

01.12.2011 DRG

# DRG-Kodierung 2012 – chirurgisch relevante Änderungen der Diagnosenklassifikation ICD-10-GM und der Prozedurenklassifikation OPS

R. Bartkowski



Für die DRG-Kommission der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und des Berufsverbandes Deutscher Chirurgen sowie der AG Chirurgie der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS)

Mit diesem Übersichtsartikel sollen die wichtigsten Neuerungen vorgestellt werden, die bei der Kodierung für die chirurgischen Fachgebiete relevant sind.

Auch in diesem Jahr wurden vom DIMDI die Aktualisierungen der amtlichen Klassifikationen ICD-

10-GM und OPS zeitgerecht publiziert. Durch die sehr frühzeitige Bekanntgabe der Änderungen in einer unverbindlichen Vorabversion hatten alle Beteiligten im Gesundheitswesen ausreichend Zeit zur Vorbereitung auf die wesentlichen Neuerungen. In der Endversion des OPS fanden sich noch einige Ergänzungen insbesondere bei den (zusatzentgeltfähigen) Medikamenten. Allerdings machte ein Fehler bei der Auflistung der Dosisklassen bei Catumaxomab einen Rückruf der bereits publizierten OPS-Dateien erforderlich, so dass die definitive Version erst seit dem 26.10.2011 verfügbar ist.

Leider haben die Partner der Selbstverwaltung, GKV-Spitzenverband und DKG, den Zeitplan zur Bekanntgabe der Details des G-DRG-Systems 2012 nicht eingehalten. Die bereits seit August intern vorliegenden neuen Entgeltkataloge und die Fallpauschalenvereinbarung 2012 mit den Abrechnungsbestimmungen wurden nicht, wie in den Vorjahren üblich, Ende September unterzeichnet und publiziert, da Detailfragen zur Finanzierung der Pflegekomplexmaßnahmen (PKMS) nicht vereinbart werden konnten. Es ist schon als Rücksichtslosigkeit gegenüber den anderen Beteiligten im Gesundheitswesen zu werten, dass der Dissens über ein Detail zu einer Blockade des gesamten Fallpauschalen-Paketes geführt hat und auf eine Konfliktlösung auf dem Verordnungsweg durch eine Ersatzvornahme des Bundesministeriums für Gesundheit spekuliert wurde. Die verbleibende Zeit zur Vorbereitung auf das G-DRG-System 2012 ist dadurch äußerst knapp geworden, wodurch sich aufgrund der notwendigen Softwareanpassungen (Groupier) nicht nur für die IT-Verantwortlichen zusätzliche Belastungen ergeben. Wenigstens die Kodierrichtlinien (DKR) wurden verzögert separat veröffentlicht, wobei die dort vorgenommenen Änderungen wie in den Vorjahren nur spärlich sind.

Zwischenzeitig ist die Fallpauschalenvereinbarung 2012 mit den Abrechnungsregeln ohne nennenswerte inhaltliche Veränderungen von der Selbstverwaltung unterzeichnet und veröffentlicht worden. Mit der offiziellen Herausgabe der Entgeltkataloge und der Definitionshandbücher ist allerdings erst im Dezember zu rechnen. Die wichtigsten Änderungen für die chirurgischen Fachgebiete werden wir sobald wie möglich an dieser Stelle erläutern.

## ICD-10 Version 2012

Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens wurden 79 Anträge zur ICD-10 eingebracht und in der Arbeitsgruppe ICD des Kuratoriums für Klassifikationsfragen im Gesundheitswesens unter Federführung des DIMDI bearbeitet. An diesen Arbeiten war auch der Autor als Vertreter der chirurgischen Fachgesellschaften beteiligt. Nicht alle Anträge konnten als grundsätzlich sinnvoll bewertet werden. Einige Vorschläge, z. B. zur seit Jahren verhandelten Klassifizierung chronischer Wunden nach Wundfläche und Tiefenausdehnung und zur Kodierung von Komplikationen medizinischer Behandlungen wurden erneut vertagt, da die Arbeitsgruppe keinen Konsens erzielen konnte. Umgesetzt wurden letztendlich nur ca. 20 % aller Vorschläge, nicht zuletzt auch um die Kompatibilität zur internationalen WHO-Version nicht zu verletzen.

## Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis

Die Codes aus dem Bereich I80.- unterscheiden bisher u. a. zwischen Thrombosen der oberen und unteren Extremitäten. Dabei werden an den oberen Extremitäten die oberflächlichen und tiefen Venen nicht weiter differenziert. An den unteren Extremitäten wird zwar zwischen oberflächlichen und tiefen Venen unterschieden, ein spezifischer Code existiert jedoch nur für die Vena femoralis. Ab 2012 erlaubt eine weitergehende fünfstellige Differenzierung die spezifische Abbildung der Beckenvenenthrombose mit dem Code I80.20, während für sonstige tiefe Gefäße der unteren Extremität (z. B. V. poplitea) die Restklasse I80.28 verbleibt.

Bei Thrombosen der oberen Extremitäten wird künftig zwischen oberflächlichen Gefäßen, zu denen V. cephalica und V. basilica zählen (I80.80) und tiefen Gefäßen wie V. axillaris, V. subclavia (I80.81) unterschieden. Sonstige Lokalisationen einer Thrombose werden mit der Restklasse I80.88 abgebildet, sofern es keine spezifischen Codes gibt. Weitere spezifische Codes gibt es z. B. für eine Thrombose der Vena cava (I82.2), der Nierenvenen (I82.3), der Pfortader (I81) und, neu ab 2012, der Milzvenen (I82.80).

Zu beachten ist die Kodierung einer Phlebitis an der oberen Extremität als Komplikation einer Infusionstherapie bzw. eines Venenkatheters. Diese spezifischen Codes sind mit einem Komplikationscode, z. B. T80.1 „Gefäßkomplikationen nach Infusion, Transfusion oder Injektion zu therapeutischen Zwecken“ oder T82.5 „Mechanische Komplikationen durch sonstige Geräte und Implantate im Herzen und in den Gefäßen“ kombinierbar.

## Muskelhämatom

Bei der Abbildung von Blutungen am Bewegungsapparat ist zwischen traumatischer und nicht-traumatischer Genese zu unterscheiden. Spontane Muskelhämatome, z. B. unter Antikoagulantientherapie, sind ab 2012 den Restklassen-Codes M62.8- „Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten“ zugeordnet, wobei die Lokalisation, an der 5. Stelle des Codes abgebildet wird, z. B. Muskulatur des Oberschenkels: M62.85.

Ein traumatisches Muskelhämatom wird je nach Ätiologie als Gefäßverletzung (z. B. am Oberschenkel: S75.8) oder als Muskelverletzung (z. B. am Oberschenkel: S76.4) verschlüsselt. Abzugrenzen sind ferner Hämatome der Haut und

Unterhaut, die als „Prellung“ (oberflächliche Verletzung) zu kodieren sind (z. B. am Oberschenkel: S70.1).

## Komplikationen durch Implantate

Für Infektionen und entzündliche Reaktionen durch interne Prothesen, Implantate oder Transplantate im Nervensystem ist ab 2012 der spezifische Kode T85.72 verfügbar. An Implantaten können hier z. B. Stimulationssonden, Liquordrainagen, aber auch Nerventransplantate oder „Nervenröhrchen“ (s. u.) betroffen sein.

## OPS Version 2012

Die Erweiterungen am OPS sind auch in diesem Jahr wieder recht umfangreich ausgefallen, was insbesondere den zahlreichen neuen, Zusatzentgelt-fähigen Medikamenten und den damit verbundenen differenzierten Codes für die Dosisklassen zuzuschreiben ist. Insgesamt wurden 660 neue OPS-Kodes geschaffen, es ist aber auch die Streichung von 210 Kodes zu verzeichnen durch Wegfall bestimmter Medikamente bzw. Erlöschen der entsprechenden Zusatzentgelte. Von den 310 Anträgen aus dem Vorschlagsverfahren wurden knapp 50 % umgesetzt, wobei die Anträge der chirurgischen Fachgesellschaften überwiegend Berücksichtigung fanden.

## Viszeralchirurgie

Bei der Korrektur parastomaler Hernien (5-464.5-) sowie der plastischen Rekonstruktion der Bauchwand z. B. bei Rektusdiastase oder Fisteln (5-546.2) wurde der Hinweis ergänzt, dass die Art eines eventuell verwendeten Materials für Gewebeersatz oder Gewebeverstärkung mit einem Kode aus 5-932.- gesondert zu kodieren ist. Da die Verwendung dieser alloplastischen bzw. xenogenen Materialien z. T. mit hohen Sachmittelkosten verbunden ist, sollte diese Zusatzkodierung hinsichtlich künftiger Kostenkalkulationen keinesfalls versäumt werden.

Für die endoskopische submukosale Dissektion (ESD) am Dünndarm bzw. Dickdarm, die von der bereits kodierbaren endoskopischen Mukosaresektion abzugrenzen ist, werden die neuen Codes 5-451.74 bzw. 5-452.24 eingeführt. Zur Behandlung des gastroösophagealen Refluxes sind zirkuläre Magnetsysteme verfügbar, die laparoskopisch oder offen chirurgisch um den distalen Ösophagus gelegt werden können und einen Reflux verhindern, die Boluspassage jedoch nicht beeinflussen. Für Implantation und Wechsel bzw. Revision und Entfernung dieser innovativen Systeme sind die Codes 5-429.p- bzw. 5-429.q- vorgesehen, die auf der 6. Stelle noch den offen chirurgischen oder laparoskopischen Zugang berücksichtigen.

Zur Reduktion der Resorptionsfläche bei der Behandlung der Adipositas kommen sogenannte „Schlauchendoprothesen“ zum Einsatz, die im Bereich des proximalen Dünndarms eingelegt werden. Neue OPS-Kodes wurden für diese Produkte allerdings nicht definiert, da sie den bereits bestehenden Codes für Einlage, Wechsel oder Entfernung einer nichtselbstepandierenden Prothese am Darm zugeordnet werden können – entsprechende Hinweise sind in den OPS aufgenommen worden.

Für die Implantation, Revision, Entfernung sowie Sonden-Neuanlage von Magenschrittmachern sind die Codes 5-449.n-, 5-449.p- und 5-449.q- bereits verfügbar. Ab 2012 findet sich bei diesen Codes der klarstellende Hinweis, dass auch die innovativen nahrungsaufnahmegetriggerten Gastrostimulatoren mit diesen Codes abgebildet werden können. Bei laparoskopischen Eingriffen verwenden einige Operateure den sogenannten „Single-Port“, der es ermöglicht, über lediglich einen gemeinsamen umbilikalen minimal-invasiven Zugang mehrere Arbeitskanäle nutzen zu können. Der Einsatz derartiger Systeme ist künftig mit 5-986.2 kodierbar.

Bei den Zusatzkodes für die Anwendung linearer Klammernahtgeräte (5-98c.0 *offen chirurgisch* bzw. 5-98c.1 *laparoskopisch oder thorakoskopisch*) ist eine redaktionelle Korrektur vorgenommen worden und die Kodierung nun grundsätzlich bei intrathorakaler bzw. intraabdominaler Anwendung möglich. Bisher war die Kodierung auf die Anwendung am Gastrointestinal- bzw. Respirationstrakt beschränkt, so dass z. B. bei urologischen oder gynäkologischen Eingriffen lineare Klammernahtgeräte nicht kodierbar waren.

## Mammachirurgie – Drüsenkörper

Die Systematik der OPS-Kodierung des Mamma-Karzinoms wird 2012 grundlegend umgestellt. Hintergrund sind entsprechende Anträge im Vorschlagsverfahren, die bedauerlicherweise mit den chirurgischen Fachgesellschaften nicht im Vorfeld abgestimmt worden waren. Einige Abbildungsschwächen konnten zwar noch verbessert werden, jedoch bleiben die ökonomischen Auswirkungen bei der DRG-Gruppierung noch zu untersuchen – unerwünschte Verzerrungen sind leider nicht auszuschließen.

Die Grundidee ist durchaus zu begrüßen: Bisher berücksichtigte die Klassifikationssystematik den Umfang der Mammaresektion sowie mehr oder weniger differenziert das Ausmaß einer eventuellen Lymphadenektomie. Eine durchgängige systematische Abbildung gemäß Level-Einteilung der Axilla war bisher nicht möglich. Das neue Konzept splittet die Kodierung der Mammaresektion und der Lymphadenektomie, sodass diese Teileingriffe mit voneinander unabhängigen Codes zu verschlüsseln sind. Aus diesem Grunde werden alle bisherigen Codes, die Mammaresektionen kombiniert mit Lymphadenektomie abbilden, gestrichen, es sind dies 5-871.-, 5-873.- und 5-875.-.

Es verbleiben 5-870.- *Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe*, 5-872.- *(Modifizierte radikale) Mastektomie* und 5-874.- *Erweiterte (radikale) Mastektomie mit Resektion an den Mm. pectorales majores et minores und Thoraxwandteilresektion*. Eine Lymphadenektomie, die in gleicher Sitzung ausgeführt wird, ist zusätzlich mit einem Code aus 5-401.- (einzelne Lymphknoten, Sentinel), 5-404.- (regionale Lymphadenektomie) oder 5-407.- (radikale / systematische Lymphadenektomie) anzugeben.

Die Codes für partielle Resektionen (5-870.-) gelten nunmehr unabhängig davon, ob eine zusätzliche Lymphadenektomie durchgeführt worden ist oder nicht, inkludieren also auch die Inhalte des entfallenden Vierstellers 5-871. Es sind aber auch Änderungen an den Codes selbst vorgenommen worden. Auf die bisherige Unterscheidung zwischen lokalen Exzisionen und Konusexzisionen wird künftig verzichtet. Die Codes 5-870.0 und 5-870.1 entfallen und werden unter der Bezeichnung „Lokale Exzisionen“ mit dem neuen Code 5-870.9- abgebildet, der auch für Exzisionsbiopsien und Tumorektomien zu verwenden ist. Der wenig aussagekräftige Begriff „Tumorektomie“ sollte jedoch möglichst vermieden werden, insbesondere in Situationen, die eher als Segment- oder Quadrantenresektion bzw. Lumpektomie zu klassifizieren wären.

Auch auf die klassifikatorische Unterscheidung zwischen Lumpektomie, Segmentresektion und Quadrantenresektion wird künftig verzichtet, sodass die entsprechenden Codes 5-870.3, 5-870.4 und 5-870.5 gestrichen werden. Sie werden ersetzt durch den neuen Code 5-870.a- *Partielle Resektion*.

Für alle partiellen Resektionen (5-870.-) wird neu eine sechsstellige Differenzierung eingeführt, mit der die Art der Defektkorrektur abgebildet werden soll. Es wird folgende Systematik für die 6. Kodeposition eingeführt, die jedoch nur bei den mit 5-870.a- zu kodierenden partiellen Resektionen (Segment- und Quadrantenresektion, Lumpektomie) vollem Umfang anwendbar ist. Bei Duktektomien, lokalen Destruktionen und Exzisionen liegen aufgrund der

entstehenden Gewebdefekte die Bedingungen größerer Defektdeckungen im Sinne der Sechssteller 2 bis 7 niemals vor, so dass hier auf diese Sechssteller verzichtet wurde.

6-Steller bei allen lokalen und partiellen Resektionen (5-870.-)	
0	Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation
1	Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von bis zu 25 % des Brustgewebes (bis zu 1 Quadrant)
Folgende 6. Stellen nur bei „partiellen“ Resektionen (Segment, Lump, Quadrant)	
5-870.a2	Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von mehr als 25 % des Brustgewebes (mehr als 1 Quadrant)
5-870.a3	Defektdeckung durch tumoradaptierte Mastopexie
5-870.a4	Defektdeckung durch lokale faszio- oder myokutane Lappenplastik aus dem brustumgebenden Haut- und Weichteilgewebe
5-870.a5	Defektdeckung durch tumoradaptierte Mammareduktionsplastik
5-870.a6	Defektdeckung durch gestielte Fernlappenplastik
5-870.a7	Defektdeckung durch freie Fernlappenplastik mit mikrochirurgischem Gefäßanschluss
5-870.ax	Sonstige

Der bisherige Code 5-870.8 für die tumoradaptierte Mammareduktionsplastik entfällt, da diese Variante im Rahmen partieller Resektionen durch die 6. Stelle „5“ abgebildet wird (5-870.a5). Die tumoradaptierte Reduktionsplastik wird definiert als „formverändernder Eingriff an der Brust im Sinne einer Mastopexie mit Verkleinerung der Brust sowie zusätzlicher Resektion von gesundem Brustgewebe“.

Auch für die Mastopexie wird eine Definition geliefert: „Eine Mastopexie ist ein formverändernder Eingriff an der Brust im Sinne einer Straffung mit Resektion von Haut und mit (Re-)Zentrierung des Mamillen-Areola-Komplexes“. Aus diesen Definitionen ist abzuleiten, dass Mammareduktionsplastik und Mastopexie stets mit einer Hautresektion und (Re-) Zentrierung des Mamillen-Areola-Komplexes verbunden sein müssen.

Kritisch zu analysieren bleiben die ökonomischen Auswirkungen der Abbildung aufwändiger Rekonstruktionen durch gestielte oder freie Fernlappenplastiken. Dies wurden bisher mit speziellen Codes aus dem Bereich 5-885 abgebildet und triggerten in relativ hoch vergütete DRGs. Ob dies bei den neuen Sechstellern weiterhin so sein wird, gilt es noch zu analysieren.

Mastektomien (inkl. modifiziert radikal) werden künftig ausschließlich mit dem Viersteller 5-872 abgebildet, ebenfalls unabhängig davon, ob eine zusätzliche Lymphadenektomie durchgeführt worden ist oder nicht. Die Inhalte des entfallenden Vierstellers 5-873 sind somit auch hier inkludiert. Für die Rekonstruktionen des Gewebedefektes wird hier allerdings keine sechsstellige Differenzierung eingeführt, sondern auf eine entsprechende Zusatzkodierung (5-885.- bzw. 5-886.-) verwiesen.

„Erweiterte“ Mastektomien (5-874) sind dadurch charakterisiert, dass zusätzlich Resektionen an den Pektoralis-Muskeln bzw. der Thoraxwand vorgenommen werden. Auch hier entfällt künftig die weitere Differenzierung gemäß dem Ausmaß der Lymphadenektomie, da diese separat zu kodieren ist. Auch der bisherige Viersteller 5-875 kann aus diesem Grunde entfallen. Die fünfstellige Systematik wird durch die differenzierte Abbildbarkeit von Teilresektionen und kompletten Resektionen der Mm. pectorales majores et minores sowie Differenzierung von oberflächlichen und tiefen Thoraxwandteilresektionen erweitert.

5-874	Erweiterte (radikale) Mastektomie mit Resektion an den Mm. pectorales majores et minores und Thoraxwandteilresektion
5-874.0	Mit Teilresektion des M. pectoralis major
5-874.1	Mit Teilresektion der Mm. pectorales majores et minores
5-874.2	Mit kompletter Resektion der Mm. pectorales maj. et min.
5-874.4	Mit Teilresektion des M. pectoralis minor
5-874.5	Mit kompletter Resektion des M. pectoralis major
5-874.6	Mit kompletter Resektion des M. pectoralis minor
5-874.7	Mit oberflächlicher Thoraxwandteilresektion (Thoraxwandmuskulatur)
5-874.8	Mit tiefer Thoraxwandteilresektion
5-874.x	Sonstige
5-874.y	N.n.bez.

Eine oberflächliche Thoraxwandresektion betrifft nur Haut, Unterhaut und Muskulatur der Thoraxwand, während eine tiefe Thoraxwandresektion stets eine Rippenresektion beinhaltet. Für die Rekonstruktionen des Gewebedefektes wird auch hier keine sechsstellige Differenzierung eingeführt, sondern ebenfalls auf eine entsprechende Zusatzkodierung (5-885.- bzw. 5-886.-) verwiesen. Auch die Systematik der „subkutanen Mastektomie“ wird neu strukturiert und der bisherige Viersteller 5-876 durch den neu gegliederten Viersteller 5-877 ersetzt.

5-877	Subkutane Mastektomie und hautsparende Mastektomieverfahren
5-877.0	Subkutane Mastektomie
5-877.1-	Hautsparende Mastektomie [SSM] mit kompletter Resektion des Drüsengewebes
.10	Ohne weitere Maßnahmen
.11	Mit Straffung des Hautmantels
.12	Mit Straffung des Hautmantels und Bildung eines gestielten Corium-Cutis-Lappens
.1x	Sonstige
5-877.2-	Mamillenerhaltende Mastektomie [NSM] mit kompletter Resektion des Drüsengewebes
.20	Ohne weitere Maßnahmen
.21	Mit Straffung des Hautmantels durch Mastopexie
.22	Mit Straffung des Hautmantels durch Mastopexie und Bildung eines gestielten Corium-Cutis-Lappens
.2x	Sonstige
5-877.x	Sonstige
5-877.y	N.n.bez.

Für die Rekonstruktionen des Hautmantels wird eine sechsstellige Differenzierung eingeführt. Bezüglich der Rekonstruktion des Brustdrüsenverlustes wird auf die entsprechende Zusatzkodierung (5-885.- bzw. 5-886.-) verwiesen.

Erklärungsbedürftig ist der Unterschied zwischen einer „subkutanen Mastektomie“ im Sinne des Kodes 5-877.0 und der „mamillenerhaltenden Mastektomie ohne weitere Maßnahmen (5-877.20). Bei letzterer muss eine Hautresektion vorliegen, anderenfalls wären lediglich die Bedingungen des Kodes 5-877.0 erfüllt.

## Mammachirurgie – Plastische Rekonstruktion

Die Kodes für plastische Operationen zur Vergrößerung der Mamma (5-883) werden künftig an 6. Stelle weiter differenziert, um die Verwendung von gewebeverstärkendem Material abzubilden. Auf die zusätzliche Kodierung des Materials mit einem Kode aus 5-932.- sei auch an dieser Stelle noch einmal ausdrücklich hingewiesen. Die Kodes 5-

883.3 bis 5-883.5 (Implantation einer Alloprothese nach Mastektomie) werden aus Gründen der Systematik in den Bereich 5-886 *Andere plastische Rekonstruktion der Mamma* verschoben, denn eine Rekonstruktion nach Mastektomie ist nicht als Operationen zur *Vergrößerung* der Mamma zu betrachten. Bei den neuen Codes für die Rekonstruktion der Mamma durch eine Alloprothese wird zunächst unterschieden, ob es sich um eine primäre oder sekundäre Rekonstruktion nach Mastektomie handelt. Ferner wird die Prothesenlokalisierung (subkutan/submammär, subpectoralen, sonstiges) sowie die Verwendung gewebeverstärkenden Materials berücksichtigt. Gestrichen wird der bisherige Code 5-886.1, da dieser Leistungsinhalt entweder mit den neuen Sechsstellern bei den partiellen Mammaresektionen (5-870.-) oder mit den anderen Codes bei 5-886 abgebildet wird. Als neues Rekonstruktionsverfahren wird noch die Mastopexie als selbstständiger Eingriff (5-886.2) ergänzt, wofür die selbe Definition gilt, wie bereits oben zitiert.

5-886	Andere plastische Rekonstruktion der Mamma
5-886.0	Naht (nach Verletzung) <i>Inkl.:</i> Wunddebridement
5-886.2-	Mastopexie als selbstständiger Eingriff <i>Inkl.:</i> Lifting der Mamma
.20	Mit freiem Brustwarzentransplantat
.21	Mit gestieltem Brustwarzentransplantat
.2x	Sonstige
5-886.3-	Primäre Rekonstruktion mit Alloprothese, subkutan
.30	Ohne gewebeverstärkendes Material
.31	Mit gewebeverstärkendem Material
5-886.4-	Primäre Rekonstruktion mit Alloprothese, subpektoral
.40	Ohne gewebeverstärkendes Material
.41	Mit gewebeverstärkendem Material
5-886.5-	Primäre Rekonstruktion mit Alloprothese, sonstige
.50	Ohne gewebeverstärkendes Material
.51	Mit gewebeverstärkendem Material

5-886.6-	Sekundäre Rekonstruktion mit Alloprothese, subkutan
.60	Ohne gewebeverstärkendes Material
.61	Mit gewebeverstärkendem Material
5-886.7-	Sekundäre Rekonstruktion mit Alloprothese, subpektoral
.70	Ohne gewebeverstärkendes Material
.71	Mit gewebeverstärkendem Material
5-886.8-	Sekundäre Rekonstruktion mit Alloprothese, sonstige
.80	Ohne gewebeverstärkendes Material
.81	Mit gewebeverstärkendem Material
5-886.x	Sonstige
5-886.y	N.n.bez.

Auch beim Wechsel einer Mammaprothese (5-889.2-, 5-889.3- und 5-889.4) sowie der Implantation eines Hautexpanders (5-889.5-) wird künftig auf der 6. Stelle eine Differenzierung der Rekonstruktion vorgenommen:

0	ohne Verschluss durch alloplastisches Material / Deckung durch autogenes Material
1	Verschluss / Deckung durch alloplastisches Material.

Gegebenenfalls ist auch hier die Art des verwendeten Materials mit einem Zusatzcode aus 5 932.- zu kodieren, z. B. 5-932.11 *Biologisches teilresorbierbares Material zum Gewebeersatz*.

## Mammachirurgie – Lymphknoten

Bei der Kodierung der Exzision einzelner Lymphknoten (5-401) ist ab 2012 klargestellt, dass diese Codes auch bei Entfernung mehrerer Sentinel-Lymphknoten zu benutzen sind und in dieser Situation nicht die Bedingungen einer regionalen Lymphadenektomie (5-402 bzw. 5-406) erfüllt sind. Ansonsten wird die Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region durchaus als regionale Lymphadenektomie kodiert, aber eben nicht bei einer speziellen Sentinel-Lymphonodektomie mit entsprechendem Markierungsverfahren. Wenn allerdings nach einer Sentinel-Lymphonodektomie noch eine regionale oder radikale Lymphadenektomie folgt, ist diese selbstverständlich zusätzlich zu verschlüsseln – auch diese Klarstellung wurde im OPS ergänzt.

An Lokalisationen für die Exzision einzelner Lymphknoten wurde die offen chirurgische Entfernung parasternaler Lymphknoten ergänzt und dem neuen Kode 5 401.g- zugeordnet. Auch für diesen Kode gilt die sechsstellige Differenzierung, mit der eine eventuelle Markierung im Rahmen einer Sentinel-Lymphonodektomie. Bei regionalen und radikalen, systematischen Lymphadenektomien im Bereich der Axilla wird eine weitergehende Differenzierung an sechster Stelle unter Berücksichtigung des Levels eingeführt. Diese Unterteilungen gelten sowohl bei Lymphadenektomien, die im Rahmen eines anderen Eingriffs (in der Regel Mammaresektion oder Mastektomie) oder als selbstständiger Eingriff (zweizeitig nach Mammaresektion oder Mastektomie) durchgeführt werden.

Für 5-402.1-, 5-403.0-, 5-406.1- und 5-407.0- gelten folgende sechsstelligen Differenzierungen:

Abbildung der Lymphadenektomie bei 5-402.1-, 5-403.0-, 5-406.1- und 5-407.0-	
0	Ohne Zuordnung eines Levels <i>Hinw.:</i> Dieser Kode ist bei Tumoren anzuwenden, bei denen es keine Levelteilung der axillären Lymphadenektomie gibt
1	Level 1 <i>Hinw.:</i> Eine axilläre Lymphadenektomie Level 1 bezieht sich auf die Lymphknoten lateral des lateralen Randes des M. pectoralis minor
2	Level 1 und 2 <i>Hinw.:</i> Eine axilläre Lymphadenektomie Level 2 bezieht sich auf die Lymphknoten zwischen lateralem und medialem Rand des M. pectoralis minor und auf die interpektoralen Lymphknoten
3	Level 1, 2 und 3 <i>Hinw.:</i> Eine axilläre Lymphadenektomie Level 3 bezieht sich auf die apikalen Lymphknoten und auf die Lymphknoten medial des medialen Randes des M. pectoralis minor
x	Sonstige

Zu beachten ist, dass die Levelteilung für Mammakarzinome definiert ist. Bei anderen Tumorentitäten (z. B. Malignes Melanom der oberen Extremität) ist die Levelteilung ggf. nicht anzuwenden.

## Unfallchirurgie und orthopädische Chirurgie

Im Bereich der Unfallchirurgie sind einige Klarstellungen vorgenommen worden, mit denen Abrechnungsstreitigkeiten vermieden und ein einheitliches Kodierverhalten sichergestellt werden soll. So wurden vereinzelt bei Verriegelungsnägeln die Verriegelungsschraube(n) separat als Schraubenosteosynthese kodiert und dadurch ggf. eine

Höhergruppierung und Erlössteigerung bewirkt. Da bereits auf Kodeebene zwischen Verriegelungsnägeln und sonstigen Marknägeln unterschieden wird, ist diese Kodierung und Erlössteigerung nicht gerechtfertigt. Als Klarstellung wurde daher bei den Codes 5-786.5-, 5-786.7-, 5-790.4-, 5-790.5-, 5-791.5-, 5-791.7-, 5-792.5-, 5-792.7-, 5-793.a- und 5-794.a- der Hinweis „Inkl.: Proximale und distale Verriegelungsschrauben oder -bolzen“ aufgenommen.

Auch bei der Zuordnung verschiedener intramedullärer Osteosyntheseverfahren gab es in der Vergangenheit abrechnungsrelevante Auffassungsunterschiede. In Abstimmung mit den zuständigen Fachgesellschaften wurden neben dem sogenannten Federnagel auch die mit Ender-Nagel, Prevot-Nagel, Nancy-Nagel, Rush-Pin, ESIN, TEN oder ECMES bezeichneten Implantate der Gruppe „Mit intramedullärem Draht“ zugeordnet. Dieser Hinweis wurde bei allen betroffenen Kategorien ergänzt (5-786.g-, 5-787.g-, 5-790.2-, 5-791.g-, 5-792.g-, 5-793.g-, 5-794.g-, 5-795.g- und 5-796.g-). Bei der mit diesen Änderungen verbundenen systematischen Durchsicht der Klassifikationssystematik fielen Definitionslücken auf, die mit beseitigt wurden. So existierten bisher gar keine spezifischen Codes für die Kodierung von Osteosynthesen durch intramedullären Draht bei Mehrfragmentfrakturen an langen Röhrenknochen (neu: 5-792.g-) sowie von einfachen Frakturen und Mehrfragmentfrakturen an kleinen Knochen wie z. B. Metacarpale oder Klavikula (neu: 5-795.g- bzw. 5-796.g-).

Auch ein eigenständiger Code für die zweifellos nicht häufige Situation einer offenen Reposition einer Mehrfragmentfraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens ohne Osteosynthese war bisher, im Gegensatz zur „einfachen Fraktur“, nicht verfügbar und wurde nun mit dem Code 5-794.h- neu geschaffen.

Die Kodierung von Stellschrauben bei Sprunggelenksverletzungen mit Syndesmosebeteiligung erfolgt bisher nicht einheitlich. Als Klarstellung wurde für den Code 5-869.2 *Einbringen von Osteosynthesematerial bei Operationen am Weichteilgewebe* explizit der Hinweis „Inkl.: Einbringen einer Stellschraube bei Sprunggelenksverletzung mit Syndesmosebeteiligung“ aufgenommen. Als neue Produkte sind beschichtete Osteosynthesematerialien und Endoprothesen verfügbar, die künftig mit Zusatzcodes abgebildet werden. Antibiotika-beschichtetes Osteosynthesematerial wird ergänzend mit 5-935.0 kodiert, entsprechende Endoprothesen mit 5-829.j0. Sonstige Beschichtungen werden zunächst nicht weiter differenziert (z. B. Silber, Hydroxylapatit) und mit den jeweiligen Restklassen (5-935.x bzw. 5-829.jx) abgebildet.

Für den sogenannten „rotationsstabilen Schraubenanker mit Gleithülsenplatte“ wurde kein eigenständiger OPS-Code geschaffen, sondern mit einem „Inklusivum“ den dynamischen Kompressionsschrauben zugeordnet. Betroffen sind die Kategorien 5-790.8-, 5-793.5- und 5-794.4-.

Bei der Rekonstruktion von Nervenverletzungen mit Substanzdefekt sind sogenannte „Nervenröhrchen“ verfügbar, für die jetzt auch spezifische OPS-Kodes geschaffen wurden:

5-058.4-	Rekonstruktion mittels Nervenröhrchen (Nerven-Conduit)
0	Nerven Arm
1	Nerven Hand

2	Nerven Bein
3	Nerven Fuß
X	Sonstige

Bei der Kodierung der Replantation von amputierten Gliedmaßen (5-860 bzw. 5-861) gilt die Rekonstruktion mittels Nervenröhrchen wie eine Nervennaht.

## Wirbelsäulenchirurgie

Die Abbildung von Eingriffen an der Wirbelsäule ist äußerst komplex und führt immer wieder zu abrechnungsrelevanten Fehlkodierungen und Missverständnissen sowohl bei Leistungserbringern als auch beim MDK. Um hier für klarere Verhältnisse zu sorgen, haben die betroffenen Fachgesellschaften eine Überarbeitung der problembehafteten Codes initiiert, die im Wesentlichen ab 2012 umgesetzt worden ist.

Vor allem die unterschiedliche Kodierung von Osteosynthesen nach Indikation (bei Frakturen mit 5-833.- bzw. 5-834.- und bei Spondylodesen mit 5-835.-) war für einen Großteil der Fehlkodierungen ursächlich. Diese Unterscheidung wird künftig aufgehoben, die Kategorien 5-833.- und 5-834.- sind ab 2012 komplett gestrichen und in eine neue Kategorie (5-83b) verlagert worden, ebenso die Codes im Bereich 5-835.0 bis 5-835.8-. Die Codes für den Knochenersatz an der Wirbelsäule (5-835.9 bis 5-835.e) sind von den Änderungen dagegen nicht betroffen.

Die neue Kategorie 5-83b ist „*Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule*“ benannt, wobei weder zwischen den Indikationen noch zwischen dem Zugang (offen chirurgisch, geschlossen bzw. minimal-invasiv) unterschieden wird. Auch Systeme zur dynamischen Stabilisierung, z. B. im Sinne eines Schrauben-Stab-Systems, werden mit dieser Kategorie verschlüsselt, wobei noch der Zusatzcode 5 83w.1 ergänzend anzugeben ist.

Die mit der neuen Kategorie 5-83b abgebildeten Osteosyntheseverfahren entsprechen denen, die bisher auch bei den nun gestrichenen Kategorien vorgesehen waren. Auch der „Fixateur externe“ ist jetzt hier aufgeführt, da zwischen offenen und geschlossenen Repositionen nicht mehr unterschieden wird. Dagegen entfällt künftig der „Fixateur interne“, da dieses System klassifikatorisch z. B. von einem Schrauben-Stab-System nicht eindeutig abgrenzbar war und daher keine einheitliche Kodierung erreicht werden konnte. Da bei der DRG-Gruppierung der Fixateur interne 2011 jedoch zu niedrigeren Erlösen geführt hat, war allein schon aus diesem Grund eine klassifikatorische Bereinigung überfällig.

5-83b	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule
5-83b.0-	Durch Drahtcerclage
5-83b.1-	Durch Klammersystem

5-83b.2-	Durch Schrauben
5-83b.3-	Durch ventrales Schrauben-Platten-System
5-83b.4-	Durch dorsales Schrauben-Platten-System
5-83b.5-	Durch Schrauben-Stab-System
5-83b.6-	Durch Hakenplatten
5-83b.7-	Durch intervertebrale Cages
5-83b.8-	Durch „Fixateur externe“ Hinw.: Der Zugang ist hier nicht gesondert zu kodieren Die Extension der Wirbelsäule ist gesondert zu kodieren (8-41 ff.)
5-83b.x-	Sonstige
5-83b.y	N.n.bez.

Die Anzahl der betroffenen Segmente ist bei Osteosyntheseverfahren (außer bei 5 83b.y) auf der sechsten Stelle nach folgender Liste zu kodieren:

0	1 Segment
1	2 Segmente
2	3 Segmente
3	4 oder mehr Segmente

Der operative Zugang zur Wirbelsäule ist dennoch zusätzlich anzugeben, um die Höhenlokalisierung abzubilden. Bei den Zugangskodes ist die Zahl der Segmente auf den jeweiligen Wirbelsäulenabschnitt zu beziehen.

Beispiel: Ein Schrauben-Stab-System vom BWK 11 auf LWK 2 betrifft 3 Segmente, so dass für die Osteosynthese 5-83b.52 der zutreffende Code ist. Für den dorsalen Zugang zu zwei Segmenten der BWS wird 5-031.01 (2 Segmente) angegeben, für den dorsalen Zugang zu einem weiteren Segment der LWS der Kode 5-032.00. Sollten verschiedene Osteosyntheseverfahren diese Kategorie miteinander kombiniert werden, so sind diese jeweils separat zu verschlüsseln (z. B. Intervertebraler Cage kombiniert mit Schrauben-Stab-System).

Selbstverständlich sind auch zusätzliche Maßnahmen wie die Transplantation von Spongiosa, kortikospongiösen Spänen, Knochen, Knochenersatzmaterialien sowie ein Wirbelkörperersatz durch Implantat oder sonstige Materialien gesondert kodierbar. Auch eine Spondylodese ist separat kodierbar (erlösrelevant!), sofern es um einen zusätzlich durchgeführten Eingriff handelt, der in der Regel eine Bandscheibenexzision bzw. Resektion an Wirbelgelenken mit Spongiosaanlagerung umfasst. Die allein methodenbedingte (temporäre) Fixation von Wirbelsegmenten ist dagegen wie bisher im Kode der Osteosynthese enthalten und nicht zusätzlich als „Spondylodese“ kodierbar.

Zu beachten ist, dass auch Wirbelkörperresektionen und Bandscheibenresektionen stets gesondert kodiert werden können. Für die Augmentation des Schraubenlagers wird der bisherige Kode 5-835.f ersetzt durch 5-83w.0. Die neue Kategorie 5-83w *Zusatzinformationen zu Operation an der Wirbelsäule* enthält ferner den Zusatzkode 5-83w.1 für die Verwendung von Systemen zur dynamischen Stabilisierung der Wirbelsäule.

## Hand- und Fußchirurgie

Bei Eingriffen an der Hand ist eine klare Abgrenzung gegenüber Eingriffen am Unterarm erforderlich, da hier erhebliche Erlösunterschiede resultieren können. Maßgeblich ist der Operationsort, also die Lokalisation, an der der Zielengriff durchgeführt wird, z. B. die Neurolyse oder die Sehnennaht. Die Ausdehnung des Zugangs bzw. des Hautschnittes ist nicht entscheidend. Als Grenze zwischen den Regionen Hand und Unterarm gilt die proximale Begrenzung des Handgelenkes (Radiocarpalgelenk), also im Prinzip die zirkuläre Projektion des Handgelenkspaltes auf den Hautmantel.

Wenn es jedoch zwei Operationsorte gibt, einen im Bereich der Hand und einen im Bereich des Unterarms, so ist sowohl der jeweilige Kode aus dem Bereich 5-84 als auch der jeweilige Kode aus dem Bereich 5-85 anzugeben. Mit dieser Klarstellung werden komplexe regionenüberschreitende Eingriffe besser vergütet werden, allerdings ist darauf zu achten, die entsprechenden Operationsorte im OP-Bericht nachvollziehbar zu beschreiben, um die entsprechende Kodierung und Abrechnung plausibel zu machen. Nach wie vor bereitet die Abbildung und Vergütung komplexer Eingriffe an den Händen oder Füßen Schwierigkeiten, sobald Eingriffe an mehr als einem Strahl vorgenommen werden. Die in den vergangenen Jahren bereits mehrfach von den betroffenen Fachgesellschaften überarbeiteten Codes waren leider immer noch nicht ausreichend als kostentrennende Indikatoren geeignet, so dass weiter nach einer Lösung für aufwandsgerechte Vergütungen bei Eingriffen an mehreren Finger- oder Zehenstrahlen zu suchen ist.

Mit zwei neuen Zusatzkodes werden künftig einzeitige Mehrfacheingriffe an Finger- und Mittelhandstrahlen (5-869.4-) bzw. Zehen- und Mittelfußstrahlen (5-869.5-) ergänzend abgebildet. Dabei wird seitenübergreifend ermittelt, an wie vielen Strahlen der Hand bzw. des Fußes insgesamt Eingriffe an Knochen, Gelenken, Blutgefäßen, Nerven, Sehnen, Bändern, Muskeln oder Faszien durchgeführt worden sind. Auch endoprothetischer Gelenk- oder Knochenersatz sowie Replantationen werden dabei erfasst. Da die rechte und linke Seite gemeinsam betrachtet werden, sind auch Eingriffe an mehr als fünf Strahlen möglich.

5-869.4-	Einzeitige Mehrfacheingriffe an Mittelhand- und/oder Fingerstrahlen
.40	Zwei Mittelhand- und/oder Fingerstrahlen
.41	Drei Mittelhand- und/oder Fingerstrahlen

.42	Vier Mittelhand- und/oder Fingerstrahlen
.43	Fünf Mittelhand- und/oder Fingerstrahlen
.44	Sechs oder mehr Mittelhand- und/oder Fingerstr.
5-869.5-	Einzeitige Mehrfacheingriffe an Mittelfuß- und/oder Zehenstrahlen
.50	Zwei Mittelfuß- und/oder Zehenstrahlen
.51	Drei Mittelfuß- und/oder Zehenstrahlen
.52	Vier Mittelfuß- und/oder Zehenstrahlen
.53	Fünf Mittelfuß- und/oder Zehenstrahlen
.54	Sechs oder mehr Mittelfuß- und/oder Zehenstrahlen

## Verwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien

Mit der Neufassung des Arzneimittelgesetzes unterliegen u. a. Zubereitungen von autologe Chondrozyten (in-vitro Zellkulturen) zum Zwecke der Replantation den strengeren Vorschriften des Arzneimittelgesetzes, so dass die Kosten für Produkte, die nach den neuen Bestimmungen hergestellt und geprüft werden, deutlich ansteigen werden. Da das Zusatzentgelt ZE121 *Autogene / Autologe matrixinduzierte Chondrozytentransplantation* auf Basis der Kosten des Jahres 2010 für das G-DRG-System 2012 mit 2.557,51 € kalkuliert worden ist, ist eine erhebliche Schieflage zu erwarten. Um die Möglichkeit für einen Ausgleich zu schaffen (z. B. im Rahmen des NUB-Verfahrens), wurden zwei Zusatzcodes definiert, mit denen die Besonderheiten der Zulassungsbedingungen von Gentherapeutika, somatischen Zelltherapeutika und biotechnologisch bearbeiteten Gewebeprodukten (Tissue-Engineering-Produkte) abgebildet werden können. Gegebenenfalls sollten die erforderlichen Informationen vom jeweiligen Hersteller der Produkte erteilt werden.

5-936	Verwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien Inkl.: Chondrozyten-Präparate
5-936.0	Nationale Genehmigung <i>Hinw.:</i> Dieser Zusatzcode ist für die Verwendung von Gentherapeutika, somatischen Zelltherapeutika und biotechnologisch bearbeiteten Gewebeprodukten (Tissue-Engineering-Produkte) mit einer Genehmigung nach § 4b Arzneimittelgesetz anzugeben

5-936.1	Internationale Zulassung <i>Hinw.:</i> Dieser Zusatzcode ist für die Verwendung von Gentherapeutika, somatischen Zelltherapeutika und biotechnologisch bearbeiteten Gewebeprodukten (Tissue-Engineering-Produkte) mit einer Zulassung entsprechend der Verordnung Nr. 1394/2007 des europäischen Parlaments und des Rates anzugeben
---------	--

## Thoraxchirurgie

Bei den diagnostischen Tracheobronchoskopien werden neue Codes für katheterbasierte Luftstrommessungen eingeführt. Bei Verwendung eines flexiblen Instrumentes wird diese Messung mit 1-620.03 kodiert. Bei Bronchoskopien mit starren Instrumenten ist eine neue sechsstellige Differenzierung zu berücksichtigen, bei der die alleinige Bronchoskopie mit dem Code 1-620.10 abgebildet wird und die Luftstrommessung mit 1-620.11.

Für die endoskopische Emphysemtherapie sind zwei innovative Verfahren neu in den OPS aufgenommen worden, die 2011 als NUB (Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden) anerkannt worden sind. Die bronchoskopische Einlage von Nitinolspiralen wird je nach Anzahl der Spiralen mit einem Code aus 5-339.80 bis 5 339.88 abgebildet. Für die bronchoskopische Applikation von polymerisierendem Hydrogelschaum ist der Code 5-339.7 geschaffen worden. Für beide Verfahren kann voraussichtlich auch 2012 ein NUB abgerechnet werden, sofern fristgerecht bis zum 31.10.2011 ein entsprechender Antrag gestellt worden ist.

Bei erweiterten Pneumonektomien wird die Resektion von benachbarten Strukturen wie z. B. Perikard oder Zwerchfell an der 6. Stelle der Codes 5-328.- angegeben. Im Falle einer kombinierten Resektion von Perikard und Zwerchfell im Rahmen einer Pneumonektomie ist künftig der neue Fünfsteller 5-328.6 anwendbar. Ein sehr Streitbefangenes Problem bei Reeingriffen im Thorax konnte erfreulicherweise für die Zukunft gelöst werden. Bei bestimmten DRGs konnte bisher eine Erlössteigerung durch Kodierung eines Reeingriffes (5-340.3 *Rethorakotomie* bzw. 5 340.6 *Rethoraskopie*) erreicht werden. Diese Kodierung, die eine Abbildung des erhöhten Schwierigkeitsgrades bei voroperierter Thoraxhöhle sicherstellen sollte, wurde jedoch im Rahmen der Rechnungsprüfung zunehmend vom MDK abgelehnt und alternativ die Kodierung mit 5-983 *Reoperation* verlangt – wodurch sich in der Regel keine Erlössteigerung mehr ergab. Nach Einschaltung des DIMDI folgte dieses überraschenderweise der Argumentation des MDK und hielt die Anwendung dieser beiden Codes nur bei Reeingriffen zur Durchführung einer Hämatomausräumung für berechtigt. Diese Auffassung wird jedoch von den chirurgischen Fachgesellschaften nicht geteilt, so dass viele Abrechnungsauseinandersetzungen weiterhin strittig sind. Mit der von den chirurgischen Fachgesellschaften beantragten und ab 2012 geltenden Neuregelung entfallen die Codes 5-340.3 und 5-340.6. Für den umstrittenen bisherigen Leistungsinhalt „Hämatomausräumung“ wird mit den neuen Codes 5-340.c *Thorakotomie zur Hämatomausräumung* sowie 5-340.d *Thorakoskopie zur Hämatomausräumung* eine eindeutige Zuordnung geschaffen. Für die Abbildung einer Reoperation an Lunge, Bronchus, Brustwand, Mediastinum oder Zwerchfell wird dagegen der spezifische neue Code 5-349.6 eingeführt. Dieser Code ist stets anwendbar, wenn anamnestic eine intrathorakale Voroperation durchgeführt worden ist und gilt sowohl bei offen chirurgischen als auch thorakoskopischen Eingriffen. Für Reeingriffe am Herzen existiert bereits der Zusatzcode 5-379.5. Der Code 5-983 *Reoperation* ist somit bei intrathorakalen oder mediastinalen Reeingriffen grundsätzlich nicht abwendbar, da spezifischere Codes zur Abbildung des Reeingriffes existieren (vgl. DKR P013k). In dieser 2012 modifizierten Kodierrichtlinien ist auch als Beispiel angegeben, dass eine Thorakoskopie zur Blutstillung, die nach einer vorangegangenen Operation durchgeführt wird, mit dem thorakalen Reoperationscode 5-349.6 zu kombinieren ist.

Bei Eingriffen am Zwerchfell (5-347.3- *Exzision von erkranktem Gewebe*, 5-347.4- *Partielle Zwerchfellplastik* und 5-347.5- *Komplette Zwerchfellplastik*) sowie Brustwand-Teilresektionen mit plastischer Deckung (5-346.8-) wird künftig auf der 6. Stelle eine Differenzierung der Rekonstruktion vorgenommen:

0 – ohne Verschluss durch alloplastisches Material / Deckung durch autogenes Material

1 – Verschluss / Deckung durch alloplastisches Material.

In letzteren Fällen ist die Art des verwendeten Materials mit einem Zusatzkode aus 5 932.- zu kodieren, z. B. 5-932.11 *Biologisches teilresorbierbares Material zum Gewebeersatz*.

## Gefäßchirurgie

Eine spezielle neue Methodik besteht in der Okklusion von Blutgefäßen, um eine Strömungsumkehr als Voraussetzung für Revaskularisierungen oder Lappenplastiken zu erzielen. Die „temporäre atraumatische Okklusion von Blutgefäßen mit viskösem Polymer mit Umkehrphase“ bei Eingriffen an den Koronargefäßen oder anderen Gefäßoperationen ist mit dem neuen Zusatzkode 5 399.g abzubilden. Delay-Operationen vor autologer Brustrekonstruktion, z. B. mit Stromumkehr durch Unterbindung der Vasa epigastrica inferiora werden mit dem neuen Kode 5-399.f verschlüsselt.

Für intraoperative Blutflussmessungen, z. B. mittels Ultraschall- oder elektromagnetischer Sonde, ist der neue Kode 5-98e verfügbar. Für die Implantation von venösen Katheterverweilsystemen wie z. B. Portsystemen existiert bereits der Kode 5-399.5. Auch Verweilsysteme wie Demers-Katheter zur Dialyse können mit diesem Kode verschlüsselt werden, eine entsprechende Klarstellung wurde ergänzt.

Bei der endovaskulären Implantation von Stent-Prothesen (gecoverte Stents) im Bereich der Aorta abdominalis, Aorta thoracica und Aorta thoracoabdominalis sind weitere kostenaufwändige Prothesentypen zu berücksichtigen, die bisher nicht abbildbar waren. Es handelt sich dabei um Kombinationen von Fenestrierungen und Seitenarmen, die nach ihrer jeweiligen Gesamtzahl bei den entsprechenden Prothesentypen (5-38a.1- *Bifurkationsprothese* bzw. *Rohrprothese der Aorta abdominalis*, 5-38a.7- *Rohrprothese der Aorta thoracica* bzw. 5-38a.8- *Rohrprothese der Aorta thoracoabdominalis*) jeweils an 6. Kodeposition mit drei unterschiedlichen Varianten abgebildet werden:

1 Seitenarm und 1 Fenestrierung
3 Seitenarmen und Fenestrierungen in unterschiedlicher Kombination
4 oder mehr Seitenarmen und Fenestrierungen, in unterschiedlicher Kombination

Diese besonderen Typen sind bei der Vereinbarung der krankenhausesindividuellen Zusatzentgelte ZE2012-53 unbedingt kostengerecht zu berücksichtigen.

## Herzchirurgie

Bei Eingriffen am Herzen, die über eine Sternotomie bzw. Thorakotomie erfolgen, ist eine zum Wundverschluss erforderliche besondere Osteosynthese mit einem Kode aus 5-786.- zu verschlüsseln, z. B. eine winkelstabile Plattenosteosynthese mit 5 786.k. Eine Ausnahme besteht allerdings weiterhin für den Standard-Verschluss einer Sternotomie durch Drahtcerclagen, der im Kode des Herzeingriffes mit enthalten ist und nicht zusätzlich mit 5-786.1 kodiert werden darf.

## Herzschrittmacher

Die Systematik der Schrittmacher-Implantationen ist fachlich überarbeitet worden. Gestrichen wurden alle Kodes für sogenannte „Synchronisationssysteme“ (5-377.9, .a), da diese klassifikatorisch den Systemen mit biventrikulärer Stimulation zugerechnet werden und somit nicht eindeutig zugeordnet waren. Bei der Kodierung von Schrittmachern und Defibrillatoren mit biventrikulärer Stimulation wird dafür künftig berücksichtigt, ob eine Vorhofelektrode verwendet wird oder nicht: 5-377.40, .41, 5-377-70, .71.

Analog wurden die Kodes für Aggregatwechsel, Lagekorrektur und Entfernung von Schrittmachern und Defibrillatoren überarbeitet. In den Sechssteller-Listen wurden folgende Differenzierungen eingearbeitet:

Bisherige 6. Stelle „3“ (Schrittmacher, Dreikammersystem) wird zu „a“ (ohne Vorhofelektrode) bzw. „b“ (mit Vorhofelektrode)

Bisherige 6. Stelle „4“ (Defibrillator mit Einkammer-Stimulation) wird zu „c“ (ohne AV-sequentielle Stimulation) bzw. „d“ (mit AV-sequentieller Stimulation)

Bisherige 6. Stelle „6“ (Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation) wird zu „e“ (ohne Vorhofelektrode) bzw. „f“ (mit Vorhofelektrode)

Gestrichen wurden die 6. Stellen „8“ und „9“ für Synchronisationssysteme.

Ebenso war eine Überarbeitung der Kodes für Systemumstellungen bei Schrittmachern und Defibrillatoren erforderlich. Um die komplexe Systematik etwas übersichtlicher zu strukturieren, wird der bisherige Fünfsteller 5-378.9- komplett gestrichen und durch 5-378.b- (Systemumstellung eines Schrittmachers auf einen Schrittmacher oder Defibrillator) und 5-378.c (Systemumstellung eines Defibrillators auf einen Defibrillator oder Schrittmacher) ersetzt. Für alle denkbaren Umstellungen von Schrittmachern und Defibrillatoren zwischen Einkammer- und Zweikammersystemen, Systemen mit biventrikulärer Stimulation und eventuell vorhandenen Vorhofelektroden bzw. AV-sequentieller Stimulation sind spezifische 6-Steller definiert. Alle Kodes sind DRG-relevant und können in unterschiedlich vergütete DRGs triggern.

Für die bisher nicht spezifisch abbildbaren Herzschrittmacher mit zusätzlichen Messfunktionen stehen (analog zu den Defibrillatoren) jetzt eigenständige Zusatzcodes zur Verfügung. Die Verwendung von Herzschrittmachern mit zusätzlicher Messfunktion für das Lungenwasser kann ab 2012 mit dem Zusatzcode 5-377.h0 abgebildet werden.

## Literatur:

Empfehlenswerte Druckausgaben der ICD-10-GM Version 2012 (Systematisches und Alphabetisches Verzeichnis) sowie des OPS Version 2012 (Systematisches und Alphabetisches Verzeichnis) im Deutschen Ärzteverlag, Herausgegeben und redaktionell bearbeitet von Dr. Bernd Graubner, Göttingen

*Bartkowski R. DRG-Kodierung 2012. Passion Chirurgie. 2011 Dezember; 1(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](#)