

01.12.2012 Vergütung

Diagnosen- und Prozedurencodierung 2013: Chirurgisch relevante Änderungen bei ICD-10-GM und OPS

R. Bartkowski



Mit dieser Übersicht werden alle chirurgisch relevanten Neuerungen der amtlichen Klassifikationen ICD-10 und OPS vorgestellt und kommentiert. Gerade im Bereich der Viszeralchirurgie sind im kommenden Jahr 2013 einige tiefgreifende Änderungen zu beachten, die zum Teil auf Initiative der Fachgesellschaften und der gemeinsamen DRG-Kommission von DGCH und BDC entstanden sind, aber auch im Rahmen des „major updates“ der WHO in die ICD-10-GM eingeflossen sind.

Die relevanten Neuerungen des DRG-Systems 2013 werden hier ebenfalls dargestellt und kommentiert werden, sobald sie von den Gremien der Selbstverwaltung verabschiedet und veröffentlicht worden sind.

Eine umfassende Darstellung der codiersystematik von Kolon- und Rektumresektionen ist in Vorbereitung und wird separat publiziert.

Allgemeines

Diagnosen

Zur Abbildung besonderer Antibiotika-Resistenzen werden für *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae* und *Enterococcus faecalis* weitergehende Differenzierungen eingeführt. Auch diese neuen Sekundärcodes können den Gesamtschweregrad der DRGs steigern und sind somit potentiell erlösrelevant!

Tab. 1: Codierungen für Antibiotika-Resistenzen

Erreger	ICD-10	Resistenzen
Staphylococcus aureus	U80.00 U80.01	Oxacillin oder Methicillin [MRSA] Glykopeptid-Antibiotika, Chinolone, Streptogramine oder Oxazolidinone (sensibel auf Oxacillin oder Methicillin)
Streptococcus pneumoniae	U80.10 U80.11	Penicillin oder Oxacillin Makrolid-Antibiotika, Oxazolidinone oder Streptogramine (sensibel auf Penicillin oder Oxacillin)
Enterococcus faecalis	U80.20 U80.21	Glykopeptid-Antibiotika Oxazolidinone oder mit High-Level-Aminoglykosid-Resistenz (sensibel auf Glykopeptid-Antibiotika)

Prozeduren

Bei der Codierung der Gabe von Frischplasma entfallen künftig die Codes 8-810.0 und 8-810.1 und werden durch 8-812.6- (normales Plasma), 8-812.7- (kryodepletiertes Plasma) und 8-812.8- (pathogeninaktiviertes Plasma) ersetzt. Dabei wird jeweils auch die applizierte Menge mit der 6. Stelle der Codes weiter differenziert:

- 0 1 – 5 Transfusionseinheiten
- 1 6 – 10 Transfusionseinheiten
- 2 11 – 20 Transfusionseinheiten
- 3 21 – 30 Transfusionseinheiten
- 4 31 Transfusionseinheiten und mehr

Viszeralchirurgie

Bauchdeckenhernien

Unter dem Klassentitel „Hernia ventralis“ wurden bisher epigastrische und Narbenhernien gemeinsam klassifiziert und lediglich nach den Kriterien „Einklemmung“ und „Gangrän“ weiter differenziert. Hier werden, ebenfalls unseren Vorschlägen folgend, künftig epigastrische und Narbenhernien unterschieden und darüber hinaus auch parastomale Hernien und sonstige Bauchdeckenhernien abgegrenzt. Umbilikale und paraumbilikale Hernien bleiben dagegen wie bisher K42.- zugeordnet. Das Rezidiv einer operativ versorgten Nabelhernie ist dagegen als Narbenhernie zu klassifizieren.

Eine Codierung der Resteklassen „Nicht näher bezeichnete Hernia ventralis“ (K43.69, .79 und .99) kann und sollten bei der gebotenen Dokumentationsqualität grundsätzlich vermieden werden!

Tab. 2: Neue Systematik der ventralen Hernien

K43.- Hernia ventralis		
ICD	Text	Spezifikation
K43.0	Narbenhernie	mit Einklemmung, ohne Gangrän
K43.1		mit Gangrän
K43.2		ohne Einklemmung und ohne Gangrän bzw. onA.
K43.3	Parastomale Hernie	mit Einklemmung, ohne Gangrän
K43.4		mit Gangrän
K43.5		ohne Einklemmung und ohne Gangrän bzw. onA.
K43.60	Epigastrische Hernie	mit Einklemmung, ohne Gangrän
K43.70		mit Gangrän
K43.90		ohne Einklemmung und ohne Gangrän bzw. onA.
K43.68	Sonstige Hernia ventralis Inkl.: Mittellinienhernie, hypogastrische, Spiegelsche und subxiphoidale Hernie	mit Einklemmung, ohne Gangrän
K43.78		mit Gangrän
K43.98		ohne Einklemmung und ohne Gangrän bzw. onA.
K43.69	Nicht näher bezeichnete Hernia ventralis	mit Einklemmung, ohne Gangrän
K43.79		mit Gangrän

K43.- Hernia ventralis		
K43.99		ohne Einklemmung und ohne Gangrän bzw. onA.

Hämorrhoiden

Den chirurgischen Fachgesellschaften war es bereits seit Einführung der ICD-10 ein wichtiges Anliegen, die völlig antiquierte und z.T. obsoleete ICD-Systematik der Hämorrhoidalerkrankungen neu zu strukturieren. Wegen der unverzichtbaren WHO-Kompatibilität war dies aber nur im Rahmen einer weltweiten Umstellung möglich, die jetzt nach mehrjährigen Vorarbeiten endlich umgesetzt werden konnte. Wir werten dies als erfreuliches Beispiel dafür, wie eine nationale Initiative letztendlich zu einer globalen Umsetzung führen kann und danken in diesem Zusammenhang dem DIMDI für die unablässige Unterstützung unserer Vorschläge.

Rein formal wird zudem der bisherige Codebereich I84.-,Hämorrhoiden“ aus dem Kapitel „Krankheiten des Kreislaufsystems“ in den Bereich K64.- des Kapitels „Krankheiten des Verdauungssystems“ verschoben. Die bisherige, obsoleete Unterscheidung zwischen „inneren“ und „äußeren“ Hämorrhoiden mit diversen Komplikationen wird aufgehoben zugunsten der klinisch relevanten vierstufigen Stadieneinteilung von Hämorrhoiden sowie der Perianalvenenthrombose, die im englischsprachigen Schrifttum offenbar weiterhin mit „external haemorrhoids“ bezeichnet wird. In Tab. 3 sind die klinischen Kriterien der Stadieneinteilung der Hämorrhoiden angegeben. Bei fehlenden klinischen Angaben ist K64.9 zu codieren. Die Komplikation „blutend“ wird bei dieser Einteilung nicht berücksichtigt. Aus klassifikatorischer Sicht bleibt die Resteklasse K64.8 „Sonstige Hämorrhoiden“ problematisch, da sich ja alle „echten“ Hämorrhoiden entweder einem Stadium I bis IV zuordnen lassen oder unter K64.9 fallen. Einzig sinnvoll erscheint hier die Zuordnung von varikösen Krankheitsbildern des Anus zu K64.8, was auch der bisherigen Zuordnung im alphabetischen Verzeichnis entspricht.

Problematisch bleibt die klassifikatorische Abgrenzung eines Analprolapses von viertgradigen Hämorrhoiden. Ein Analprolaps in Verbindung mit viertgradigen Hämorrhoiden sollte mit K64.3 codiert werden, so dass der Code K62.2 „Analprolaps“ für das seltenere Krankheitsbild eines isolierten Analprolapses aus anderer Ursache reserviert bleibt. Dies ist bei der Codierung einer operativen Behandlung relevant, da für Eingriffe bei Hämorrhoiden der OPS-Codebereich 5 493.- maßgeblich ist (cave: Stapler!).

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass, wie bisher, Hämorrhoiden in der Schwangerschaft mit O22.4 und im Wochenbett mit O87.2 zu codieren sind!

Tab. 3: Neue Systematik der Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose

K64.- Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose		
ICD	Text	Hinweis

K64.- Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose		
K64.0	Hämorrhoiden 1. Grades	Hämorrhoiden ohne Prolaps (nur endoskopisch feststellbar), ggf. auch blutend
K64.1	Hämorrhoiden 2. Grades	Hämorrhoiden mit Prolaps beim Pressen, ziehen sich spontan zurück, ggf. auch blutend
K64.2	Hämorrhoiden 3. Grades	Hämorrhoiden mit Prolaps beim Pressen, ziehen sich nicht spontan zurück, manuelle Reposition jedoch möglich, ggf. auch blutend
K64.3	Hämorrhoiden 4. Grades	Hämorrhoiden mit Prolaps, manuelle Reposition nicht möglich, ggf. auch blutend
K64.4	Marisken als Folgezustand von Hämorrhoiden	Anale Marisken
K64.5	Perianalvenenthrombose	Inkl.: Perianales Hämatom
K64.8	Sonstige Hämorrhoiden	z.B. Analvarizen, Venektasie des Anus, variköses Analulkus
K64.9	Hämorrhoiden, nicht näher bezeichnet	Hämorrhoiden ohne Angabe eines Grades, ggf. auch blutend

Anastomosensuffizienz

Die korrekte Klassifizierung von Anastomosensuffizienzen und Nahtinsuffizienzen nach Eingriffen an den Verdauungsorganen war bisher anhand der ICD-10 nicht ohne weiteres nachvollziehbar. Im amtlichen alphabetischen Verzeichnis findet man einen Verweis auf K91.88 „Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert“, der nicht in jedem EDV-Codiersystem offensichtlich wird.

Für die typischen Anastomosensuffizienzen der Viszeralchirurgie sind ab 2013 spezifische Subklassifizierungen dieses Codes verfügbar, so dass eine differenzierte Zuordnung zu den DRGs der Hauptdiagnosegruppe MDC06 „Verdauungsorgane“ oder MDC07 „Leber, Galle, Pankreas“ möglich wird. Um nicht unnötig viele neue Codes zu generieren, wurden zunächst nur Gallenwege, Pankreas und sonstiger Verdauungstrakt voneinander abgegrenzt. Eine genauere Zuordnung ergibt sich aus den entsprechenden OPS-Codes im Falle einer chirurgischen Intervention.

Tab. 4: Neue Systematik der Anastomosensuffizienzen und Nahtinsuffizienzen an den Verdauungsorganen

K91.8- Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert		
ICD	Insuffizienzen von Anastomosen und Nähten nach Operationen:	Beispiele
K91.81	an Gallenblase und Gallenwegen	Choledochus-Stumpfsuffizienz, Insuffizienz einer Choledochostomie, Insuffizienz einer biliodigestiven Anastomose
K91.81	am Pankreas	Insuffizienz einer Pankreatico-Jejunostomie, Insuffizienz einer Pankreato-Jejunostomie
K91.81	am sonstigen Verdauungstrakt (Ösophagus, Magen, Duodenum, Jejunum, Ileum, Kolon, Rektum, Anus)	Insuffizienz einer Gastroenterostomie, Insuffizienz einer Oesophago-Jejunostomie, Insuffizienz einer Ileo-Ileostomie, Insuffizienz einer Ileo-Colostomie, Insuffizienz einer Transverso-Sigmoideostomie, Insuffizienz einer colo-analen Anastomose

Prozeduren

- Bei den diagnostischen Prozeduren wird künftig bei der „Durchführung von Genmutationsanalysen und Genexpressionsanalysen bei soliden bösartigen Neubildungen“ (1 992.-) die Anzahl der analysierten genetischen Alterationen weiter differenziert.
- Für die „In-vitro-Bestimmung des Genexpressionsprofils mittels RNA aus Monozyten des peripheren Blutes bei Zustand nach Transplantation“ wird der Code 1-994 neu eingeführt.
- Eine Cholangiographie über eine liegende T-Drainage kann künftig mit 3-13c.2 codiert werden. Bei intraoperativer Darstellung ist zusätzlich 3-992 anwendbar.
- Zur Behandlung der Adipositas wird die biliopankreatische Diversion mit Duodenal-Switch bekanntlich mit 5-434.4- abgebildet. Wenn dieser Eingriff zweizeitig durchgeführt wird, ist für die erste Sitzung je nach Zugang ein Code aus dem Bereich 5-434.5- und in der zweiten Sitzung mit 5-434.6- zu verschlüsseln. Nun kann es mitunter sinnvoll sein, nach Durchführung des ersten Parts, der Herstellung des Schlauchmagens (Sleeve Resection), auf die zweite Sitzung ganz zu verzichten. Um auch diese Fälle widerspruchsfrei abbilden zu

können, wird die Einschränkung bei 5-434.5- „als vorbereitender Eingriff für eine biliopankreatische Diversion mit Duodenal-Switch (erste Sitzung)“ gestrichen. Diese Codes können daher sowohl im Falle eines zweizeitigen Vorgehens als auch bei definitiver Beschränkung auf die Sleeve Resection verwendet werden.

- Ein neues Produkt zur Behandlung der Stuhlinkontinenz ist mit einem magnetischen System verfügbar geworden. Dieses besteht aus einer Kette aus magnetischen Titanelementen, die im Bereich des Musculus sphincter ani implantiert wird. Zur Abgrenzung gegenüber hydraulischen Systemen und der andersartigen Wechseloperationen werden daher separate Codes für die Implantation eines hydraulischen Systems (5-496.90) und eines magnetischen Systems (5-496.91) eingeführt. Der Wechsel eines magnetischen Systems wird mit dem neuen Code (5-496.a5) abgebildet, die Entfernung sowohl hydraulischer als auch magnetischer Systeme mit 5-496.b.
- Ein weiteres neues Produkt zur Behandlung eines therapieresistenten Aszites steht mit einem implantierbaren Pumpensystem zur Verfügung, mit welchem der Aszites in die Blase abgeleitet und per viam naturalis ausgeschieden wird. Für dieses System ist der Code 5-549.6 neu eingeführt worden.
- Die Systematik der Zusatzcodes zur Angabe der Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung (5-932.-) werden inhaltlich neu gegliedert, da „biologisches Material“ nicht grundsätzlich teilresorbierbar oder resorbierbar sein muss. Die sechsstellige Unterteilung von 5-932.1- wird daher künftig aufgehoben. Mit 5-932.1 wird dann nur noch „(Teil-) resorbierbares synthetisches Material“ abgebildet, während „Biologisches Material (Inkl.: Xenogenes Material, Kollagen)“ dem neuen Code 5-932.3 zugeordnet wird.

Bei den unter 5-932.0- aufgeführten „nicht resorbierbaren Materialien“ wird die (nicht abschließende) Liste mit PVDF (Polyvinylidenfluorid) ergänzt.

Erweiterte Darmresektionen

Im OPS wurde von Anfang an (seit 1994) Kolon- und Rektumresektionen u.a. nach dem Kriterium „Erweiterte Resektion mit Entfernung von Nachbarorganen“ differenziert. Unklarheiten bei der Bestimmung der relevanten Nachbarorgane hatten in den letzten Jahren zu kontroversen Diskussionen und Anpassungen durch das DIMDI geführt (Omentum, Lymphknoten) – aktuell ist die Bewertung einer zusätzlichen Cholezystektomie oder Appendektomie strittig. Häufig werden dagegen die resezierten Nachbarorgane einzeln codiert, aber die berechnete Codierung einer „erweiterten Resektion“ versäumt. Dies führt in der Regel zu Erlösverlusten, da die DRG-Gruppierungen zur Zeit noch nicht durch die Codes der Zusatzeingriffe sondern lediglich durch die Codierung der Darmresektion (5-455.- vs. 5-458.- bzw. 5-484.5- vs. 5-484.7-) getriggert werden. Daher kann es auch nicht verwundern, dass mittlerweile die Codierung und Abrechnung von „erweiterten Resektionen“ regelhaft geprüft werden.

Zur Beseitigung der bestehenden Redundanzen werden ab 2013 alle Codes für „erweiterte Resektionen“ ersatzlos gestrichen. Es handelt sich dabei um den gesamten Bereich 5-458.- „Erweiterte Kolonresektion mit Entfernung von Nachbarorganen“ sowie 5-484.7- „Erweiterte anteriore Resektion mit Entfernung von Nachbarorganen“. Die Abbildung der Erweiterungen geschieht ohne Informationsverlust wie bisher durch die entsprechenden Zusatzcodierungen, z.B. 5

454.20 bei einer Ileum-Segmentresektion, 5-413.10 bei einer Splenektomie oder 5-502.0 bei einer Lebersegmentresektion. Die Grouper-Algorithmen werden künftig diese Angaben entsprechend berücksichtigen.

Ein weiteres Problem besteht in fehlenden Definitionen der Resektionsgrenzen bei Hemikolektomien, Transversum- und Sigmaresektionen, wobei zudem eine terminologische Überschneidung mit der chirurgischen Auffassung des Begriffes „erweiterte Kolonresektion“ offenkundig wird. Da die Codierung mit 5-455.8 „Resektion mehrerer benachbarter Dickdarmabschnitte [Subtotale Kolonresektion]“ in der Regel zu höher vergüteten DRGs führt, ist Klarstellungsbedarf gegeben. Als Lösung werden klare Abgrenzungen eingeführt und die Kategorie 5 455.8- künftig in klinisch relevante Kombinationen benachbarter Dickdarmabschnitte aufgeteilt.

Bedeutsam ist, dass in Analogie zum Tumor-Lokalisationsschlüssel der WHO die linke und rechte Kolonflexur vom Colon transversum und Colon ascendens bzw. descendens abgegrenzt werden bzw. anteilig den jeweiligen Kolonabschnitten zuzuordnen sind. Eine Transversumresektion kann somit auch codiert werden, wenn eine oder beide Flexuren erhalten geblieben sind. Als Abgrenzung gegenüber einer „Segmentresektion“ wird jedoch für die Codierung einer Transversumresektion die Resektion von mindestens drei Viertel des Transversums verlangt.

Bei einer Kolonresektion unter Einbeziehung des Transversums sowie bei Gastrektomien wird das Omentum majus zwangsläufig mitreseziert. In diesen Fällen ist daher keine zusätzliche Omentektomie zu codieren. Sollte jedoch eine Omentumresektion als eigenständiger Eingriff durchgeführt werden, so steht hierfür derzeit der Code 5-543.2 zur Verfügung. Künftig werden partielle Omentektomien (5-543.20) von totalen Omentektomien (5-543.21) abgrenzbar sein, wobei auch subtotale Omentektomien letzterem Code zugeordnet werden. Zusätzliche Omentumresektionen können sich erlössteigernd auswirken!

Eine Sigmaresektion kann nur als „Sigmaresektion“ mit 5-455.7- verschlüsselt werden, wenn mindestens drei Viertel des Sigmas reseziert worden sind. Anderenfalls ist der Eingriff als „Segmentresektion“ zu klassifizieren (5-455.0-).

Tab. 5: Neue Systematik der partiellen Dickdarmresektionen (Zugang und Art der Rekonstruktion werden wie bisher mit der 6. Stelle codiert)

5-455.- Partielle Resektion des Dickdarmes		
OPS	Text	Hinweis
5-455.0-	Segmentresektion	<i>unverändert</i> , z.B. Resektion der linken oder rechten Flexur, Resektion von weniger als jeweils drei Viertel des Colon transversum, des Colon sigmoidale, des Colon ascendens oder des Colon descendens
5-455.1-	Multiple Segmentresektionen	<i>unverändert</i>
5-455.2-	Ileozökalresektion	<i>unverändert</i>

5-455.- Partielle Resektion des Dickdarmes		
5-455.3-	Zäkumresektion	<i>unverändert</i>
5-455.4-	Resektion des Colon ascendens mit Coecum und rechter Flexur	<i>Entspricht einer Hemikolektomie rechts</i>
5-455.5-	Resektion des Colon transversum	Resektion von mindestens drei Viertel des Colon transversum (ohne oder mit Resektion von rechter und/oder linker Flexur)
5-455.6-	Resektion des Colon descendens mit linker Flexur	<i>Entspricht einer Hemikolektomie links</i>
5-455.7-	Sigmaresektion	Resektion von mindestens drei Viertel des Colon sigmoideum, ggf. mit intraperitonealen Rektumanteilen
5-455.9-	Resektion des Colon ascendens mit Coecum und rechter Flexur und Colon transversum	Resektion des Colon ascendens mit Coecum, rechter Flexur und mindestens drei Viertel des Colon transversum (ohne oder mit Resektion der linken Flexur), <i>entspricht einer Hemikolektomie rechts mit Transversumresektion</i>
5-455.a-	Resektion des Colon descendens mit linker Flexur und Colon transversum	Resektion des Colon descendens mit linker Flexur und mindestens drei Viertel des Colon transversum (ohne oder mit Resektion der rechten Flexur), <i>entspricht einer Hemikolektomie links mit Transversumresektion</i>
5-455.b-	Resektion des Colon descendens und Colon sigmoideum	Resektion von mindestens drei Viertel des Colon descendens und des Colon sigmoideum (ohne oder mit Resektion der linken Flexur)
5-455.c-	Resektion des Colon ascendens, transversum und descendens mit Coecum und rechter und linker Flexur	Hemikolektomie rechts und links mit Transversumresektion, <i>entspricht einer subtotalen Kolonresektion</i>

5-455.- Partielle Resektion des Dickdarmes		
5-455.d-	Resektion des Colon transversum, Colon descendens mit linker Flexur und Colon sigmoideum	Hemikolektomie links mit Resektion von mindestens drei Viertel des Colon transversum oder rechter Flexur und des Colon sigmoideum, <i>entspricht einer subtotalen Kolonresektion</i>
5-455.x-	Sonstige	<i>unverändert</i>
5-455.y	N.n.bez.	<i>unverändert</i>

Rektumresektionen

Auch bei der Codierung von Rektumresektionen wird ab 2013 eine klassifikatorische Altlast bereinigt: Die Abgrenzung von „hohen anterioren“ gegenüber „anterioren“ Rektumresektionen war bisher nicht eindeutig definiert und führte zu uneinheitlichen Codierungen. Da diese Unterscheidung kaum nachvollziehbar und klinisch unnötig ist, werden die Codes 5-484.4- künftig entfallen. „Hohe“ anteriore Resektionen, die extraperitoneale Rektumanteile betreffen, werden als „anteriore Resektionen“ mit den bestehenden Codes 5-484.3- abgebildet. Sollte nur eine intraabdominale Rektummanschette ohne extraperitoneale Anteile reseziert werden, ist dies als „Segmentresektion“ mit 5-484.0- zu codieren.

Für „tiefe Resektionen“ bleibt die Codierung mit 5-484.5- unverändert, ebenso 5-484.6- für „tiefe Resektionen mit peranaler Anastomose“. Unter einer „peranal Anastomose“ ist die handgenähte perianale Anastomose (Parks) bzw. evertierte Anastomosentechnik (Durchzug) zu verstehen. Eine perianale Anastomose mittels Klammernahtgerät wird dagegen 5-484.5- zugeordnet, ein entsprechender Hinweis ist hier künftig in den OPS als Klarstellung aufgenommen worden.

Enterostomata

Für die Anlage von Enterostomata (5-463.-) sind künftig Codiermöglichkeiten bei zusätzlicher Gewebeverstärkung durch alloplastisches Material vorgesehen. Leider war dieser Vorschlag nicht mit den chirurgischen Fachgesellschaften koordiniert und ist eigentlich nur bei wenig relevanten Sonderfällen (Bishop-Koop, Duodenostomie bzw. Jejunostomie als Ernährungsfistel) einsetzbar. Für die typische Kolostomie sind die Codes 5-463.2- dagegen in der Praxis kaum anwendbar, da eine Stoma-Anlage in der Regel mit dem Code der Darmresektion abgebildet wird (6. Stelle) oder es sich um eine Kolostomie „als selbständiger Eingriff“ (5-460.- bzw. 5-461.-) oder „als protektive Maßnahme im Rahmen eines anderen Eingriffs“ (5-462.-) handelt. Da zur Abbildung der Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz oder Gewebeverstärkung bereits Zusatzcodes verfügbar und ohnehin anzuwenden sind (siehe oben: 5-932.-) ist eine weitergehende Differenzierung der Enterostomie-Codes redundant und verzichtbar.

Wichtig ist allerdings der neue Hinweis bei Enterostoma-Rückverlagerungen, dass „die aus operationstechnischen Gründen erforderliche Mitresektion einer Manschette“ im Code enthalten ist. Hiermit wird klargestellt, dass in den Codes der Stoma-Rückverlagerungen die übliche Anfrischung bzw. Darmresektion und Anastomosierung enthalten ist

und im Regelfall keine Darmresektionen zusätzlich codierbar sind. Sollten es besondere Situationen jedoch erforderlich machen, dass ein ganzes Darmsegment reseziert werden muss, wäre dies separat als Segmentresektion codierbar (Kolon: 5-455.01 bzw. 5-455.05, Ileum: 5-454.20 bzw. 5-454.21). „Segmente“ definieren sich über die versorgenden Gefäßarkaden, wobei es hilfreich sein kann, wenn im OP-Bericht die anatomische Situation genau beschrieben ist.

Operationen an Haut und Unterhaut

- Exzisionen an Haut und Unterhaut, die eine Fläche von mehr als 4 cm² umfassen oder ein Volumen von mehr als 1 cm³, werden bekanntlich als „*Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut*“ mit einem Code der Kategorie 5-895.- verschlüsselt. Für eine plastische Defektdeckung sind die Fünfsteller 5-895.5- bzw. 5-895.6- (ohne / mit histographischer Kontrolle) vorgesehen. Die bisherige Definition dieser beiden Fünfsteller („mit Transplantation oder Transposition“) war leider missverständlich und wurde uneinheitlich angewandt. Zur Klarstellung wird künftig der Begriff „Transposition“ durch „lokale Lappenplastik“ ersetzt.
- Beim chirurgischen Wunddebridement (5-896.-) wird künftig auch das „ultraschallbasierte Vorgehen“ explizit benannt, so dass mit dieser Klarstellung alle Zweifel ausgeräumt sein sollten, dass es sich dabei um ein „chirurgisches“ Verfahren handelt.
- Bei einer Wundbehandlung durch Vakuumversiegelung ist die Dauer der Sogbehandlung bekanntlich separat zu codieren. Bisher konnte dabei allerdings nicht unterschieden werden, ob zur Erzeugung des Unterdruckes ein spezielles Pumpensystem, eine einfache Absaugvorrichtung oder gar nur Unterdruckflaschen verwendet wurden. Um dies künftig differenzieren zu können, wird die bisherige Kategorie 8-190.1- „*Kontinuierliche Sogbehandlung bei einer Vakuumversiegelung*“ gestrichen und durch 8-190.2- „*Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumversiegelung*“ sowie 8-190.3- „*Kontinuierliche Sogbehandlung mit sonstigen Systemen bei einer Vakuumversiegelung*“ ersetzt.

Unter Pumpensystemen im Sinne des neuen Codes 8-190.2- sind nur mechanische Pumpensysteme mit kontinuierlicher Druckkontrolle zu verstehen.

Andere Systeme sowie Redon-Flaschen werden dagegen 8-190.3- zugeordnet.

- Für die Dauer der Sogbehandlung gilt bei beiden neuen Kategorien die bisherige Differenzierung mit der sechsten Codestelle:

0 bis 7 Tage

1 8 bis 14 Tage

2 15 bis 21 Tage

3 mehr als 21 Tage

In diesem Zusammenhang sei auch darauf hingewiesen, dass als Dauer der Sogbehandlung „Behandlungstage“ zu verstehen sind und nicht jeweils „vollendete 24 Stunden“. Dies hat zur Folge, dass die Dauer einer z.B. am Monatsersten um 16:00 Uhr begonnene Vakuumtherapie, die bis zum 8. Tag desselben Monats um 8:00 Uhr läuft, mit 8-190.21 als 8-tägige

Behandlung codiert wird, obwohl die exakte Behandlungsdauer nur 160 Std. = 6,67 Tage betragen hat. Für die Zukunft kommt es darauf an, dass diese Berechnungsweise einheitlich eingehalten wird, insbesondere auch von den Kalkulationskrankenhäusern.

- Für die neue Modifikation der Vakuumtherapie durch intermittierende Instillationen in den Wundbereich („Spül-VAC“) ist künftig der neue Zusatzcode 8-179.3 vorgesehen, allerdings nur einmal pro stationären Aufenthalt. Dieser ist zusätzlich zum Code für die Dauer der pumpenbetriebenen Sogbehandlung (8-190.2-) anzugeben, nicht aber bei sonstigen Sogsystemen. Als Dauer der Sogbehandlung ist die gesamte Dauer der Vakuumtherapie zu werten. Instillationszeiten und Einwirkungszeiten, während denen kein Sog angewendet wird, sind dabei grundsätzlich zu berücksichtigen. Insofern ist die Bezeichnung der Codes 8-190.2- *„Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumversiegelung“* irreführend und darf bei intermittierenden Spülbehandlungen nicht wörtlich genommen werden. Eine entsprechende Klarstellung wird im kommenden Vorschlagsverfahren zu beantragen sein.

Unfallchirurgie und orthopädische Chirurgie

Diagnosen

Bedingt durch die schematische Konstruktion diverser Diagnosencodes am Bewegungsapparat wurden etliche fünfstellige ICD-Codes geschaffen, die unter klinischen Aspekten unnötig oder gar unmöglich sind. Ein Teil wurde nunmehr identifiziert und ersatzlos gestrichen, so dass hier keine unsinnigen Codierungen mehr möglich sind:

- Bei einem freien Gelenkkörper im Kniegelenk ist eine weitergehende Differenzierung der Lokalisation unsinnig, alle bisherigen Fünfsteller (M23.40 bis M23.49) werden künftig durch den Viersteller M23.4 ersetzt.
- Ein Scheibenmeniskus tritt als Außen- oder Innenmeniskus auf. Ein Vorder- oder Hinterhorn kann bei einem Scheibenmeniskus gerade nicht abgegrenzt werden. Daher sind die Codes M23.11, .12, .14 und .15 sinnlos und werden gestrichen.
- Eine chronische Instabilität des Kniegelenkes betrifft die Kreuz- und Kollateralbänder, nicht jedoch die Menisci. Daher sind bei M23.5- die Lokalisationen Vorder-/Hinterhorn des Innen- bzw. Außenmeniskus sowie die Fünfsteller M23.55 und .56 sinnlos und werden gestrichen.
- Mit der Rubrik M23.8- werden „sonstige Binnenschädigungen des Kniegelenkes“ klassifiziert. Da „sonstige Meniskusschäden“ bereits M23.3- zugeordnet sind, können diese nicht gleichzeitig auch unter M23.8- „sonstige Binnenschäden des Kniegelenkes“ abgebildet sein. Daher sind bei M23.8- die Lokalisationen Vorder-/Hinterhorn des Innen- bzw. Außenmeniskus sowie die Fünfsteller M23.85 und .86 sinnlos und werden gestrichen.

Prozeduren

- Als neue diagnostische Prozedur wird die instrumentelle 3D-Funktionsanalyse der Wirbelsäule in den OPS aufgenommen. Dabei wird zwischen einer Kurzzeitmessung (1-799.0)

und einer Langzeitmessung über mindestens 12 Stunden (1-799.1) unterschieden.

- Bei der Rekonstruktion von Sehnen (ausgenommen an der Hand!) wird für die Rekonstruktion mit alloplastischem Material die neue Kategorie 5-854.a- eingeführt. Die Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz oder Gewebeverstärkung ist auch hier mit einem Code aus dem Bereich 5-932.- (siehe oben) gesondert zu codieren.
- Bei den Osteosynthesen werden zwei bedeutsame Klarstellungen vorgenommen:
 - *„Eine Schraubenosteosynthese ist eine Osteosynthese, die nur mit einer oder mehreren Schrauben, ggf. mit zusätzlicher Unterlegscheibe, erfolgt.“* Daraus folgt, dass auch bei Verwendung mehrerer Schrauben bei der Osteosynthese einer Fraktur die Schraubenosteosynthese nur einmal codiert werden darf.
 - *„Eine Plattenosteosynthese ist eine Osteosynthese, die mit einer Platte und den Schrauben, die zur Fixierung der Platte benötigt werden, erfolgt.“* Daraus folgt, dass bei Verwendung von mehr als einer Platte bei der Osteosynthese einer Fraktur für jede Platte eine separate Codierung vorzunehmen ist. Dies ist z.B. bei Y-Frakturen des distalen Humerus von erheblicher Erlösrelevanz.
- Für die Verwendung von thermomechanischem Osteosynthesematerial (Nitinol, Formgedächtnis-Legierungen) wird der neue Zusatzcode 5-937 eingeführt, der ergänzend zu dem eigentlichen Osteosynthesecode (5-786.- bzw. aus dem Bereich 5-79) anzugeben ist.
- Bei Arthrodesen (5-808.-) wird folgender klarstellende Hinweis eingefügt:
 - *„Eine (Keil-)Resektion/(Keil-)Osteotomie der Gelenkflächenanteile zur Achsenkorrektur ist nicht gesondert zu codieren.“*
Da im Rahmen von Arthrodesen typischerweise die Gelenkflächen reseziert werden, würde eine zusätzliche Codierung der Osteotomien bzw. Knochenresektionen dem Prinzip der monokausalen Codierung widersprechen.
- Wechseleingriffe nach Gelenkersatz können ein- oder mehrzeitig erfolgen. Für den einzeitigen Wechsel sind für alle entsprechenden Gelenke bereits spezifische Codes verfügbar (z.B. unter 5 821.- oder 5-823.-), bei mehrzeitigem Wechsel ist jedoch der Mehraufwand bei der Implantation derzeit nicht darstellbar, da dieselben Codes wie bei einer Erstimplantation verwendet werden. Um hier eine bessere Abbildung zu erreichen, wird folgender Zusatzcode neu eingeführt:
 - 5-829.n *„Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation“*
Der Begriff „vorherig“ bezieht sich dabei auf den Primäreingriff in einer früheren OP-Sitzung, der zu einem beliebigen zurückliegenden Zeitpunkt stattgefunden haben kann, keinesfalls jedoch in derselben Operationssitzung.
- Der schon seit Jahren strittige Begriff der „modularen Endoprothese“ wird nun (hoffentlich) unmissverständlich definiert. Ferner werden künftig für modulare Endoprothesen sowie

patientenindividuell angefertigte Knochen- oder Gelenkimplantate separate Zusatzcodes eingeführt. Der künftig entfallende Zusatzcode 5-829.d wird durch 5-829.k *„Implantation einer modularen Endoprothese oder (Teil-)Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation und ggf. Knochen(teil)ersatz“* bzw. 5-829.m *„Implantation von oder (Teil-) Wechsel in ein patientenindividuell angefertigtes Implantat“* ersetzt.

- Unter einem „Teilwechsel“ einer modularen Endoprothese ist der Wechsel einer kompletten gelenkbildenden Komponente zu verstehen, nicht der Wechsel einzelner Module oder metallischer Einzelbauteile.

Als Kriterien für die Modularität wird vorgegeben:

„Eine gelenkbildende Implantatkomponente muss aus mindestens 3 metallischen Einzelbauteilen bestehen, die in ihrer Kombination die mechanische Bauteilsicherheit der gesamten Prothese gewährleisten. Der Aufsteckkopf der Endoprothese wird nicht mitgezählt.“

Mit dieser Definition zählt also auch eine „Verbindungsschraube“, wenn die Verwendung vom Hersteller zwingend vorgeschrieben ist.

Auch zur geforderten „knöchernen Defektsituation“ finden sich neue Regelungen:

Der knöcherne Defekt muss an der knöchernen Struktur lokalisiert sein, an der der modulare Teil der Prothese implantiert wird.

Eine alleinige Osteoporose ohne pathologische Fraktur (ICD-10-GM-Code M81.-) ist keine knöcherne Defektsituation. Ebenfalls keine knöcherne Defektsituation liegt bei einer operationsbedingten Resektion eines gelenktragenden Anteils vor.

Für patientenindividuell angefertigte Implantate gilt zudem noch die Festlegung, dass mit dem Code 5-829.m keine patientenindividuell angefertigten Implantate bei Arthrosedeformitäten zu codieren sind. In diesen Fällen dürfte allerdings stets die Codierung als Sonderprothese (CAD) möglich sein (z.B. 5-820.2- bzw. 5-822.9-).

Wirbelsäulenchirurgie

Prozeduren

- Bei der Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe (5-831.-) war es bisher nicht möglich, zu unterscheiden, ob ein freier Sequester oder eine Bandscheibe exzidiert wurden. Für die alleinige Entfernung freier Sequester werden neue Codes eingeführt: 5-831.9 *„Entfernung eines freien Sequesters ohne Endoskopie“* sowie 5-831.a *„Entfernung eines freien Sequesters mit Endoskopie“*. Bei Entfernung eines Sequesters in Kombination mit einer Bandscheibenexzision ist die Sequesterentfernung nicht gesondert codierbar.
- Bei Spondylodesen (5-836.-) werden zwei bedeutsame Klarstellungen eingefügt:
 - *„Ein zusätzlich durchgeführter Wirbelkörperersatz durch Implantat oder durch sonstige Materialien ist gesondert zu codieren (5-837.0-, 5-837.a-)“*

Dadurch ist klargestellt, dass im Umkehrschluss bei einem Wirbelkörperersatz (z.B. Obelisk®) gleichzeitig auch eine Spondylodese codiert werden kann.

- „Exkl.: Komplexe Rekonstruktion der Wirbelsäule (5-837.1, 5-837.2, 5-837.3, 5-837.4, 5-837.5, 5-837.6, 5-837.7, 5-837.8, 5-837.9, 5-838.-)“

Hieraus folgt, dass bei den aufgezählten Verfahren die Spondylodese im jeweiligen Code bereits vollständig abgebildet ist und nicht mit einem Code aus 5-836.- zusätzlich angegeben werden darf.

- Als neues Verfahren wird die „*Korrektur einer Wirbelsäulendeformität durch Implantation von extrakorporal expandierbaren Stangen*“ neu aufgenommen und je nach Anzahl der Implantate mit einem Code aus 5-838.e0 (ein Implantat) bis 5-838.e3 (vier und mehr Implantate) abgebildet.

Gefäßchirurgie

Prozeduren

- Die Implantation von Prothesen im Bereich der Aorta, des Aortenbogens, der Aorta thoracica oder Aorta thoracoabdominalis mit Hybridverfahren, die bisher mit den Codes 5-384.b- und 5-384.c- zugeordnet waren, werden künftig aus Gründen der Systematik als „*Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen*“ mit den neuen Codes 5-38a.a0 bis .a2 bzw. 5-38a.b0 bis .b2 codiert. Die Zuordnung zu dem Zusatzentgelt 2013-50 „*Implantation einer (Hybrid)-Prothese an der Aorta*“ bleibt unverändert.
- Bei der Anlage einer Cimino-Fistel wird künftig berücksichtigt, ob die Vena basilica vorverlagert wird: 5-392.10 „*Ohne Vorverlagerung*“, 5-392.11 „*Mit Vorverlagerung*“. Ferner wird für eine innere AV-Fistel mit autologer Vene der neue Code 5-392.5 geschaffen. Für Gefäßprothesen mit integriertem Stent („Nitinol-Koppler“) ist der neue Code 5-392.6 vorgesehen. Dieser ist von einer „*Inneren AV-Fistel mit alloplastischem Material*“ abzugrenzen, bei der keine Anastomosen genäht werden (5-392.3).
- Die endoluminale Einlage von gecoverten Stents (Stent-Grafts bzw. Stent-Prothesen) bei Läsionen der Aorta setzt in der Regel den Einsatz großlumiger peripherer Schleusen voraus, die anschließend einen Naht- oder Clipverschluss der Einführungsstelle erforderlich machen. Bei der Codierung dieser Implantate herrscht häufig Unklarheit, ob ein Code aus dem Bereich 8-842.- „*Perkutan-transluminale Implantation von nicht-medikamenten-freisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft)*“ oder 5-38a.- „*Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen*“ zu wählen ist. Die Codierung ist dabei erlösrelevant, da unterschiedliche DRGs und Zusatzentgelte ausgelöst werden. Hier konnte eine Übereinkunft erzielt werden, dass künftig alle Stent-Grafts an der Aorta nicht mehr mit Codes aus den Bereichen 8-842.- bzw. 8-848.- zu codieren sind, sondern ausschließlich im Bereich 5-38a.- abgebildet werden. Damit werden auch alle Sonderformen (Seitenarme, Fenestrierungen) einheitlich codierbar und lösen ohne Einschränkungen die dafür vorgesehenen Zusatzentgelte aus (ZE2013-53).

- Bei der endovaskulären Implantation von Endoprothesen kann die Fixierung einzelner Prothesen aneinander durch „Verschraubung“ mittels eines speziellen Gerätes durchgeführt werden. Hierfür ist künftig der Zusatzcode 5-98c.4 anzuwenden.
- Für die perkutane Anlage eines portosystemischen Shunts (TIPPS) sind ungecoverte und gecoverte Stents bzw. Stentprothesen verfügbar, die deutliche Kostenunterschiede aufweisen. Um dies künftig abbilden zu können, wird der bisherige Code 8-839.80 gestrichen und durch 8 839.86 für ungecoverte Stents bzw. 8-839.87 für gecoverte Stentprothesen ersetzt.

Thoraxchirurgie

Prozeduren

- Als neues therapeutisches Verfahren wird die „*Bronchoskopische Radiofrequenzablation an der Bronchialmuskulatur*“ mit dem Code 5-320.5 in den OPS aufgenommen.
- Bei der „*Destruktion von erkranktem Lungengewebe*“ (5-339.2-) kann künftig zwischen „*perkutaner Thermoablation*“ (5-339.20) und „*bronchoskopischer thermischer Dampfablation*“ (5 339.20) unterschieden werden.
- Bei der Behandlung eines Lungenemphysems durch „*bronchoskopische Einführung eines polymerisierenden Hydrogelschaumes*“ wird künftig nach der Anzahl der behandelten pulmonalen Subsegmente unterschieden (5-339.70 bis .73).

Herzchirurgie

Prozeduren

Beim Einsatz der Herz-Lungen-Maschine wird auf die generelle zusätzliche Codierbarkeit einer intraaortalen Ballonokklusion (8-851.-) hingewiesen.

- Für den offen chirurgischen prothetischen Ersatz oder Wechsel von Aorten-, Mitral-, Pulmonal- und Trikuspidalklappe wird für den „*Einsatz eines ballonexpandierenden Xenotransplantates mit Fixierungsnähten*“ jeweils ein eigenständiger Code geschaffen (5-351.-, 6. Stelle „6“ bzw. 5-352.-, 6. Stelle „7“). Dieses Implantat ist von den bereits codierbaren „*nahtfreien selbstexpandierenden Xenotransplantaten*“ abzugrenzen.
- Für den offen chirurgischen Verschluss eines erworbenen Vorhofseptumdefektes wird der Code 5-374.7 neu eingeführt. Bisher war nur der Verschluss eines erworbenen Ventrikelseptumdefektes spezifisch codierbar (5-374.6) sowie der Septumverschluss bei angeborenen Herzfehlern (5-356.-).
- Aus dem NUB-Verfahren 2012 (25 antragstellende Kliniken) wurde die Anlage eines „*apikoaortalen Conduits mit bioklappentragender Gefäßprothese*“ übernommen und dem neuen Code 5-379.a zugeordnet.

- Grundlegend überarbeitet wurde die Codierung von lungenunterstützenden sowie kombiniert herz- und lungenunterstützenden Systemen (ECMO, minimalisierte Herz-Lungen-Maschine).

Die Kategorie 8-852.0- wird folgendermaßen präzisiert: Veno-venöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung.

Die Kategorie 8-852.3- wird folgendermaßen präzisiert: Anwendung einer minimalisierten Herz-Lungen-Maschine Inkl.: ECLS, veno-arterielle extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) mit Herzunterstützung, veno-venös-arterielle extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) mit Herzunterstützung.

Damit wird klargestellt, dass eine veno-venöse Kanülierung als reine Lungenunterstützung mit 8 852.0- zu codieren ist, während bei veno-arterieller Kanülierung grundsätzlich eine zusätzliche Herzunterstützung vorliegt, die als minimalisierte HLM der Kategorie 8-852.3- zugeordnet wird.

Bei allen Verfahren sind perkutane und offen chirurgische Kanülierungen möglich. Die perkutane Kanülierung wird nicht gesondert codiert, abgesehen bei Verwendung eines perkutanen doppellumigen Katheters (Zusatzcode 8-852.4).

Für die offen chirurgische Implantation und Entfernung der Kanülen werden in der Kategorie 5 37b.- neue Codes geschaffen, die nach Lokalisation und Anzahl der implantierten Kanülen differenzieren.

Zu beachten ist, dass bei einer ausschliesslichen Kreislaufunterstützung durch ein Pumpensystem ohne Oxygenator dieses als „extrakorporale Pumpe“ klassifiziert wird. Die offen chirurgische Kanülierung des Herzens oder zentraler Gefäße wird dann mit einem Code aus 5-376.20 bzw. 5-376.30 verschlüsselt und die Anwendungsdauer mit einem Code aus 8-83a.1- bzw 8-83a.2- angegeben.

Tab. 6: Neue Systematik für die offen chirurgische Kanülierung bei ECMO und Mini-HLM

OPS	Offen chirurgische Implantation und Entfernung von Kanülen für die Anwendung eines extrakorporalen (herz- und) lungenunterstützenden Systems mit Membranoxygenation	Anzahl der Kanülen
5-37b.00	Herz und/oder zentrale Gefäße über Sterno- oder Thorakotomie	1
5-37b.01		2
5-37b.02		≥3
5-37b.10	periphere Gefäße ohne Gefäßprothese	1
5-37b.11		2

OPS	Offen chirurgische Implantation und Entfernung von Kanülen für die Anwendung eines extrakorporalen (herz- und) lungenunterstützenden Systems mit Membranoxygenation	Anzahl der Kanülen
5-37b.12		≥3
5-37b.20	periphere GefäÙe mit GefäÙsprothese	1
5-37b.21		2
5-37b.22		≥3
5-37b.30		1
5-37b.31	Entfernung von Kanülen	2
5-37b.32		≥3

Literatur erhalten Sie auf Anfrage über die E-Mail passion_chirurgie@bdc.de.

Bartkowski R. Diagnosen- und Prozedurenkodierung 2013: Chirurgisch relevante Änderungen bei ICD-10-GM und OPS. Passion Chirurgie. 2012 Dezember; 2(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](#)