

01.12.2013 ICD10

Diagnosen- und Prozedurenkodierung 2014: Chirurgisch relevante Änderungen bei ICD-10-GM und OPS

R. Bartkowski



Auch für 2014 wurden OPS und ICD-10-GM wieder überarbeitet und an den aktuellen Stand der Medizin angepasst, wozu die Anträge der Fachgesellschaften im Rahmen des Vorschlagsverfahrens maßgeblich beigetragen haben. Als Mitglied der Arbeitsgruppen ICD und OPS des Kuratoriums für Klassifikationsfragen (KKG) am DIMDI war der Autor bei der Beratung der nachfolgend beschriebenen Klassifikationsänderungen intensiv beteiligt. Innovationen haben stets eine gute Chance, in den OPS aufgenommen zu werden, sofern es sich um Verfahren handelt, die sich hinsichtlich der Kosten,

aber auch des operativen Aufwandes von den bisherigen Prozeduren signifikant unterscheiden. Bei gewünschten Spezifizierungen der ICD-10-GM ist dagegen weiterhin die Konsistenz mit den Vorgaben der WHO zu beachten. Änderungen, die die Grundstruktur betreffen, können nur über die WHO umgesetzt werden, was in den vergangenen Jahren auch mehrfach gelungen ist (z. B. bei der Klassifizierung der Hämorrhoiden und des Dekubitus). Anträge an die WHO zur ICD-10 sind allerdings letztmalig 2014 möglich, da die WHO den Schwerpunkt auf die Entwicklung der ICD-11 legt. Mit einer Einführung dieser Nachfolgeklassifikation ICD-11 für die ambulante und stationäre Versorgung in Deutschland ist aber wohl kaum vor 2025 zu rechnen. Es ist daher davon auszugehen, dass auch weiterhin im Jahresrhythmus nationale Anpassungen der ICD-10-GM erfolgen werden.

Eine redaktionell sehr übersichtliche Bearbeitung der Klassifikationen ICD-10-GM und OPS Version 2014 durch B. Graubner wird im Deutschen Ärzteverlag herausgegeben [1] bis [4].

Diagnosen

Nachdem 2013 bereits spezifische Codes für postoperative Insuffizienzen von Anastomosen und Nähten am Gastrointestinaltrakt eingeführt worden sind, wird ab 2014 der neue Code J95.82 „Insuffizienzen von Anastomosen und Nähten nach Operationen an Trachea, Bronchien und Lunge“ verfügbar sein. Dieser Code kann zur Kodierung entsprechender postoperativer Komplikationen als Nebendiagnose verwendet werden oder im Falle einer Wiederaufnahme ggf. auch als Hauptdiagnose. Sollte es zu einem Pleuraempyem gekommen sein, so ist zusätzlich J86.0 „Pyothorax mit Fistel“ bzw. J85.3 „Abszess des Mediastinums“ kodierbar. T81.3 „Aufreißen einer

Operationswunde, anderenorts nicht klassifiziert“ und T81.4 „Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert“ sind in diesem Zusammenhang nicht mehr anzugeben.

Bei der Kodierung rheumatologischer Rückenerkrankungen bereitete die Zuordnung der „nichtröntgenologischen axialen Spondylarthritis“ bisher Probleme. Diese Krankheitsentität, die bisher im Diagnosesynthesaurus gar nicht aufgeführt war, wird nun vom DIMDI der Kategorie „Spondylitis ankylosans“ im Codebereich M45.0- zugeordnet, mit der auch der Morbus Bechterew abgebildet wird.

Gestörte bzw. verzögerte Knochenheilungen nach Frakturen werden bereits je nach Lokalisation mit den 5-stelligen Codes M84.1- „Nichtvereinigung der Frakturrenden [Pseudarthrose]“ oder M84.2- „Verzögerte Frakturheilung“ verschlüsselt.

Im Falle einer Arthrodesen oder Knochenfusion z. B. Osteosynthese nach Osteotomie ist die Ausbildung einer Pseudarthrose lokalisationsunabhängig mit M96.0 kodierbar. Für eine verzögerte Knochenheilung nach Fusion oder Arthrodesen war bisher jedoch kein spezifischer Code verfügbar. Daher ist künftig innerhalb der Restklasse M96.8- für eine „Verzögerte Knochenheilung nach Fusion oder Arthrodesen“ der neue Code M96.82 vorgesehen, der gleichfalls lokalisationsunabhängig anwendbar ist.

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass erlösrelevante Unterschiede resultieren, wenn eine Heilungsstörung als „Pseudarthrose“ bzw. „verzögerte Frakturheilung“ kodiert wird. Zumindest bei handchirurgischen Eingriffen der Basis-DRG I32 sind diese ab 2014 beseitigt. Eine verbindliche Abgrenzung zwischen Pseudarthrose und verzögerter Frakturheilung liegt jedoch weiterhin nicht vor, so dass hier in anderen Situationen weiterhin Streitpotential bestehen bleibt. Das InEK geht offenbar von einem Intervall von 6 Monaten aus, um zwischen verzögerter Wundheilung und einer Pseudarthrose zu unterscheiden. Eine derartige starre Abgrenzung ist jedoch nicht möglich und muss im Einzelfall in Abhängigkeit von den klinischen und radiologischen Befunden getroffen werden.

Für die plastische Chirurgie ist die Indikation „Tubuläre Brust“ künftig mit dem spezifischen Code Q83.80 abbildbar, während „Sonstige angeborene Fehlbildungen der Mamma“ wie z. B. eine Hypoplasie mit Q83.88 verschlüsselt werden.

Als Komplikation nach Implantation einer Mammaprothese bzw. eines Mammaimplantates war bisher lediglich die Kapselfibrose spezifisch mit T85.82 verschlüsselbar. Künftig ist eine „Infektion und entzündliche Reaktion durch Mammaprothese oder -implantat“ mit dem neuen Code T85.73 spezifisch kodierbar, während „Sonstige Komplikationen durch Mammaprothese oder -implantat“ dem neuen Code T85.83 zugeordnet werden. „Sonstige Komplikationen“ wären beispielsweise Arrosionsblutungen oder Schmerzen, während eine Leckage mit Austreten von Silikon mit dem bereits existierenden Code T85.4 „Mechanische Komplikation durch Mammaprothese oder -implantat“ abzubilden ist.

Abrechnungsrelevante Zuordnungsprobleme bestanden bisher bei einem Abriss des Milzhilus im Sinne einer Milzruptur Grad V gemäß Organ Injury Scale (OIS). Während eine massive Parenchym Ruptur unstrittig mit S36.04 „Massive Parenchymruptur der Milz“ kodierbar ist und damit ein Faktor des Polytrauma-Algorithmus darstellt, war der Abriss des Milzhilus klassifikatorisch eher dem Code S36.08 „Sonstige Verletzungen der Milz“ zuordenbar, wodurch diese Diagnose allerdings nicht mehr als Faktor des Polytrauma-Algorithmus wirksam wurde. Dem Schweregrad entsprechend wird daher künftig auch der Milzhilusabriss einer massiven Parenchymruptur klassifikatorisch gleichgestellt und ist mit S36.04 kodierbar. Um eine eindeutige Verschlüsselung sicherzustellen, wurde zudem mit

Hinweistexten klargestellt, dass bei einem Abriss des Milzhilus nicht Verletzungen der Arteria und Vena lienalis (S35.2 und S35.3) zu kodieren sind.

Mit der Weiterentwicklung der Transplantationschirurgie werden Lungenlebendspenden zunehmend relevant, so dass ab 2014 auch die neue (unbewertete) DRG Z04Z „Lungenspende (Lebendspende)“ verfügbar sein wird. Für die Abbildung des stationären Aufenthaltes eines ansonsten gesunden Lungenspenders war bisher nur der Restklassen-Kode Z52.8 „Spender sonstiger Organe oder Gewebe“ verfügbar. Künftig ist der spezifische Kode Z52.80 „Lungenspender“ zu verwenden, während für die Kodierung mit der neuen Resteklasse Z52.88 „Spender sonstiger Organe oder Gewebe“ laut DIMDI z. B. Samenspender zu berücksichtigen sind.

Prozeduren

Viszeralchirurgie

Bei diagnostischen Rektoskopien (1-654) wird klargestellt, dass mit diesem Kode auch die endoskopische Untersuchung eines analen Poches („Pouchoskopie“) verschlüsselt werden kann. Dies kann bei den Basis-DRGs G40 und G48 gruppierungsrelevant sein.

Neue bildgebende Verfahren am Verdauungstrakt sind die „Endoskopische konfokale (laserbasierte) Mikroskopie“ (3-301.0), mit der an der Intestinalschleimhaut Vergrößerungsfaktoren bis zu 1000x erreicht und damit eine präzise Diagnostik und gezielte Biopsieentnahme ermöglicht werden, sowie die „Magnetresonanz-Cholangiopankreatikographie [MRCP]“, die mit 3-843.0 („ohne Sekretin-Unterstützung“) bzw. 3-843.1 („mit Sekretin-Unterstützung“) kodiert wird.

Für die Art der Markierung bei einer zervikalen oder axillären Sentinel-Lymphknotenexstirpation werden bisher die Radionuklidmarkierung und Farbmarkierung unterschieden. Im nicht seltenen Falle einer Markierung durch Kombination dieser Verfahren war es bisher jedoch nicht klar geregelt, ob dies mit der separaten Kodierung der Einzelverfahren oder mit der unspezifischen Resteklasse „x“ an 6. Stelle zu erfolgen hat. Gegen die Doppelkodierung spricht der Leistungsinhalt der Codes, da mit diesen ja in erster Linie die Exzision eines einzelnen Lymphknotens abgebildet wird – die Doppelkodierung müsste daher als Exzision von mehr als zwei Lymphknoten interpretiert werden. Um hier Eindeutigkeit zu schaffen, sind ab 2014 die neuen Sechssteller 5-401.03 und 5-403.13 für die zervikale bzw. axilläre Sentinel-Lymphonodektomie „mit Radionuklid- und Farbmarkierung, kombiniert“ vorgesehen.

Zur Behandlung der Refluxkrankheit am Ösophagus sind neben der klassischen Fundoplicatio neue, minimalinvasive Verfahren etabliert worden. So kann eine Hemifundoplicatio auch in rein endoskopischer Technik durchgeführt werden, wofür ab 2014 der neue Sechssteller 5-448.54 vorgesehen ist (nicht zu verwechseln mit der laparoskopischen Hemifundoplicatio!).

Als neues Behandlungsprinzip ist künftig auch die Implantation bzw. der Wechsel eines Antireflux-Stimulationssystems spezifisch mit 5-429.r bzw. 5-429.s- kodierbar, wobei bei den Wechselprozeduren zwischen „komplettem Wechsel“ (5-429.s0), „Sondenwechsel“ (5-429.s1) und „Aggregatwechsel“ (5-429.s2) unterschieden wird.

Für Gewebedestruktionen durch Radiofrequenzablation am Magen, den Gallengängen und dem Rektum werden spezifische Codes eingeführt, mit denen die bisherigen Destruktionsverfahren (z. B. Elektro-, Laser-, Thermo-,

Kryokoagulation) ergänzt werden. Am Magen werden diese Verfahren mit der 6. Stelle „5“ verschlüsselt, während auf der 5. Stelle wie bisher der Zugang abgebildet wird (5-433.35 „offen chirurgisch“, 5-433.45 „laparoskopisch“, 5-433.55 „endoskopisch“).

An den Gallengängen ist für die endoskopische Radiofrequenzablation der neue Sechssteller 5-513.42 vorgesehen.

Am Rektum wird für die Radiofrequenzablation die neue fünfstellige Kategorie 5-482.c- eingeführt. Mit der 6. Stelle wird der Zugang abgebildet (5-482.c0 „peranal“, 5-482.c1 „endoskopisch“, 5-482.c2 „endoskopisch-mikrochirurgisch“, 5-482.cx „sonstige“).

Einen grundlegenden Umbau hat die Kodiersystematik der Magenresektionen erfahren, wobei hier, wie im Vorjahr bereits bei den „erweiterten“ Kolon- und Rektumresektionen, die Vorschläge der gemeinsamen DRG-Kommission von BDC und DGCH vollständig umgesetzt worden sind.

Vollständig gestrichen werden die vierstelligen Kategorien 5-440.-, 5-441.-, 5-442.- und 5-443.-, mit denen „erweiterte“ subtotale Magenresektionen und Gastrektomien, jeweils ohne bzw. mit systematischer Lymphadenektomie zu verschlüsseln waren. Unverändert erhalten bleiben die Kategorien 5-434.- „Atypische Magenresektion“, 5-435.- „Partielle Magenresektion (2/3-Resektion)“, 5-436.- „Subtotale Magenresektion (4/5-Resektion)“ und 5-437.- „(Totale) Gastrektomie“, mit denen künftig auch „erweiterte“ Eingriffe kodiert werden können, bei denen Nachbarorgane reseziert wurden. Die resezierten Nachbarorgane sind, wie bisher, ohnehin separat zu kodieren und entfalten künftig ggf. direkt eine erlössteigernde Wirkung bei der DRG-Gruppierung. Besonders hinzuweisen ist hier auf die zusätzliche Kodierung mit 5-413.- „Splenektomie“, 5-524.- „Partielle Resektion des Pankreas“, 5-454 „Resektion des Dünndarms“, 5-455.- „Partielle Resektion des Dickdarms“ und 5-501.- / 5-502.- „Leberresektion“.

Mit diesem Umbau der Systematik wird eine erhebliche Vereinfachung der Kodierung erreicht, ohne dass dadurch die Abbildungsgenauigkeit leidet. Im Gegenteil, bei subtotalen Magenresektionen und Gastrektomien mit Resektion von Nachbarorganen (z. B. Splenektomie) ist künftig das Ausmaß einer Lymphadenektomie mit der 6. Stelle präzise kodierbar geworden, was die bisherigen Codes für „erweiterte“ Magenresektionen nicht erlaubt haben. Zudem wurden diese Codes nicht einheitlich angewendet, was möglicherweise negative Auswirkungen auf die bisherigen DRG-Kalkulationen gehabt hat.

Neben der Hemifunduplicatio sind mittlerweile auch Gastroenterostomien endoskopisch durchführbar geworden, so dass in der Kategorie 5-455.- neue Sechssteller eingeführt werden (nicht zu verwechseln mit laparoskopischem Zugang!): 5-455.13 „Vordere Gastroenterostomie, endoskopisch“, 5-455.23 „Hintere Gastroenterostomie, endoskopisch“ sowie die Restklasse 5-455.2x „Sonstige Gastroenterostomie, endoskopisch“. Auf die Angabe des Zusatzkodes 5-986.01 (NOTES) ist zu verzichten, da diese Information über den minimalinvasiven Zugang in den neuen Codes bereits enthalten ist.

Wenn im Zusammenhang mit diesen Eingriffen ein selbstexpandierender Stent verwendet wird, ist dieser gesondert zu kodieren, z. B. mit 5-449.h3, wodurch das krankenhausindividuell zu vereinbarende Zusatzentgelt ZE2014-54 ausgelöst wird.

Bei der bereits bisher kodierbaren „endoskopischen transgastralen Drainage einer Pankreaszyste“ (5-529.n1) und der „endoskopischen transgastralen Entfernung von Pankreasnekrosen“ (5-529.p) werden künftig weitere Subgruppen für

die Einlage von nicht selbstexpandierenden bzw. selbstexpandierenden Stents geschaffen: 5-529.n1 wird ersetzt durch 5-529.n2 „Transgastralen Drainage einer Pankreaszyste, ohne Einlegen eines Stents“, 5-529.n3 „Transgastralen Drainage einer Pankreaszyste, mit Einlegen eines nicht selbstexpandierenden Stents“ sowie 5-529.n4 „Transgastralen Drainage einer Pankreaszyste, mit Einlegen eines selbstexpandierenden Stents“. Der Kode 5-529.p wird künftig auf der 6. Stelle weiter differenziert: 5-529.p0 „Endoskopische transgastrale Entfernung von Pankreasnekrosen ohne Einlegen eines Stents“, 5-529.p1 „Endoskopische transgastrale Entfernung von Pankreasnekrosen mit Einlegen eines nicht selbstexpandierenden Stents“, 5-529.p2 „Endoskopische transgastrale Entfernung von Pankreasnekrosen mit Einlegen eines selbstexpandierenden Stents“ sowie 5-529.px „Endoskopische transgastrale Entfernung von Pankreasnekrosen, sonstige“. Auf die Angabe des Zusatzkodes 5-986.01 (NOTES) ist auch hier zu verzichten.

Bei diesen Prozeduren ist zu beachten, dass die Kodes 5-449.h3 bzw. 5-449.k3 nicht zusätzlich zu kodieren sind. Das Zusatzentgelt ZE2014-54 wird bei selbstexpandierenden Prothesen bereits durch 5-529.n4 bzw. 5-529.p2 ausgelöst.

Zur Behandlung der Adipositas kommt als innovatives malabsorptives Verfahren die endoskopische Einlage einer sogenannten „Schlauchendoprothese“ zur Anwendung. Dieses Verfahren wurde bisher der Kategorie 5-469.n3 bzw. 5-469.p3 „Einlegen oder Wechsel / Entfernung einer nicht selbstexpandierenden Prothese am Darm, endoskopisch“ zugeordnet. Da es sich bei diesem malabsorptiven Verfahren jedoch um ein langstreckiges System handelt, das nicht die Aufgabe hat, eine (obstruktiv) gestörte Darmpassage zu verbessern, wird für die endoskopische Einlage eines, jetzt als „Kunststoffkonduit zur biliodigestiven Diversion“ bezeichneten Systems der neue Sechssteller 5-469.q3, für die Entfernung 5-469.r3 eingeführt.

Eine Klarstellung bei der Kategorie 5-454.- „Resektion des Dünndarms“ stellt sicher, dass eine eventuelle Enterostomaanlage im Rahmen einer Dünndarmresektion gesondert kodiert werden kann (5-462.0 bzw. 5-462.1). Der bisherige Hinweistext bei der Kategorie 5-454.- „Inkl.: Rekonstruktion und Ausleitung“ wurde mitunter dahingehend interpretiert, dass die Anlage eines Enterostomas in diesen Kodes inkludiert sei. Da jedoch die Anlage eines Stomas nicht zwangsläufig mit einer Dünndarmresektion verbunden ist, war auch bisher die zusätzliche Kodierung einer Stomaanlage klassifikatorisch sinnvoll und zulässig.

Bei der Anlage von Enterostomata werden zunehmend alloplastische Materialien zur Gewebeverstärkung eingesetzt, um der Entwicklung einer Paraenterostomiehernie vorzubeugen. Für 2013 wurde in der Kategorie 5-463.- „Anlage anderer Enterostomata“ für die Implantation einer Gewebeverstärkung eine entsprechende Differenzierung der 6. Stelle eingeführt. Dieses Vorgehen war jedoch nicht zielführend, da gerade in dieser Kategorie nur in den seltensten Fällen eine Gewebeverstärkung zur Anwendung kommt. Bei den praxisrelevanten Kodes für Stomaanlagen (5-460.- bis 5-464.-) sowie bei Diskontinuitätsresektionen des Kolons und Rektumresektionen ohne Sphinktererhalt war jedoch keine spezifische Abbildungsmöglichkeit vorgesehen. Eine entsprechende weitergehende Differenzierung würde auch zu einer verwirrenden Fülle neuer sechsstelliger Kodes führen. Als einfachere Lösung wird künftig auf die Zusatzkodes 5-932.- „Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung“ verwiesen, mit denen der Zusatzaufwand präzise dargestellt werden kann. Die 6. Stellen „3“ bis „5“ in der Kategorie 5-463.- sind ab 2014 wieder gestrichen.

Ein streitbefangenes Thema war bisher die Kodierung einer Darmresektion im Zusammenhang mit der Rückverlagerung eines doppelläufigen oder endständigen Enterostomas. Eine Rückverlagerung nach einfachem Nahtverschluss der Öffnung eines doppelläufigen Stomas ist technisch nur selten möglich, bei einem endständigen Stoma ist zur Wiederherstellung der Kontinuität grundsätzlich eine Resektion des Stumpfes mit Anastomosierung erforderlich. Daher muss das „Anfrischen“ der Enterostomaschenkel bzw. die Resektion von Darmmanschetten im

Bereich der zu- bzw. abführenden Schlinge als Bestandteil der Codes für die Stomarückverlagerung (5-465.- „Rückverlagerung eines doppelläufigen Enterostomas“ und 5-466.- „Wiederherstellung der Kontinuität des Darmes bei endständigem Enterostoma“) gelten. Ein entsprechender Hinweis wurde bereits 2013 in den OPS aufgenommen. Eine klare Abgrenzung einer „Manschette“ gegenüber einem separat kodierbaren Darmsegment war jedoch nicht festgelegt worden, was aufgrund der Erlösrelevanz weiterhin zu Abrechnungsstreitigkeiten geführt hat. Hierzu wurde folgender Vorschlag der gemeinsamen DRG-Kommission von BDC und DGCH in den OPS aufgenommen: „Eine über die Mitresektion einer Manschette hinausgehende Resektion eines Segmentes mit seiner radiären mesenterialen Gefäßversorgung ist gesondert zu kodieren (5-454 ff., 5-455 ff.).“

Eine ca. 2 – 5 cm lange, über Gefäßarkaden versorgte Darmmanschette dürfte daher in der Regel diese Bedingung nicht erfüllen. Längere Darmabschnitte bzw. Darmsegmente, bei denen die mesenteriale Gefäßversorgung radiär mitreseziert wird, sind dagegen als Segmentresektionen zusätzlich kodierbar. Eine entsprechende Beschreibung der anatomischen Situation und des operativen Vorgehens im OP-Bericht ist hinsichtlich des späteren Nachweises einer korrekten Kodierung unverzichtbar.

Für die Behandlung von (entzündlichen) Komplikationen nach abdominoperinealer bzw. abdominosakraler Rektumexstirpation durch Anlegen einer präsakralen Drainage wird der Code 5-549.7 „Drainage, präsakral, nach Rektumexstirpation“ eingeführt. Dieser Code ist nicht für die im Rahmen der Rektumexstirpation intraoperativ eingelegten Drainagen zu verwenden.

Bei Rektumresektionen werden je nach Höhe der distalen Resektionsgrenze „tiefe anteriore Resektionen“ mit den Kategorien 5-484.5- bzw. 5-484.6- (mit peranaler Anastomose) gegenüber „Anterioren Resektionen“ (5-484.3-) abgegrenzt. Diese Unterscheidung ist z.Zt. zwar (noch) nicht erlösrelevant, sollte aber im Hinblick auf eine eindeutige und nachvollziehbare Kodierung genauer definiert werden. Auch hier zeigte sich, dass eine exakte und alle Sonderfälle abdeckende Definition nicht einfach zu formulieren ist. Nach längerer Diskussion auch mit der gemeinsamen DRG-Kommission von BDC und DGCH wurde schließlich folgender Text in die OPS-Kategorie 5-484.5- aufgenommen: „Die Resektionshöhe liegt für die tiefe anteriore Rektumresektion im Bereich der Ampulla recti unterhalb der Plica transversa recti inferior“. Für 5-484.6- „Tiefe anteriore Resektion mit peranaler Anastomose“ ist auf diesen Hinweis verzichtet worden, da „peranale“ Anastomosen in der Regel immer eine „tiefe“ anteriore Resektion voraussetzen.

Weitere klarstellende Hinweise waren auch bei der Omentumresektion erforderlich. Im Sinne der monokausalen Kodierung ist es in der Regel nicht zulässig, Teileingriffe separat zu kodieren, die einen integralen Bestandteil einer bereits anderenorts kodierten Prozedur darstellen. So ist die Omentektomie nicht nur bei einer Resektion des Colon transversum sondern auch bei einer Magenresektion Bestandteil des Haupteingriffes.

Bei Resektionen der linken oder rechten Kolonflexur, auch im Rahmen einer Hemikolektomie links oder rechts, werden üblicherweise Teile des Omentums mitreseziert. Auch dies ist als integraler Bestandteil des jeweiligen Darmeingriffs zu werten und nicht separat als partielle Omentumresektion mit 5-434.20 anzugeben. Sollte jedoch im Rahmen einer Hemikolektomie das gesamte Netz reseziert werden, z. B. aufgrund eines metastatischen Befalls oder Besonderheiten der Gefäßversorgung, so wäre eine Omentumresektion mit 5-543.21 kodierbar, da diese üblicherweise nicht im Rahmen einer Hemikolektomie erfolgt wäre.

Operationen an Haut und Unterhaut

Ein neues bildgebendes Verfahren an der Haut stellt die „Konfokale (laserbasierte) Mikroskopie“ (3-301.2) dar, die auch die Endothelmikroskopie mit einschließt. Mit diesem Verfahren können Nävi und Melanomen abgeklärt werden sowie oberflächliche Basaliome und aktinische Keratosen.

Bei der Behandlung von postoperativen Bauchdeckendehiszenzen und Wundinfektionen wird häufig eine Vakuumtherapie durchgeführt. Im Falle eines „offenen“ Abdomens ist die Anlage eines Systems zur Vakuumtherapie problemlos mit 5-916.a3 kodierbar. Häufig liegt jedoch eine Situation vor, bei der die Bauchhöhle durch Fasziennaht verschlossen ist, die Faszie (mit Nähten) jedoch freiliegt. Für die Anlage einer Vakuumversiegelung in dieser Situation ist die Kodierung mit 5-916.a0 „Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung an Haut und Unterhaut“ nicht sachgerecht. Um den besonderen Aufwand abzubilden, konnte für diese spezielle Situation der neue Code 5-916.a5 „Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung, tiefreichend subfaszial an der Bauchwand oder im Bereich von Nähten der Faszien bzw. des Peritoneums“ eingeführt werden.

Bei den Kategorien 5-892.3- „Andere Inzision an Haut und Unterhaut: Implantation eines Medikamententrägers“, 5-896.2- „Wunddebridement, großflächig, mit Einlegen eines Medikamententrägers“ sowie 8-192.2- „Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut, großflächig, mit Einlegen eines Medikamententrägers“ werden als Exklusivum Fettgaze- und Salbenverbände ausgeschlossen. Dies ist als Klarstellung zu betrachten, denn auch bisher wurden als Medikamententräger nur speziell zu diesem Zweck hergestellte Medizinprodukte oder Medikamentenzubereitungen betrachtet. Eine salbengetränkte Kompresse war auch bisher nicht als „Medikamententräger“ im Sinne der OPS-Klassifikation aufzufassen.

Bei den Codes für Primär- und Sekundärnähte der Haut (5-900.0, 5-900.1-) ist der Hinweis aufgenommen worden, dass mit diesen Codes auch Klammernähte sowie die Verwendung von Gewebekleber zur Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität verschlüsselt werden können. Die Verwendung von Gewebekleber war bisher der Restklasse 5-900.x- zuzuordnen, während Klammernähte auch bisher schon wie Fadennähte zu kodieren waren.

Zur Behandlung von Verbrennungen (insbesondere Grad 2) können resorbierbare Verbandfolien verwendet werden, deren Kodierung in der Vergangenheit häufig Streitbefangen war. In der Kategorie 5-923.- „Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen“ werden die neuen fünfstelligen Kategorien 5-923.a- bzw. 5-923.b- für die kleinflächige bzw. großflächige Weichteildeckung „durch hydrolytisch resorbierbare Membran“ eingeführt, so dass bei diesen Indikationen die entsprechenden Produkte eindeutig kodierbar sind. Mit der 6. Stelle wird dabei die Lokalisation gemäß bekannter Liste angegeben.

Die Abgrenzung dieser „Membranen“ gegenüber einem Wundverband bei anderen Indikationen (Spalthautentnahme, Schürfwunden) ist allerdings ungeklärt, so dass weiterhin strittig sein dürfte, ob diese Behandlung in der Kategorie 5-916.- als „Temporäre Weichteildeckung durch alloplastisches Material“ kodiert werden darf. Da diese Codes erhebliche Erlösrelevanz besitzen, dürften weiterhin erhebliche Abrechnungsstreitigkeiten zu erwarten sein.

Unfallchirurgie und orthopädische Chirurgie

„Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie bei Weichteiltumoren mit quantitativer Vermessung“ ist künftig mit dem neuen OPS-Code 3-036 abbildbar. Die Untersuchung und Beurteilung der regionalen Lymphabflusswege und Lymphknotenstationen ist bei Anwendung dieser Codes obligat. Mit dieser Verschlüsselung soll der hohe personelle (Facharztstandard) und technische Aufwand (Farbdopplersonographie, quantitative Messungen und Auswertungen) abgebildet werden, was unmittelbar der künftigen Kalkulation entsprechender DRGs zugute kommen wird.

Bei den Osteosynthesen werden zwei weitere Klarstellung vorgenommen: „Eine Osteosynthese mittels Draht oder Zuggurtung/Cerclage ist eine Osteosynthese, die nur mit einem oder mehreren Drähten oder Zuggurtungen/Cerclagen, ggf. mit zusätzlicher Aufhängeschraube erfolgt.“

Eine vergleichbare Regelung bestand bereits bei Schraubenosteosynthesen, so dass diese Klarstellung auch auf zurückliegende Fälle analog anwendbar ist.

Als weitere Klarstellung wird darauf hingewiesen, dass eine eventuell durchgeführte Spongiosaplastik gesondert zu kodieren ist (5-784.- ff). Auch hierbei handelt es sich um einen klarstellenden Hinweis, der aufgrund von Abrechnungsstreitigkeiten in der Vergangenheit erforderlich geworden ist und auch auf Altfälle anwendbar ist.

Bei der Reposition von Frakturen können neben den üblichen, von außen anzusetzenden Repositionswerkzeugen auch intraossär anzuwendende Repositionshilfen zum Einsatz kommen. Hierfür ist künftig der Zusatzkode 5-79c.0 vorgesehen, der zusätzlich zu den durchgeführten Eingriffen zu kodieren ist. Es gilt dabei folgender weiterer Hinweistext:

„Mit diesem Kode sind nur Verfahren zu kodieren, die eine intraossäre Reposition durch spezielle Repositionssysteme erzielen (z. B. Ballonsysteme, Hydrauliksysteme). Dieser Kode ist nicht anzuwenden bei der Verwendung einfacher Repositionshilfen (z. B. Stößel, Hebel, Repositionszangen)“.

In der Kategorie 5-782.- „Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe“ wurde die Lokalisation „Patella“ (6. Stelle „j“) herausgenommen. Hiermit wird eine Doppeldeutigkeit behoben, da Teilresektionen der Patella und Patellektomien mit den spezifischeren Codes 5-804.5 bzw. 5-804.6 verschlüsselbar sind.

Für die Verwendung von resorbierbarem keramischen Knochenersatz mit Antibiotikumzusatz wird die fünfstellige Kategorie 5-785.5- neu eingeführt. An 6. Stelle ist die Lokalisation wie üblich zu verschlüsseln. Bei der Kodierung von „einfachem“ keramischen Knochenersatz wird als Inklusivum die Verwendung von „bioaktiver Glaskeramik“ ergänzt. Diese Codes gelten nicht bei der Anwendung an der Wirbelsäule, siehe unten!

Bei der Behandlung von Knorpelschäden werden für die „Subchondrale Knocheneröffnung mit Einbringen eines mit homologem Vollblut oder seinen Bestandteilen angereicherten azellulären Implantates“ eigenständige Codes bei arthroskopischem (5-801.p-) oder offen chirurgischem (5-812.m-) Zugang eingeführt, wobei die Lokalisation auf der 6. Stelle nach der bekannten Liste angegeben wird. Diese neuen Codes sind gegenüber dem Einbringen einfacher azellulärer Implantate (inklusive der autogenen matrixinduzierten Chondrogenese) abzugrenzen (5-801. n- sowie 5-812.g-).

Bei der Kodierung von Eingriffen an den Bändern des oberen und unteren Sprunggelenkes bestanden bisher noch Abbildungslücken, um bestimmte Verfahren differenziert verschlüsseln zu können. Folgende Codes werden neu eingeführt:

5-806.8	Naht eines Bandes des unteren Sprunggelenkes
5-806.9	Bandplastik des medialen Bandapparates

5-806.a	Bandplastik der Syndesmose
5-806.b	Bandplastik des unteren Sprunggelenkes

Bei der Bandplastik des fibularen Bandapparates mit Periostlappen (5-806.5) wird die Verwendung von „ortsständigem Material“ als Alternative zum „Periostlappen“ ergänzt sowie die Operationsmethode nach Broström-Gould diesem Kode ausdrücklich zugeordnet.

Die Kodierung des Einbringens einer Stellschraube bei der Versorgung von Syndesmosenverletzungen wurde trotz der Klarstellungen in der Vergangenheit weiterhin kontrovers diskutiert. Grundsätzlich ist die Stellschraube weiterhin mit 5-869.2 zu kodieren. Als Inklusivum wird nun folgender Text aufgenommen:

„Stabilisierung durch Fixationsverfahren bei Syndesmosenverletzung am Sprunggelenk (z. B. Stellschraube)“

Der neue Hinweistext „Durchgeführte Weichteileingriffe sind gesondert zu kodieren“ impliziert, dass dieser Kode kein obligater Zusatzkode ist. D.h. auch bei alleiniger Einbringung von Stellschrauben ohne weitere Osteosynthesen oder Syndesmosen- / Bandnähte kann 5-869.2 eigenständig kodiert werden.

Für das Einbringen einer „Entlastungsfeder“, einem innovativen Behandlungsverfahren bei Kniegelenksarthrosen, ist der neue Kode 5-809.3h geschaffen worden.

Das Einbringen eines Abstandhalters am Schultergelenk, z. B. nach Explantation einer Schultergelenksendoprothese bei Protheseninfekt, ist künftig mit dem neuen Kode 5-814.c verschlüsselbar.

Abrechnungsstreitigkeiten traten im Rahmen der Hüftendoprothetik bisher häufig bei der Kodierung von Pfannendach- und Pfannenbodenplastiken auf. Hierfür wurden jetzt klarstellende Hinweistexte in den OPS aufgenommen:

- 5-829.1 „Pfannendachplastik am Hüftgelenk“
Hinweis: „Eine durchgeführte Spongiosaplastik ist gesondert zu kodieren (5-784.0, 5-784.7).
Ein durchgeführter Knochenersatz ist gesondert zu kodieren (5-785 ff.)“
- 5-829.h „Pfannenbodenplastik am Hüftgelenk“
Hinweis: „Eine Pfannenbodenplastik ist bei einer therapeutischen Transposition oder Transplantation von Knochen(ersatz)gewebe zu kodieren. Dieser Kode ist nicht anzugeben bei Verschluss oder Verfüllung von iatrogen geschaffenen Knochendefekten mit ortsständigem Gewebe.
Eine durchgeführte Spongiosaplastik ist gesondert zu kodieren (5-784.0, 5-784.7).
Ein durchgeführter Knochenersatz ist gesondert zu kodieren (5-785 ff.)“

Bisher nicht spezifisch kodierbare aufwändige Prozeduren stellen sogenannte „innere Amputationen“ im Bereich des Fußes dar, die z. B. beim diabetischen Fuß den Erhalt des Vorfußes sichern können. Die neue fünfstellige Kategorie 5-

865.9- „Innere Amputation im Bereich der Mittelfuß- und Fußwurzelknochen“ wird auf der sechsten Stelle weiter differenziert:

- 0 – Metatarsale (und Phalangen), bis zu zwei Strahlen
- 1 – Metatarsale (und Phalangen), mehr als zwei Strahlen
- 2 – Fußwurzel [Tarsus]

Hinzuweisen ist darauf, dass mit diesen Codes nicht eine (Resektions-) Arthroplastik (5-788.6- bzw. 5-829.8-) und Knochenresektionen (5-782.-) zu kodieren sind, wobei die klassifikatorisch Abgrenzung gegenüber „Totalresektionen eines Knochens“ (5-782.6-) noch nicht ausreichend definiert erscheint.

Wirbelsäulenchirurgie

Ein neues Verfahren bei der Behandlung des Bandscheibenvorfalles stellt der Verschluss des Bandscheibendefektes des Anulus fibrosus mit einem Implantat dar. Für diesen Eingriff ist die fünfstellige Kategorie 5-839.g- vorgesehen. Die Anzahl der behandelten Segmente wird an 6. Stelle angegeben („0“ – 1 Segment, „1“ – 2 Segmente, „2“ – 3 oder mehr Segmente). Laut Hinweistext ist die Exzision des protrudierten Bandscheibengewebes gesondert mit 5-831.- kodierbar.

Die Verwendung von bioaktiver Glaskeramik an der Wirbelsäule wird dem bereits bestehenden Code 5-835.b „Verwendung von keramischem Knochenersatzmaterial“ zugeordnet.

Der Einsatz eines peptidverstärkten Knochentransplantates an der Wirbelsäule wird dem bereits bestehenden Code 5-835.e „Verwendung von xenogenem Knochentransplantat“ zugeordnet.

Auch an der Wirbelsäule ist als Verfahren zur Destruktion knöchernen Gewebes die perkutane Radiofrequenzablation etabliert. Hierfür wird die neue fünfstellige Kategorie 5-839.h- eingeführt. Mit der 6. Stelle wird die Zahl der behandelten Wirbelkörper angegeben („0“ – 1 Wirbelkörper, „1“ – 2 Wirbelkörper, „2“ – 3 Wirbelkörper, „3“ – 4 oder mehr Wirbelkörper).

Bei der Osteosynthese an der Wirbelsäule wird der Einsatz von intervertebralen Cages mit der Kategorie 5-83b.7- verschlüsselt, wobei die Anzahl der behandelten Segmente mit der 6. Stelle abgebildet wird. Für „distrahierbare intervertebrale Cages“ sowie „intervertebrale Cages mit osteosynthetischer Fixierung“ wurden keine neuen, spezifischen Codes geschaffen, sondern diese Produkte der bereits bestehenden Kategorie 5-83b.7- mit zugeordnet.

Bei den komplexen Rekonstruktionen an der Wirbelsäule wird für die „Korrektur einer Wirbelsäulendeformität durch Implantation eines mitwachsenden Schrauben-Stab-Systems“ die Kategorie 5-838.f- neu eingeführt. Die „Instrumentierung von bis zu 7 Wirbelkörpern mit Schrauben“ wird mit 5-838.f0 kodiert, die „Instrumentierung von mehr als 7 Wirbelkörpern mit Schrauben“ wird mit 5-838.f1 verschlüsselt. Zu beachten ist, dass hier klassifikatorisch nicht die Zahl der überbrückten Wirbelsäulensegmente, sondern die Anzahl der mit Schrauben instrumentierten Wirbelkörper maßgeblich ist.

Kinderchirurgie

Bei der Intensivmedizinischen Komplexbehandlung im Kindesalter konnte bei den Strukturmerkmalen für die fachärztliche Behandlungsleitung der Facharzt für Kinderchirurgie den Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin gleichgestellt werden. Prinzipiell kann daher künftig eine intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter auch auf Intensivstationen kodiert werden, die nur von Kinderchirurgen mit pädiatrischer intensivmedizinischer Zusatzweiterbildung geleitet werden oder von einem Kinderchirurgen zusammen mit einem kinderintensivmedizinisch erfahrenen Facharzt für Anästhesie.

Gefäßchirurgie

Für einen „Ballon-Okklusionstest einer Arterie“ wird der Kode 1-79a eingeführt. Typische Anwendungsgebiete liegen im Bereich der Arteria carotis, z. B. zur Prüfung der Resektabilität bestimmter Tumoren oder vor der Behandlung intrakranieller Aneurysmen.

„Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung“ ist künftig mit dem neuen OPS-Kode 3-035 abbildbar. Mit diesem Kode soll der hohe personelle (Facharztstandard) und technische Aufwand (B-Flow-Verfahren, Farbdopplersonographie / Farbduplexsonographie, quantitative Messungen und Auswertungen) abgebildet werden, was unmittelbar der künftigen Kalkulation entsprechender angiologischer und gefäßchirurgischer DRGs zugute kommen wird.

Für „Gefäßprothesen mit integriertem Stent“ wurde 2013 der Kode 5-392.6 in der Kategorie „Anlegen eines arteriovenösen Shunts [AV-Shunt]“ eingeführt. Dies war mit dem Hinweistext verbunden, dass bei diesem System ein Schenkel (arteriell) konventionell anastomosiert wird, während der andere, als selbstexpandierender gecoverter Stent ausgebildete Schenkel ohne weitere Maßnahmen die venöse Anastomosierung sicherstellt. Mittlerweile haben sich diese Systeme nicht nur als Dialysehunt bewährt, sondern werden auch bei anderen gefäßchirurgischen Indikationen eingesetzt, wobei auch arterio-arterielle und veno-venöse Interpositionen möglich sind. Um diesem erweiterten Indikationsbereich Rechnung zu tragen, wird dieser Kode in die Kategorie 5-399.- „Andere Operationen an Blutgefäßen“ verschoben und ist künftig als neuer Zusatzkode 5-399.h „Anwendung einer Gefäßprothese mit integriertem Stent“ zu verwenden. Im Hinweistext zu diesem Verfahren werden keine bestimmten Positionen für die Prothesenschenkel mehr genannt (arteriell / venös). Dabei ist zu beachten, dass die jeweilige Gefäßoperation (z. B. 5-392.- „Anlegen eines arteriovenösen Shunts“, 5-393.- „Anlage eines anderen Shunts und Bypasses an Blutgefäßen“) gesondert zu kodieren ist.

Unklarheiten bestanden und bestehen weiterhin bei der Kodierung von „Hybrideingriffen“ am Gefäßsystem. Hier bestehen Auffassungsunterschiede bei den Definitionen von InEK / DIMDI und der gefäßchirurgischen Terminologie. Zumindest für „Hybridverfahren an der Aorta ascendens, Aortenbogen und Aorta thoracica bzw. thoracoabdominalis“ (5-38a.a- bzw. 5-38a.b-) gilt künftig der Hinweis, dass diese Codes auch bei mehrzeitigen Eingriffen anwendbar sind und die Anlage eines Bypasses (Debranching) gesondert zu kodieren ist.

Bei der Behandlung von Varizen wird die „Endoluminale Rotationsablation mit gleichzeitiger Sklerosierung“ mit dem neuen OPS-Kode 5-385.c abgebildet.

Eine wichtige Klarstellung erfolgte bei Revisionseingriffen nach Blutgefäßoperationen. Bei 5-394.1 „Revision einer Anastomose“, 5-394.2 „Revision eines vaskulären Implantates“, 5-394.3 „Wechsel eines vaskulären Implantates“ und 5-394.5 „Revision eines arteriovenösen Shuntes“ wurde bei strenger Auslegung der „monokausalen Kodierung“ nicht deutlich, was für Maßnahmen im Detail durchgeführt worden sind. Hier wird jetzt verbindlich klargestellt: „Spezifisch

kodierbare Eingriffe sind gesondert zu kodieren“. Insbesondere beim Wechsel eines vaskulären Implantates ist dies besonders erlösrelevant, daher bekommt 5-394.3 künftig den Status eines Zusatzkodes. Diese Änderungen sind allerdings als Klarstellungen zu betrachten, so dass auch bereits bisher z. B. der Wechsel eines Gefäßinterponates oder eines Bypasses mit dem erlösbestimmenden spezifischen Kode anzugeben ist (z. B. mit 5-5-393.52 „Femoropoplitealer Bypass“).

Bereits seit 2012 ist die „Implantation eines Defibrillators mit subkutaner Elektrode“ mit 5-377.j kodierbar. Mit der Kategorie 5-378 werden „Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators“ abgebildet, in der bisher allerdings keine spezifischen 6-Steller für Defibrillatoren mit subkutaner Elektrode vorgesehen waren, die daher bisher mit „x“ zu verschlüsseln waren. Künftig ist „g“ an 6. Stelle für diese Systeme vorgesehen. Die Art des Eingriffs (Entfernung, Lagekorrektur, Wechsel von Aggregaten, Sonden oder Kupplungen) wird wie bisher mit der 5. Kodeposition abgebildet.

Eine Systemumstellung eines Herzschrittmachers auf einen Defibrillator mit subkutaner Elektrode wird künftig mit 5-378.bd verschlüsselt.

Systemumstellungen von einem Defibrillator mit subkutaner Elektrode auf Defibrillatoren mit intrakardialer Stimulation werden künftig je nach Art (Einkammer-, Zweikammer, biventrikuläre Stimulation) mit den neuen 6-stellern 5-378.cf bis 5-378.ck abgebildet.

Bei der Implantation von Herzschrittmachern und Defibrillatoren ist die Verwendung von Zusatzkodes beim Einsatz von automatischen Fernüberwachungssystemen (5-377.d) oder zusätzlichen Messfunktionen (5-377.f-) vorgesehen. Diese Zusatzkodes sind künftig auch bei der Implantation eines entsprechenden Ereignisrekorders anwendbar.

Mit 5-377.f- werden künftig auch Systeme mit einer zusätzlichen Stimulationsfunktion kodierbar sein, dafür wurde speziell der Kode 5-377.f4 für den Einsatz einer „quadripolaren Stimulationselektrode“ eingeführt. Andere neue Stimulationsfunktionen sind mit der bereits bestehenden Resteklasse 5-377.fx „sonstige“ zu verschlüsseln.

Thoraxchirurgie

Für die Lebend-Organspende der Lunge wird der Kode 5-324.c neu eingeführt, mit dem die offen-chirurgische Lobektomie abgebildet wird. Andere Resektionen als Lungen-Lebendspende sind mit den entsprechenden Codes aus dem Bereich 5-324.- bzw. 5-325.- (Lobektomie und Bilobektomie der Lunge) zu kodieren, insbesondere bei thorakoskopischem Vorgehen oder einer Bilobektomie. Die neue DRG Z04Z wird in diesen Fällen nur angesteuert, wenn als Hauptdiagnose Z52.80 „Lungenspender“ angegeben wird.

Bei den Codes für die Transplantation bzw. Retransplantation während desselben stationären Aufenthaltes wird künftig zwischen der „kompletten“ Transplantation, womit das gesamte Organ, also beide Lungenflügel gemeint ist (5-335.20 bzw. 5-335.30 bei Retransplantation) und einer „partiellen“ Transplantation (5-335.21 bzw. 5-335.31 bei Retransplantation) unterschieden. Unter „partieller“ Lungentransplantation ist die Transplantation eines Lungenlappens oder eines Lungenflügels zu verstehen.

Herzchirurgie

Mit der Entwicklung innovativer Herzklappenimplantate bzw. -transplantate wird es erforderlich, die Listen der auf der 6. Stelle des OPS-Kodes unterscheidbaren Verfahren sachgerecht anzupassen. So ist jetzt die „mitwachsende“ Herzklappe, ein dezellularisiertes Allotransplantat, in der Kategorie 5-351 „Ersatz von Herzklappen durch Prothese“ mit der Ziffer „7“ an 6. Stelle abzubilden, während bisher für diese Produkte nur ein „x“ an 6. Stelle möglich war

Analog dazu wird in der Kategorie 5-352 „Wechsel von Herzklappenprothesen“ für den Wechsel einer mechanischen oder biologischen Prothese in ein „mitwachsendes“ dezellularisiertes Allotransplantat die 6. Stelle „8“ (statt bisher „x“) eingeführt.

Die anatomische Lokalisation (Aortenklappe, Mitralklappe etc.) und der Zugangsweg (offen chirurgisch, thorakoskopisch) werden wie bisher mit der 5. Stelle abgebildet.

Beim minimalinvasiven transapikalen Aortenklappenersatz wird künftig die Verwendung eines perkutanen apikalen Zugangs- und Verschlusssystems mit 5-35a.02 abbildbar, während 5-35a.01 künftig nur noch für den transapikalen Aortenklappenersatz ohne Verwendung eines perkutanen apikalen Zugangs- und Verschlusssystems anzugeben ist. Beim transapikalen Mitralklappenersatz (5-35a.31) ist diese Differenzierung noch nicht vorgesehen.

Zur Anlage eines aortokoronaren Bypasses werden typischerweise autogene Venentransplantate verwendet. Zur Verbesserung der hämodynamischen Funktion wurden Ummantelungen für die Venentransplantate entwickelt („externes Stabilisierungsnetz“), deren Einsatz jetzt bei der Kodierung zu berücksichtigen ist. Bei den Kategorien 5-361 „Anlegen eines aortokoronaren Bypasses“ und 5-362 „Anlegen eines aortokoronaren Bypasses durch minimalinvasive Technik“ wird die bisherige 6. Stelle „1“ für autogene Venentransplantate ersetzt durch „7“ für autogene Venentransplantate ohne externes Stabilisierungsnetz sowie „8“ für autogene Venentransplantate mit externem Stabilisierungsnetz.

Die Anzahl der Bypässe sowie ggf. der operative Zugang bei minimalinvasiven Verfahren werden wie bisher mit der 5. Stelle des OPS-Kodes abgebildet.

Plastische Rekonstruktionen des Myokards mit bestimmten Implantaten sind bereits mit 5-374.5 kodierbar. Für den Einsatz eines „myokardialen Verankerungssystems“ ist künftig der spezifische Code 5-374.8 verfügbar.

Für ein „Permanent implantierbares extra-aortales Herzunterstützungssystem“ wird die fünfstellige Kategorie 5-376.9- eingeführt. mit den 6. Stellen „0“, „1“ und „4“ werden die Implantation, der Wechsel bzw. die Entfernung des Gesamtsystems abgebildet. Für den isolierten Wechsel der Verbindungsleitung ist die 6. Stelle „2“ vorgesehen, während für den isolierten Wechsel von Verbindungsleitung und epikardialer EKG-Elektrode an 6. Stelle „3“ zu kodieren ist.

Für die „Präkonditionierte und elektrostimierte Kardiomyoplastie“ wird die Kategorie 5-379.c- neu eingeführt. Die Anlage des Systems am Herzen inklusive Implantation des Muskelstimulators und der erforderlichen Sonden und

Elektroden wird mit der 6. Stelle „0“ abgebildet. Für den alleinigen Wechsel des Muskelstimulators wird „1“ angegeben, für eine Revision des Systems ohne Neuanlage von Elektroden „2“, mit Neuanlage „3“ an 6. Stelle.

Da dieser Eingriff üblicherweise eine in situ Präkonditionierung des verwendeten Muskels erforderlich macht, wird für den vorbereitenden Eingriff, die Sondenimplantation z. B. am Musculus latissimus dorsi, der spezifische 6-Steller 5-859.45 eingeführt.

In der Kategorie „Shuntoperationen zwischen großem und kleinem Kreislauf [Links-Rechts-Shunt] war bisher das „zentrale pulmonalarterielle Banding“ mit dem Fünfsteller 5-390.7 kodierbar. Für dieses Verfahren wird eine sechsstellige Differenzierung für „telemetrisch adjustierbare“ Systeme eingeführt (6. Stelle „0“ für nicht telemetrisch adjustierbare Systeme, „1“ für telemetrisch adjustierbare Systeme).

Literatur:

[1] ICD-10-GM 2014 – Systematisches Verzeichnis, Deutscher Ärzteverlag. ISBN 978-3-7691-3537-4

[2] ICD-10-GM 2014 – Alphabetisches Verzeichnis, Deutscher Ärzteverlag. ISBN 978-3-7691-3538-1

[3] OPS 2014 – Systematisches Verzeichnis, Deutscher Ärzteverlag. ISBN 978-3-7691-3539-8

[4] OPS 2014 – Alphabetisches Verzeichnis, Deutscher Ärzteverlag. ISBN 978-3-7691-3540-4

[5] Deutsche Kodierrichtlinien 2014, http://www.g-drg.de/cms/G-DRG-System_2014/Kodierrichtlinien/Deutsche_Kodierrichtlinien_2014

Bartkowski R. Diagnosen- und Prozedurenkodierung 2014: Chirurgisch relevante Änderungen bei ICD-10-GM und OPS. Passion Chirurgie. 2013 Dezember; 3(12): Artikel 04_01.

Autor des Artikels



Dr. med. Rolf Bartkowski

ehem. DRG-Beauftragter von BDC und DGCH

Mitglied des Kuratoriums für Klassifikationsfragen am DIMDI

Forstweg 74

13465 Berlin

[> kontaktieren](#)