

II Neubildungen

1 Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Lymphknoten

1.1 Medizin-Shortcuts

1.1.1 Medizinische Erläuterung

Metastasierung (Absiedelung) von Krebszellen in Lymphknoten.

1.1.2 Nachweis

Histologie, Positronenemissionstomographie, Computertomographie, Lymphographie.

Anamnestischer Beleg von Lymphknotenmetastasen.

1.1.3 Diagnostischer Aufwand

Histopathologie, Bildgebung.

1.1.4 Therapeutischer Aufwand

Systemische Chemotherapie, Exzision, Tumorkonferenz.

1.1.5 Pflegerischer Aufwand

Es gibt keinen pflegerischen Aufwand, der allein ohne weitere Maßnahmen die Kodierung rechtfertigt.

1.2 Klassifikation

ICD-10 GM 2022: Sekundäre und nicht näher bezeichnete Neubildung der Lymphknoten:

C77.0	Lymphknoten des Kopfes, des Gesichtes und des Halses	CCL
C77.1	Intrathorakale Lymphknoten	CCL
C77.2	Intraabdominale Lymphknoten	CCL

C.77.3	Axilläre Lymphknoten und Lymphknoten der oberen Extremität	CCL
C77.4	Inguinale Lymphknoten und Lymphknoten der unteren Extremität	CCL
C77.5	Intrapelvine Lymphknoten	CCL
C77.8	Lymphknoten mehrerer Regionen	CCL
C77.9	Lymphknoten, nicht näher bezeichnet	CCL

Sekundärkodes

U69.50!	Lymphknoten des Kopfes, des Gesichtes und des Halses Supraklavikuläre Lymphknoten
U69.51!	Intrathorakale Lymphknoten
U69.52!	Intraabdominale Lymphknoten
U69.53!	Axilläre Lymphknoten und Lymphknoten der oberen Extremität Pektorale Lymphknoten
U69.54!	Inguinale Lymphknoten und Lymphknoten der unteren Extremität
U69.55!	Intrapelvine Lymphknoten

Die Sekundärkodes sind zur spezifischen Abbildung bei Befall mehrerer Lymphknotenregionen bei Lymphknotenmetastasen auszuwählen und an C77.8 (Primärkode) anzuhängen.

1.3 Kodierpraxis

1.3.1 Praktisches Vorgehen

Nachgewiesene Lymphknotenmetastasen sind als Nebendiagnose bei jeglicher diesbezüglicher Erstdiagnostik kodierbar, bei Staginguntersuchungen, bei Lymphknotenentfernungen sowie bei systemischer Chemotherapie.

Liegt ein Befall mehrerer Regionen vor, so ab dem Jahr 2022 C77.8 mit den entsprechenden Codes aus U69.5_ zu kodieren..

Lymphknotenmetastasen sind gemäß DKR 0201n nur in folgenden Konstellationen als Hauptdiagnose kodierbar:

- Die stationäre Aufnahme erfolgte zur (alleinigen) Behandlung derselben (z.B. zur Axilladisektion) (s. Bsp. 5 zu DKR 0201n).
- Die stationäre Aufnahme erfolgte sowohl zur Behandlung des Primärtumors als auch der Lymphknotenmetastasen (außer einer systemischen Chemo-, Antikörper-, Zytokin- oder Strahlentherapie) und der Ressourcenverbrauch bezüglich der Lymphknotenmetastasen war größer als derjenige der Primärtumorbehandlung (s. Bsp. 8 zu DKR 0201n).



Erfolgte die stationäre Aufnahme auf Grund einer Lymphadenopathie und es werden Lymphknotenmetastasen eines bereits im Vorfeld bekannten Tumors oder eines neu festgestellten Tumors diagnostiziert, so ist – alleinige Diagnostik vorausgesetzt – dieser Primärtumor gemäß DKR 0201n als Hauptdiagnose festzulegen. Wird kein Primärtumor gefunden, so ist gemäß DKR 0201n ein Kode aus C80.- Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation als Hauptdiagnose festzulegen.

1.3.2 Fachliche Bewertung

MDK:

SEG-4 KDE 86: Frage zur Hauptdiagnosefestlegung: Eine Patientin wird wegen einer unklaren Lymphknotenvergrößerung bei Zustand nach Mammakarzinom vor 12 Jahren (therapiert mit Ablatio mammae, Axilladissektion, endokriner Therapie mit Östrogen-Antagonist über fünf Jahre) aufgenommen. Die Histologie der Lymphknotenbiopsie ergibt eine Lymphknotenmetastase eines zuvor diagnostizierten Mammakarzinoms. Aktuelle Therapie: Endokrine Therapie des Mammakarzinoms mit Aromatase-Inhibitoren. Antwort: Hauptdiagnose ist ein Kode aus C77.- Sekundäre und nicht näher bezeichnete sekundäre Neubildung der Lymphknoten. Die Metastase war Anlass der stationären Aufnahme, nicht ein Rezidiv des primären Malignoms. Als Nebendiagnose wird C50.9 Bösartige Neubildung der Brustdrüse, nicht näher bezeichnet kodiert.

SEG-4 KDE 188: Frage zur Hauptdiagnosefestlegung: Eine Patientin kommt mit einer Beinschwellung rechts zur stationären Aufnahme. Aus der Vorgeschichte ist ein vor mehreren Jahren operiertes Ovarialkarzinom bekannt. Ursächlich für die Beinschwellung zeigt sich computertomographisch im kleinen Becken ein Lymphknotenpaket mit Gefäßsummauerung. Histologisch werden durch Punktion Lymphknotenmetastasen eines Ovarialkarzinoms nachgewiesen. Eine tumorspezifische Behandlung wird eingeleitet. Was ist die Hauptdiagnose? Antwort: Die Lymphknotenmetastasen werden als zu Grunde liegende Erkrankung diagnostiziert und behandelt. Somit wird als Hauptdiagnose C77.5 Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Lymphknoten, Intrapelvine Lymphknoten verschlüsselt.

SEG-4 KDE 409: Frage u.a. ob C77.- als Nebendiagnose kodiert werden darf in einem Fall mit lediglich Diagnostik. Antwort: C77.- erfüllt die Nebendiagnosedefinition.

SEG-4 KDE 518: Frage ob u.a. C77.- als Nebendiagnose kodiert werden darf in einem Fall mit Aufnahme zur systemischen Chemotherapie, bei dem letztlich auf Grund von Komplikationen nur eine Port-Anlage durchgeführt wurde, jedoch keine Chemotherapie. Antwort: Die Portanlage ist als integraler Bestandteil der Chemothe-

rapie und somit als Beeinflussung des Patientenmanagements bezüglich der sekundären Neubildungen zu werten; C77.- darf deshalb als Nebendiagnose kodiert werden.

FoKA:

Stellungnahme zu SEG-4 KDE 86: Konsens.

Stellungnahme zu SEG-4 KDE 188: Konsens mit Kommentar: Der Code für den Primärtumor C56 Bösartige Neubildung des Ovars ist als Nebendiagnose zu verschlüsseln.

Stellungnahme zu SEG-4 KDE 409: Konsens.

Stellungnahme zu SEG-4 KDE 518: Konsens.

Schlichtungsausschuss (§19 KHG):

Entscheidung zu KDE 357: In dem vorliegenden Fall ist die Metastase mit dem Kode C78.o Sekundäre bösartige Neubildung der Lunge auch dann als Nebendiagnose zu kodieren, wenn ausschließlich eine Besprechung in einer Tumorkonferenz stattgefunden hat und dort das weitere Vorgehen in Hinblick auf die Metastase beraten wurde.

Anmerkung: Das Fallbeispiel betrifft zwar festgestellte Lungenmetastasen, das Prinzip ist jedoch auf Tumorerkrankung und andere Metastasierungen übertragbar: Die Vorstellung eines Patienten in der Tumorkonferenz begründet ausreichend die Kodierung des Tumors bzw. der Metastase(n) als Nebendiagnose.

Gültig für Fälle, die am 15.10.2020 Gegenstand einer Prüfung durch den Medizinischen Dienst nach §275 Absatz 1 Nummer 1 SGB V sind, bzw. für Fälle, die ab dem 01.12.2020 aufgenommen werden.

Stolperfallen/Kritische Punkte:

Kodierbarkeit von C77.- in Fällen, bei denen die Wertung von Auffälligkeiten bei der Bildgebung in den Unterlagen nicht einheitlich ist, z.B. „Lymphadenopathie“ im Befund der Bildgebung, „Lymphknotenmetastasen“ im ärztlichen Entlassbericht (ohne Vorliegen einer Histologie).

1.3.3 Urteile

Es sind keine Urteile zu diesem Thema bekannt.



2 Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen

2.1 Medizin-Shortcuts

2.1.1 Medizinische Erläuterung

Manche bösartige Primärtumoren treten häufiger mehrfach auf. Hierzu gehören z.B. das Mammakarzinom, Urothelkarzinome und Hauttumoren.

Es gibt jedoch auch Patienten, die gleichzeitig unter mehreren verschiedenen Primärtumoren leiden (z.B. Mammakarzinom und Kolonkarzinom).

2.1.2 Nachweis

Histologischer oder bildgebungstechnischer Nachweis eines Primärtumors an zwei oder mehr Lokalisationen bzw. von zwei oder mehr unterschiedlichen Primärtumoren.

2.1.3 Diagnostischer Aufwand

Jegliche diagnostische Abklärung wie Bildgebung, Endoskopie, Histologiegewinnung

2.1.4 Therapeutischer Aufwand

Z.B. operative Behandlung, Chemotherapie, Antikörpertherapie, Bestrahlung, palliativmedizinische Komplexbehandlung, Schmerz-Therapie etc.

2.1.5 Pflegerischer Aufwand

Palliativbetreuung s.a. palliativmedizinische Komplexbehandlung

2.2 Klassifikation

ICD-10 GM 2022:

C97!	Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen	CCL
------	---------------------------------------------------------------------	-----

Hinweis der ICD-Klassifikation: Die einzelnen Tumoren sind separat zu kodieren. Die Schlüsselnummer C97! kann auch dann verwendet werden, wenn die einzelnen Primärtumoren nur durch eine einzige Schlüsselnummer (z.B. C43.5 Bösartiges Melanom des Rumpfes) kodiert werden.

2.3 Kodierpraxis

2.3.1 Praktisches Vorgehen

C97! ist als Sekundärkode an einen der vorliegenden Primärtumoren anzuhängen; für den Fall, dass mehrere Primärtumoren im Abbildungsgebiet nur eines ICD-Kodes liegen (siehe Beispiel ICD-Hinweis) wird C97! an diesen Primärkode angehängt. Seit dem Streichen der DKR 0207a für die Ausgabe 2009 besteht die Einschränkung der Verwendung des Kodes C97! auf Primärtumoren, die alle die Hauptdiagnosedefinition erfüllen müssen, nicht mehr. Somit kann C97! immer dann verwendet werden, sobald alle vorliegenden oder mindestens zwei Primärtumoren einen Ressourcenverbrauch bedingt haben.

Beispiele:

- C97! anwendbar:
 - Es erfolgt die Entfernung zweier Kolonpolypen, bei beiden zeigt die Histologie ein Adenokarzinom.
 - Die stationäre Aufnahme erfolgt wegen Lebermetastasen. Vorbekannt ist ein Prostatakarzinom seit 3 Jahren. Die Histologie ergibt nun, dass die Lebermetastasen nicht auf dieses zurückzuführen sind, die weitere Diagnostik zeigt ein Kolonkarzinom als Ursache der Lebermetastasen.
- C97! nicht anwendbar:
 - Die stationäre Aufnahme erfolgt zur Diagnosesicherung und Therapieabklärung bei neu festgestelltem Bronchialkarzinom. Vor 4 Jahren war eine Therapie eines Carcinoma in situ der linken Brust entfernt worden.
 - Die stationäre Aufnahme erfolgt wegen verschlechtertem Allgemeinzustand auf Grund malignen Gehirntumors. Es erfolgt eine palliativmedizinische Behandlung. Vorbekannt ist ein Zustand nach erfolgreicher Basaliomentfernung am Rücken vor 3 Jahren.

Aus klassifikatorischer Sicht bezieht sich der Kode C97! auf den Codebereich (Gruppe) C00-C97 der ICD-10 GM Klassifikation. Dies belegen die Überschrift dieser Gruppe „Bösartige Neubildungen“ und der systematische Text des Kodes selbst. „Bösartige Neubildungen an mehreren Lokalisationen“.



Klassifikatorisch gibt es in der ICD-10 eine eigenständige Gruppe mit D00-D09 für „In-situ-Neubildungen“, wie auch im Weiteren mit D10-D36 für „Gutartige Neubildungen“ und D37-D48 für „Neubildungen unsicheren oder unbekanntes Verhalten“.

Demzufolge lässt sich C97! auf keine dieser weiteren Gruppen innerhalb des großen Kapitels II Neubildungen anwenden außer auf die eigene Gruppe der „Bösartigen Neubildungen“, auch nicht auf In-situ Neubildungen, obwohl diese – medizinisch gesehen – ein Frühstadium einer bösartigen Neubildung darstellen.

2.3.2 Fachliche Bewertung

MDK:

SEG-4 KDE 308: Frage ob C97! auch auf das Vorliegen von Carcinoma in situ in Verbindung mit invasivem Karzinom verwendet werden kann. Antwort: Nach der ICD-Systematik werden die bösartigen Neubildungen an genau bezeichneten Lokalisationen als primär festgestellt oder vermutet, ausgenommen lymphatisches, blutbildendes und verwandtes Gewebe, unter C00-C75 aufgelistet. Die Carcinomata in situ bilden eine eigene Gruppe in D00-009 „In-situ-Neubildungen“. Der Kode C97! erfordert (eine) bösartige Neubildung(en) als Primärtumor(en) (an mehreren Lokalisationen), die per Definition hier nicht vorliegt.

FoKA:

Stellungnahme zu KDE 308: Dissens. Carcinomata in situ sind bösartige Neubildungen in einer frühen Verlaufsform. Der Kode C97! ist in seiner Anwendung auf Diagnosekodes nicht durch Hinweise/Inklusiva oder Exklusiva begrenzt. Somit kann bei gleichzeitigem Vorliegen eines Karzinoms und eines Carcinoma in situ oder beim Vorliegen mehrerer Carcinomata in situ der Kode C97! angewendet werden. Gemäß der DKR D012i, Tabelle 2, wird die Nutzung des Kodes C97! obligat gefordert.

2.3.3 Urteile

Es sind keine Urteile zu diesem Thema bekannt.