

01.01.2015 DRG

# Diagnosen- und Prozedurenkodierung 2015: Chirurgisch relevante Änderungen bei ICD-10-GM und 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)

Jährliche Anpassungen der Klassifikationssysteme ICD-10-GM und OPS stellen weiterhin die Grundlage der Präzisierung, Schärfung und Weiterentwicklung des DRG-Systems dar. Auch in diesem Jahr wurde auf der Grundlage zahlreicher Vorschläge medizinischer Fachgesellschaften und des MDK zahlreiche Anpassungen, Klarstellungen und Erweiterungen erarbeitet, die eine Verbesserung der Abbildung des Gesundheitszustandes der Patienten sowie der diagnostischen und therapeutischen Prozeduren ermöglicht. Dabei wird zunehmend auf eindeutige Definitionen, Hinweistexte, Inklusiva und Exklusiva geachtet, um Interpretationsschwierigkeiten von vornherein auszuschließen.

Auf eine redaktionell sehr übersichtliche redaktionelle Bearbeitung der Klassifikationen ICD-10-GM und OPS Version 2015 durch B. Graubner, die im Deutschen Ärzteverlag herausgegeben wird, sei an dieser Stelle besonders hingewiesen [1] bis [4].

## Diagnosen

Die therapeutische Beeinflussung der Blutgerinnung wird künftig spezifisch kodierbar sein, wobei zwischen Cumarinen/Vitamin-K-Antagonisten (D68.33), Heparinen (D68.34), sonstigen

Antikoagulantien (D68.35) und Thrombozytenaggregation laut ICD-10 allerdings nur im Falle einer manifesten Blutung, Hämatombildungen, vermehrte intraoperative Blutung zu berücksichtigen. Ohne manifeste Blutung ist dagegen (bei Eigenanamnese) bzw. Z92.2 (Dauertherapie mit Antikoagulantien) Kriterien der Nebendiagnosendefinition erfüllt sind.

Bei der Kodierung des Willebrand-Jürgens-Syndroms wird zwischen der erworbenen Form (D68.01) unterschieden. Letztere kann die Zusatzkodierung U69.12! bzw. U69.11! abzubilden, wenn die Diagnose vor 1988 bzw. ZE2015-97 hat.

Die ICD-Klassifikation der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (PAVK) ist nach Fontaine bzw. Rutherford definiert und ist nicht abgrenzbar, sondern weiter differenziert. Damit verbunden ist die ICD-10-Kategorie I70.25, was bei jahrgangsübergreifenden Statistiken zu PAVK mit Ulzeration ist künftig der Code I70.24 vorgesehen. Soll eine Gangrän vorliegen, so ist gemäß DIMDI (FAQ 101) zu kodieren, dass in diesen Fällen künftig I70.25 zu kodieren ist.

Tab. 1: periphere arterielle Verschlusskrankheit

I70.2-	Atherosklerose der Extremitätenarterien
I70.20	Becken-Bein-Typ, ohne Beschwerden
I70.21	Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke 200 m und mehr
I70.22	Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m
I70.23	Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerzen
I70.24	Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration
I70.25	Becken-Bein-Typ, mit Gangrän

	mit Gangrän
<b>I70.26</b>	Schulter-Arm-Typ, alle Stadien
<b>I70.29</b>	Sonstige und nnbez.

Für das Atemnotsyndrom (ARDS) wird künftig eine fünfte Einteilung (Berlin-Definition) berücksichtigt. Die Einteilung (Berlin-Definition) berücksichtigt positive endexpiratorischen Druck (PEEP) von mindestens 5 cmH<sub>2</sub>O unter Beatmungsbedingungen bzw. Anlage einer Maske mit einem Quotienten von 300 mmHg und mehr ist kein Atemnotsyndrom kodierbar.

Tab. 2: Atemnotsyndrom

J80.0-	Atemnotsyndrom des Erwachsenen
J80.01	Mildes ARDS
J80.02	Moderates ARDS
J80.03	Schweres ARDS
J80.09	ARDS onA

Die Kodierung von Fußdeformitäten ist in der Praxis sehr häufig fälschlicherweise mit Codes aus dem Bereich Q66 als „angeborene“ Fußdeformitäten kodiert, obwohl es sich um erworbene Deformitäten handelt. Für die klinisch relevanten erworbenen Deformitäten stehen die Codes M21.60 (erworbener Spitzfuß) und M21.63 (erworbener Spreizfuß) zur Verfügung.

Für die Osteochondrosis dissecans war in der ICD-10 bisher keine spezifische Kodierung möglich, das betroffene Gelenk spezifisch anzugeben. Mit der Einführung der ICD-11 wird es künftig möglich sein, die betroffenen Gelenke hinreichend genau zu kodieren. Osteochondrosis dissecans des Kniegelenkes erhält so die Kodierung M65.82.

Für Pseudoarthrosen nach Fusionen oder Arthrodesen sind die Codes M96.82 zu verwenden. Diese Codes sind auch anwendbar, wenn diese Komplikation nach einer anderen Operation auftritt.

Für das akute Nierenversagen wird künftig die Stadien bereits vorhandenen Vierstelliger fünfstellig ausdifferenzieren. Wenn eine Nierenbiopsie nicht vorliegt, sind im Regelfall die Kode

Tab. 3: Akutes Nierenversagen

N17.-	Kreatinin absolut
<b>Stadium 1</b> (5. St.: 1)	< 4,0 mg/dl mit Zunahme um $\geq 0,3$ mg/dl innerhalb 48 Std.
<b>Stadium 2</b> (5. St.: 2)	–
<b>Stadium 3</b> (5. St.: 3)	$\geq 4,0$ mg/dl
	< 4,0 mg/dl mit Zunahme um $\geq 0,3$ mg/dl innerhalb 48 Std.
	und Nierenersatztherapie erforderlich

Bei der Kodierung diffuser bzw. umschriebener Hirnverletzungen nachzuweisende Blutmengen ersatzlos gestrichen. Die Mit den Klassentiteln ist eine eindeutige Zuordnung zu

Der Kode T79.6 „traumatische Muskelischämie“, mit dem wird, erhält künftig eine weitergehende Differenzierung möglich, die Diagnose sachgerechter bestimmten DRG Ermittlung eines Polytraumas relevant ist. Auch verletzte Nekrose von Muskulatur geführt haben, können mit dem Kompartmentsyndroms ist nicht zwingend erforderlich

Mit Z40.0 ist die Durchführung einer prophylaktischen Neubildungen abbildbar. Künftig ist die Art des Eingriffs

Brustdrüse wird mit Z40.00 verschlüsselt, ein prophylaktischer Eingriff ist zunächst nur der Restgruppe Z40.08 vorgesehen.

## Prozeduren

### Viszeralchirurgie

Bei endoskopischen Untersuchungen des oberen Verdauungstraktes, die bei einem voroperierten Situs entstehen (z.B. Ösophagogastroskopie, Ösophagogastrroduodenoskopie), sind Untersuchungen bei normalem anatomischen Situs (5. Stelle: 1) sowie „sonstige“ bzw. „nicht normales Situs“ (5. Stelle: 2) vorgesehen.

Die endosonographische Feinnadelpunktion der Leber, Gallenblase und Gallengänge war bisher nur mit dem unspezifischen Code 1-448.x für sonstige Lokalisationen angegeben werden.

Für die perkutane diagnostische Punktion und Aspiration sind die Codes 1-859.1 verfügbar.

Die Durchführung einer intraoperativen Cholangiographie an den Gallenwegen, die nicht separat kodierbar war, ist bei jedem Eingriff an den Gallenwegen durchgeführt worden, einen eigenständigen Code für die Cholangiographie vorzusehen (3-13c.3). Dieser Code ist auch anzugeben, appliziert wird. Das Inkursivum „intraoperativen Cholangiographie“ ist im Bereich 5-51.

Für die Verwendung eines (großlumigen ringförmigen) Stents bei Läsionen am Gastrointestinaltrakt stehen künftig (Darm) zur Verfügung.

Eine perkutan-endoskopische Gastrostomie durch Direktion ist mit dem Code 5-431.21 abbildbar. Die PEG-Anlage mit der Fadendurchführung ist mit dem sechsstelligen Code 5-431.20.

Bei der operativen Behandlung des Kardiakarzinoms war die Ösophagusresektion unzureichend und führte aufgrund der Konflikte mit den Kostenträgern. Für die klinisch relevante proximale Magenresektion (Kardia und Fundusanteile) ist die Ösophagusresektion mit Wiederherstellung der Kontinuität anzugeben. Ein Zweihöhleneingriff ist mit 5-424.12 zu bezeichnen, wenn er vorgenommen worden ist, bei dem lediglich eine Ösophagusmanschette (< 2 cm) erfolgt ist, ist der Eingriff mit 5-424.11 zu bezeichnen.

Magenresektion“ zu verschlüsseln.

Es ist zu beachten, dass die neuen Codes für die „erweiterten“ Eingriffe an der Speiseröhre zugeordnet werden.

Bei zirkulären Vollwandexzisionen am Rektum bestand es aus lokalen Exzisionen des Rektums (5-482) und (partiellen) die Begriffe „Segmentresektion“ bzw. „Manschettenresektion“ geeignet, die Verfahren voneinander abzugrenzen. Zur Abgrenzung mindestens 4 cm als Kriterium für eine partielle Rektumexzision eine entsprechende Beschreibung im OP-Bericht bzw. in der Fotodokumentation) ist daher besonders zu achten. Die Bedeutung zu, da es regelhaft zu erheblichen Schrumpfung Vollwandexzisionen des Rektums mittels Stapler (STAR) von 4 cm ist der Eingriff dagegen als „perianale tubuläre

Für die Exzision von inter- oder transsphinkteren Analfissuren Code 5-491.4 verfügbar. Dieses Verfahren war aus klassischer Sicht nicht abbildbar. Andere Kodierungen, z. B. mit Codes aus der

Zur differenzierten Abbildung einer sogenannten „Trisektion“ Dieses Verfahren konnte bisher nur mit der Resteklassifikation Segmentkombinationen nur dann mit 5-502.5 kodiert werden, wenn zusammenhängende Segmente handelt.

Eine systematische Überarbeitung erfolgte für den Bereich

Redaktionell wurden dabei durchgängig die Formulierungen verwendet (statt „ohne/mit Plastik“), um Missverständnisse zu vermeiden. Eponyme für bestimmte Operationsverfahren in die Klassifikation Gestrichen wurden alle Codes für den Hernienverschluss (5-534.2, 5-535.2, 5-536.2, 5-537.2, 5-538.2, 5-538.7, 5-539.2) Verwendung von autogenen Kutisstreifen zu verstehen. Dagegen waren bisher die Verfahren unter Verwendung von Schweinehaut (Material nicht spezifisch abbildbar. Die bisher lediglich beim Einsatz von alloplastischem Material seit längerem die Zusatzcodes 5-932.- zu verwenden. (Leistenhernie), 5-531.3- / 5-531.7- (Schenkelhernie), 5-532.3- (Narbenhernie, 5-536.3 für allogen Material wurde eingeführt) Bauchwanddefekte, hier nur allogen und autogenes Material wurde belassen) und 5-539.3- (andere abdominale Hernien). Differenzierung zwischen alloplastischem Material und autogenem Bei Rezidiveingriffen an Leistenhernien wird künftig auf die Verzicht, da diese Erweiterung ohnehin regelhaft durchgeführt. Bei der minimal-invasiven Behandlung von Nabelhernien die „endoskopische total extraperitoneale“ Durchführ

von Leisten- und Schenkelhernien in den OPS aufgenommen. Die Codes 5-534.32, 5-535.32, 5-538.42 und 5-538.92 können bei der Versorgung von Narbenhernien verwendet werden. Bei der Verwendung eines Implantates zur Bauchwandverstärkung wird mit 5-536.46 kodiert, bei Sublay-Technik ist 5-536.47 Mesh (IPOM) wird bei offen-chirurgischem Vorgehen 5-536.48 ist 5-536.41 anzugeben.

Eine weitere aktuelle Behandlungsmethode ist die offene Reparaturchirurgie. Wird bei Verwendung von alloplastischem, allogenem oder autogenem Fremdmaterial ist 5-536.11 anzugeben.

Mit dem zunehmenden Einsatz von Fremdmaterialien können auch Komplikationen auftreten, die die Entfernung eines Fremdmaterials erfordern. Für diese Komplikationen ist ein spezifischer OPS-Kode verfügbar. Künftig kann die offene Reparaturchirurgie oder Gewebeersatz oder Gewebeverstärkung mit 5-549.80 oder 5-549.81 angegeben werden.

Für die Implantation einer Medikamentenpumpe zur intraperitonealen Therapie (z.B. bei Peritonealkarzinose) ist künftig der Code 5-549.9 vorgesehen.

## Operationen an Haut und Unterhaut

Bei der Kodierung eines chirurgischen Wunddebridements ist der Leistungsinhalt sachgerecht zu definieren. Die bis zur Entfernung des Wunddebridements bis hin zu gesundem Gewebe erfolgen soll, führte in der Vergangenheit zu Unsicherheiten. Der Saum von gesundem Gewebe im Resektat nachweisbar zurückzuweisen, denn es ergibt keinen Sinn, gesunde Wunden zu debridieren, da der Heilungsprozess zu beeinträchtigen.

Es wurde daher der Passus folgendermaßen umformuliert: „Ein Wunddebridement ist ein chirurgisches oder ultra-schallgestütztes, minderdurchblutetem oder nekrotischem Gewebe. Die Anwendung der Codes setzt eine Allgemeine Infiltrationsanästhesie voraus (Ausnahme: Es liegt eine Oberflächenanästhesie ist ein Code aus dem Bereich 8-9). Ein Code aus diesem Bereich ist nicht zu verwenden im Zusammenhang mit einer Abszessspaltung (5-892 ff.), oder einer Primärnaht (5-900 ff.) oder einer Abszessspaltung. Ein Wunddebridement ist bei diesen Kodierungen nicht anzugeben. Mit dieser Umformulierung wird klargestellt, dass das Wunddebridement ausreichend ist. Als Betäubungsverfahren ist eine Oberflächennarkose dagegen nicht ausreichend.

Bei den Verfahren zur Vakuumtherapie ist künftig auch der neue Code 5-916.a6 abbildbar. Am Rektum ist bereits der Code 5-916.a4 verfügbar. Redaktionell wurde die bisherige Bezeichnung ersetzt.

## Unfallchirurgie und orthopädische Chirurgie

Für die Verwendung von resorbierbarem Osteosynthes vorgesehen, die allerdings keine Information über die I B. Schrauben, Platten, Nägel). Hier werden künftig alle 5-791.f-, 5-793.f-, 5-794.f-, 5-795.f-, 5-796.f-, 5-797.f-, 5- durch den Kode für die Implantatform (die bisher nur f Zusatzkode 5-931.1. Bei der Verwendung von hypoallerg anzugeben.

Die Zuordnung der Osteosynthesematerialien zu den s 790 bis 5-796) wurde systematisch überarbeitet. Dabei gestrichen, z. B. der Ringfixateur an der Patella oder die

Einige Lokalisationen wurden dagegen auch ergänzt, d Klammern und Transfixationsnägeln.

Die Kodes für die Entnahme von Spongiosa (5-783.0-) l werden künftig auf der 6. Stelle weiter differenziert, ur Beckenkamm wird beispielsweise mit „6“ an der 6. Stel Sollte bei einem Patienten Material an mehreren Lokal mit der entsprechenden sechsten Stelle zu kodieren. D wurden allerdings nicht gestrichen, da sie noch bei am benötigt werden. Sie sind jedoch im Geltungsbereich d Gruppierungsprozess nicht berücksichtigt.

Für die Implantation von alloplastischem Knochenersa Insbesondere kann keramischer und metallischer Kno Knochenersatzmaterialien am Markt, die nicht die Krit Sinterung des Ausgangsmaterials). Für diese Produkte Medikamentenzusatz) verfügbar, die die bisherige Rest es zur Kodierung von „resorbierbarem“ keramischen K Rückstandsfrei resorbierbare keramische Knochenersa

Eine rein redaktionelle Änderung betrifft die Kategorie chirurgische Revision eines Gelenkes“ bzw. „Revision a handeln muss. Dies ist jedoch bei der Benennung diese sprachliche Ungenauigkeit des Fachjargons zu betrach „Operation“ statt „Revision“ als Bezeichnung gewählt.

Bei der Behandlung von Patellaluxationen wird zunehm bisher nicht mit dem OPS abbildbar ist. Hierfür wird de lateral release ist zusätzlich 5-804.0 zu verschlüsseln. I Ligamentes (MPFL) ist künftig der Kode 5-804.8 verfüg medialen Kapselbandapparates, Kniegelenk“ ist dageg



Halteapparates der Patella ausschließlich Kodes aus der Gruppe 804.x.

Bei den Bandnähern am Sprunggelenk wurde bisher ur  
entsprechend genäht wurden. Diese Unterteilung ist k  
immer eindeutig abgrenzbar. Bei fehlender Erlösreleva  
neuen Kodes 5-806.c zusammengefasst. Ein Kode für c  
nicht verfügbar. Hierfür ist 5-806.d vorgesehen. Die Ko  
mit 5-806.1 abgebildet werden. Dieser Kode wird jedoc  
5-806.d.

Wenn als begleitende Maßnahme eine temporäre Arth  
5-809.2- kodiert werden, wobei mit der 6. Stelle das je  
verwendete Osteosynthesematerial mit einem Kode au  
angegeben werden, z. B. 5-786.1 für den Kirschnerdrah  
separate Kodierbarkeit einer temporären Gelenkfixatio  
B. 5-829.5 / 5-847 Resektionsarthroplastik am Handge

Am Schultergelenk wird künftig die „Schrumpfung der  
Kode 5-814.d spezifisch kodierbar. Typischerweise wird

Die arthroskopische Naht bzw. sonstige Refixation des Kodes 5-819.3 abzubilden. Sollten hierbei Knochenanker abgebildet und nicht gesondert, z. B. als „Schraubenanker analog auf andere Einsatzbereiche der Schraubenanker am Schultergelenk.

Die Systematik der Kodierung von Kniegelenksendoprothesen ist in der Tabelle 1 dargestellt. Die Koppelung der Prothesenanteile (ungekoppelt, teilgekoppelt oder gekoppelt) ist bei der Kodierung zu berücksichtigen und muss angegeben werden. Unterschieden werden nur noch unikondyläre, bikompartmentäre und totale Endoprothesen (5-822.g-), femoral und tibial, mit oder ohne erweiterter Beugefähigkeit (5-822.j-), bikompartmentäre (5-822.9-) inkl. patientenindividuell hergestellte (CAD) oder nicht hergestellte (5-822.9-), die Unterteilung für einen eventuellen Patellaersatz erfolgt über einen Code aus dem Bereich 5-822.8- bzw. 5-823.5- (bzw. 5-823.5- gesondert zu kodieren (z. B. als metallischer Knochenersatz). Eine Endoprothese (Zusatzcode 5-829.k) und Abrechnungsbare Verankerung wird weiterhin mit der 6. Stelle der Codes (5-822.9- hybrid/teilzementiert).

Für die sich anhand der neuen Systematik ergebenden Kodierschemen erarbeitet, die die technische Durchführung der Kodes für den typgleichen Wechsel, Teilwechsel und In-Wechsel in eine Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit tibial schaftverankerte Prothese verschlüsselt werden.

Für die Entfernung einer femoral und tibial schaftverar

Die Implantation eines präformierten Knochenteilersa  
abbildbar.

## Handchirurgie

Für arthroskopische Eingriffe am Discus triangularis de  
Refixation (5-812.n0), die knöcherne Refixation (5-812.  
eingeführt, die den bisherigen allgemeiner gefassten K  
ist bisher nur die Resektion des Discus triangulare mit

Bei der „Speziellen Komplexbehandlung der Hand (8-9)  
an realen Bedingungen des Klinikbetriebs angepasst. L  
zu können, ist es nicht mehr erforderlich, dass an jeder  
und an jedem Tag mindestens zwei Behandlungen aus  
Therapie bzw. Ergotherapie erfolgt sind. Es ist ausreich  
durchgeführt wurden und mindestens 10 Behandlungen  
Wochentage. Sollten am Wochenende tatsächlich wed  
Teambesprechungen stattgefunden haben, so sind die  
anzurechnen, falls die genannten Mindestzahlen pro W

## Wirbelsäulenchirurgie

Für die computergestützte Planung von Wirbelsäuleno  
Rahmen der Planung auch patientenindividuell angepa

Das Einbringen eines Medikamententrägers im Bereich  
dem neuen Kode 5-830.7 zu verschlüsseln.

Für die Augmentation einer Bandscheibe mittels eines  
behandelten Segmente ein Kode aus dem neuen Bereic

Als neue Produkte zur Fixierung von Bewegungssegme  
paraspinalen Fixierung bzw. Flexions- oder Extensionsl  
behandelten Segmente mit einem Kode aus dem neue

## Neurochirurgie

Bei einer Kranioplastik unter Verwendung von ultrasch  
Zusatzkode 5-020.8 abgebildet werden.

Eine Duraplastik im Bereich des Gehirns oder des Rückenmarks mit klebbarem Material durchgeführt wird. Ein entsprechender Code ist in der ICD-10-PCS sowie 5-036 aufgenommen.

Bei der Implantation von Neurostimulatoren zur Hirnschmerztherapie, zur Vorderwurzelstimulation oder des peripheren Nervensystems, ist der Wechsel von Stimulator und Elektroden künftig auch im Rahmen des selben stationären Aufenthaltes implantiert und 5-059.c-. Die spätere Elektrodenimplantation ist separat zu kodieren. Diese Regelung ermöglicht die Abrechnung sachgerechter Aggregat und Elektroden.

Bisher existierten lediglich Codes für die Implantation von Formen eines Vagusnervstimulationssystems sind künftig der entsprechenden Elektroden: 5-059.c8 „ohne zusätzliche Impedanzprüfung“, 5-059.ca „mit herzfrequenzgestützter Stimulation“. Ohne gleichzeitige Elektrodenimplantation.

Mit 5-059.5 war eine Kodiermöglichkeit für die Implantation hier ein spezifischer Code für ein Implantat vorgesehen für motorischen Anteile des Nervus peroneus communis.

## Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Für die plastische Rekonstruktion und Augmentation des Gesichts sind künftig verfügbar, um die Rekonstruktion durch autogene Knochen- oder gefertigte Schablonen verwendet worden sind (5-774.8).

Für die Gesichtstransplantation ist ab 2015 der neue Code für die simultane Transplantation von Gesichtsteilen, Nase und Lippen, aufgenommen.

## Gefäßchirurgie

Im Rahmen der Dialyseshuntchirurgie erfolgt häufig die Anlage einer Cimino-Fistel war dies bisher schon mit 5-392.11 kodiert. Der selbstständige Eingriff ist künftig mit 5-392.7 kodierbar.

Schwierigkeiten bereitete gelegentlich die Kodierung im Codebereich 5-397 ein entsprechendes Inklusivum. Insoweit das Verfahren relevant sein, wofür z. B. der Code 5-397.a5 zugeordnet ist.

Bei der offen-chirurgischen Ballon-Angioplastie, die mit einem abrechnungsrelevanten Hinweis aufgenommen worden ist, sind medikamentenfreisetzende Ballons mit einem Code abzurechnen.

bestanden Unklarheiten, ob diese Zusatzcodes aus der Kombination kombinierbar sind. Aus Sicht des DIMDI bestanden hier gegebenenfalls auch auf andere Zusatzcodes übertragene ZE137 ausgelöst, was somit nicht auf die PTA beschränkt ist.

## Herzchirurgie

Bei der minimalinvasiven Implantation eines mit MitraStar unterschieden, ob ein perkutane apikales Zugangs- und ein 5-35a.32).

## Literatur:

- [1] ICD-10-GM 2015 – Systematisches Verzeichnis, Deutscher Fachschriften-Verlag
- [2] ICD-10-GM 2015 – Alphabetisches Verzeichnis, Deutscher Fachschriften-Verlag
- [3] OPS 2015 – Systematisches Verzeichnis, Deutscher Fachschriften-Verlag
- [4] OPS 2015 – Alphabetisches Verzeichnis, Deutscher Fachschriften-Verlag
- [5] Deutsche Kodierrichtlinien 2015, [http://www.g-drg.de/System\\_2015/Kodierrichtlinien/Deutsche\\_Kodierrichtlinien](http://www.g-drg.de/System_2015/Kodierrichtlinien/Deutsche_Kodierrichtlinien)

### 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](#)