....   | 17        |
| 3 KRANKHEITEN DES BLUTES UND DER BLUTBILDENDEN ORGANE SOWIE<br>BESTIMMTE STÖRUNGEN MIT BETEILIGUNG DES IMMUNSYSTEMS ..... | 19        |
| 0302a Bluttransfusionen.....  | 19        |
| 4 ENDOKRINE, ERNÄHRUNGS- STOFFWECHSELKRANKHEITEN.....   | 19        |
| 0401b Diabetes mellitus .....   | 19        |
| 5 PSYCHISCHE UND VERHALTENSSTÖRUNGEN.....   | 21        |
| G0507a Demenz und andere organische, einschließlich symptomatische psychische<br>Störungen (F00-F09) .....                | 21        |
| 0508a Morbus Alzheimer.....   | 22        |
| G0508a Sonstige Demenz, Delir und kognitive Beeinträchtigung.....   | 22        |
| G0509a Depression .....   | 23        |
| 6 KRANKHEITEN DES NERVENSYSTEMS.....  | 24        |
| 0601a Schlaganfall.....   | 24        |
| 7 KRANKHEITEN DES AUGES /DER AUGENANHANGSGEBILDE.....   | 26        |

|   |    |
|---|----|
| 8 KRANKHEITEN DES OHRES UND DES WARZENFORTSATZES .....  | 26 |
| 0801a Schwerhörigkeit und Taubheit.....   | 26 |
| 9 KRANKHEITEN DES KREISLAUFSYSTEMS .....  | 26 |
| 0901a Ischämische Herzkrankheit.....  | 26 |
| 0902a Akutes Lungenödem.....  | 27 |
| 0903a Herzstillstand.....   | 27 |
| 0904a Hypertensive Herzkrankheit (I11.-).....   | 27 |
| 0905a Hypertensive Nierenerkrankung (I12.-) gilt analog.....  | 28 |
| 0906a Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit (I13.-) gilt analog .....  | 28 |
| 0907a Sekundäre Hypertonie (I15.-).....   | 28 |
| 10 KRANKHEITEN DES ATMUNGSSYSTEMS .....   | 28 |
| 1002a Asthma bronchiale.....  | 28 |
| 1003a Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COLD).....  | 28 |
| 11 KRANKHEITEN DES VERDAUUNGSSYSTEMS .....  | 29 |
| 1103a Magenulkus mit Gastritis.....   | 29 |
| 1105a Gastrointestinale Blutung.....  | 29 |
| 1106a Perianale Blutung.....  | 29 |
| 1107a Dehydratation bei Gastroenteritis.....  | 29 |
| 12 KRANKHEITEN DER HAUT UND DER UNTERHAUT .....   | 29 |
| 1202a Versorgung einer Verletzung der Haut und des subkutanen Gewebes .....   | 29 |
| 13 KRANKHEITEN DES MUSKEL-SKELETT-SYSTEMS UND DES<br>BINDEGEWEBES .....   | 30 |
| 1301a Chronischer Kreuzschmerz.....   | 30 |
| 1302a Bandscheibenprolaps.....  | 30 |
| 1306a Luxation einer Hüftendoprothese .....   | 31 |
| 1309a Kompartmentsyndrom .....  | 31 |
| 14 KRANKHEITEN DES UROGENITALSYSTEMS .....  | 31 |
| 18 SYMPTOME / ABNORME KLINISCHE UND LABORBEFUNDE, DIE<br>ANDERENORTS NICHT KLASSIFIZIERT SIND .....   | 31 |
| 1801a Befunde und Symptome.....   | 31 |
| 1802a Ataxie .....  | 32 |
| 1803a Stürze .....  | 32 |
| 1804a Inkontinenz.....  | 32 |
| G1805a Geriatrietypische Multimorbidität.....   | 33 |
| 19 VERLETZUNGEN, VERGIFTUNGEN UND BESTIMMTE ANDERE FOLGEN<br>ÄUSSERER URSACHEN .....  | 37 |
| 1901a Verstauchungen und Zerrungen .....  | 37 |
| 1903b Fraktur und Luxation.....   | 37 |
| 1909a Geschlossene Kopfverletzungen / Bewusstlosigkeit / Gehirnerschütterung.....   | 38 |
| 1913a Folgeerscheinungen von Verletzungen, Vergiftungen, toxischen Wirkungen und<br>anderen äußeren Ursachen.....   | 38 |
| 1915a Missbrauch/Misshandlung von Erwachsenen .....   | 39 |
| 1917a Unerwünschte Nebenwirkungen von Arzneimitteln (bei Einnahme gemäß<br>Verordnung).....   | 39 |
| 1918a Unerwünschte Nebenwirkungen / Vergiftung von zwei oder mehr in Verbindung<br>eingenommenen Substanzen (bei Einnahme entgegen einer Verordnung)..... | 39 |
| 1919a Komplikationen chirurgischer Eingriffe / medizinischer Behandlung .....   | 40 |

## ALLGEMEINE KODIERRICHTLINIEN

### ALLGEMEINE KODIERRICHTLINIEN FÜR KRANKHEITEN

#### D001a Allgemeine Kodierrichtlinien

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

- die Bestätigung von Diagnosen, die verzeichnet sind, bei denen sich aber kein unterstützender Nachweis in der Krankenakte findet, **und**
- die Klärung von Diskrepanzen zwischen Untersuchungsbefunden und klinischer Dokumentation.

#### Fallbeispiel 1

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

#### Abnorme Befunde

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

#### Sich anbahnende oder drohende Krankheit

Wenn eine drohende oder sich anbahnende Krankheit in der Krankenakte dokumentiert, aber während des Krankenhausaufenthalts nicht aufgetreten ist, muss in den ICD-10-Verzeichnissen festgestellt werden, ob die Krankheit dort als sich „anbahnend“ oder „drohend“ unter dem Hauptbegriff oder eingerückten Unterbegriff aufgeführt ist. Wenn in den ICD-10-Verzeichnissen solch ein Eintrag existiert, dann ist die dort angegebene Schlüsselnummer zuzuordnen. Wenn solch ein Eintrag nicht existiert, dann wird die Krankheit, die als sich „anbahnend“ oder „drohend“ beschrieben wurde, nicht kodiert.

#### Fallbeispiel 2

Ein Patient wird mit sich anbahnender Gangrän des Beins aufgenommen, die während des Krankenhausaufenthalts aufgrund sofortiger Behandlung nicht auftritt.

Einen Eintrag „Gangrän, sich anbahnend oder drohend“ gibt es in den ICD-10-Verzeichnissen nicht, und folglich ist dieser Fall anhand der zugrundeliegenden Krankheit zu kodieren, z.B. als **Atherosklerose der Extremitätenarterien mit Ulzeration**. **I70.23 Atherosklerose der Extremitätenarterien mit Ulzeration**

Für wenige Diagnosen, die als „drohend“ bezeichnet werden können, gibt die ICD-10 eine Kodierung vor, oder es finden sich entsprechende Hinweise in den ICD-10-Verzeichnissen.

**Die Diagnose „drohender Infarkt“ ist eingeschlossen in I20.0 Instabile Angina pectoris.**

**Für drohenden Apoplex gibt es keine entsprechende Kodierung.**

## D002b Hauptdiagnose

Die Hauptdiagnose wird definiert als:

„**Die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist.**“ Die nach Analyse festgestellte Hauptdiagnose muss nicht der Aufnahmediagnose oder Einweisungsdiagnose entsprechen.

Der Begriff „nach Analyse“ bezeichnet die **Evaluation der Befunde am Ende des stationären Aufenthaltes**, um diejenige Krankheit festzustellen, die hauptsächlich verantwortlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes war. Die dabei evaluierten Befunde können Informationen enthalten, die aus der medizinischen und pflegerischen Anamnese, einer psychiatrischen Untersuchung, Konsultationen von Spezialisten, einer körperlicher Untersuchung, diagnostischen Tests oder Prozeduren, chirurgischen Eingriffen und pathologischen oder radiologischen Untersuchungen gewonnen wurden.

### Fallbeispiel 3

*Ein Pat. stellt sich mit Sturzereignis in der Chirurgie vor. Es liegt eine Fingerfraktur vor. Im EKG findet sich eine Sinusknotenerkrankung, eine Schrittmacherimplantation wird erforderlich.*

**Hauptdiagnose:** Sinusknotenerkrankung, **Nebendiagnose:** Fingerfraktur, **Hauptprozedur:** Schrittmacherimplantation.

**Die Bedeutung einer konsistenten, vollständigen Dokumentation in der Krankenakte kann nicht häufig genug betont werden. Ohne diese Art der Dokumentation ist die Anwendung aller Kodierrichtlinien eine schwierige, wenn nicht unmögliche Aufgabe.**

### **Festlegung der Hauptdiagnose bei geriatrischen Patienten: Grundprinzipien**

Die Festlegung der Hauptdiagnose ist bei geriatrischen Patienten – aufgrund der bestehenden geriatritypischen Multimorbidität (s. G1805a) – häufig sehr schwierig. Einige **Grundprinzipien** sollten im Hinblick auf eine Sicherstellung möglichst großer Fallgruppenhomogenität unbedingt beachtet werden:

- I. *Ebenso wie andere Fachbereiche auch legt die Geriatrie rückblickend am Ende der geriatrischen Behandlung die den Aufenthalt in der Geriatrie hauptsächlich begründende bzw. veranlassende Diagnose als Hauptdiagnose fest (D002b);*
- II. *Überwiegend – jedoch nicht zwangsläufig – stimmt bei Verlegungsfällen die Hauptdiagnose der Geriatrie mit der **Hauptdiagnose des Voraufenthaltes** überein (Beispiele: Schlaganfall, hüftnahe Fraktur);*
- III. *Es gibt geriatrische Patienten, deren externe Verlegung in eine Fachklinik für Geriatrie hauptsächlich veranlasst wurde wegen unerwarteter und/oder schwerer **Komplikationen im Verlauf der Vorbehandlung** und ihrer Folgen (z.B. postoperatives Durchgangssyndrom, Platzbauch, Immobilisierung). In diesen Fällen ist sorgfältig zu prüfen, ob*
  - a. *eine Komplikation als solche fortbestehend und so gravierend ist, dass sie den Anlass zur geriatrischen Nachbehandlung charakterisiert, weshalb die **Komplikation als Hauptdiagnose** anzusehen ist (z.B. Übernahme zur Wundversorgung und Frührehabilitation bei postoperativen Wundkomplikationen am Amputationsstumpf); oder*
  - b. *entweder die Komplikation nicht mehr fortbesteht oder mehrere gleichwertige Komplikationen fortbestehend sind und im Wesentlichen die funktionellen Folgen (Immobilisierung) Anlass zur anschließenden geriatrisch-frührehabilitativen Komplexbehandlung gegeben haben, sodass die Kodierung **M96.8 Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-System nach medizinischen Maßnahmen (Immobilitätssyndrom nach medizinischen Maßnahmen)** am ehesten die Kriterien für die Hauptdiagnose erfüllt.*
- IV. *Im übrigen gelten die nachstehenden grundsätzlichen Spezifizierungen zur Festlegung der Hauptdiagnose gemäß DKR 2003.*

### **Zuweisung der zugrundeliegenden Krankheit als Hauptdiagnose**

Wenn sich ein Patient mit einem Symptom vorstellt und während des Krankenhausaufenthaltes die zugrundeliegende Krankheit diagnostiziert wird, so ist die zugrundeliegende Krankheit als Hauptdiagnose zu kodieren und das Symptom wird nicht kodiert. Dies betrifft Symptome, die im Regelfall als eindeutige und unmittelbare Folge mit der zugrundeliegenden Krankheit vergesellschaftet sind. *Beim Schlaganfall sollten jedoch stets alle Begleitsymptome kodiert werden, da sie für die Aufenthaltsdauer und für Fragen der Weiterbehandlung relevant werden können. Dies stellt keine Verletzung vorgenannter Regel dar, da ein Schlaganfall mit sehr unterschiedlichen Symptomen einhergehen kann.*

#### Fallbeispiel 4

*Ein Pat. stellt sich mit Hemiparese vor, es wird ein Apoplex diagnostiziert.*

**Hauptdiagnose** akuter Apoplex, **Nebendiagnose:** Hemiparese.

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

#### Fallbeispiel 5

*Ein Pat. erleidet bei bekanntem alten Apoplex einen Krampfanfall. Der Pat. wird medikamentös eingestellt.*

**Hauptdiagnose:** Krampfanfall, **Nebendiagnose:** alter Apoplex.

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

### **Akute und chronische Krankheiten**

Wenn eine Krankheit sowohl als akut (subakut) und chronisch beschrieben wird, **und im alphabetischen Verzeichnis auf der gleichen Unterpunktebene getrennte Unterbegriffe existieren**, sind beide zu kodieren und die akute (subakute) Schlüsselnummer an erster Stelle, die chronische erst danach anzugeben.

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

Sofern zwei oder mehr verwandte Krankheiten (z.B. Krankheiten im selben ICD-10-SGB-V Kapitel oder Manifestationen, die typischerweise mit einer bestimmten Krankheit gemeinsam auftreten) potentiell der Definition der Hauptdiagnose entsprechen, **muss vom behandelnden Arzt entschieden werden, welche Diagnose am besten der Hauptdiagnose-Definition entspricht**. Entsprechendes gilt wenn zwei oder mehrere Befunde/Symptome bei der Beobachtung des Verdachtsfalles für die Hauptdiagnose in Frage kommen.

### **Ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen**

Schlüsselnummern aus **Z03.0 bis Z03.9** werden als **Hauptdiagnose** für die Abklärung des Gesundheitszustandes des Patienten zugeordnet, wenn es Hinweise auf die Existenz eines abnormen Zustandes, auf die Folge eines Unfalls oder eines anderen Ereignisses mit typischerweise nachfolgenden Gesundheitsproblemen gibt und sich der Krankheitsverdacht **nicht** bestätigt und eine Behandlung derzeit **nicht** erforderlich ist.

**Können für die Hauptdiagnose spezifischere Schlüsselnummern angegeben werden, haben diese Vorrang vor einer Schlüsselnummer aus der Kategorie Z03.-.**

### **Nicht ausgeführter ursprünglicher Behandlungsplan**

Als Hauptdiagnose ist diejenige Krankheit anzugeben, die nach Analyse der Krankenakte die stationäre Aufnahme veranlasst hat, selbst wenn die Behandlung aufgrund unvorhergesehener Umstände möglicherweise nicht durchgeführt wurde.

### **Geplanter Folgeeingriff**

Bei einer Aufnahme zu einer zweiten oder weiteren Operation nach einem Ersteingriff, die zum Zeitpunkt des Ersteingriffs im Rahmen der Gesamtbehandlung bereits als Folgeeingriff geplant war, wird

die ursprüngliche Krankheit als Hauptdiagnose kodiert. Das gilt auch dann, wenn die ursprüngliche Krankheit nicht mehr vorhanden ist

#### Fallbeispiel 6

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

**Hauptdiagnose:** Sigmadivertikulitis

**Nebendiagnose(n):** Versorgung eines Kolostomas

### **Interne Verlegungen zwischen Abteilungen nach BPfIV und KHEntgG**

Bei Krankenhaus-internen Verlegungen von Patienten zwischen Abteilungen, die nach Bundespflegegesetzverordnung (BPfIV) abrechnen (z.B. Psychiatrie), und Abteilungen, die nach Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) abrechnen, sind folgende Regeln zu beachten:

- Jede Abteilung dokumentiert und kodiert nach den für sie gültigen Regeln.
- Wird ein Patient **erstmalig** intern in eine Abteilung nach KHEntgG verlegt, so ist die Hauptdiagnosendefinition auf die Symptome/Diagnosen anzuwenden, die hauptsächlich für die Veranlassung des Aufenthaltes in dieser Abteilung verantwortlich sind
- Wird ein Patient mehrfach intern zwischen Abteilungen nach KHEntgG und BPfIV verlegt, so gilt für die Auswahl der Hauptdiagnose aus den Diagnosen der Abteilungen nach KHEntgG die analoge Regelung wie sie für Rückverlegungen aus anderen Krankenhäusern gilt.

***Entsprechendes gilt bei Verlegung in eine geriatrische Rehabilitationseinrichtung (§111 SGB V). Die Anwendung der Deutschen Kodierrichtlinien unter Berücksichtigung des Kodierleitfadens Geriatrie wird auch für geriatrische Rehabilitationseinrichtungen angeraten, ist jedoch nicht Vorschrift.***

#### Fallbeispiel 7

Ein Patient wird wegen einer Schizophrenie in die Psychiatrie aufgenommen. Während des stationären Verlaufs entwickelt der Patient eine Hemiplegie. Nach Verlegung in die Geriatrie findet sich dort als Ursache für die Symptomatik ein Schlaganfall. Die Schizophrenie wird weiterbehandelt.

Psychiatrie (BPfIV)      **Hauptdiagnose:** Schizophrenie      **Nebendiagnose(n):** Hemiplegie

Geriatrie (KHEntgG)      **Hauptdiagnose:** Schlaganfall      **Nebendiagnose(n):** Hemiplegie, Schizophrenie

### **Rückverlegungen aus anderen Krankenhäusern**

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

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

### **D003b Nebendiagnosen**

Die Nebendiagnose ist definiert als:

**„Eine Krankheit oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich während des Krankenhausaufenthaltes entwickelt.“**

Für Kodierungszwecke müssen Nebendiagnosen als Krankheiten interpretiert werden, die das Patientenmanagement in der Weise beeinflussen, dass irgendeiner der folgenden Faktoren erforderlich ist:

- **therapeutische Maßnahmen**
- **diagnostische Maßnahmen**
- **erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand**

**Anamnestische Diagnosen**, die das Patientenmanagement gemäß obiger Definition nicht beeinflusst haben, wie z.B. eine ausgeheilte Pneumonie vor 6 Monaten, **werden nicht kodiert**

#### Fallbeispiel 8

Ein Patient, der wegen einer Pneumonie stationär aufgenommen wird, hat zusätzlich einen Diabetes mellitus. Das Pflegepersonal prüft täglich den Blutzucker, und der Patient bekommt

eine Diabetes-Diät.

**Hauptdiagnose:** Pneumonie

**Nebendiagnose(n):** Diabetes mellitus

Fallbeispiel 9

Ein 60 Jahre alter Patient mit Varikose wird zur Behandlung von Ulzera an den Beinen aufgenommen. Aufgrund einer früheren Unterschenkelamputation benötigt der Patient zusätzliche Unterstützung durch das Pflegepersonal.

**Hauptdiagnose:** Variköse Ulzera am Bein **Nebendiagnose(n):** Unterschenkelamputation in der Eigenanamnese

Fallbeispiel 10

Eine adipöse, ältere Patientin wird wegen Cholezystolithiasis zur Cholecystektomie aufgenommen. Postoperativ erleidet sie eine Lungenembolie.

**Hauptdiagnose:** Cholezystolithiasis

**Nebendiagnose(n):** Lungenembolie Adipositas

### **Reihenfolge der Nebendiagnosen**

Es gibt keine Kodierrichtlinie, die die Reihenfolge der Nebendiagnosen regelt. Jedoch sollten die bedeutenderen Nebendiagnosen, insbesondere Komplikationen und Komorbiditäten, zuerst angegeben werden, besonders dann, wenn die Anzahl der zur Verfügung stehenden Schlüsselnummer-Felder begrenzt ist. Wird zur Verschlüsselung einer Diagnose mehr als ein Kode benötigt (z.B. Kreuz-Stern-System), so ist für die Reihenfolge DKR D012a Mehrfachkodierung zu beachten.

### **D004a Syndrome**

Wenn es für ein Syndrom in den ICD-10-Verzeichnissen einen spezifischen Kode gibt, so ist er für dieses Syndrom zu verwenden. Bei einer im Vordergrund stehenden spezifischen Manifestation des Syndroms wird die Kodierung des Behandlungsanlasses zur Hauptdiagnose

### **D005a Folgezustände**

‘Folgezustände’ oder ‘Spätfolgen’ einer Krankheit sind **aktuelle** Krankheitszustände, die durch eine frühere Krankheit hervorgerufen wurden.

**Es gibt keine allgemeine zeitliche Beschränkung für die Verwendung der Schlüsselnummern für Folgezustände. Der Folgezustand kann schon im Frühstadium des Krankheitsprozesses offenbar werden, z.B. neurologische Defizite als Folge eines Hirninfarktes, oder er zeigt sich Jahre später, z.B. die chronische Niereninsuffizienz als Folge einer früheren Nierentuberkulose.**

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

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

Sofern der zugrundeliegende Krankheitsprozess nicht mehr aktiv ist, wird die Schlüsselnummer für die akute Form der Krankheit nicht kodiert, sondern der Folgezustand mit spezifischen ICD-Kodes.

### **Spezifische Schlüsselnummern für die Ursachen von Spätfolgen sind:**

B90.- Folgezustände der Tuberkulose

B91 Folgezustände der Poliomyelitis

B94.1 Folgezustände der Virusenzephalitis

B94.8 Folgezustände sonstiger näher bezeichneter infektiöser und parasitärer Krankheiten

### **Für einige Erkrankungen gibt es spezifische Schlüssel für Folgezustände / gesonderte Zeitangaben:**

E64.- Folgen von Mangelernährung oder sonstigen alimentären Mangelzuständen

- E68 Folgen der Überernährung  
 G09 Folgen entzündlicher Krankheiten des Zentralnervensystems  
 I25.- Myokardinfarkt mehr als 28 Tage nach Krankheitsbeginn wird als alter Myokardinfarkt verschlüsselt.  
 I69.- Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit, d.h. die fortlaufende Behandlung ist beendet.

**Die Kodierung der Folgezustände von Krankheiten erfordert zwei Schlüsselnummern:**

- eine für den aktuellen Rest-/Folgezustand
- eine Schlüsselnummer („Folgen von ...“), einer früheren Krankheit.

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

**D006a Akute und chronische Krankheiten**

Leidet ein Patient gleichzeitig an der chronischen und akuten Form derselben Krankheit, wie z.B. akute Exazerbation einer chronischen Krankheit, so wird nur dann die akute Form der Krankheit als Hauptdiagnose und die chronische Form als Nebendiagnose kodiert, wenn es für die akute und chronische Form dieser Krankheit unterschiedliche Schlüsselnummern gibt.

**Ausnahmen:** die ICD-10-SGB-V sieht für die Kombination eine eigene Schlüsselnummer vor, z.B.: J44.1 **Chronische** obstruktive Lungenkrankheit mit **akuter** Exazerbation, nicht näher bezeichnet

**D007a Aufnahme zur Operation, Operation nicht durchgeführt**

Wenn ein Patient für eine Operation stationär aufgenommen wurde, die aus irgendeinem Grund nicht durchgeführt und der Patient entlassen wurde, ist wie folgt zu kodieren:

- a) Wenn die Operation aus technischen Gründen nicht ausgeführt wurde:

Fallbeispiel 11

Ein Pat. wurde aufgenommen zwecks Insertion von Paukenröhrchen bei Seromukotympanon. Die Operation wurde aus technischen Gründen verschoben.

**Hauptdiagnose:** Chronische muköse Otitis media

**Nebendiagnose(n):** Z53.- Personen, die Einrichtungen des Gesundheitswesens wegen spezifischer Maßnahmen aufgesucht haben, die aber nicht durchgeführt wurden

- b) Wenn die Operation auf Grund einer Krankheit oder einer Komplikation, die nach Aufnahme aufgetreten ist, nicht ausgeführt wurde:

Fallbeispiel 12

Ein Patient mit Cholecystitis wurde zur Cholecystektomie aufgenommen. Die Operation wurde aufgrund eines akuten Apoplex verschoben.

**Hauptdiagnose:** Cholezystitis

**Nebendiagnose(n):** Z53.- Personen, die Einrichtungen des Gesundheitswesens wegen spezifischer Maßnahmen aufgesucht haben, die aber nicht durchgeführt wurden

I 63.- Apoplex

**D008b Verdachtsdiagnosen**

Verdachtsdiagnosen im Sinne dieser Kodierrichtlinie sind Diagnosen, die **am Ende eines stationären Aufenthaltes weder sicher bestätigt, noch sicher ausgeschlossen sind.**

Verdachtsdiagnosen werden unterschiedlich kodiert, abhängig davon, ob der Patient nach Hause entlassen oder in ein anderes Krankenhaus verlegt wurde.

**Entlassung nach Hause**

Wenn Untersuchungen vorgenommen, aber **keine** Behandlung in Bezug auf die Verdachtsdiagnose eingeleitet wurde, ist/sind das/die **Symptom/e** zu kodieren. Wenn eine **Behandlung** eingeleitet wurde und die Untersuchungsergebnisse nicht eindeutig waren, ist die **Verdachtsdiagnose** zu kodieren.

### Verlegung in ein anderes Krankenhaus

Wenn ein Patient mit einer Verdachtsdiagnose verlegt wird, ist vom verlegenden Krankenhaus die Verdachtsdiagnose-Schlüsselnummer zu kodieren. Von dem verlegenden Krankenhaus dürfen zur Kodierung nur die zum Zeitpunkt der Verlegung erhältlichen Informationen verwendet werden. Spätere Informationen aus dem Krankenhaus, in welches der Patient verlegt wurde, dürfen die Kodierungsentscheidung nachträglich nicht beeinflussen.

### **D009a „Sonstige“ und „nicht näher bezeichnete“ Schlüsselnummern**

**Die Resteklasse „Sonstige ...“ ist dann bei der Kodierung zu verwenden, wenn eine genau bezeichnete Krankheit vorliegt, für die es aber in der ICD-10 keine eigene Klasse gibt.**

Die Resteklasse „Nicht näher bezeichnete ...“ ist dann zu verwenden, wenn eine Krankheit nur mit ihrem Oberbegriff, wie z.B. Katarakt, beschrieben ist und/oder eine weitere Differenzierung nach den Klassifikationskriterien der ICD-10 an entsprechender Stelle nicht möglich ist.

„Sonstige“ und „nicht näher bezeichnete“ Schlüsselnummern bzw. „Resteklassen“ haben im Allgemeinen eine spezifische Kennzeichnung.

***In Einzelfällen ist eine exaktere Kodierung aber (noch) nicht möglich. So ist bei akutem Apoplex zunächst G81.9 Hemiplegie, nicht näher bezeichnet zu verschlüsseln, erst bei älterem Apoplex (nach abgeschlossener Behandlung) sollte nach schlaff / spastisch differenziert werden.***

Auf der **vierstelligen Ebene** ist die Zuordnung in der Regel wie folgt:

„0 - .7“ spezifische Krankheiten (im Kapitel XIX Verletzungen und Vergiftungen wird „7“ häufig für „multiple Verletzungen“ verwendet)

„8“ spezifische Krankheiten, die unter „0 - .7“ nicht klassifiziert sind (oder „sonstige“)

„9“ in der Regel „nicht näher bezeichnet“

Gelegentlich werden die zwei **Resteklassen** „8“ und „9“ in einer Schlüsselnummer kombiniert und beinhalten sowohl „sonstige“ als auch „nicht näher bezeichnete“ Zustände. Auf der **fünfstelligen Ebene** ist die Zuordnung nicht einheitlich. Die Resteklassen dürfen nicht verwendet werden, um Diagnosen „aufzufangen“, die **scheinbar** nicht andersorts klassifiziert sind. Die ICD-10-Verzeichnisse sind zu verwenden, um die korrekte Schlüsselnummer-Zuordnung zu bestimmen

### **D010a Kombinations-Schlüsselnummern**

Eine einzelne Schlüsselnummer, die zur Klassifikation von zwei Diagnosen oder einer Diagnose mit einer Manifestation oder einer mit ihr zusammenhängenden Komplikation verwendet wird, wird als Kombinations-Schlüsselnummer bezeichnet. Kombinations-Schlüsselnummern werden durch Überprüfung der Einträge von eingerückten Begriffen im Alphabetischen Verzeichnis ermittelt und durch Nachlesen der Ein- und Ausschlusshinweise im Systematischen Verzeichnis der ICD-10-SGB-V.

Die Kombinations-Schlüsselnummer ist nur dann zu verwenden, wenn diese Schlüsselnummer die betreffende diagnostische Information vollständig wiedergibt und wenn das Alphabetische Verzeichnis eine entsprechende Anweisung gibt.

Mehrfachkodierungen dürfen nicht verwendet werden, wenn die Klassifikation eine Kombinations-Schlüsselnummer bereitstellt, die eindeutig alle in der Diagnose dokumentierten Elemente umfasst.

Arteriosklerose der Extremitäten mit Gangrän.

**Richtig: I70.24 Atherosklerose der Extremitätenarterien mit Gangrän**

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

R02 Gangrän, anderenorts nicht klassifiziert

### **D011a Doppelkodierung**

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

1. Dieselbe Schlüsselnummer für die Diagnose wird nur einmal angegeben.
2. Gibt es in der ICD eine eigene Schlüsselnummer für eine doppelseitige Erkrankung, so ist diese zu verwenden.
3. Fehlen in der ICD Angaben zur Lokalisation, so kann das Zusatzkennzeichen „B“ für „beiderseits“ hinter der Schlüsselnummern angegeben werden.

Bei Erfordernis zur Doppelkodierung zur Darstellung der Besonderheit des Falles kann die Seitenangabe hilfreich sein.

**Hinweis:** Der Algorithmus des Groupers verhindert grundsätzlich, dass identische Nebendiagnosen mehrfach in die Berechnung des PCCL - Wertes eingeht. Da die Dokumentation nicht ausschließlich auf die Erlössituation abhebt, ist es sachlich richtig, bestimmte Diagnosen differenziert zu kodieren und sie ggf. mit Klartexteingaben zu versehen.

#### Fallbeispiel 13

Ein Pat. mit Apoplex und Schluckstörung erleidet im Verlauf rezidivierende Pneumonien. Die Kodierung J15.8 Sonstige bakterielle Pneumonie könnte sachgerecht, mehrfach angegeben werden, erhöht aber die PCCL - Berechnung nicht mehr, als bei einmaliger Kodierung. Für klinische Dokumentation und Begründung eines prolongierten Behandlungsverlaufes ist die mehrfache Angabe der J15.8 aber gerechtfertigt. Wenn Ätiologie, Keimpektrum und Lokalisation es erlauben und entsprechend dokumentiert wurde, widerspricht es den Kodierregeln nicht, rezidivierende Pneumonien unterschiedlicher Ursache während eines Aufenthaltes verschieden zu kodieren z.B. mit J15.8 Sonstige bakterielle Pneumonie, J69 Aspirationspneumonie, J15.2 Pneumonie durch *Klebsiella.pneumoniae*, J18.2 hypostatische Pneumonie nicht näher bezeichnet.

## D012a Mehrfachkodierung

### Ätiologie- und Manifestationsverschlüsselung: „Kreuz - Stern - System“

Schlüsselnummern für Ätiologie (zugrundeliegende Ursache) werden durch das Kreuz-Symbol (†) und Manifestations-Schlüsselnummern durch das Stern-Symbol (\*) gekennzeichnet. Zu kodieren ist **in derselben Reihenfolge, in der sie im Alphabetischen Verzeichnis oder ICD-10-SGB-V erscheinen**, d.h. die Ätiologie-Schlüsselnummer, gefolgt von der Manifestations-Schlüsselnummer.

#### Fallbeispiel 14

Ein 80 jähr. Pat. wird wegen Mangelernährung aufgenommen. Es zeigt sich eine anamnestisch länger bestehende Demenz vom Alzheimer Typ.

**Hauptdiagnose:** G30.1† Alzheimer Krankheit mit spätem Beginn  
**Nebendiagnosen:** F00.1 \* Demenz bei Alzheimer Krankheit mit spätem Beginn,  
 R63.3 Ernährungsprobleme oder spezifischer:  
 E50.- bis E64.- Einzelfolgen einer Mangelernährung

#### Fallbeispiel 15

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

**Hauptdiagnose:** E10.71† Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-I Diabetes] mit multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet  
**Nebendiagnosen** I79.2\* Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten  
 H36.0\* Retinopatia diabetica  
 N08.3\* Glomeruläre Krankheiten bei Diabetes mellitus

**Anmerkung:** Der Code E10.71 ist mit einem „†“ zu kennzeichnen, da er die Ätiologie der nachfolgenden Stern-Kodes (Manifestationen) kodiert. **Gemäß den Regeln ist der „Ätiologiekode“ stets vor den „Manifestationskodes“ anzugeben.** Gilt ein Ätiologiekode für mehrere Manifestationen, wie in diesem Beispiel, so gilt er für alle folgenden Stern-Kodes (Manifestationen) bis zum Auftreten eines neuen Kreuz-Kodes oder eines Kodes ohne Kennzeichen. Somit ist mit E10.71† die Ätiologie der Manifestationen I79.2\*, H36.0\* und N08.3\* kodiert.

## ALLGEMEINE KODIERRICHTLINIEN FÜR PROZEDUREN

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

### P001a Allgemeine Kodierrichtlinien für Prozeduren

Alle signifikanten Prozeduren, die vom Zeitpunkt der Aufnahme bis zum Zeitpunkt der Entlassung vorgenommen wurden und im OPS-301 abbildbar sind, sind zu kodieren. Dieses schließt diagnostische, therapeutische und pflegerische Prozeduren ein.

Die Definition einer signifikanten Prozedur ist, dass sie entweder

- chirurgischer Natur ist
- ein Eingriffsrisiko birgt
- ein Anästhesierisiko birgt
- Spezialeinrichtungen oder Geräte oder spezielle Ausbildung erfordert. (*Beispiel 8-550*)

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

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

Die Reihenfolge der Prozeduren hat keinen Einfluss auf die DRG-Gruppierung. Es werden individuelle Komponenten einer bereits kodierten Prozedur nicht noch einmal gesondert verschlüsselt.

***Prozeduren sind nur in einigen Fällen relevant für die Gruppierung im DRG -System. Eine vollständige Erfassung ist aber für die Dokumentation erbrachter Leistungen / Dauer des Aufenthaltes und zur Fallkostenerfassung unerlässlich!***

## **P002a Hauptprozedur**

Die Hauptprozedur ist definiert als:

**Die signifikanteste Prozedur, die zur Behandlung der Hauptdiagnose durchgeführt wurde. Diese sollte an erster Stelle angegeben werden.**

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

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

## **Informationsgehalt eines Einzelkodes**

Grundprinzip des OPS-301 ist die Abbildung eines durchgeführten Eingriffes möglichst mit einem Kode (monokausale Kodierung). Das bedeutet: jeder Einzelkode enthält normalerweise alle Informationen für eine Prozedur mit allen notwendigen Komponenten, wie z.B. Vorbereitung, Lagerung, Anästhesie, Zugang, die eigentliche Operation, Naht, usw.

## **P005b Multiple/Bilaterale Prozeduren**

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

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

- wenn Hinweise oder Richtlinien anweisen, einen Kode nur einmal anzugeben.
- wenn Verfahren Mengenangaben (z.B. Bluttransfusionen) oder Zeitangaben (z.B. Beatmung) im Kode enthalten. In diesem Fall sind die Teilmengen bzw. Teilzeiten zu addieren und die Gesamtmenge bzw. Gesamtzeit einmal zu kodieren.
- wenn Verfahren während einer stationären Behandlung grundsätzlich wiederholt
- durchgeführt werden (s.a. nachfolgende, nicht abschließende Liste).

## **P010a Prozeduren medizinischer Fachberufe (Berufsgruppen des geriatrischen Teams)**

Im OPS-301 (Version 2.1) konnten nicht alle Prozeduren (Interventionen) der an der Behandlung im stationären Bereich mitbeteiligten Gesundheitsberufe aufgenommen werden.

*Insbesondere fehlt jegliche Kodiermöglichkeit für sozialdienstliche Beratung / Intervention. Besondere Bedeutung für eine sorgfältige Dokumentation haben daher die nachstehend aufgeführten, im OPS-301 bereits aufgenommenen Prozeduren medizinischer Fachberufe – sie sollten keinesfalls übersehen oder vergessen werden:*

- 8-390 Lagerungsbehandlung  
 8-550 Geriatriisch-frührehabilitative Komplexbehandlung  
*mind. 14 Tage Behandlungsdauer, Assessment 5 Bereiche, schriftlicher Behandlungsplan, Teambesprechung, aktivierende Pflege, Einsatz von mind. 2 Therapeutengruppen*  
 8-650 Elektrotherapie (Ultraschall, TENS, Galvanisation)  
 9-301 Therapie von Stimm-, Sprech-, Sprachstörungen  
 9-302 Therapie von Schluckstörungen  
 9-404 Neuropsychologische Therapie  
 9-405.- Psychologische Therapie Klinische Psychologie / Psychotherapie  
*.0 Einzeltherapie .1 Gruppentherapie .2 Einzel- und Gruppentherapie .3 Krisenintervention*

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

Bestimmte Prozeduren des OPS-301, insbesondere aus Kapitel 8, werden auf der Basis von Größe, Zeit oder Anzahl unterschieden. Sind keine Größen-, Mengen- oder Zeitangaben verfügbar, so ist der Kode für die kleinste bzw. zeitlich kürzeste Einheit zu verwenden.

Ansonsten sind Mengen- bzw. Zeitangaben zu addieren und die Summe einmal pro Aufenthalt zu kodieren (s.a. DKR P005b *Multiple/Bilaterale Prozeduren*). Als Bezugsdatum ist aus pragmatischen Gründen der Tag der ersten Leistung zu wählen.

- 8-800.-** Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat:  
**8-800.0** Vollblut, 1-5 TE  
**8-800.1** Vollblut, mehr als 5 TE  
**8-800.2** Erythrozytenkonzentrat, 1-5 TE  
**8-800.3** Erythrozytenkonzentrat, mehr als 5 TE  
**8-810.-** Transfusion Plasma / Plasmabestandteilen/ Immunglobulinen / Gerinnungsfaktoren()

### **5-893 Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut Einzelangabe jeder Prozedur**

Inkl.: Entfernung von infiziertem Gewebe z.B. Dekubitusdebridement

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

Schichtenübergreifendes Wunddebridement (5-869.1)

Hinw.: Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-890 zu kodieren

\*\* 5-893.0 Kleinflächig = Länge bis 3 cm oder Fläche bis 4 cm<sup>2</sup>    \*\* 5-893.1 Großflächig

# PEG – Anlage (5-431.2)

# PEG – Wechsel (8-123.0) # PEG – Entfernung (8-123.1)

# Eine Ösophago-, Gastro-, Duodeno-, Jejuno- und Ileoskopie wird kodiert als

**1-636** Diagnostische Intestinoskopie (Endoskopie des tiefen Jejunums und Ileums)

....**1-632** Diagnostische Ösophagogastrroduodenoskopie (Endoskopie bis einschl. Duodenum)

# Eine Endoskopie der oberen Atemwege :Pharyngoskopie, Tracheoskopie / Bronchoskopie

wird kodiert als **1-620.0** Diagnostische Tracheobronchoskopie mit flexiblem Instrument

Schluckdiagnostik 1-611.0 diagnostische Pharyngoskopie mittels Endoskop

**P007a** ( Bei Endoskopie Einzelangabe jeder Prozedur) **Endoskopien multipler Gebiete sind nach dem am weitesten eingesehenen Gebiet zu kodieren.**

# Yamshidi-Punktion (1-480.5) # Sternalpunktion (1-480.0) Einzelangabe jeder Prozedur

### **Allgemeininternistisch, Einzelangabe jeder Prozedur**

# Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle (1-844)

# Therapeutische perkutane Punktion des Thorax, Pleurahöhle (8-152.1)

# Diagnostische perkutane Punktion und Aspiration der Bauchhöhle, Aszitespunktion (1-853.2)

# Therapeutische perkutane Punktion der Bauchhöhle (8-153)

# Spülung (Lavage) (8-17)

# Zytostatische Chemotherapie bei Neubildungen (8-54)

# Patientenmonitoring (8-93-) **Intensivmed. Überwachung oder Behandlung, z.B. Rhythmusstabilisierung**  
# Defibrillation (8-640.-)  
# Offenhalten der oberen Atemwege (8-700)  
# Maschinelle Beatmung über Maske oder Tubus (8-71)"  
# Schmerztherapie (8-91) **nur bei Zusatzbezeichnung Schmerztherapie**  
# **Legen, Wechseln, Entfernen ZVK (8-831.-)**

### **P014a Prozeduren, die normalerweise nicht verschlüsselt werden**

#### **Beispiele für nicht kodierbare Prozeduren**

# Gipsverbände, mit Ausnahme aufwändiger Gipsverbände (8-310)  
# Verbände, außer bei Verbrennungen  
# Medikamentöse Therapie mit Ausnahme: nicht-antibiotische Chemotherapie  
# Echokardiographie  
# Ruhe-EKG  
# Langzeit-EKG  
# Belastungs-EKG  
# 24-Stunden-Blutdruckmessung  
# Legen einer Magensonde  
# Legen eines transurethralen Blasenkatheters  
# Subkutane Medikamentengabe, z. B. Heparin  
# Blutentnahme  
# Aufnahme- und Kontrolluntersuchung  
# Visite  
# Konsiliaruntersuchung  
# Konventionelle Röntgenuntersuchungen, inklusive Mammographie  
# Lungenfunktionstest mit Ausnahme: :  
Ganzkörperplethysmographie (1-710), CO-Diffusionskapazität (1-711), Spiroergometrie (1-712)  
# Blutgasanalyse in Ruhe # Atemgasanalyse  
# Sonographien

## SPEZIELLE KODIERRICHTLINIEN

### 1 BESTIMMTE INFEKTIÖSE UND PARASITÄRE KRANKHEITEN

#### 0102a Virushepatitis

##### Trägerstatus

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

**Z22.5 Keimträger der Virushepatitis ist nur in den Fällen zuzuweisen, bei denen die Tatsache, dass ein Patient Träger von Hepatitisviren ist, den Behandlungsaufwand erhöht, z.B. besondere Hygienemaßnahmen**

#### 0103a Bakteriämie, Sepsis und Neutropenie

##### a) Bakteriämie

Bei **symptomatischer Bakteriämie** ist der Code A49.9 Bakterielle Infektion, nicht näher bezeichnet zuzuweisen.

##### b) Sepsis (Septikämie)

Eine Sepsis wird nach Erreger mit passenden Code aus A40.- Streptokokkensepsis oder A41.- Sonstige Sepsis kodiert. Bei unbekanntem Erreger ist A41.9 Sepsis, nicht näher bezeichnet zu verwenden.

***Eine Differenzierung Bakteriämie / Sepsis gibt die DKR nicht an, daher ist „mehr als nur Fieber / Bakteriämie“ als Sepsis zu werten. Bei geriatrischen Patienten ist auch Hypothermie zu beachten.***

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

T80.2 Infektionen nach Infusion, Transfusion o. Injektion zu therapeutischen Zwecken  
 T81.4 Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert  
 T82.7 Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate o. Transplantate im Herzen oder in den Gefäßen, z.B. Schrittmacher  
 T83.5 Infektion und entzündliche Reaktion durch Prothese, Implantat o. Transplantat im Harntrakt  
 T83.6 Infektion und entzündliche Reaktion durch Prothese, Implantat o. Transplantat im Genitaltrakt  
**T84.5 Infektion / entzündliche Reaktion durch eine Gelenkprothese**  
 T84.6 Infektion / entzündliche Reaktion durch eine int. Osteosynthesevorrichtung [jede Lokalisation]  
 T84.7 Infektion / entzündliche Reaktion durch sonst. orthop. Endoprothesen/Implantate/Transplantate  
 T85.78 Infektion / entzündliche Reaktion durch sonst. interne Prothesen, Implantate o. Transplantate

##### c) Infektion/Besiedlung mit multiresistentem Staphylococcus aureus (MRSA/ORSA)

Grundsätzlich ist eine nachgewiesene Infektion oder Besiedlung mit einem multiresistenten *S. aureus* durch die Kodierung **B95.6!** zu markieren (**MRSA – Marker**). Diese Kodierung kann nur als Nebendiagnose verwendet werden.

Der erhöhte medizinisch-pflegerische Aufwand bei MRSA/ORSA Infektion bzw. Besiedlung ist besonders sorgfältig zu verschlüsseln:

- Keimträger (MRSA-positiv), Isolierung als prophylaktische Maßnahme:
  - 1) Z22.3 Keimträger
  - 2) B95.6! MRSA
  - 3) Z29.0 Isolierung als prophylaktische Maßnahme

- *Kontaktperson, Kontaktisolation ohne MRSA-Nachweis:*
  - 1) Z20.8 Kontaktperson
  - 2) Z29.0 Isolierung als prophylaktische Maßnahme
- *Eine begleitende Sepsis wird entweder mit A41.0 Sepsis durch Staphylococcus aureus oder nach Erreger mit passendem Kode z.B. aus A40.- Streptokokkensepsis oder A41.- Sonstige Sepsis zusätzlich kodiert.*

### 0104a Urosepsis

N39.0 Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet.  
Bei klinisch manifester Sepsis A40.-Streptokokkensepsis oder A41.- Sonstige Sepsis zusätzlich.

## 2 NEUBILDUNGEN

**0201b** Die Reihenfolge der anzugebenden Codes hängt von der Behandlung während des betreffenden Krankenhausaufenthaltes ab.

- Erfolgt die Aufnahme zur Diagnostik/Behandlung des primären Malignoms, ist das primäre Malignom als Hauptdiagnose-Code zuzuweisen.
  - Erfolgt die Aufnahme nur zur Behandlung von Metastasen, ist die Metastase als Hauptdiagnose-Code anzugeben und zusätzlich, sofern bekannt, eine bzw. mehrere Nebendiagnosen für den Primärtumor. Bei unbekanntem Primärtumor ist C 80 bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation zu codieren.
  - Erfolgt die Aufnahme des Patienten sowohl zur Behandlung des Primärtumors als auch der Metastasen, ist diejenige Diagnose als Hauptdiagnose auszuwählen, die die meisten Ressourcen verbraucht hat.
- *Der Malignomkode ist auch für jede weitere Krankenhausbehandlung, die sich als notwendige Folgebehandlung oder als Folgediagnostik bei bösartiger Neubildung ergibt, anzugeben, bis die Behandlung endgültig abgeschlossen ist. Dies betrifft auch beispielsweise Patienten mit verlängerter Immobilität nach Tumoroperationen.*
- Ein Rezidiv ist wie ein Primärtumor zu codieren.

**0202b** Wenn ein Patient sich mit einem Symptom vorstellt und während des stationären Aufenthaltes die zugrundeliegende Erkrankung erkannt wird, ist die zugrundeliegende Erkrankung als Hauptdiagnose zu kodieren ohne Kodierung des Symptoms

#### Fallbeispiel 16

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

**Hauptdiagnose:** C71.8 Bösartige Neubildung des Gehirns, mehrere Teilbereiche überlappend

**Nebendiagnose(n):** Keine

*Sofern bei bekanntem Tumorleiden eine Neuaufnahme ausschließlich aus palliativen Gründen (Behandlung der Symptome) erfolgt, ist das Symptom zu kodieren, die zugrundeliegende Erkrankung ist die Nebendiagnose.*

Es ist zu beachten, dass eine Anämie bei Neubildung (Tumoranämie) mit einer Kreuz-Stern-Kombination codiert wird und daher die Neubildung entsprechend Codierung von Ätiologie und Manifestation an erster Stelle eingegeben werden muss.

Es ist zu beachten, dass Tumorkachexie mit R64 Kachexie codiert wird. Das Exklusivum bei R 64 (Kachexie durch bösartige Neubildung (C 80)) ist nicht anzuwenden. Es wird in der nächsten Version der ICD10 SGB V gestrichen.

**0205b** Wenn das Ergebnis einer Biopsie zur Diagnose eines Malignoms führt, sich aber im Operationsmaterial keine malignen Zellen finden, ist die ursprüngliche Diagnose, die aufgrund der Biopsie gestellt wurde, zu codieren.

**0206a** Sofern sich die Ausbreitung eines Tumors über mehrere Teilbereiche oder benachbarte Gebiete erstreckt, ist

- bei bekannter Primärlokalisierung nur diese zu kodieren;
- bei unbekannter Primärlokalisierung und Ausdehnung über angrenzende Teilbereiche innerhalb einer dreistelligen ICD-Kategorie ist entsprechend der Subkategorie Punkt 8 (mehrere Teilbereiche überlappend) zu klassifizieren, es sei denn, die Kombination der Lokalisationen ist speziell an anderer Stelle aufgeführt;
- bei unbekannter Primärlokalisierung und einer Ausdehnung, die zwei oder mehr dreistellige ICD-Kategorien überlappt, sind spezifische Kodierungen zu verwenden (Liste in: ICD-10-SGB V, Band I, Kapitel II);
- nur in besonderen Ausnahmefällen sollte C 76.- bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisation verwandt werden.

**0211b Chemotherapie bei Neubildungen**

Chemotherapie bezieht sich ausschließlich auf die Behandlung von Neubildungen mit zytotoxischen Substanzen. Die Anwendung von Chemotherapie ist nur 1 x pro Aufenthalt zu codieren.

**0219a Intraepitheliale Neoplasie der Prostata**

Die Codes für PIN-Grade (Prostatic Intraepithelial Neoplasia) sind wie folgt zuzuweisen:

PIN Grad I und II N40 Prostatahyperplasie PIN Grad III D07.5 Carcinoma in situ Prostata

| <b>Malignome</b>                                     |  |
|--|--|
| C90.0_   | Plasmozytom (Multiples Myelom)   |
| C91.1_   | Chronische lymphatische Leukämie   |
| C92.1_   | Chronische myeloische Leukämie   |
| <i>Fünfte Stelle<br/>0 ohne,<br/>1 mit Remission</i> |  |
| D46.4  | Refraktäre Anämie, nicht näher bezeichnet  |
| D46.7  | Sonstige myelodysplastische Syndrome   |
| D47.2  | Monoklonale Gammopathie  |
| D47.3  | Essentielle (hämorrhagische) Thrombozythämie   |
|  | → sek. Anämie bei Neubildungen D63.0*<br>→ Erbrechen + Übelkeit R11<br>→ Strahlentherapiesitzung Z51.0<br>→ Chemotherapie Z51.1<br>→ Erhaltungs-Chemotherapie Z51.2<br>→ Palliativbehandlung Z51.5 |
| C61  | Prostatacarcinom   |
| C50.-_   | Mammacarcinom  |
| C67.-_   | Blasencarcinom   |
| C76.-  | Karzinom sonst. /unklarer Lokalisation   |
| C77.- bis C79.-                                      | Metastasen   |
| C79.5  | Knochenmetastasen  |
| C80  | Carcinom unkl. Lokalis./TU - Kachexie  |

### 3 KRANKHEITEN DES BLUTES UND DER BLUTBILDENDEN ORGANE SOWIE BESTIMMTE STÖRUNGEN MIT BETEILIGUNG DES IMMUNSYSTEMS

#### 0302a Bluttransfusionen

Bluttransfusionen und Infusionen von Blutprodukten sind **immer dann zu** kodieren, wenn sie nicht als fester Bestandteil einer Prozedur anzusehen sind, das heißt, wenn sie nicht im Rahmen bestimmter Operationen als Standardmaßnahme (z.B. bei Einsatz der HLM) durchgeführt werden. Multiple Transfusionen des gleichen Blutproduktes während eines Krankenhausaufenthaltes werden durch nur *einen* Prozeduren-Kode dargestellt. Die Transfusionen sind zu addieren und die Summe einmal pro Aufenthalt zu kodieren. **Die Gesamtsumme der Transfusionen und der Inhalt der Transfusion bestimmt die 5. Stelle.** Als Bezugsdatum ist der Tag der ersten Leistung zu wählen. Wenn während des Krankenhausaufenthaltes mehr als eine Art von Blutprodukten transfundiert wird, ist pro Blutproduktart ein passender Kode aus folgenden zuzuweisen:

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

8-802.- Transfusion von Leukozyten

8-810.- Transfusion von Plasma und Plasmabestandteilen

**8-800.0** Vollblut, 1-5 TE

**8-800.1** Vollblut, mehr als 5 TE

**8-800.2** Erythrozytenkonzentrat, 1-5 TE

**8-800.3** Erythrozytenkonzentrat, mehr als 5 TE

### 4 ENDOKRINE, ERNÄHRUNGS- STOFFWECHSELKRANKHEITEN

#### 0401b Diabetes mellitus

##### Typen des Diabetes mellitus

E10.- Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-I-Diabetes)

E11.- Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-II-Diabetes)

E12.- Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung (Malnutrition)

*Ein Diabetes mellitus im Rahmen eines metabolischen Syndroms ist hierunter **nicht** zu verschlüsseln*

**Anmerkung:** Die Behandlung mit Insulin bestimmt nicht den Typ und ist kein Nachweis von Insulinabhängigkeit.

**Die Kategorien E10-E11** verschlüsseln an **4. Stelle** mögliche Komplikationen (z.B. Koma, Niere, multiple).

An **5. Stelle** steht

0 für nicht als entgleist bezeichneten Diabetes mellitus **oder**

1 für als entgleist bezeichneten Diabetes mellitus.

**Dabei ist zu beachten, dass nicht alle Kombinationen der 4-stelligen Codes mit den 5. Stellen sinnvoll sind.**

##### Fallbeispiel 17

Ein Patient mit Diabetes mellitus Typ I wird wegen einer schweren Entgleisung der Stoffwechsellage stationär aufgenommen. Zusätzlich besteht als einzige Komplikation eine diabetische Nephropathie, die ebenfalls behandelt wird.

**Hauptdiagnose:** E10.61† Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ -I Diabetes] mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen, als entgleist bezeichnet

**Nebendiagnose(n):** N08.3\* Glomeruläre Krankheiten bei Diabetes mellitus

**Anmerkung:** Der Kode E10.61 gilt hier als „Ätiologiekode“ für den Stern-Kode N08.3\* „Manifestation“ und ist daher mit einem † zu kennzeichnen.

**Fallbeispiel 18**

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

|                          |         |   |
|--------------------------|---------|---|
| <b>Hauptdiagnose:</b>    | E10.71† | <u>Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ – I Diabetes] mit multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet</u> |
| <b>Nebendiagnose(n):</b> | I79.2*  | <u>Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten</u>  |
|                          | H36.0*  | <u>Retinopathia diabetica</u>   |
|                          | N08.3*  | <u>Glomeruläre Krankheiten bei Diabetes mellitus</u>  |

**Anmerkung:** Der Kode E10.71 gilt hier als „Ätiologiekode“ und ist daher mit einem † zu kennzeichnen. Dieser „Ätiologiekode“ gilt für alle folgenden Stern-Kodes (Manifestationen) bis zum Auftreten eines neuen Kreuz-Kodes oder eines Kodes ohne Kennzeichen. Somit ist mit E10.71† die Ätiologie der Manifestationen I79.2\*, H36.0\* und N08.3\* kodiert.

**Katarakt**

Die Ätiologie einer „senilen Katarakt“ bei Patienten mit Diabetes mellitus ist umstritten. Deshalb wird eine diabetische Katarakt nur dann kodiert, wenn ein kausaler Zusammenhang zwischen der Katarakt und dem Diabetes mellitus besteht:

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

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

Zutreffender Kode aus H25.- Cataracta senilis oder H26.- Sonstige Kataraktformen sowie entsprechenden Kodes aus E10-E14 Diabetes mellitus (ausgenommen vierte Stelle „3“ mit Augenkomplikationen).

**Neuropathie und Diabetes mellitus**

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

**Diabetische Mononeuropathie**

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

**Diabetische Polyneuropathie**

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

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

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

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

**Diabetisches Fußsyndrom**

Die Diagnose „Diabetischer Fuß“ wird kodiert mit

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

Die Kodes für die vorhandenen Manifestationen sind **danach anzugeben**, z.B.:

G63.2\* Diabetische Polyneuropathie

I79.2\* Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten

Die folgende Liste gibt eine Auswahl von Diagnosen wieder, die zum klinischen Bild des „diabetischen Fuß“ gehören können:

**1. Infektion und/oder Ulcus**

L02.4 Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten  
 L03.02 Phlegmone an Zehen  
 L03.11 Phlegmone an der unteren Extremität  
 L89 Dekubitalgeschwür  
 L97 Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert

## 2. Periphere vaskuläre Erkrankung

I70.20 Atherosklerose der Extremitätenarterien, nicht näher bezeichnet  
 I70.21 Atherosklerose der Extremitätenarterien mit intermittierendem Hinken *Fontaine II*  
 I70.22 Atherosklerose der Extremitätenarterien mit Ruheschmerzen *Fontaine III*  
 I70.23 Atherosklerose der Extremitätenarterien mit Ulzeration *Fontaine IV*  
 I70.24 Atherosklerose der Extremitätenarterien mit Gangrän *Fontaine IV*

## 3. Periphere Neuropathie

G63.2\* Diabetische Polyneuropathie  
 G99.0\* Autonome Neuropathie bei endokrinen und Stoffwechselkrankheiten

## 4. Deformitäten

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

## 5. Frühere Amputation(en)

Z89.4 Verlust des Fußes und des Knöchels  
 Z89.5 Verlust des Beines unterhalb oder bis zum Knie *schliesst Knieexartikulation mit ein*  
 Z89.6 Verlust des Beines oberhalb des Knies  
 Z89.7 Verlust beider Beine [jede Höhe, ausgenommen Zehen isoliert]

Das "diabetische Fußsyndrom" muss dabei nicht zwingend am Fuß lokalisiert sein. Der Begriff kennzeichnet vielmehr ein Ulcus auf dem Boden einer gemischten, angio- und neuropathischen Genese bei bestehendem Diabetes mellitus. Handelt es sich dabei um ein Ulcus, das mittels **chirurgischem Wunddebridement** behandelt wird, so muss ein entsprechender Prozedurencode zugewiesen werden: 5-893.- Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut

# 5 PSYCHISCHE UND VERHALTENSSTÖRUNGEN

## G0507a Demenz und andere organische, einschließlich symptomatische psychische Störungen (F00-F09)

Der ICD-Abschnitt F00 - F09 umfasst eine Reihe psychischer Krankheiten mit nachweisbarer Ätiologie einer zerebralen Krankheit, einer Hirnverletzung oder einer anderen Schädigung, die zu einer Hirnfunktionsstörung führt. Die Funktionsstörung kann primär sein, wie bei Krankheiten, Verletzungen oder Störungen, die das Gehirn direkt oder in besonderem Maße betreffen; oder sekundär wie bei systemischen Krankheiten oder Störungen, die das Gehirn als eines von vielen anderen Organen oder Körpersystemen betreffen.

**Demenz (F00-F03)** ist ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet, gelegentlich treten diese auch eher auf. Dieses Syndrom kommt bei Alzheimer-Krankheit, bei zerebrovaskulären Störungen und bei anderen Zustandsbildern vor, die primär oder sekundär das Gehirn betreffen.

Folgende Einteilung ist zu beachten:

|        |  |
|--------|--|
| F00.-* | <u>Demenz bei Alzheimer-Krankheit (einschl. atypische oder gemischte Form)</u> |
| F01.-  | <u>Vaskuläre Demenz</u>  |
| F02.-* | <u>Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheiten</u>                      |

F03 Nicht näher bez. Demenz sollte nur in Situationen verwendet werden, wenn **nachweislich** eine Demenz besteht, die ätiologisch nicht zugeordnet werden kann.

### 0508a Morbus Alzheimer

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

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

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

#### **G30.0† + F00.0\* Demenz bei Alzheimer-Krankheit mit frühem Beginn**

Beginn vor dem 65. Lebensjahr. Der Verlauf weist eine vergleichsweise rasche Verschlechterung auf, es bestehen deutliche und vielfältige Störungen der höheren kortikalen Funktionen.

- Alzheimer-Krankheit, Typ 2
- Präsenile Demenz vom Alzheimer-Typ

Primär degenerative Demenz vom Alzheimer-Typ, präseniler Beginn

#### **G30.1† + F00.1\* Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit spätem Beginn**

nach dem 65. Lebensjahr, meist in den späten 70er Jahren oder danach, mit langsamer Progredienz und mit Gedächtnisstörungen als Hauptmerkmal.

- Alzheimer-Krankheit, Typ 1
- Primär degenerative Demenz vom Alzheimer-Typ, seniler Beginn
- Senile Demenz vom Alzheimer-Typ (SDAT)

#### **G30.8† + F00.2\* Demenz bei Alzheimer-Krankheit, atypische oder gemischte Form**

- Atypische Demenz vom Alzheimer-Typ

### G0508a Sonstige Demenz, Delir und kognitive Beeinträchtigung

#### **F01.0 Vaskuläre Demenz mit akutem Beginn**

##### **F01.1 Multiinfarkt-Demenz (vorwiegend kortikal)**

**HINWEIS:** Die Diagnose einer Multiinfarkt-Demenz setzt zwingend den Nachweis klinischer Symptome einer Demenz voraus und kann beispielsweise nicht nach CT-Befund gestellt werden. Ein Multiinfarkt-Syndrom ohne klinischen Nachweis einer Demenz fällt nicht in diese Kategorie

**Der Begriff „Multiinfarktsyndrom“ ist unpräzise und sollte vermieden werden. Nach klarer Diagnosestellung sollten der Grad der kognitiven Einschränkung, der weitergehenden neuropsychologischen Störungen und die zugrundeliegende vaskuläre Erkrankung I 63 bis I 69 verschlüsselt werden.**

##### **F01.2 Subkortikale vaskuläre Demenz**

**HINWEIS:** Die Diagnose einer subkortikalen vaskulären Demenz setzt zwingend den Nachweis klinischer Symptome einer Demenz voraus und kann beispielsweise nicht nach CT-Befund gestellt werden. Eine SAE ohne klinischen Nachweis einer Demenz fällt nicht in diese Kategorie.

##### **F01.3 Gemischte kortikale und subkortikale vaskuläre Demenz**

*HINWEIS: Die Diagnose einer entsprechenden Demenz setzt zwingend den Nachweis klinischer Symptome einer Demenz voraus und kann beispielsweise nicht nach CT-Befund gestellt werden (s.o.).*

**F02.- \* Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheiten (immer als † \* Kodierung)**

*HINWEIS: Die entsprechenden typischen Veränderungen sollten nachgewiesen sein, eine bildgebende Diagnostik als einziger Hinweis reicht nicht aus.*

*F02.0\* bei Pick – Krankheit (G31.0†) Frühe, langsam fortschreitende Persönlichkeitsveränderung und Verlust sozialer Fähigkeiten. Später Beeinträchtigung von Intellekt, Gedächtnis, Sprachfunktion. Beginn im mittleren Lebensalter.*

*F02.3\* bei primärem Parkinson Syndrom (G20 †) auch: bei Parkinsonismus und M. Parkinson*

*F02.8\* bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, z.B.*

- *Epilepsie (G40.- †)*
- *Neurosyphilis (A52.1†)*
- *Vit.B12- Mangel (E53.8†)*
- *Hydrocephalus (G91.- †)*

**F03 Nicht näher bezeichnete Demenz (sollte vermieden werden, s.o.)**

**F05.- Delir**

*Ein ätiologisch unspezifisches Syndrom, charakterisiert durch gleichzeitig bestehende Störungen von Bewusstsein, Aufmerksamkeit, Wahrnehmung, Denken, Gedächtnis, Psychomotorik, Emotionalität und Schlaf – Wach – Rhythmus. Ursache, Dauer und Schweregrad sind unterschiedlich. Das alkoholbedingte Delirium tremens wird mit F10.4 kodiert.*

F05.0 Delir ohne Demenz

F05.1 Delir bei Demenz

F05.8 Sonstige Formen des Delirs (gemischte Ätiologie)

F05.9 Delir, nicht näher bezeichnet

**Kognitive Beeinträchtigung ohne Diagnose einer Demenz oder eines Delirs**

*F06.7 Leichte Kognitive Störung (mild cognitive impairment MCI)*

*F07.8 Rechtshirnsyndrom*

*F07.0 Frontalhirnsyndrom*

*F07.2 Psychosyndrom nach SHT*

**G0509a Depression**

*Bei einer Kodierung aus diesem Abschnitt als Hauptdiagnose ist eine besondere Sorgfalt der Dokumentation empfohlen. Ein Screening – Test als einzige Dokumentation ist sicher unzureichend (Dokumentation der klinischen Veränderungen, eine psychologische oder psychiatrische Stellungnahme sollte den Schweregrad erkennen lassen).*

**F32.- Depressive Episode**

*(inkl.: Episoden von depressiver Reaktion, psychogener oder reaktiver Depression)*

*(exkl.: rez. Depression) Die Kodierung F91.- / F92.- Depressive Episode in Verbindung mit Störung des Sozialverhaltens ist auf Störungen mit Beginn im Kindes- und Jugendalter bezogen (ICD-10-SGB-V Version 2.0)*

*Symptome:*

- *gedrückte Stimmung, Verminderung von Antrieb und Aktivität*
- *Verminderung von Freude, Interesse und Konzentration*
- *vermehrte Müdigkeit, Schlafstörung, Appetitmangel*
- *beeinträchtigtes Selbstwertgefühl / Selbstvertrauen*
- *Schuldgefühle, Gefühl der Wertlosigkeit*
- *Stimmungsschwankung, auch unabhängig von Lebensumständen*
- *Somatische Begleitveränderungen(u.a.): Früherwachen, Morgentief, psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Verlust von Appetit, Gewicht, Libido*

*Abhängig von Anzahl und Schwere der Symptome ist eine depressive Episode als leicht, mittelgradig oder schwer zu bezeichnen. Die folgenden Angaben sind ICD-10-SGB-V adaptiert.*

F32.0 Leichte depressive Episode

*Gewöhnlich sind zwei oder drei der o.a. Symptome vorhanden mit klinischer Beeinträchtigung aber ohne relevante ADL/IADL Einschränkung*

F32.1 Mittelgradige depressive Episode

*Gewöhnlich sind vier oder mehr der o.a. Symptome vorhanden mit klinischer Beeinträchtigung und mit relevanter ADL/IADL Einschränkung*

F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome

*Gewöhnlich sind mehrere der o.a. Symptome vorhanden mit quälender Beeinträchtigung und mit relevanter ADL/IADL Einschränkung. Darüber hinaus Verlust von Selbstwertgefühl, Gefühl der Wertlosigkeit und Schuldgefühl (Triggerfragen in der GDS!) Suizidgedanken und -handlungen sind häufig, meist liegen somatische Symptome vor*

F32.3 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen

*Veränderungen wie F32.2 und zusätzlich Halluzination, Wahnidee, psychomotorische Hemmung oder Stupor mit kompletter sozialer Inaktivität, Lebensgefahr durch Suizid, inadäquate Nahrungsaufnahme*

F33.- Rezidivierende depressive Störung

*Identische Unterteilung wie F32.0 bis .3 aber rezidivierende Episoden mit Beginn der Symptome in jedem Lebensalter und auch mit gewissen Schwankungen von Überaktivität.*

## 6 KRANKHEITEN DES NERVENSYSTEMS

### 0601a Schlaganfall

#### 1. Akuter Schlaganfall

„Schlaganfall“ ist ein unspezifischer Begriff. Es sollte möglichst spezifisch kodiert werden

I60.- Subarachnoidalblutung,

I61.- Intrazerebrale Blutung

I63.- Hirnfarkt ..

- extracraniell .0 Thrombose, .1 Embolie, .2 Verschluß Stenose
- intracraniell .3 Thrombose, .4 Embolie, .5 Verschluß Stenose, .6 Hirnvenenthrombose

#### **Unmittelbare Folgen eines Schlaganfalls (Folgezustände)**

Beim Schlaganfall sind die **Defizite** eine **unmittelbare Folge** des Schlaganfalls. Aus diesem Grund ist den folgenden Richtlinien zu entsprechen.

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

#### Fallbeispiel 19

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

***Hauptdiagnose:** I63.3 Hirnfarkt durch Thrombose intrakranieller Hirnarterien*

***Nebendiagnose(n):** G81.9 Hemiplegie R47.0 Aphasie und viele weitere nach Klinik*

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

***Zu beachten ist, dass eine Nebendiagnose „schlaffe“ oder „spastische“ Hemiplegie erst dann verschlüsselt werden sollte, wenn diese Entwicklung sicher eingetreten ist. Der Kode G81.9 ist zu verwenden, solange diese Differenzierung noch nicht vollständig ausgeprägt ist.***

#### 2. „Alter Schlaganfall“

1. Der Patient hat die Anamnese eines Schlaganfalls **ohne aktuell bestehende neurologische Ausfälle**. In diesem Fall wird kodiert: Z86.7 *Krankheiten des Kreislaufsystems in der Eigenanamnese*

2. Der Patient hat die Anamnese eines Schlaganfalls **mit gegenwärtig bestehenden neurologischen Ausfällen**. In diesem Fall werden erst die neurologischen Ausfälle und danach ein Kode aus I69.- Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit

**Kodes aus I69.- werden nicht ausschließlich zugewiesen, d.h. es ist immer ein Kode voranzustellen, der die Art der Spätfolge angibt, z.B. Hemiparese, Aphasie**

Fallbeispiel 20

Ein Patient wird wegen AZ-Verschlechterung aufgenommen, ursächlich durch einen Harnwegsinfekt ( *E. coli*) verursacht. Anamnestisch rezidivierende Hirninfarkte, als Residuen bestehen Verlangsamung, der Bedarf nach verbaler Führung in der Selbstversorgung sowie Überwachungspflicht. Testpsychologische Ergebnisse ( MMSE / Clock-Test) sind noch normal und erlauben es bei auch fehlender Dauer der Veränderungen nicht von einer Multiinfarktdemenz zu sprechen.

**Hauptdiagnose:** N39.- Cystitis

**Nebendiagnose:** F06.7 Leichte kognitive Störung (mild cognitive impairment, MCI)  
I69.- Folgen einer...

**Schweregrad bei akutem und „altem“ Schlaganfall**

Nebendiagnose-Kodes geben Hinweise auf den Schweregrad eines Schlaganfalls. Die vorliegenden neurologischen Ausfälle (z.B. Hemiplegie, Aphasie, Hemianopsie, Neglect, ...) sowie auftretende Komplikationen (z.B. Aspirationspneumonie, Dekubitus, Harnwegsinfektionen, ...) sind zu kodieren.

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

**Dysphagie (R13)** ist nur zu kodieren, wenn z.B. eine **Magensonde** zur enteralen Ernährung oder eine **Behandlung der Dysphagie mehr als 7 Tage** erforderlich ist.

**Urin-Inkontinenz (R32, N39.3, N39.4)** ist nur zu kodieren, wenn die Inkontinenz bei Entlassung besteht oder für **mindestens 7 Kalendertage persistiert**.

**Solange die Differenzierung nach Inkontinenztyp unklar ist, sollte R 32 verschlüsselt werden!**

**Stuhl-Inkontinenz (R15)** ist nur zu kodieren, wenn die Inkontinenz bei Entlassung besteht oder für **mindestens 7 Kalendertage persistiert**.

**Prozeduren:** : 8-550 Frührehabilitative Komplexbehandlung. 8-390 Lagerungstherapie  
9-301 Sprach-, Sprech- und Stimmtherapie, 9-302 Schlucktherapie 9-404 Neuropsycholog. Ther.

Fallbeispiel 21

Ein Patient wird nach 3 - tägiger Behandlung wegen Apoplex (am ehesten kardioembolisch mit Hemiparese und Aphasie und Dysphagie; eine Urininkontinenz ist neu aufgetreten und besteht auch bei Entlassung noch) von einer Stroke – Unit in die Geriatrie (§109) des eigenen Hauses verlegt. Dort Behandlung für weitere 18 Tage.

**Hauptdiagnose:** I 63.4 Apoplex, embolisch

**Nebendiagnose:** G 81.9 Hemiparese, sonst., R47.0 Aphasie, R13 Dysphagie, R32 Urininkontinenz

**Prozeduren:** 8-550 Frührehabilitative Komplexbehandlung. 8-390 Lagerungstherapie, ggf. zusätzlich Logopädie, auch neuropsychologische Therapie 9-404

Fallbeispiel 22

Ein Patient wird wegen zunehmender spastischer Hemiparese bei Zustand nach Apoplex vor 1 Jahr zum Abschluss einer Re-Ischämie eingewiesen. Kein Hinweis auf Rezidivereignis oder Akuterkrankung.

**Hauptdiagnose:** G81.1 spastische Hemiparese

**Nebendiagnose:** I 69.3 Apoplex, alt      **Prozedur:** CCT nativ (3-200) oder CCT mit KM (3-220)

**Begleitschlüssel**

|        |                         |       |  |
|--------|-------------------------|-------|--|
| H53.4  | Hemi-/Quadrantenanopsie | G52.8 | Parese sonst. näher bez. Hirnnerven                                |
| M89.09 | Reflexdystrophie        | R48.0 | Dyslexie/Alexie  |
| R60.0  | Umschriebenes Ödem      | R48.8 | Akalkulie  |
| R20.8  | Sensibilitätsstörungen  | G51.8 | Fazialisparese   |
| R20.1  | Hypästhesie d. Haut     | G52.1 | Parese N. glossopharyngeus   |
| R20.2  | Parästhesie d. Haut     | G52.3 | Parese N. hypoglossus  |
| R20.3  | Hyperästhesie d. Haut   | R29.2 | Pusher-Syndrom<br>→ Abn. Reflexe, hier Pusher-Symptomatik abbilden |

|              |   |              |   |
|--------------|---|--------------|---|
| <b>R47.0</b> | <b>Aphasie / Dysphasie</b><br>nicht als Hauptdiagnose kodieren. | <b>R47.8</b> | <b>Sprach- + Stimmstörungen sonstige</b><br>→ z.B. <i>Sprechapraxie, buccofasziale Apraxie</i><br>→ z.B. <i>Dysphonie</i> |
| K13.1        | Wangen- und Lippenbiß   | R48.1        | Anosognosie   |
| R13          | Dysphagie<br>→ <i>Aspirationspneumonie J69.0</i>                | F32.0        | Depression, leicht  |
|              |   | F32.1        | Depression, mittelschwer  |
|              |   | <b>F32.2</b> | Depression, schwer, <b>ohne</b> psychot. Symptome   |
| F07.8        | Rechts-hemisphärische organische affektive Störung              | <b>F32.3</b> | Depression, schwer, <b>mit</b> psychot. Symptomen   |
|              |   | F38.0        | Affektlabilität   |
| R52.2        | Chron. Schmerzsyndrom<br>→ z.B. <i>Thalamus-Schmerz</i>         | G93.6        | Hirnödem  |

### Gefäßverschluss ohne Apoplexfolge

|              |  |
|--------------|--|
| <b>I65.0</b> | Verschuß und Stenose der A. vertebralis  |
| <b>I65.1</b> | Verschuß und Stenose der A. basilaris  |
| <b>I65.2</b> | Verschuß und Stenose der A. carotis  |
| <b>I65.3</b> | Verschuß und Stenose mehrerer und beidseitiger extrakranieller hirnversorgender Arterien |
| <b>I66.0</b> | Verschuß und Stenose der A. cerebri media  |
| <b>I66.1</b> | Verschuß und Stenose der A. cerebri anterior   |
| <b>I66.2</b> | Verschuß und Stenose der A. cerebri posterior  |
| <b>I66.3</b> | Verschuß und Stenose der A. cerebelli  |
| <b>I66.4</b> | <i>Verschuß und Stenose sonst. Intrakran. Arterien</i>                                   |

## 7 KRANKHEITEN DES AUGES /DER AUGENANHANGSGEBILDE

H10.- Konjunktivitis .0 mukopurulent, .1 allergisch .4 chronisch

H25.- Katarakt, senil

H28.0\* Diabetische Katarakt, in Verbindung mit einem Kode aus E10-E14

H35.3 Makuladegeneration

H40.- Glaukom

H40.- Optikusatrophie

H53.4 Gesichtsfelddefekte

H54.- Blindheit und Sehschwäche

## 8 KRANKHEITEN DES OHRES UND DES WARZENFORTSATZES

### 0801a Schwerhörigkeit und Taubheit

Die Diagnosen Schwerhörigkeit und Taubheit können bei plötzlichem Hörverlust bei Erwachsenen als **Hauptdiagnose** kodiert werden:

H90.- Hörverlust durch Schalleitungs- oder Schallempfindungsstörung und

H91.- Sonstiger Hörverlust

H91.1 Presbyakusis

H60.4 Keratitis obturans äußeres Ohr

## 9 KRANKHEITEN DES KREISLAUFSYSTEMS

### 0901a Ischämische Herzkrankheit

- I20.- Angina pectoris
- I21.- Akuter Myokardinfarkt incl. 4 Wochen nach Erstereignis

- I22.- Rezidivierender Myokardinfarkt : **innerhalb von 4 Wochen nach Erstereignis**
- I23.- Bestimmte akute Komplikationen nach akutem Myokardinfarkt
- I24.- Sonstige akute ischämische Herzkrankheit
- I25.- Chronische ischämische Herzkrankheit nach 4 Wochen nach Erstereignis

### **Angina Pectoris**

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

**Ischämische Herzerkrankung mit Angina pectoris wird kodiert:**

I20.9 Angina pectoris, nicht näher bezeichnet **und** I25.9 Chronische ischämische Herzkrankheit  
 oder I25.11 Atherosklerotische Herzkrankheit, natürliche Koronarart.  
 oder I25.12 Atherosklerotische Herzkrankheit, autologer Venenbypass  
 oder I25.13 Atherosklerotische Herzkrankheit, nicht-autologer biologischer Bypass.

### **Instabile Angina pectoris (I20.0)**

Wenn ein Patient mit instabiler Angina pectoris aufgenommen wird und diese sich während des Krankenhausaufenthaltes zu einem Myokardinfarkt entwickelt, ist nur der Kode für einen Myokardinfarkt anzugeben.

Bei **Postinfarkt-Angina** kann I20.0 Instabile Angina pectoris zusätzlich angegeben werden.

### **Akuter Myocardinfarkt (I21.-)**

- I21.- Ein als akut bezeichneter **oder bis zu vier Wochen zurückliegender** Myokardinfarkt ist mit Akuter Myokardinfarkt zu verschlüsseln.
- I21.0 bis I21.3 bezeichnen transmurale Infarkte.
- Ein subendokardialer Infarkt ist ortsunabhängig mit I21.4 zu kodieren

Kodes der Kategorie I21.- Akuter Myokardinfarkt sind anzugeben sowohl für die initiale Behandlung eines Infarktes im ersten Krankenhaus, das den Infarktpatienten aufnimmt, als auch in anderen Einrichtungen, in die der Patient innerhalb von vier Wochen (28 Tage) nach dem Infarkt aufgenommen oder verlegt wird.

### **0902a Akutes Lungenödem**

**Es ist nach der zugrundeliegenden Ursache zu kodieren.**

I50.1 Linksherzinsuffizienz

I50.0 Kongestive Herzinsuffizienz

→ Rechtsinsuffizienz sekundär nach Linksinsuffizienz

→ isolierte Rechtsinsuffizienz

→ *Cor pulmonale I 26 folgende*

I10-I13.-Kardiomyopathien + Hypertonie und I25.5 ischämische Kardiomyopathie

### **0903a Herzstillstand**

Der Herzstillstand (I46.- Herzstillstand) ist **nicht** als **Hauptdiagnose** anzugeben, wenn die zugrundeliegende Ursache bekannt ist. **Herzstillstand oder Herz- und Atemstillstand (I46.- Herzstillstand) sind nur zu kodieren, wenn Wiederbelebensmaßnahmen ergriffen werden, unabhängig vom Ergebnis für den Patienten.**

I46.0 Herzstillstand mit erfolgreicher Wiederbelebung I46.1 Plötzlicher Herztod, so beschrieben

**Prozedur:** 8-771 Kardiale Reanimation

### **0904a Hypertensive Herzkrankheit (I11.-)**

Die folgenden Erkrankungen sind mit der **Kategorie I11.- Hypertensive Herzkrankheit** zu verschlüsseln, **wenn ein kausaler Zusammenhang zur Hypertonie besteht.**

In diesen Fällen ist **nur** der Kode aus der Kategorie I11.- anzugeben.

→ I50.- Herzinsuffizienz

→ I51.5 Myokarddegeneration

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

→ I51.7 Kardiomegalie

- I51.8 Sonstige ungenau bezeichnete Herzkrankheiten  
 → I51.9 Herzkrankheit, nicht näher bezeichnet

Liegen die oben genannten Erkrankungen mit Hypertonie, **aber ohne kausale Beziehung** vor, werden Hypertonie und Herzkrankheit einzeln kodiert.

### **0905a Hypertensive Nierenerkrankung (I12.-) gilt analog**

#### **Die folgenden Erkrankungen**

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

**sind mit einem Kode der Kategorie**

I12.- Hypertensive Nierenkrankheit

**zu verschlüsseln, wenn ein kausaler Zusammenhang zur Hypertonie besteht.**

### **0906a Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit (I13.-) gilt analog**

### **0907a Sekundäre Hypertonie (I15.-)**

**Hypertonie „sekundär“ oder „aufgrund einer anderen Erkrankung“**

I15.0 Renovaskuläre Hypertonie Stenose einer Nierenarterie

I15.2 Hypertonie als Folge von endokrinen Krankheiten Phäochromozytom

## **10 KRANKHEITEN DES ATMUNGSSYSTEMS**

### **1002a Asthma bronchiale**

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

**J45.- Asthma bronchiale .0 allergisch .1 nicht allergisch .9 late onset – A.**

Exkl.: Akutes schweres Asthma bronchiale ( J46 )

Chronische asthmatische (obstruktive) Bronchitis ( J44.- )

Chronisches obstruktives Asthma bronchiale ( J44.- )

Eosinophiles Lungeninfiltrat mit Asthma bronchiale ( J82 )

Lungenkrankheiten durch exogene Substanzen ( J60-J70 )

**Bei einem „akuten schweren“ oder „therapierefraktären“ Asthma bronchiale zu kodieren:**

J46 Status asthmaticus [Akutes schweres Asthma bronchiale]

### **1003a Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COLD)**

**Bei Asthma, das als chronisch obstruktiv beschrieben wird, oder bei Asthma mit COLD und bei Emphysem und COLD zu kodieren:**

J44.- Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit

**Die akute Exazerbation einer COLD ist mit einem Kode gekennzeichnet. Eine getrennte Kodierung der akuten und der chronischen Komponente ist nicht erforderlich.**

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

**Die infektiöse Verschlechterung der COLD ist mit einem Kode gekennzeichnet, es sei denn, der infektiöse Zustand stellt ein eigenes Krankheitsbild dar, wie z.B. eine Pneumonie. In diesem Fall ist die Pneumonie als Nebendiagnose zu kodieren.**

J44.0 Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege

*Nebendiagnose z.B. J15.8 Pneumonie*

## 11 KRANKHEITEN DES VERDAUUNGSSYSTEMS

### 1103a Magenulkus mit Gastritis

#### Wenn beide Erkrankungen vorliegen

**Hauptdiagnose:** K25.- Ulcus ventriculi  
**Nebendiagnose:** K29.- Gastritis und Duodenitis

### 1105a Gastrointestinale Blutung

a) Man kann davon ausgehen, dass die Blutung der Läsion, die im Endoskopiebericht angegeben wird, zugeordnet werden kann, auch wenn die Blutung weder während der Untersuchung noch während des Krankenhausaufenthaltes auftritt.

#### Fallbeispiel 23

Patient wird zur Abklärung einer oberen gastrointestinalen (GI) Blutung aufgenommen und bei der Endoskopie im Magen ein Ulkus, Erosionen oder Varizen gefunden werden,  
 K25.0 Akutes Ulcus ventriculi mit Blutung

b) Nicht alle Kategorien, die zur Verschlüsselung von gastrointestinalen Läsionen zur Verfügung stehen, stellen einen Code mit der Modifikation „mit einer Blutung“ zur Verfügung. In solchen **Fällen wird für die Blutung zusätzlich kodiert:** K92.- Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems

#### Fallbeispiel 24

Aufnahme wegen Refluxösophagitis mit Blutung::

**Hauptdiagnose:** K21.0 Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis und

**Nebendiagnose:** K22.8 Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Ösophagus [Ösophagusblutung o.n.A.]

c) Wird ein Patient hingegen wegen Meläna (Teerstuhl) untersucht, ist nicht ohne weiteres davon auszugehen, dass eine endoskopisch gefundene Läsion auch die Ursache der Meläna ist. Wenn keine kausale Verbindung zwischen Symptom und dem Ergebnis der Untersuchung besteht, ist zunächst das Symptom und danach das Untersuchungsergebnis anzugeben.

### 1106a Perianale Blutung

#### Fallbeispiel 25

Aufnahme bei perianaler Blutung. Die Untersuchung zeigt Hämorrhoiden ohne aktuelle Blutung, d.h. die aktuelle Blutungsquelle kann **nicht** bestimmt werden (oder die Untersuchung wurde nicht durchgeführt)

**richtig:** K92.2 Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet

**falsch:** K62.5 Hämorrhagie des Anus und des Rektums

### 1107a Dehydratation bei Gastroenteritis

#### Fallbeispiel 26

*Einweisungen zur Behandlung einer Dehydratation. Als Ursache zeigt sich in der Duodenoskopie eine nicht hämorrhagische Gastroenteritis.*

**Hauptdiagnose:** K 29.1 Gastroenteritis, nicht haemorrhagisch

**Nebendiagnose:** E86 Volumenmangel (Dehydratation)

**Prozedur:** 1-636 Diagnostische Duodenoskopie

## 12 KRANKHEITEN DER HAUT UND DER UNTERHAUT

### 1202a Versorgung einer Verletzung der Haut und des subkutanen Gewebes

Die Versorgung einer Verletzung der Haut (oberflächlich oder tief) durch Wundnaht wird kodiert: 5-900.-- Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut.

|       |  |   |   |
|-------|--|---|---|
| L04.2 | Akute Lymphadenitis an der oberen Extremität                             | <b>5-900 5. Stelle</b> 0 Primärnaht 1 Sekundärnaht<br><b>6. Stelle:</b> 0 Lippe 4 sonstige Teile Kopf 5 Hals<br>6 Schulter und Axilla 7 Oberarm und Ellenbogen<br>8 Unterarm 9 Hand a Brustwand und Rücken<br>b Bauchregion c Leisten – und Genitalregion<br>d Gesäß e Oberschenkel und Knie f Unterschenkel<br>g Fuß |   |
| L04.3 | Akute Lymphadenitis an der unteren Extremität                            | <b>L89</b>  | <b>Dekubitalgeschwür</b>                                    |
| L08.8 | Sonstige näher bezeichnete lokale Infektionen der Haut und der Unterhaut | <b>L97</b>  | <b>Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert</b>        |
| L21.8 | Sonstiges seborrhoisches Ekzem   | <b>L98.4</b>  | <b>Chronisches Ulkus der Haut, a.o. nicht klassifiziert</b> |
| L22   | Windeldermatitis   |   |   |
| L27.0 | Generalisierte Hauteruption durch Drogen oder Arzneimittel               |   |   |
| L27.1 | Lokalisierte Hauteruption durch Drogen oder Arzneimittel                 |   |   |
|       | → Medikamente unter T36.__ ff  |   |   |
| L28.2 | Sonstige Prurigo   |   |   |
| L30.8 | Exsikkationsekzematoid   |   |   |
| L30.3 | Ekzematoides Dermatitis  |   |   |

**Fallbeispiel 27**

Ein Pat. wird nach prolongiertem Verlauf nach Schenkelhalsfraktur mit multiplen Dekubiti in der Geriatrie aufgenommen: Am Steiß ein Dekubitus III°, an beiden Fersen Nekrosen (IV°), am Schulterblatt rechts sowie am Ellenbogen links je ein Dekubitus ersten und zweiten Grades. Die alleinige Kodierung mit L89 Dekubitus stellt den Fall zwar nicht vollständig dar, kann jedoch insbesondere dann ausreichend sein, wenn der Steißdekubitus und die Fersendekubiti mittels chirurgischem Wunddebridement behandelt werden. Über die zugehörigen OPS-Kodierungen (z.B. großflächig, Gesäß: OPS 5-893.1d; kleinflächig, Fuß: OPS 5-893.1g) ist die Lokalisation und die Größe verschlüsselbar (je Lokalisation wird ein Debridement nur einmal pro stationärem Aufenthalt angegeben). Zusätzlich ist die durchgeführte Lagerungsbehandlung zu verschlüsseln (OPS 8-390). Die spezifische Differenzierung des Dekubitusgrades bleibt späteren ICD-Versionen vorbehalten.

## 13 KRANKHEITEN DES MUSKEL-SKELETT-SYSTEMS UND DES BINDEGEWEBES

**Achtung: bei zahlreichen Codes im Kapitel M muss eine 5. Stelle kodiert werden, ggf. unter Einsatz von .x als 4. Stelle!!**

M00.-- bis M13.--; M19.--; M21.--; M23.--; M24.--; M25.--; M40.—bis M49.--; M60.—bis M68.--; M71.—bis M73.--; M79.—bis M90.--; M94.--; (fakultativ) M99.--

### 1301a Chronischer Kreuzschmerz

- Wenn die zugrundeliegende Ursache bekannt ist, ist nur diese zu kodieren.
- Wenn die zugrundeliegende Ursache nicht bekannt ist, wird in **Abhängigkeit vom klinischen Bild** M54.5 Kreuzschmerz oder M54.4 Lumboischialgie zugewiesen.

### 1302a Bandscheibenprolaps

- Wenn die Diagnose „**Bandscheibenprolaps**“ (d.h. Dislokation der Zwischenwirbelscheibe oder Vorfall) als Folge einer akuten Verletzung (selten!) gestellt wird, ist ein Code aus folgenden Kategorien anzugeben,: S13.- Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern in Halshöhe, S23.- im Bereich des Thorax, S33.- im Bereich der Lendenwirbelsäule und des Beckens.
- Wenn die Diagnose **nicht auf eine frische Verletzung zurückgeführt** wird, wird kodiert:  
→ M50.0† Zervikaler Bandscheibenschaden mit Myelopathie (G99.2\*)  
→ M50.1 Zervikaler Bandscheibenschaden mit Radikulopathie

- M50.2 Sonstige zervikale Bandscheibenverlagerung oder
- M51.0† Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Myelopathie (G99.2\*)
- M51.1 Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie
- M51.2 Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverlagerung

### 1306a Luxation einer Hüftendoprothese

#### Fallbeispiel 28

Ein Patient kommt mit traumatisch ausgerenkter Hüftendoprothese zur Aufnahme

**Hauptdiagnose:** S73.0 Luxation der Hüfte

**Nebendiagnose** Z96.6 Vorhandensein von orthopädischen Gelenkimplantaten *zusätzlich ggf. Sturzursachen, ggf. Z50.8*

### 1309a Kompartmentsyndrom

Erkrankung der Muskellogen, die sowohl mit als auch ohne Verletzung vorkommen kann.

- Der Kode T79.6 Traumatische Muskelischämie ist bei **traumatischer Ursache** zuzuordnen.
- Hingegen ist ein Kode aus M62.8- [0-9] Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten bei **nichttraumatischen** Ursachen unter Angabe der Lokalisation an 5. Stelle zu kodieren.

**Achtung: aus fachlichen Gründen sollte eine Osteoporose (mit Fraktur) auch bei hochaltrigen niemals als senile Osteoporose (.8) verschlüsselt werden. Eine .8 Verschlüsselung könnte zur Ablehnung von med. Therapieformen führen!**

## 14 KRANKHEITEN DES UROGENITALSYSTEMS

Inkontinenz: s. 1804a

### Cystitis

N39.0 Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet.

*Bei klinisch manifester Sepsis A40.-, Streptokokkensepsis oder A41.- Sonstige Sepsis zusätzlich.*

## 18 SYMPTOME / ABNORME KLINISCHE UND LABORBEFUNDE, DIE ANDERENORTS NICHT KLASSIFIZIERT SIND

### 1801a Befunde und Symptome

**Obwohl Symptome im Allgemeinen nicht kodiert werden, wenn eine definitive Diagnose existiert, gibt es Fälle, bei denen die Symptome zu kodieren sind.**

Die unter den Kategorien R00-R99 klassifizierten Zustände und Symptome betreffen:

- a. **Patienten, bei denen keine genauere Diagnose gestellt werden kann, obwohl alle für den Krankheitsfall bedeutungsvollen Fakten untersucht worden sind;**
- b. **zum Zeitpunkt der Erstkonsultation vorhandene Symptome, die sich als vorübergehend erwiesen haben und deren Ursachen nicht festgestellt werden konnten;**
- c. vorläufige Diagnosen bei einem Patienten, der zur weiteren Diagnostik oder Behandlung nicht erschienen ist;
- d. Patienten, die vor Abschluss der Diagnostik an eine andere Stelle zur Untersuchung oder zur Behandlung überwiesen wurden;
- e. Patienten, bei denen aus irgendeinem anderen Grunde keine genauere Diagnose gestellt wurde;
- f. **bestimmte Symptome, zu denen zwar ergänzende Informationen vorliegen, die jedoch eigenständige, wichtige Probleme für die medizinische Betreuung darstellen.**

Der letzte Punkt ist von besonderer Bedeutung, da einige „Symptome“ – darunter insbesondere auch viele geriatrische Syndrome – aufgrund ihrer klinisch - therapeutischen Relevanz ebenso wie die

zugrundeliegende Krankheit eine Kodierung erfordern. Wird ausschließlich das Symptom behandelt, so wird das Symptom sogar zur Hauptdiagnose.

### 1802a Ataxie

R27.0 Ataxie, nicht näher bezeichnet

nur kodieren, wenn die genaue Form der Ataxie nicht bekannt ist und keine spezifischere Diagnose möglich ist.

### 1803a Stürze

R29.81 Stürze

**DKR 2003:** Die Kodierung ist nur in den Fällen zuzuweisen, bei denen Patienten aufgrund von Stürzen mit unbekannter Ätiologie aufgenommen werden und bei denen während des Krankenhausaufenthalts kein(e) Grund(-erkrankung) gefunden wird. In Fällen **mit einer bekannten Verletzung**, die mit dem Sturz in Zusammenhang steht oder in Fällen **mit einer bekannten Grunderkrankung**, die als Ursache für die wiederkehrenden Stürze gefunden wurde (z.B. die Parkinson-Krankheit), ist R29.81 Stürze **nicht** zu kodieren.

***Die DKR 1803a steht den Dokumentations- und Kodierungserfordernissen der Geriatrie entgegen: Geriatrische Sturzpatienten sind bei Anwendung der Richtlinie nicht sicher identifizierbar: Oftmals besteht bei Sturzpatienten eine Verletzung als Sturzfolge und zumeist wird mindestens eine Erkrankung gefunden, die ursächlich mit den Stürzen in Zusammenhang steht oder stehen könnte (z.B. Parkinson-Krankheit). Es ist aber umgekehrt nicht jeder geriatrische Parkinson-Patient zugleich ein Sturzpatient. Die gemeinsame Arbeitsgruppe der DGG, DGGG und BAG wird einen Änderungsvorschlag zur Richtlinie 1803a erarbeiten und in das Anpassungsverfahren einbringen.***

### 1804a Inkontinenz

Der Befund Inkontinenz ist von klinischer Bedeutung, wenn

- Inkontinenz nicht als im Rahmen einer Behandlung „normal“ gesehen werden kann
- Inkontinenz bei einem Patienten mit deutlicher Behinderung andauert.

Urin- oder Stuhlinkontinenz

R32 Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz,

R15 Stuhlinkontinenz

nur kodieren, wenn die Inkontinenz bei der Entlassung besteht oder mindestens sieben Tage andauert.

***Differenzierte Codes zur Inkontinenz nur anwenden bei eindeutiger Differentialdiagnose (N39.3 oder N39.4)***

## G1805a Geriatrietypische Multimorbidität

Ein wesentliches, kennzeichnendes Merkmal geriatrischer Patienten ist die "geriatrietypische Multimorbidität". Obwohl viele der zugehörigen Kodierungen in den vorstehenden Richtlinien bereits definiert und kommentiert sind, ist es wichtig, diese in einer eigenen Synopsis der Multimorbidität noch einmal zusammenzufassen. Die geriatrietypische Multimorbidität ergibt sich aus dem Vorliegen von mindestens zwei der nachstehend aufgeführten 13 Merkmalkomplexe. Ein Merkmalkomplex liegt vor, wenn mindestens einer der zum Merkmalkomplex aufgeführten ICD-Kodes vorliegt.

| <b>Merkmalkomplex</b>                                    | <b>ICD-Kategorien</b>                                     | <b>ICD-Kodes</b>        |
|--|---|-------------------------|
| <b>Immobilität, Immobilisierung</b>                      | nach medizinischen Maßnahmen                              | M96.8                   |
|  | morbiditäts- und/oder altersbedingt                       | M62.3-                  |
| <b>Sturzneigung und Schwindel</b>                        | Gangunsicherheit  | R26.-                   |
|  | Ataxie, nicht näher bezeichnet                            | R27.0                   |
|  | Stürze  | R29.81                  |
|  | Schwindel und Taumel                                      | R42, H81.-, H82*        |
| <b>Kognitive Defizite</b>                                | Demenz  | F00-F03                 |
|  | Organisches amnestisches Syndrom                          | F04                     |
|  | Delir (organisch bedingt)                                 | F05.-                   |
|  | Bestimmte andere psychische Störungen, organisch bedingt  | F06.-                   |
|  | Persönlichkeits- und Verhaltensstörung, organisch bedingt | F07.-                   |
|  | Orientierungsstörung, n. n. bez. (Verwirrtheit o.n.A.)    | R41.0                   |
| <b>Inkontinenz</b>                                       | Harninkontinenz   | R32                     |
|  | Stressinkontinenz   | N39.3                   |
|  | Drang-, Reflex-, Überlaufinkontinenz                      | N39.4                   |
|  | Stuhlinkontinenz  | R15                     |
| <b>Dekubitalulcera</b>                                   | Dekubitus   | L89                     |
|  | Ulcus cruris (varicosum)                                  | L97, I83.0, I83.2       |
|  | Chronisches Ulcus der Haut                                | L98.4                   |
| <b>Fehl- und Mangelernährung</b>                         | Kachexie  | R64                     |
|  | Alimentärer Marasmus                                      | E41                     |
|  | Protein-Kalorien-Mangelernährung                          | E43, E44.-              |
|  | Dysphagie   | R13                     |
| <b>Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt</b> | Dehydratation (Exsikkose)                                 | E86                     |
|  | Sonstige Störungen des Wasser- u. Elektrolythaushalts     | E87.-                   |
|  | Ödem, anderenorts nicht klassifiziert                     | R60.-                   |
| <b>Depression, Angst</b>                                 | Depressive Episode, rez. depressive Störung               | F32.-, F33.-            |
|  | Manische Episode, bipolare o. anhaltende aff. Störung     | F30.-, F31.-, F34.-     |
|  | Phobische Störungen, Angststörung                         | F40.-, F41.-            |
| <b>Chronische Schmerzen</b>                              | Chronische, schlecht lokalisierbare Schmerzen             | R52.2                   |
|  | Lokalisierte, organbezogene Schmerzen                     | (s. Exklusiva zu R52.-) |
| <b>Sensibilitätsstörungen</b>                            | Neuropathie   | R20.-, G50-G64          |
| <b>Herabgesetzte Belastbarkeit, Gebrechlichkeit</b>      | "Altersschwäche" (Frailty)                                | R54                     |
| <b>Starke Seh- oder Hörbehinderung</b>                   | Visusverlust  | H54.-                   |
|  | Hörverlust  | H90.-, H91.-            |
|  | Presbyakusis  | H91.1                   |
|  | Presbyopie  | H52.4                   |
| <b>Medikationsprobleme</b>                               | Arzneimittelnebenwirkung                                  | Y57.9!                  |
|  | Akzidentelle Vergiftung (Complianceproblem)               | X49.9!                  |
| <b>Hohes Komplikationsrisiko</b>                         | Unmittelbar vorausgegangene OP                            | Z98.-, Z48.-            |
|  | Vorhandensein künstlicher Körperöffnungen                 | Z43.-                   |
|  | (Z. n.) Fraktur   | S*2.-                   |
|  | Komplikation nach medizinischen Maßnahmen                 | T79-T89                 |
|  | Dialysepflichtigkeit                                      | Z99.2                   |
| Verzögerte Rekonvaleszenz                                | Z54   |                         |

## **Immobilität, Immobilisierung**

*Immobilität bzw. Immobilisierung liegt vor, wenn ein Patient selbständig nicht in der Lage ist, sich im Bett aufzusetzen und/oder mit ausreichender Rumpfkontrolle sicher an der Bettkante zu sitzen. Ein Immobilisierungssyndrom liegt vor, wenn ein zuvor mobiler Patient nach belastenden medizinischen Maßnahmen (OP, Beatmung etc.) immobil im Sinne der oben angegebenen Definition ist. In diesem Fall ist unabhängig von der medizinischen Maßnahme **M96.8 Muskel-Skelett-Erkrankung nach medizinischen Maßnahmen** zu kodieren, ansonsten – bei Immobilität aus Alters- bzw. Krankheitsgründen – ein Kode aus **M62.3- Immobilitätssyndrom (paraplegisch)**. Ergänzend zu M96.8 ist die medizinische Maßnahme – soweit möglich – ebenfalls zu verschlüsseln, z.B.*

*Z48.8 Sonstige näher bezeichnete Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff,*

*Z89.6 Verlust des Beines oberhalb des Knies in Verbindung mit*

*Z44.1 Versorgen mit und Anpassen eines künstlichen Beins (komplett) (partiell)*

Zur **Hauptdiagnose** wird die Immobilität bzw. Immobilisierung nur in den Fällen, wo sie nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes verantwortlich war und damit die Indikation und die Inhalte der geriatrischen Behandlung charakterisiert, z.B.

*Ein 82jähriger, rüstiger Patient wird elektiv zur Schrittmacherimplantation bei Tachykardie-Bradykardie-Syndrom aufgenommen. Intraoperativ kommt es zum Kammerflimmern, der Patient wird defibrilliert und muss intubiert werden. Es schließt sich ein 18-tägiger Aufenthalt auf der Intensivstation an. Währenddessen kommt es zur Aspiration mit Aspirationspneumonie. Schließlich stabilisieren sich die Vitalparameter, der Patient weist allerdings ein Durchgangssyndrom und die Zeichen einer Critical-illness-Polyneuropathie auf. Er wird zur Mobilisierung und Frührehabilitation in eine Fachklinik für Geriatrie verlegt. Bei Übernahme ist er noch nicht an die Bettkante mobilisiert.*

**Hauptdiagnose:** *Nach dem grundsätzlichen "Hauptdiagnoseprinzip" der Geriatrie wäre zunächst das Tachykardie-Bradykardie-Syndrom (I49.5) – als ursprünglich die Krankenhausbehandlung veranlassende Grunderkrankung – die Hauptdiagnose. Diese erklärt jedoch weder die Veranlassung einer geriatrischen Anschlussbehandlung, noch den spezifischen Versorgungsbedarf, noch den Behandlungsaufwand. Ohne den äußerst komplizierten Verlauf mit resultierender Immobilität wäre der Patient vermutlich nicht zur geriatrischen Nachbehandlung verlegt worden. In diesem Fall wie in vergleichbaren anderen ist als Hauptdiagnose einheitlich M96.8 zu kodieren.*

## **Sturzneigung und Schwindel**

Der wichtige Merkmalkomplex "Sturzneigung und Schwindel" wird am ehesten abgebildet durch eine der folgenden Kodierungen:

R26.- Störungen des Ganges und der Mobilität

R27.0 Ataxie, nicht näher bezeichnet

R29.81 Stürze

R42 Schwindel und Taumel

H81.- Störungen der Vestibularfunktion

H82\* Schwindelsyndrome bei anderenorts klassifizierten Krankheiten

*Werden Symptome (typischerweise R-Codes) als Marker für geriatrische Syndrome kodiert, dann ist grundsätzlich gemäß Kodierrichtlinie 1801a zu verfahren: Geriatrische Syndrome, die mit einer Schlüsselnummer aus den Kategorien R00-R99 kodiert werden, erfordern aufgrund ihrer klinisch-therapeutischen Relevanz ebenso wie die zugrundeliegende Krankheit eine Kodierung.*

### **Hinweise:**

*Die Kodierung R29.81 Stürze darf nach Kodierrichtlinie 1803a nicht verwendet werden, wenn (a) eine Verletzung als Sturzfolge bekannt ist (dann ist die Verletzung zu kodieren), oder (b) eine Sturzursache wie z.B. das Parkinson-Syndrom bekannt ist (dann ist die Sturzursache zu kodieren).*

*Die Kodierung R27.0 Ataxie, nicht näher bezeichnet darf nach Kodierrichtlinie 1802a nur dann kodiert werden, wenn die genaue Form der Ataxie nicht bekannt ist. Ansonsten ist eine spezifischere Kodierung zu verwenden.*

*Die Kodierungen R42 Schwindel und Taumel sowie H81.- Störungen der Vestibularfunktion schließen sich gegenseitig aus.*

*Die Kodierungen R26.- Störungen des Ganges und der Mobilität und R27.0 Ataxie, nicht näher bezeichnet sowie die Kodierungen R26.- und M62.3- Immobilitätssyndrom (paraplegisch) schließen sich jeweils gegenseitig aus.*

**Kognitive Defizite**

Der Merkmalkomplex "kognitive Defizite" wird durch einen oder mehrere Codes aus folgenden Bereichen abgebildet:

|           |  |
|-----------|--|
| F00 – F03 | Demenz   |
| F04       | Organisches amnestisches Syndrom                                   |
| F05.-     | Delir (organisch bedingt)  |
| F06.-     | Bestimmte andere psychische Störungen, organisch bedingt           |
| F07.-     | Persönlichkeits- und Verhaltensstörung, organisch bedingt          |
| R41.0     | Orientierungsstörung, nicht näher bezeichnet (Verwirrtheit o.n.A.) |

Dabei sollte F03 Nicht näher bezeichnete Demenz nur in Ausnahmefällen verwendet werden.

**Inkontinenz**

Der Merkmalkomplex "Inkontinenz" wird in der Regel durch die beiden folgenden Kodierungen ausreichend abgebildet:

|     |                  |
|-----|------------------|
| R32 | Harninkontinenz  |
| R15 | Stuhlinkontinenz |

Beide Formen der Inkontinenz dürfen nur dann kodiert werden, wenn sie bei **Entlassung** oder über mindestens **7 Tage** bestanden haben. Harninkontinenz kann bei eindeutiger Differentialdiagnose auch durch N39.3 Stressinkontinenz oder N39.4 Drang-, Reflex-, Überlaufinkontinenz spezifischer kodiert werden.

**Dekubitalulcera**

Der Merkmalkomplex "Dekubitalulcera" umfasst sowohl Dekubitalgeschwüre als auch andere chronische Wunden der Haut und wird in der Regel durch einen oder mehrere der folgenden Kodierungen abgebildet:

|               |  |
|---------------|--|
| L89           | Dekubitus  |
| L97           | Ulcus cruris   |
| I83.0 / I83.2 | Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration / und Entzündung |
| L98.4         | Chronisches Ulcus der Haut                                       |

Ein durchgeführtes chirurgisches Debridement ist zusätzlich zu verschlüsseln (OPS 5-893.-), ebenso eine Lagerungsbehandlung (OPS 8-390).

**Fehl- und Mangelernährung**

Der Merkmalkomplex "Fehl- und Mangelernährung" kann prinzipiell durch eine Vielzahl verschiedener Codes erfasst werden. Es sollte versucht werden, die besonders relevanten Symptome/Krankheiten möglichst einheitlich zu kodieren. Daher werden folgende Codes vorgeschlagen, die präferiert werden sollten, um den Merkmalkomplex abzubilden:

|       |   |
|-------|---|
| R64   | Kachexie  |
| E41   | Alimentärer Marasmus  |
| E43   | Nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweißmangelernährung |
| E44.- | Energie- und Eiweißmangelernährung mäßigen und leichten Grades        |

Diese Kodierungen können mit weiteren Codes kombiniert werden. Mindestens einer der angegebenen Codes muss jedoch vorliegen als Marker für diesen Merkmalkomplex.

**Störungen des Wasser- und Elektrolythaushalts**

Der Merkmalkomplex "Störungen des Wasser- und Elektrolythaushalts" kann prinzipiell durch eine Vielzahl verschiedener Codes erfasst werden. Es sollte versucht werden, die besonders relevanten Symptome/Krankheiten möglichst einheitlich zu kodieren. Daher werden folgende Codes vorgeschlagen, die präferiert werden sollten, um den Merkmalkomplex abzubilden:

|       |  |
|-------|--|
| E86   | Dehydratation, Exsikkose                               |
| E87.- | Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushalts |
| R60.- | Ödem, anderenorts nicht klassifiziert                  |

Diese Kodierungen können mit weiteren Codes kombiniert werden. Mindestens einer der angegebenen Codes muss jedoch vorliegen als Marker für diesen Merkmalkomplex der geriatritypischen Multimorbidität

**Depression und Angst**

Der Merkmalkomplex "Depression und Angst" wird durch einen oder mehrere Codes aus folgenden Bereichen abgebildet:

|       |                                |
|-------|--------------------------------|
| F32.- | Depressive Episode             |
| F33.- | Rez. depressive Störung        |
| F30.- | Manische Episode               |
| F31.- | Bipolare affektive Störung     |
| F34.- | Anhaltende affektive Störungen |
| F40.- | Phobische Störungen            |
| F41.- | Andere Angststörungen          |

**Chronische Schmerzen**

Der Merkmalkomplex "Chronische Schmerzen" wird prinzipiell durch folgenden Kode abgebildet:

R52.2      Sonstiger chronischer Schmerz

Es sind jedoch die Exklusiva zu R52.- gemäß ICD-10-SGB V zu beachten. Wenn die Lokalisation/Art der Schmerzen bekannt ist, ist demnach wie folgt zu kodieren:

Chronisches Schmerzsyndrom mit Persönlichkeitsänderung ( F62.8 )

Kopfschmerz ( R51 )

Nierenkolik ( N23 )

Schmerzen:

- Abdomen ( R10.- )
- Auge ( H57.1 )
- Becken und Damm ( R10.2 )
- Extremität ( M79.6- ), Gelenk ( M25.5- )
- Hals ( R07.0 ), · Wirbelsäule ( M54.- )
- Mamma ( N64.4 )
- Ohr ( H92.0 )
- psychogen ( F45.4 )
- Schulter ( M75.8 )
- Thorax ( R07.1 - R07.4 )
- Zahn ( K08.8 ), Zunge ( K14.6 )

**Sensibilitätsstörungen**

Der Merkmalkomplex "Sensibilitätsstörungen" wird prinzipiell durch folgenden Kode abgebildet:

R20.-      Sensibilitätsstörungen der Haut

Es gilt jedoch ebenso gut ein Kode aus den beiden Gruppen:

G50-G59      Krankheiten von Nerven, Nervenwurzeln und Nervenplexus

G60-G64      Polyneuropathien und sonstige Krankheiten des peripheren Nervensystems

**Herabgesetzte Belastbarkeit, Gebrechlichkeit ("Frailty")**

Der Merkmalkomplex "Frailty" wird prinzipiell durch folgenden Kode abgebildet:

R54      Altersschwäche ("Senilität")

Zu beachten ist, dass R54 nicht in Kombination mit F03 Senile Psychose verwendet werden darf. Auch deshalb sollte auf F03 eher grundsätzlich verzichtet werden. "Herabgesetzte Belastbarkeit" ist außerdem nicht gleichbedeutend mit Kachexie oder Marasmus, sondern ein besonderes Merkmal des (biologisch) weit fortgeschrittenen Alters, das sich nicht mit herkömmlichen Organ- oder Systemkategorien beschreiben lässt.

**Starke Seh- oder Hörbehinderung**

Der Merkmalkomplex "Starke Seh- oder Hörbehinderung" wird durch einen oder mehrere Codes aus folgenden Bereichen abgebildet:

|              |              |
|--------------|--------------|
| H54.-        | Visusverlust |
| H90.-, H91.- | Hörverlust   |
| H91.1        | Presbyakusis |
| H52.4        | Presbyopie   |

## **Medikationsprobleme**

Der Merkmalkomplex "Medikationsprobleme" reflektiert nicht einfach Multimedikation, sondern dar- aus resultierende, manifeste Störungen und Komplikationen, die aus unerwünschten Nebenwirkungen oder Complianceproblemen resultieren. Der Merkmalkomplex wird im wesentlichen durch zwei Mar- ker-Kodes abgebildet:

- Y57.9!** *Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen*  
 Inkl.: Unerwünschte Nebenwirkung von Arzneimitteln und Drogen bei indikationsgerechter An- wendung und in korrekter therapeutischer oder prophylaktischer Dosierung  
*Der Kode kann nicht als Hauptdiagnose verwendet werden. Er ist zudem zu er- gänzen durch einen Kode zur Verschlüsselung des krankhaften Zustands, in dem sich die Nebenwirkungen manifestieren (s. 1917a).*
- X49.9!** *Akzidentelle Vergiftung (Complianceproblem)*  
 Inkl.: Akzidentelle Überdosierung eines Arzneimittels oder einer Droge  
 Irrtümliche Verabreichung **oder Einnahme** eines falschen Arzneimittels  
*Der Kode kann nicht als Hauptdiagnose verwendet werden. Er ist zudem zu er- gänzen durch einen spezifischen Kode der Gruppe (s. 1918a):*
- T36-T50** *Vergiftungen durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen*

## **Hohes Komplikationsrisiko**

Das relativ hohe Risiko von Krankheitskomplikationen (z.B. Thrombosen, Infektionen, Frakturen, ver- zögerte Rekonvaleszenz etc.) ist ein weiteres wesentliches Merkmal geriatrischer Patienten. Das Kom- plikationsrisiko selbst lässt sich zwar nicht verschlüsseln, aber bestimmte Merkmale aus der Vorge- schichte sowie bereits eingetretene (und fortbestehende!) Komplikationen der Vorbehandlung müssen äußerst sorgfältig dokumentiert und kodiert werden. Hierzu zählen besonders:

- Z98.- / Z48.-** *Sonstige Zustände nach chirurgischem Eingriff / Nachbehandlung*  
**S\*2.-** *Z. n. Fraktur (S02.-, S12.-, S22.-, S32.-, S42.-, S52.-, S62.-, S72.-, S82.-, S92.-)*  
**Z43.-** *Versorgung künstlicher Körperöffnungen*  
**T79-T89** *Komplikationen nach medizinischen Maßnahmen oder nach einem Trauma*  
**Z99.2** *Dialysepflichtigkeit*  
**Z54** *Verzögerte Rekonvaleszenz (der Aspekt der "Verzögerung" ist hervorzuheben und bedarf – auch in der ICD – noch der genaueren Definition; bis dahin dient diese Markerkodierung dazu, deutliche Abweichungen von Regelverweildauern aufgrund einer nicht durch Komplikationen zu erklärenden, signifikant verzö- gerten Rekonvaleszenz zu verschlüsseln).*

(Siehe hierzu auch: DKR 1919a)

# **19 VERLETZUNGEN, VERGIFTUNGEN UND BESTIMMTE ANDERE FOLGEN ÄUSSERER URSACHEN**

## **1901a Verstauchungen und Zerrungen**

Es werden unterteilt Zerrungen und Verstauchungen entsprechend Körperregionen in zwei Bereiche:

**1. Luxation / Verstauchung / Zerrung von Gelenken und Bändern** **2. Verletzung von Muskeln / Sehnen**

Bei der Kodierung von **Zerrungen von Muskeln und Sehnen** ist zu beachten, dass diese nicht unter den Oberbegriff „Dislokation, Verstauchung und Verrenkung von *Gelenken und Bändern*“ fallen, sondern als „Verletzung von Muskeln und Sehnen“ der betroffenen Lokalisation zu kodieren sind.

## **1903b Fraktur und Luxation**

Kodierung von Wirbelfrakturen und –dislokationen (aus 1910a)

- Wenn eine **Verletzung des Rückenmarks** vorliegt, sind immer die **Kodes für Rückenmarksverlet- zung vor der Fraktur oder der Dislokation** anzugeben.

- Wenn eine **Dislokation der Wirbelsäule** aufgetreten ist ohne Angabe beider verschobener Stellen (z.B. Luxation des T5), ist die **angegebene Höhe und die Höhe unmittelbar unter der angegebenen Höhe** (z.B. T5/T6) zu kodieren, um die Dislokation zu beschreiben.

### Offene Fraktur und Luxation

Zwei Codes werden benötigt, um **offene** Frakturen und Luxationen zu kodieren. Zuerst ist der Kode der Fraktur / der Kode der Dislokation anzugeben, und danach der entsprechende Kode für die offene Wunde, die mit einer Fraktur/Luxation in Verbindung steht.

#### Fallbeispiel 29

Ein Patient wird mit einer offenen Oberschenkelfraktur aufgenommen.

**Hauptdiagnose:** S72.3 Fraktur des Femurschaftes

**Nebendiagnose(n):** S71.81! Offene Wunde (jeder Teil Hüfte / Oberschenkels) mit Verbindung zu einer Fraktur

### Komplikationen offener Wunden (aus I905a)

Liegt eine offene Wunde mit Komplikation vor, ist der Kode für die offene Wunde anzugeben, zusätzlich:

T89.0 Komplikationen einer offenen Wunde.

Eine (infizierte) offene Wunde mit Fremdkörper ist zu kodieren:

T89.01 Komplikationen einer offenen Wunde, Fremdkörper (mit oder ohne Infektion)

**Wenn der Infektionserreger bekannt ist, zusätzliche Schlüsselnummer aus B95! bis B97! angeben.**

### 1909a Geschlossene Kopfverletzungen / Bewusstlosigkeit / Gehirnerschütterung

a) Bei einer komplexen Kopfverletzung sind alle vorliegenden Verletzungen, z.B. Frakturen, intrakranielle Verletzungen und/oder Bewusstlosigkeit zu verschlüsseln.

#### Fallbeispiel 30

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

**Hauptdiagnose:** S06.5 Traumatische subdurale Blutung

**Nebendiagnose(n):** S02.1 Schädelbasisfraktur

S06.03 Mittellange Bewusstlosigkeit [30 Minuten bis 24 Stunden] und Sturzursachen!

**Prozedur(en):** 3-200 Native Computertomographie des Schädels und frührehabil. geriatr. Prozedur 8-550

b) Wenn ein Schädel-Trauma ohne weitere Schädigungen mit Bewusstlosigkeit einhergeht, dann ist **nur die Bewusstlosigkeit** mit entsprechendem Kode S06.01-S06.05 Dauer der Bewusstlosigkeit zu kodieren.

#### Fallbeispiel 31

Ein Patient war zwei Stunden bewusstlos und wird mit v.a. eine geschlossene Kopfverletzung aufgenommen.

**Hauptdiagnose:** S06.03 Mittellange Bewusstlosigkeit [30 Minuten bis 24 Stunden]

**Nebendiagnose(n):** Sturzursachen! **Prozedur(en):** 3-200 Native Computertomographie des Schädels

### Nicht im Zusammenhang mit einer Kopfverletzung stehende Bewusstlosigkeit

Die folgenden Codes sind zu verwenden bei einem bewusstlosen Patienten **ohne Kopfverletzung:**

R40.0 Somnolenz

R40.1 Stupor

R40.2 Koma, nicht näher bezeichnet

### 1913a Folgeerscheinungen von Verletzungen, Vergiftungen, toxischen Wirkungen und anderen äußeren Ursachen

**Es gibt keine allgemeine zeitliche Beschränkung für die Verwendung der Schlüsselnummern für Folgezustände.** Der Folgezustand kann schon im Frühstadium des Krankheitsprozesses offenbar werden, z.B. neurologische Defizite als Folge eines Hirninfarktes, oder er zeigt sich Jahre später, z.B. die chronische Niereninsuffizienz als Folge einer früheren Nierentuberkulose.

**Die Auswirkung einer Krankheit wird als Spätfolge betrachtet, wenn in der Diagnose ausgewiesen als:**

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

Sofern der zugrundeliegende Krankheitsprozess nicht mehr aktiv ist, wird die Schlüsselnummer für die akute Form nicht kodiert, sondern der Folgezustand mit entsprechenden spezifischen ICD-Kodes. Die Kodierung der Folgezustände von Krankheiten erfordert zwei Schlüsselnummern:

- eine für den aktuellen Rest-/Folgezustand
- eine Schlüsselnummer („Folgen von ...“), als Ausdruck der Folge einer früheren Krankheit.

**Restzustand oder Art der Folgezustände sind an erster Stelle anzugeben, gefolgt von Schlüsselnummer „Folgen von ...“** Verletzungen, Vergiftungen, toxischen Wirkungen

T90.- Folgen von Verletzungen des Kopfes  
 T91.- Folgen von Verletzungen des Halses und des Rumpfes  
 T92.- Folgen von Verletzungen der oberen Extremität  
 T93.- Folgen von Verletzungen der unteren Extremität  
 T94.- Folgen von Verletzungen mehrere oder nicht näher bezeichnete Körperregionen  
 T95.- Folgen von Verbrennungen, Verätzungen und Erfrierungen  
 T96.- Folgen einer Vergiftung durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen  
 T97.- Folgen toxischer Wirkung von vorwiegend nicht medizinisch verwendeten Substanzen  
 T98.- Folgen sonstiger und nicht näher bezeichneter Wirkungen äußerer Ursachen

### 1915a Missbrauch/Misshandlung von Erwachsenen

In Fällen von Missbrauch ist/sind vorliegende(n) Verletzung(en) bzw. psychischen Störungen zu kodieren. T74.- Missbrauch von Personen als Ursache der Verletzung(en) oder psychischen Störungen ist **nicht** anzugeben.

*Dieser Kode kann wichtig für Verweildauer z.B. bei erforderlicher Heimunterbringung sein!*

### Vergiftung durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen

„Vergiftung durch Arzneimittel/Drogen“ wird kodiert bei **irrtümlicher** Einnahme oder **unsachgemäßer** Anwendung, Einnahme zwecks Selbsttötung und Tötung und bei Nebenwirkungen **verordneter Medikamente, die in Verbindung mit einer Eigenmedikation** eingenommen werden. Vergiftungen sind zu verschlüsseln (**Die Absicht der Selbsttötung (X84.9!) ist nicht zu kodieren.**): T36 - T50 Vergiftungen durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen

**Zusätzlich sind signifikante Manifestationen zu verschlüsseln (z.B. Koma, Delir, Arrhythmie).**

#### Fallbeispiel 32

*Ein Patient ohne Demenz wird mit einem akuten Delir aufgrund von nicht indiziertem, aber verordnetem und eingenommenem Digitalis aufgenommen. Eine andere Ursache des Delirs wird nicht gefunden.*

**Hauptdiagnose:** T 46.0 Vergiftung durch primär auf das Herz – Kreislaufsystem wirkende Mittel, Herzglykoside  
**Nebendiagnose:** F05.0 Delir ohne Demenz, **optional:** Y57.9! Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen

Die Ausnahme von dieser Regel ist die **Insulinüberdosierung**,

**Hauptdiagnose:**E10-E14 (vierte Stelle „0“) Diabetes mellitus mit Koma

**Nebendiagnose:** T38.3 Vergiftung durch Insulin und orale blutzuckersenkende Arzneimittel [Antidiabetika]

### 1917a Unerwünschte Nebenwirkungen von Arzneimitteln (bei Einnahme gemäß Verordnung)

Unerwünschte Nebenwirkungen **indikationsgerechter** Arzneimittel bei **Einnahme gemäß Verordnung:**

Ein oder mehrere Codes für den krankhaften Zustand, in dem sich die Nebenwirkungen manifestieren, **optional** ergänzt durch Y57.9! Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen.

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

#### Vergiftung durch Arzneimittel in Kombination mit Alkohol

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

**Vergiftung durch verordnete Medikamente, die in Verbindung mit nicht verordneten Medikamenten eingenommen werden**

Eine Nebenwirkung, die wegen der Verbindung eines **verordneten** und eines **nicht verordneten** Medikaments auftritt, ist als **Vergiftung durch beide (Wirk-)Stoffe** zu kodieren.

Fallbeispiel 33

Ein Patient wird mit Hämatemesis aufgrund der Einnahme von Cumarin (verordnet), versehentlich in Verbindung mit Acetylsalicylsäure (nicht verordnet) aufgenommen.

**Hauptdiagnose:** T39.0 Vergiftung durch Salizylate

**Nebendiagnose(n):** K92.0 Hämatemesis T45.5 Vergiftung durch primär systemisch und auf das Blut wirkende Mittel, anderenorts nicht klassifiziert, Antikoagulanzen **optional:** X49.9! Akzidentelle Vergiftung

***Y57.9 (Pharmakotherapeutische Komplikation) und X49.9 (Complianceproblem) sollten als Marker für typisch geriatrische Probleme wahrgenommen werden !***

**1919a Komplikationen chirurgischer Eingriffe / medizinischer Behandlung**

**Wichtig zur Dokumentation der Dauer des Aufenthaltes, Achtung: Qualitätssicherung!**

Zur Kodierung bestimmter Komplikationen, die in Zusammenhang mit Operationen und anderen Eingriffen auftreten, **über den zu erwartenden Zustand hinaus:**

***Hier finden sich viele in der Geriatrie häufige Begleiterkrankungen und Marker !***

|       |  |
|-------|--|
| T80.1 | <b>Phlebitis</b> nach Injektion, Infusion oder Transfusion   |
| T80.2 | <b>Infektion</b> nach Injektion, Infusion oder Transfusion   |
| T81.0 | <b>Blutung und Hämatom</b> als Komplikation eines Eingriffs, andernorts nicht klassifiziert  |
| T81.3 | <b>Dehiszenz/Ruptur</b> einer Operationswunde  |
| T81.4 | <b>Infektion / Abszess</b> nach einem Eingriff, auch intraabdominell   |
| T83.0 | Komplikation durch <b>Harnwegkatheter</b>  |
| T84.- | Komplikation durch orthopädische Endoprothese / Implantate / Osteosynthesematerial<br><b>Endoprothese</b> .0 mechanisch ; .5 Infektion <b>Osteosynthesemat.</b> .1 mechanisch .6 Infektion |

**Diese Kategorien sind nur dann zu verwenden, wenn kein spezifischer Kode aus einem anderen Kapitel zur Verfügung steht. Ausschlusshinweise zu T80-T88:**

|       |  |
|-------|--|
| E89.- | <u>Endokrine und Stoffwechselstörungen nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert: <b>Hyperthyreose nach Kontrastmittelgabe!</b></u>                    |
| G97.- | <u>Krankheiten des Nervensystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert: <b>Lagerungsschäden aber auch critical – illness - polyneuropathie</b></u> |
| H59.- | <u>Affektionen des Auges und der Augenanhangsgebilde nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert: <b>Medikamentennebenwirkung</b></u>                    |
| H95.- | <u>Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert: <b>Medikamentennebenwirkung</b></u>                       |
| I97.- | <u>Kreislaufkomplikationen nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert: <b>Orthostase bei protrahierter Immobilität</b></u>                              |
| J95.- | <u>Krankheiten der Atemwege nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert: <b>chronische Mikroaspiration bei nasaler Magensonde</b></u>                    |
| K91.- | <u>Krankheiten des Verdauungssystem nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert</u>  |
| M96.- | <u>Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert: <b>Marker für Muskelatrophie nach Immobilisierung ! M96.8</b></u> |
| N99.- | <u>Krankheiten des Urogenitalsystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert</u>   |

**Einige Zustände (z.B. Pneumonie), die postoperativ auftreten können, sind nicht eindeutig als postoperative Komplikation anzusehen und werden deshalb wie üblich kodiert z.B. mit**

J15.8 *Sonstige bakterielle Pneumonie*

Ein zusätzlicher Kode kann zugewiesen werden, um Zusammenhänge mit einer Prozedur anzuzeigen:

Y82.8! *Zwischenfälle durch medizintechnische Geräte und Produkte* oder

Y84.9! *Zwischenfälle durch medizinische Maßnahmen, nicht näher bezeichnet*

## Index

|   |  |  |                    |
|---|--|--|--------------------|
| Allgemeine Kodierrichtlinien.....           | 5  | Kachexie.....  | 17, 18, 33, 35, 36 |
| Amputation .....                            | 21   | KHK .....  | 26                 |
| Angina Pectoris.....                        | 27   | Kodierung  |                    |
| Apoplex.....                                | 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 24, 25                                       | Doppelkodierung.....   | 11                 |
| Begleiterkrankungen .....                   | 25   | Mehrfachkodierung .....  | 9, 12              |
| Assessment, geriatrisches .....             | 14   | unspezifisch.....  | 11                 |
| Asthma bronchiale .....                     | 28   | Kognitive Beeinträchtigung .....                                       | 23, 33, 35         |
| Ataxie .....                                | 32   | Kompartmentsyndrom.....  | 31                 |
| Atherosklerose.....                         | 5, 11, 12, 20, 21  | Komplikationen 6, 9, 10, 11, 12, 19, 20, 25, 27,<br>33, 37, 38, 39, 40 |                    |
| Bakteriämie .....                           | 16   | Komplikationsrisiko.....   | 33, 37             |
| Bandscheibenprolaps .....                   | 30   | Krankheit  |                    |
| Befunde .....                               | 31   | chronisch.....   | 7, 10              |
| Abnorme .....                               | 5  | Sich anbahnend oder drohend .....                                      | 5                  |
| Behandlungsplan                             |  | Lungenödem.....  | 27                 |
| Nicht ausgeführt.....                       | 7  | Luxation   |                    |
| Bluttransfusionen.....                      | 13, 19   | Hüftendoprothese .....   | 31                 |
| Blutung                                     |  | Mangelernährung.....   | 33, 35             |
| Gastrointestinale Blutung .....             | 29   | Medikationsprobleme.....   | 33, 37             |
| Peranale Blutung .....                      | 29   | MRSA .....   | 16, 17             |
| Chemotherapie .....                         | 14, 15, 18   | Multimorbidität, geriatritypische .....                                | 33                 |
| Chronisch obstruktive Lungenerkrankung..... | 28   | Nebendiagnosen   |                    |
| Dehydratation .....                         | 29, 35   | Definition.....  | 5, 8               |
| Dekubitus.....                              | 33, 35   | Reihenfolge .....  | 9                  |
| Delir .....                                 | 23   | Nebenwirkungen, Arzneimittel- .....                                    | 39, 40             |
| Demenz .....                                | 21   | Neubildungen .....   | 14, 18             |
| Alzheimer .....                             | 22   | Neutropenie.....   | 16                 |
| Sonstige.....                               | 22   | Prozeduren   |                    |
| Vaskuläre .....                             | 22   | Allgemeine Richtlinien .....   | 12                 |
| Depression .....                            | 23, 36   | Geriatric .....  | 13                 |
| Diabetes mellitus .....                     | 8, 9, 12, 19, 20, 21, 39   | Hauptprozedur .....  | 13                 |
| Diabetisches Fußsyndrom.....                | 20   | Nicht zu verschlüsselnde.....  | 15                 |
| Fallbeispiele ...                           | 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 17, 19, 20,<br>24, 25, 29, 30, 31, 38, 39, 40 | Unterschieden nach Größe, Zeit oder Anzahl<br>.....                    | 14                 |
| Folgezustände .....                         | 9  | Rekonvaleszenz, verzögerte.....  | 37                 |
| Frailty .....                               | 36   | Schmerzen  |                    |
| Fraktur.....                                | 6, 31, 33, 37, 38  | Rücken.....  | 30                 |
| Gastritis .....                             | 29   | Schmerzen, chronisch.....  | 33, 36             |
| Gastroenteritis.....                        | 29   | Sehbehinderung.....  | 36                 |
| Gebrechlichkeit.....                        | 36   | Sensibilitätsstörungen.....  | 25, 33, 36         |
| Geriatritypische Multimorbidität.....       | 33   | Sepsis .....   | 16                 |
| Geriatrisch-frührehabilitative              |  | Spätfolgen .....   | 9                  |
| Komplexbehandlung ....                      | 6, 13, 14, 25, 34, 38  | Stuhlinkontinenz .....   | 32, 33, 35         |
| Harninkontinenz .....                       | 32, 33, 35   | Sturz .....  | 32                 |
| Hauptdiagnose                               |  | Stürze .....   | 6, 32, 33, 34      |
| Definition .....                            | 6, 7   | Syndrom.....   | 9                  |
| Geriatric.....                              | 6  | Ulcus ventriculi .....   | 29                 |
| Zugrundeliegende Krankheit.....             | 7  | Urosepsis.....   | 17                 |
| Herzinfarkt .....                           | 27   | Verdachtsdiagnose .....  | 10                 |
| Hörbehinderung.....                         | 36   | Verdachtsfälle .....   | 7                  |
| Hörminderung .....                          | 26   | Verlegungen .....  | 8                  |
| Immobilität .....                           | 6, 33, 34, 40  | Rückverlegung .....  | 8                  |
| Inkontinenz .....                           | 25, 32, 33, 35   | Verletzung 7, 11, 21, 29, 30, 31, 32, 37, 38, 39                       |                    |
| Harn .....                                  | 25, 32, 33, 35   | Virushepatitis.....  | 16                 |
| Stuhl.....                                  | 32, 33, 35   |  |                    |