

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 Blut-Hämatombildungen, vermehrte intraoperative Blutung berücksichtigen. Ohne manifeste Blutung ist dagegen (Eigenanamnese) bzw. Z92.2 (Dauertherapie mit anderen Kriterien der Nebendiagnosendefinition erfüllt sind.

Bei der Kodierung des Willebrand-Jürgens-Syndroms wird die erworbenen Form (D68.01) unterschieden. Letztere kann die Zusatzkodierung U69.12! bzw. U69.11! abzubilden 98 bzw. ZE2015-97 hat.

Die ICD-Klassifikation der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (PAVK) ist nach Fontaine bzw. Rutherford definiert und einteilung nach Fontaine bzw. Rutherford definiert und abgrenzbar waren, weiter differenziert. Damit verbunden ist I70.25, was bei jahrgangsübergreifenden Statistiken zu Ulzeration ist künftig der Code I70.24 vorgesehen. Soll eine Gangrän vorliegen, so ist gemäß DIMDI (FAQ 101) folgt, 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
170.26	Schulter-Arm-Typ, alle Stadien
170.29	Sonstige und nnbez.

Für das Atemnotsyndrom (ARDS) wird künftig eine fün eingeführt. Die Einteilung (Berlin-Definition) berücksic positiven endexpiratorischen Druck (PEEP) von mindes Beatmungsbedingungen bzw. Anlage einer Maske mit Quotienten von 300 mmHg und mehr ist kein Atemno kodierbar.

Tab. 2: Atemnotsyndrom

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

Die Kodierung von Fußdeformitäten ist in der Praxis se fälschlicherweise mit Codes aus dem Bereich Q66 als „ geboten, für die klinisch relevanten erworbenen Defor die angeborenen. Hierfür stehen die Codes M21.60 (erv (erworbener Spitzfuß) und M21.63 (erworbener Spreizf

Für die Osteochondrosis dissecans war in der ICD-10 b möglich war, das betroffene Gelenk spezifisch anzuget es künftig möglich, die betroffenen Gelenke hinreicher Osteochondrosis dissecans des Kniegelenkes erhält so

Für Pseudoarthrosen nach Fusionen oder Arthrodesen nach Fusionen oder Arthrodesen sind mit M96.82 zu ve Codes auch anwendbar sind, wenn diese Komplikation

Für das akute Nierenversagen wird künftig die Stadien- bereits vorhandenen Viersteller fünfstellig ausdifferen Nierenbiopsie nicht vorliegt, sind im Regelfall die Kode

Tab. 3: Akutes Nierenversagen

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

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

Der Kode T79.6 „traumatische Muskelischämie“, mit de wird, erhält künftig eine weitergehende Differenzierun möglich, die Diagnose sachgerechter bestimmten DRG Ermittlung eines Polytraumas relevant ist. Auch verlet; Nekrose von Muskulatur geführt haben, können mit di Kompartmentsyndroms ist nicht zwingend erforderlicl

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

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 bestanden lokale Exzisionen des Rektums (5-482) und (partiellen) die Begriffe „Segmentresektion“ bzw. „Manschettenresektion“ geeignet, die Verfahren voneinander abzugrenzen. Zur 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 Schrumpfen bei Vollwandexzisionen des Rektums mittels Stapler (STAR) von 4 cm ist der Eingriff dagegen als „perianale tubuläre“

Für die Exzision von inter- oder transsphinkteren Analfisteln der 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 Verfahrens konnte bisher nur mit der Resteklassifikation 5-502.5 Segmentkombinationen nur dann mit 5-502.5 kodiert werden, wenn es sich um zusammenhängende Segmente handelt.

Eine systematische Überarbeitung erfolgte für den Bereich

Redaktionell wurden dabei durchgängig die Formulierungen ohne/ mit Plastik 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. In der Klassifikation (Leistenhernie), 5-531.3- / 5-531.7- (Schenkelhernie), 5-536.3 (Narbenhernie, 5-536.3 für allogenenes Material wurde erlassen) und 5-539.3- (andere abdominale Hernien) Differenzierung zwischen alloplastischem Material und autogenem Material. Bei Rezidiveingriffen an Leistenhernien wird künftig auf die Verwendung von alloplastischem Material verzichtet, da diese Erweiterung ohnehin regelhaft durchgeführt wird. Bei der minimal-invasiven Behandlung von Nabelhernien die „endoskopische total extraperitoneale“ Durchführ

von Leisten- und Schenkelhernien in den OPS aufgenom
Kodes 5-534.32, 5-535.32, 5-538.42 und 5-538.92 konn
Bei der Versorgung von Narbenhernien wurde der bish
Verwendung eines Implantates zur Bauchwandverstärk
wird mit 5-536.46 kodiert, bei Sublay-Technik ist 5-536
Mesh (IPOM) wird bei offen-chirurgischem Vorgehen 5
ist 5-536.41 anzugeben.

Eine weitere aktuelle Behandlungsmethode ist die offe
wird bei Verwendung von alloplastischem, allogenen G
von Fremdmaterial ist 5-536.11 anzugeben.

Mit dem zunehmenden Einsatz von Fremdmaterialien
mitunter auch zu Komplikationen, die die Entfernung v
spezifischer OPS-Kode verfügbar. Künftig kann die offe
Gewebeersatz oder Gewebeverstärkung mit 5-549.80 v
549.81 anzugeben.

Für die Implantation einer Medikamentenpumpe zur ir
Peritonealkarzinose) ist künftig der Code 5-549.9 vorg

Operationen an Haut und Unterha

Bei der Kodierung eines chirurgischen Wunddebrideme
den Leistungsinhalt sachgerecht zu definieren. Die bisl
bis hin zu gesundem Gewebe erfolgen soll, führte in de
Saum von gesundem Gewebe im Resektat nachweisba
zurückzuweisen, denn es ergibt keinen Sinn, gesunde /
Heilungsprozess zu beeinträchtigen.

Es wurde daher der Passus folgendermaßen umformul
„Ein Wunddebridement ist ein chirurgisches oder ultra
infiziertem, minderdurchblutetem oder nekrotischem
Gewebes. Die Anwendung der Codes setzt eine Allgem
Infiltrationsanästhesie voraus (Ausnahme: Es liegt eine
Oberflächenanästhesie ist ein Code aus dem Bereich 8
Ein Code aus diesem Bereich ist nicht zu verwenden ir
Abszessspaltung (5-892 ff.), oder einer Primärnaht (5-9
ausräumung. Ein Wunddebridement ist bei diesen Kod
Mit dieser Umformulierung wird klargestellt, dass das
ausreichend ist. Als Betäubungsverfahren ist eine Ober
dagegen nicht ausreichend.

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

Unfallchirurgie und orthopädische Chirurgie

Für die Verwendung von resorbierbarem Osteosynthesematerial (z. B. Schrauben, Platten, Nägel). Hier werden künftig alle Codes (z. B. 5-791.f, 5-793.f, 5-794.f, 5-795.f, 5-796.f, 5-797.f, 5-798.f, 5-799.f, 5-800.f, 5-801.f, 5-802.f, 5-803.f, 5-804.0, 5-804.1, 5-804.2, 5-804.3, 5-804.4, 5-804.5, 5-804.6, 5-804.7, 5-804.8, 5-804.9) durch den Code für die Implantatform (die bisher nur für die Verwendung von hypoallergenem Material mit dem Zusatzcode 5-931.1. Bei der Verwendung von hypoallergenem Material anzugeben.

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

Einige Lokalisationen wurden dagegen auch ergänzt, die Codes für Klammern und Transfixationsnägeln.

Die Codes für die Entnahme von Spongiosa (5-783.0-1) werden künftig auf der 6. Stelle weiter differenziert, um die Lokalisation (z. B. Beckenkamm) zu kodieren. Die Codes für die Entnahme von Beckenkamm wird beispielsweise mit „6“ an der 6. Stelle ergänzt. Sollte bei einem Patienten Material an mehreren Lokalisationen entnommen werden, sollte die entsprechende sechste Stelle zu kodieren. Die Codes für die Entnahme von Beckenkamm wurden allerdings nicht gestrichen, da sie noch bei der Entnahme benötigt werden. Sie sind jedoch im Geltungsbereich des OPS-Gruppierungsprozess nicht berücksichtigt.

Für die Implantation von alloplastischem Knochenersatzmaterial. Insbesondere kann keramischer und metallischer Knochenersatzmaterialien am Markt, die nicht die Kriterien für die Sinterung des Ausgangsmaterials (z. B. Sinterung des Ausgangsmaterials). Für diese Produkte (z. B. Keramik, Metall) verfügbar, die die bisherige Restriktionen für die Kodierung von „resorbierbarem“ keramischen Knochenersatzmaterial rückstandsfrei resorbierbare keramische Knochenersatzmaterialien

Eine rein redaktionelle Änderung betrifft die Kategorie „chirurgische Revision eines Gelenkes“ bzw. „Revision eines Gelenkes“. Dies ist jedoch bei der Benennung dieser Kategorie sprachliche Ungenauigkeit des Fachjargons zu betrachten. Die Bezeichnung „Operation“ statt „Revision“ als Bezeichnung gewählt.

Bei der Behandlung von Patellaluxationen wird zunehmend die laterale Release-Technik eingesetzt, die bisher nicht mit dem OPS abbildbar ist. Hierfür wird der Code für die laterale Release-Technik (5-804.0) zu verschlüsseln. Die Code für die laterale Release-Technik (MPFL) ist künftig der Code 5-804.8 verfügbar. Die Code für die laterale Release-Technik (medialen Kapselbandapparates, Kniegelenk) ist dagegen

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 entsprechendes Merkmal sowie 5-036 aufgenommen.

Bei der Implantation von Neurostimulatoren zur Hirnschmerz-Vorderwurzelstimulation oder des peripheren Nervensystems: Wechsel von Stimulator und Elektroden künftig auch bei stationärem Aufenthalt im Rahmen des selben stationären Aufenthaltes implantiert werden können (5-059.c). Die spätere Elektrodenimplantation ist separat zu kodieren. Diese Regelung ermöglicht die Abrechnung sachgerechter Aggregat- und Elektrodenimplantationen.

Bisher existierten lediglich Codes für die Implantation von Vagusnervstimulationssystemen. Die neuen Codes für die Implantation von Vagusnervstimulationssystemen sind künftig unter den 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 von Vagusnervstimulationssystemen vorgesehen. Hier ein spezifischer Code für ein Implantat vorgesehen für die motorischen Anteile des Nervus peroneus communis.

Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Für die plastische Rekonstruktion und Augmentation von Gesichtsteilen sind künftig Codes verfügbar, um die Rekonstruktion durch autogene Knochen- oder Knorpeltransplantate 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 (5-774.9) aufgenommen.

Gefäßchirurgie

Im Rahmen der Dialysezugangschirurgie erfolgt häufig die Anlage einer Cimino-Fistel. Dies war bisher schon mit 5-392.11 kodierbar. Ein selbstständiger Eingriff ist künftig mit 5-392.7 kodierbar.

Schwierigkeiten bereitet gelegentlich die Kodierung von Gefäßchirurgie im Codebereich 5-397 ein entsprechendes Inklusivum. In diesem Codebereich sind Verfahren relevant, wofür z. B. der Code 5-397.a5 aufgenommen.

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

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

Herzchirurgie

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

Literatur:

[1] ICD-10-GM 2015 – Systematisches Verzeichnis, Deut

[2] ICD-10-GM 2015 – Alphabetisches Verzeichnis, Deut

[3] OPS 2015 – Systematisches Verzeichnis, Deutscher Ä

[4] OPS 2015 – Alphabetisches Verzeichnis, Deutscher Ä

[5] Deutsche Kodierrichtlinien 2015, http://www.g-drg.de/System_2015/Kodierrichtlinien/Deutsche_Kodierric

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](#)