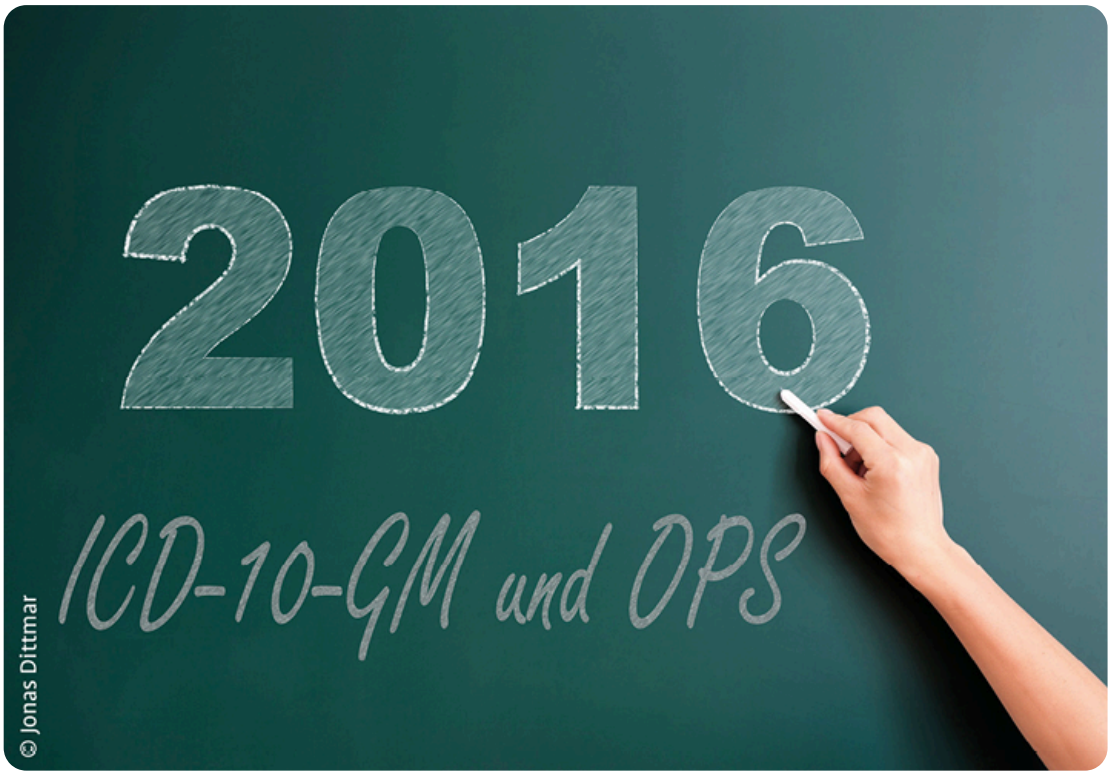
VERGÜTUNG 01.12.2015

Diagnosen- und Prozedurenkodierung 2016: Chirurgisch relevante Änderungen bei ICD-10-GM und OPS



Mit der Version 2016 der ICD-10 werden nicht nur Anträge aus dem nationalen Vorschlagsverfahren umgesetzt, sondern auch einige Vorgaben der WHO, die sich noch einmal der ICD-10 angenommen hat, obwohl derzeit die Arbeiten an der ICD-11 im Fokus stehen.

Anpassungen des OPS erfolgten wiederum unter zwei Aspekten: präzise Abbildung von Innovationen und Klarstellung der Leistungsinhalte bestehender Kodes. Hier ist bereits vieles geleistet worden, in einigen Bereichen wie der Gefäßchirurgie/Angiologie besteht aber noch weiterhin Bedarf.

Elektronische Versionen der Klassifikationen sind beim DIMDI erhältlich (www.dimdi.de). Als Druckausgabe sei wieder auf die anwenderfreundliche redaktionelle Bearbeitung der systematischen und alphabetischen Verzeichnisse der ICD-10-GM 2016 und OPS Version 2016 durch B. Graubner verwiesen, die im Deutschen Ärzteverlag herausgegeben werden [1 – 4].

Diagnosen

In allen klinischen Fachabteilungen spielen interkurrente Enterokolitiden mit Clostridium difficile eine zunehmende Rolle. Um der unterschiedlichen klinischen Relevanz gerecht zu werden, wird der bisher vierstellige Kode A04.7 auf der 5. Stelle weiter differenziert. Kriterien sind das Auftreten eines Megakolons und/oder anderer Organkomplikationen. Zur Abbildung der besonderen Problematik rekurrierender Infektionen mit C. difficile wird zudem der Zusatzkode U69.40! neu eingeführt.

Im vergangenen Jahr wurden spezifische Kodes für „hämorrhagische Diathesen“ durch Cumarine/Vitamin-K-Antagonisten (D68.33), Heparine (D68.34), sonstige Antikoagulantien (D68.35) und Thrombozytenaggregationshemmer (D69.80) eingeführt. Zu den sonstigen Antikoagulantien zählen selektive Faktor-Xa-Hemmer und Faktor IIa-Hemmer. Es ist darauf hinzuweisen, dass trotz des Begriffs „hämorrhagische Diathese“ mit diesen Kodes nicht latente Blutungsneigungen kodiert werden dürfen, wie es die wörtliche Übersetzung vermuten ließe, sondern nur manifeste Blutungen. Hierzu gehören allerdings auch Hämatombildungen, vermehrte intraoperative Blutungen oder verlängerte Nachblutungen nach Punktionen. Ohne manifeste Blutung kann bei entsprechendem Ressourcenverbrauch Z92.1 „Dauertherapie mit Antikoagulantien in der Eigenanamnese“ bzw. Z92.2 „Dauertherapie mit anderen Arzneimitteln in der Eigenanamnese“ kodiert werden. Ein therapeutisch „erworbener Mangel“ an Gerinnungsfaktoren z. B. durch Cumarine ohne manifeste Blutung darf auch nicht ersatzweise mit D68.4 „erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren“ verschlüsselt werden. Um dies klarzustellen, wurden entsprechende Verweise auf Z92.1 (ohne Blutung) und D68.3- (mit manifester Blutung) ergänzt.

Die Klassifikation durchblutungsbedingter Ulzerationen wird durch Differenzierung des bisherigen Vierstellers I87.2 „chronische venöse Insuffizienz“ komplettiert: I87.20 „ohne Ulzeration“, I87.21 „mit Ulzeration“. Diese neuen Kodes sind abzugrenzen von dem posttrombotischen Syndrom ohne/mit Ulzeration (I87.00/ .01), Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration (I83.0 / I83.2) und der pAVK mit Ulzeration und ohne Gangrän (I70.24). Nur bei anderen bzw. unbekannten Ursachen ist L97 „Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert“ anzugeben.

Im Rahmen der bariatrischen Chirurgie entwickelt sich nach erfolgreicher Gewichtsreduktion häufig die Indikation zur Fettschürzenresektion. Um diese Indikation, die nicht mehr als „Adipositas“ klassifizierbar ist, spezifisch darstellen zu können, wird der Kode L98.7 „überschüssige und erschlaffte Haut und Unterhaut“ eingeführt. Grundsätzlich kann dieser Kode in allen Fällen eingesetzt werden, in denen unphysiologische Hautfalten behandelt werden. Eine Ausnahme stellt die Augenlidregion dar, für die eigenständige Kodes verfügbar sind (H02.3, Q10.3).

Angeborene Fehlbildungen der Milz können künftig weiter differenziert werden. Eine angeborene Splenomegalie ist mit Q89.00 abbildbar, während eine Asplenie mit Q89.01 kodiert wird. Bisher hatten diese gegensätzlichen Krankheitsbilder denselben ICD-Kode.

Für das zunehmend ins Bewusstsein rückende Krankheitsbild des „abdominalen Kompartmentsyndroms“ ist künftig der Kode R19.80 verfügbar. Hier hat die WHO die Zuordnung zum Kapitel XVIII „Symptome“ der ICD empfohlen. Alternativ wäre eine Klassifikation als „Krankheit der Verdauungsorgane“ denkbar gewesen.

Eine Inkonsistenz bei der Klassifikation pathologischer Frakturen wurde beseitigt. So wurden Marschfrakturen bisher dem Kapitel XIX „Verletzungen“ zugeordnet und z. B. bei der Lokalisation „Metatarsale“ mit S92.3 verschlüsselt. Künftig werden dagegen auch Marschfrakturen als „Stressfrakturen“ klassifiziert und im Falle eines Os metatarsale mit M84.37 kodiert.

Eine lange bestehende Unklarheit bei Frakturen in Verbindung mit einliegendem Osteosynthesematerial oder Endoprothesen konnte im Konsens mit dem MDK gelöst werden. Der Kode M96.6 „Knochenfraktur nach Einsetzen eines orthopädischen Implantats, einer Gelenkprothese oder einer Knochenplatte“ ist nur anzuwenden, wenn die Fraktur im unmittelbaren Zusammenhang mit dem operativen Eingriff entstanden ist, z. B. bei einer unbeabsichtigten Sprengung des Femurschaftes beim Einschlagen einer Endoprothese. Dies schließt auch Frakturen ein, die möglicherweise erst zu einem späteren Zeitpunkt festgestellt oder nachgewiesen werden, von denen aber anzunehmen ist, dass sie bei dem operativen Eingriff entstanden sind. Optional kann der Zusammenhang mit dem Eingriff auch **ergänzend** mit dem Sekundärkode Y69! „Zwischenfälle bei chirurgischem Eingriff und medizinischer Behandlung“ angegeben werden. Diese Kodierung ist jedoch nicht verpflichtend vorzunehmen (siehe DKR D012). Frakturen, die dagegen im Rahmen eines **Unfallereignisses** im periprothetischen Bereich oder im Bereich von Osteosynthesematerial aufgetreten sind, werden je nach Lokalisation mit einem Frakturkode aus dem Kapitel XIX kodiert. Um die besondere Versorgungssituation bei diesen Fällen abzubilden, ist das Vorhandensein von Osteosynthesematerial oder einer Endoprothese zusätzlich anzugeben. Für Osteosynthesematerial steht weiterhin nur der unspezifische Kode Z96.88 „Vorhandensein von sonstigen näher bezeichneten funktionellen Implantaten“ zur Verfügung. Für Gelenkendoprothesen wird der bisherige vierstellige Kode Z96.6 dagegen weiter differenziert, sodass die wichtigsten Lokalisationen künftig genau darstellbar sind (Tab. 1):

Tab. 1: Differenzierung des Kodes Z96.6 bei Gelenkendoprothesen

Z96.6-	**Vorhandensein von orthopädischen Gelenkimplantaten**
Z96.60	Schulterprothese
Z96.61	Ellenbogenprothese
Z96.62	Radiuskopfprothese
Z96.63	Handgelenkprothese
Z96.64	Hüftgelenkprothese
Z96.65	Kniegelenkprothese
Z96.66	Sprunggelenkprothese
Z96.67	Bandscheibenprothese
Z96.68	Vorhandensein von sonstigen orthopädischen Gelenkimplantaten, z. B. Fingergelenkersatz, Zehengelenkersatz, Kiefergelenkersatz

Einige Klarstellungen betreffen Thesaurusbegriffe bei Frakturen. So ist eine „Fibulafraktur ohne nähere Angaben“, also bei fehlender Subtypisierung der Lokalisation „proximal“, „Schaft“ oder „distal“, nicht mehr als „Fibulaschaftfraktur“ (S82.42) zu kodieren, sondern wird als „Fibulafraktur, isoliert, Teil nicht näher bezeichnet“ (S82.40) klassifiziert. Die Systematik war hier bisher widersprüchlich.

Eine „Fraktur des Armes ohne nähere Angaben“ wurde bisher den Humerusschaftfrakturen (S42.3) zugeordnet, künftig ist diese ungenaue und nach Möglichkeit zu vermeidende Bezeichnung mit T10.0 bzw. T10.1 „Fraktur der oberen Extremität, Höhe nicht näher bezeichnet“ (geschlossen bzw. offen) zu kodieren.

Eine offene Wunde der Epiglottis war bisher als „offene Wunde sonstiger Teile des Halses“ mit S11.80 zu kodieren, künftig ist diese Diagnose sachgerecht den offenen Kehlkopfwunden (S11.01) zugeordnet.

Prozeduren

Allgemeines

Für eine Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit **nicht multiresistenten**, aber isolationspflichtigen Erregern wird, analog zu MRSA, ein eigenständiger Kodebereich 8-98g eingeführt. Damit wird die zweifellos ebenso aufwendige Behandlung abbildbar und kann ggf. im DRG-System später berücksichtigt werden. Typische (nachzuweisende) Erreger für diese Komplexbehandlungen sind Noro- und Rotaviren, Kolitis durch Clostridium difficile, Atemwegsinfektionen durch RS- oder (Para-) Influenzaviren, Tuberkulose und natürlich diverse weitere Tropenerkrankungen. Für die Kodierbarkeit gelten ferner entsprechende

Mindestbedingungen wie bei MRSA. Klassifiziert werden die Dauer der Behandlung (unter 4 Tage, 5 bis 9, 10 bis 14, 15 bis 19, 20 und mehr Behandlungstage) und der Ort der Behandlung (spezielle/keine spezielle Isoliereinheit).

Der Einsatz von Robotern im OP erlebt mit einer neuen Generation von Geräten einen gewissen Aufschwung. Die neuen „komplexen“ OP-Roboter ermöglichen eine Hand- und ggf. Fußbedienung über eine Computerkonsole und erlauben die Steuerung winkelbarer Instrumente mit insgesamt mindestens sieben Freiheitsgraden, die Übersetzung chirurgischer Handbewegungen in skalierte Bewegungen an gleichzeitig drei oder mehr endoskopischen Instrumenten sowie eine Kameraführung mit 3D-Bildübertragung. Für den Einsatz derartiger Systeme ist der neu differenzierte Kode 5-987.0 als Zusatzkode vorgesehen. Roboter-Systeme, die diese genannten Eigenschaften nicht aufweisen, werden als „sonstige“ OP-Roboter mit 5-987.x abgebildet.

Viszeralchirurgie

Bei der Kodierung einer diagnostischen Ösophagogastroskopie, Ösophagogastroduodenoskopie und Jejunoskopie wird seit 2015 unterschieden, ob es sich um einen normalen Situs oder einen postoperativen Zustand mit Anastomosen handelt. Zur Klarstellung wurden Hinweise ergänzt, dass auch eine axiale Gleithernie als „normaler Situs“ zu betrachten ist. Lageanomalien wie z. B. paraösophageale Hernie oder Upside-down-Magen werden dagegen jeweils der Kategorie „sonstige“ zugeordnet.

Bei Koloskopien wird ein Zusatzkode für die Push-and-pull-back-Technik (Single- bzw. Doppel-Ballon-Enteroskopie) eingeführt (1-657).

Bei der Behandlung eines Zenkerschen Divertikels wird klargestellt, dass mit dem Kode für die „Schwellendurchtrennung“ (5-299.1) das endoskopische Vorgehen gemeint ist. Andere Zugänge sind bei diesem Verfahren auch nicht möglich. Resektionen bzw. Exzisionen werden mit Kodes aus dem Bereich 5-422.- verschlüsselt.

Als neues Blutstillungsverfahren ist die endoskopische Anwendung absorbierender Substanzen neu etabliert. Hierfür wurden spezielle Kodes für die Lokalisationen Ösophagus (5-429.v), Magen (5-449.t3), Dünn- und Dickdarm (5-469.t3) sowie Rektum (5-489.k) geschaffen.

Bei Eingriffen am Ösophagus sowie in Kombination mit Magenresektionen bestanden bisher noch bestimmte Unklarheiten hinsichtlich der Abgrenzung von (sub-)totalen Ösophagektomien, partiellen Ösophagusresektionen und Manschettenresektionen des distalen Anteils. Bei Magenresektionen (Gastrektomie, Kardia-, Kardia-Fundus-Resektion) ist die Mitresektion einer Ösophagusmanschette integraler Bestandteil des Eingriffs und daher nicht gesondert als „partielle Ösophagusresektion“ kodierbar. Als Manschette wird eine Ösophaguslänge unter 4 cm betrachtet, gemessen in situ. Der Beschreibung im OP-Bericht kommt daher eine besondere Bedeutung zu. Bei einer Mitresektion von mindestens 4 cm distalem Ösophagus im Rahmen einer Kardia-Fundus-Resektion ist bereits seit der OPS-Version 2015 eine partielle thorakoabdominale Ösophagusresektion zu kodieren: Bei rein abdominalem (transhiatalem) Zugang ist der Kode 5-424.11, bei (zusätzlicher) Thorakotomie 5-424.12 zu wählen. Bei einer Gastrektomie und Mitresektion von mindestens 4 cm distalem Ösophagus ist ab 2016 die neue fünfstellige Kategorie 5-438.2-, bei Dünndarminterposition bzw. bei Dickdarminterposition 5-438.3- zu wählen. Mit der sechsten Stelle wird wie bisher das Ausmaß der Lymphadenektomie abgebildet. Bisher wäre in diesen Fällen neben der Gastrektomie (5-437.-) eine partielle Ösophagusresektion mit 5-424.2 **zusätzlich** zu kodieren gewesen. Um klarzustellen, wie eine partielle von einer subtotalen bzw. totalen Ösophagektomie klassifikatorisch abzugrenzen ist, wurde als anatomischer Bezugspunkt der Oberrand der kreuzenden Vena azygos festgelegt. Eine Resektion oberhalb dieser Linie ist, je nach Rekonstruktion, mit der Kategorie 5-425.- (ohne Wiederherstellung der Kontinuität) oder 5-426.- (mit Wiederherstellung der Kontinuität) zu verschlüsseln. Bei einer Gastrektomie mit (sub-)totaler Ösophagusresektion ist wie bisher 5-438.0- (bei Dünndarminterposition) bzw. 5-438.1- (bei Dickdarminterposition) anzugeben.

Bei endoskopischen lokalen Exzisionen am Dickdarm wird ein spezifischer Kode für die endoskopische Vollwandexzision (EFTR) eingeführt (5-452.25). Damit kann dieses Verfahren eindeutig gegenüber der endoskopischen Mukosaresektion (5-452.23) und der endoskopischen submukösen Dissektion (ESD) (5-452.24) abgegrenzt werden. Analoge Eingriffe am Rektum sind mit Kodes aus dem Bereich 5-482.- zu verschlüsseln.

Für laparoskopische Rektumresektionen unter Sphinktererhalt fehlten bei den Zugangswegen bisher Kodes für Umsteiger zum offen chirurgischen Vorgehen. Ein Umsteigen auf offen chirurgisches Vorgehen mit Anastomose am Rektum wird an der sechsten Stelle des Kodes künftig mit „8“ abgebildet, bei einer Diskontinuitätsresektion mit Enterostoma und Blindverschluss ist „9“ anzugeben. Eine tiefe anteriore Resektion, die laparoskopisch begonnen wurde und erst nach Umsteigen offen chirurgisch mit maschineller peranaler Anastomose beendet werden konnte, ist somit künftig mit 5 484.58 zu kodieren (bisher 5-484.5x).

Für die Exzision von Rektumfisteln waren bisher keine spezifischen Kodes verfügbar. Fälschlicherweise wurde dies häufig als Behandlung von Analfisteln kodiert. Mit dem neuen Kode 5-486.7 „Exzision einer Fistel mit innerer Fistelöffnung oberhalb der Linea dentata mit plastischer Rekonstruktion der Rektumwand“ wird diese Lücke geschlossen und eine klare Abgrenzung möglich. Zur Verdeutlichung wird bei dem Kode 5-491.4 jetzt ausdrücklich „Exzision einer inter- oder transsphinktären **Anal**fistel mit Verschluss durch Schleimhautlappen“ formuliert. Dies ist eine Klarstellung und keine Veränderung des Leistungsinhaltes.

Bei der operativen Behandlung von Analfisteln wird ein weiteres Verfahren in den OPS aufgenommen: 5-491.5 „Exzision einer Analfistel mit Verschluss durch Muskel-Schleimhautlappen“. Eine weitere klassifikatorische Unklarheit mit erheblicher Erlösrelevanz konnte behoben werden: Wenn nach Exzision einer Analfistel eine Sphinkternaht oder -plastik erforderlich geworden ist, war bisher unklar, ob die Sphinkterrekonstruktion im Kode der Fistelexzision bereits enthalten ist oder zusätzlich kodiert werden darf. Mit eindeutigen Hinweisen wird jetzt festgelegt, dass in diesen Fällen eine Doppelkodierung vorzunehmen ist und neben der Spaltung bzw. Exzision auch eine Sphinkterplastik (5 496.3) oder Sphinkternaht (5-496.0) anzugeben ist. Der Zusatz „nach Verletzung“ ist in diesen Fällen bei 5-496.0 keine obligate Voraussetzung für die Verwendung dieses Kodes.

Bei den Verfahren zur plastischen Rekonstruktion bei anorektalen Anomalien war es bisher nicht möglich, den laparoskopischen Zugang abzubilden. Künftig kann hier mit „2“ an der sechsten Kodeposition der laparoskopische Zugang vom offen chirurgischen, d. h. per Laparotomie („0“) oder perinealen Zugang („1“) abgegrenzt werden. Im Zuge dieser Überarbeitung wurden die OPS-Kodes 5-495.4- „Durchzugsoperation, sakroabdominoperineal“ und 5-496.6- „Anoproktoplastik“ gestrichen, da diese Kodes keine klinische Relevanz besitzen bzw. die Verfahren mit den bereits vorhanden Kodes hinreichend genau klassifizierbar sind.

Bei Leberresektionen sind zwar spezifische Kodes für Segmentresektionen in allen typischen Kombinationen vorgesehen, für den Resteklassenkode 5-502.5 Resektion sonstiger Segmentkombinationen“ galt jedoch bisher

die Nebenbedingung, dass es sich dabei nur um nicht zusammenhängende Segmente handeln darf, also um multiple Segmentresektionen. Der Hinweistext wurde dahingehend modifiziert, dass künftig auch die Resektion zusammenhängender Segmente mit 5-502.6 kodiert werden kann, sofern es für diese Kombination keinen spezifischen Kode gibt.

Für die zweizeitige Leberresektion mit In-situ-Split werden entsprechende Kodes neu eingeführt. Der eigentliche In-situ-Split mit Ligatur der Pfortader wird mit 5-502.7 abgebildet. Für die später durchzuführende Leberresektion nach In-situ-Split ist der neue Kode 5 502.8 vorgesehen.

Obwohl das Verfahren bereits vor mehr als 30 Jahren entwickelt wurde, wird erst jetzt ein spezifischer Kode für die hypertherme intrahepatische Chemoperfusion (5-506.30) bereitgestellt. Ohne Hyperthermie ist 5-506.3x „Sonstige“ anzugeben. Für die perkutane „Chemosaturation der Leber ist bereits der Kode 8-549.0 vorgegeben.

Eine nochmalige systematische Überarbeitung erfolgte für den Bereich der Hernienchirurgie. Weitere gängige Eponyme wurden für bestimmte Operationsverfahren in die Klassifikation aufgenommen (Ferguson, Grob, Bassini-Kirschner, Zimmermann, Desarda, Lichtenstein, Gilbert/Pellisier), womit einige zwischenzeitlich aufgetretene Irritationen geklärt werden konnten, insbesondere bezüglich des Leistungsinhaltes bei der offen chirurgischen Versorgung einer Leistenhernie mit plastischem Bruchpfortenverschluss. Hierunter fällt nämlich auch eine Faszientransposition wie z. B. beim Verfahren nach Desarda. Für den Verschluss von primären und Rezidiv-, Leisten- und Schenkelhernien mit alloplastischem Material wurden die Kodes für offen chirurgisches Vorgehen für anteriore und posteriore Verfahren differenziert. Eine vollständige Übersicht der ab 2016 kodierbaren Verfahren gibt die folgende Tabelle (Tab. 2).

Tab. 2: Übersicht der kodierbaren Verfahren in der Hernienchirurgie

Verschluss mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material	**Hernia inguinalis**		**Hernia femoralis**	
	primär	**rezidiv**	**primär**	**rezidiv**
laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	5-530.31	5-530.71	5-531.31	5-531.71
endoskopisch total extraperitoneal [TEP]	5-530.32	5-530.72	5-531.32	5-531.72
offen chirurgisch, epifaszial (anterior) Inkl.: OP nach Lichtenstein, Onlay-Technik	5-530.33	5-530.73	5-531.33	5-531.73
offen chirurgisch, präperitoneal/retromuskulär (posterior) Inkl.: OP nach Gilbert oder Pellissier, Sublay-Technik, TIPP, Plug-Verfahren	5-530.34	5-530.74	5-531.34	5-531.74
sonstige	5-530.3x	5-530.7x	5-531.3x	5-531.7x

Beim Verschluss von Nabelhernien und epigastrischen Hernien mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material wurden ebenfalls die Kodes für die offen chirurgischen Verfahren weiter differenziert, nachfolgend eine zusammenfassende Darstellung (Tab. 3). Es sei hier nochmals darauf hingewiesen, dass die operative Behandlung von Rezidiven voroperierter epigastrischer oder umbilikaler Hernien als Verschluss von Narbenhernien klassifiziert wird.

Tab. 3: Differenzierung von offen chirurgischen Verfahren beim Verschluss von Nabelhernien und epigastrischen Hernien

Verschluss mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material	**Hernia umbilicalis**	**Hernia epigastrica**	**Narben-hernie**
laparoskopisch transperitoneal Inkl.: Mit Verwendung von intraperitonealem Onlay-mesh [IPOM]	5-534.31	5-535.31	5-536.41
offen chirurgisch, mit intraperitonealem Onlay-Mesh [IPOM]	5-534.33	5-535.33	5-536.45*)
offen chirurgisch, mit Onlay-Technik	5-534.34	5-535.34	5-536.46*)
offen chirurgisch, mit Sublay-Technik	5-534.35	5-535.35	5-536.47*)
offen chirurgisch, als Bauchwandersatz	–	–	5-536.44
offen chirurgisch, mit Komponentenseparation (Ramirez)	–	–	5-536.48
sonstige	5-534.3x	5-535.3x	5-536.4x

*) Als Bauchwandverstärkung (bei Narbenhernien)

Hinzuweisen ist noch darauf, dass die Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz oder Gewebeverstärkung gesondert mit einem Kode aus 5-932.- anzugeben ist. Dies ist äußerst wichtig, um die entsprechenden Kosten bei den DRG-Kalkulationen transparent darstellen zu können!

Bei den Verfahren zum laparoskopischen Verschluss von Zwerchfellhernien und anderen abdominalen Hernien konnten bisher nur Verfahren mit allogenem, alloplastischem oder xenogenem Material spezifisch kodiert werden. Für laparoskopische Verfahren ohne allogenes, alloplastisches oder xenogenes Material werden die Kodes 5-538.a (Zwerchfellhernie primär), 5-538.b (Zwerchfellhernie bei Rezidiv) und 5-539.4 (andere abdominale Hernien) neu eingeführt. Bisher wäre nur eine unspezifische Kodierung mit 5-538.x bzw. 5-539.x korrekt gewesen.

Operationen an Haut und Unterhaut/Vakuumtherapie

Die korrekte Kodierung von Hämatomausräumungen und Abszesspaltungen ist leider immer noch häufig Gegenstand der Auseinandersetzung zwischen Krankenhäusern und Kostenträgern. Es sei daher nochmals darauf hingewiesen, dass diese Eingriffe nur als „Inzision an Haut und Unterhaut“ mit einem Kode aus dem Bereich 5-892.- zu verschlüsseln sind. Mit einer Ergänzung der Inklusiva im OPS wird deutlich gemacht, dass dies auch für „Abszessausräumungen“ gilt. Der Vollständigkeit halber sei darauf hingewiesen, dass auch „Hämatomentlastungen“ bzw. „Abszessentlastungen“ durch Inzision der Haut mit einem Kode aus 5-892.- zu verschlüsseln sind. Zu beachten ist, dass in all diesen Fällen ein Wunddebridement im Leistungsinhalt des Prozedurenkodes enthalten ist und nicht ergänzend oder gar alternativ als „Chirurgische Wundtoilette“ mit einem Kode aus 5-896.- verschlüsselt werden darf.

Im Zusammenhang mit therapeutischen Maßnahmen an der Haut wird bei vielen Kodes zwischen klein- und großflächigen Behandlungen unterschieden. Als „kleinflächig“ gelten Hautareale mit einer Länge bis zu 3 cm oder einer Fläche bis zu 4 cm². Wenn mehrere kleinere Läsionen in derselben anatomischen Region vorhanden sind, sind die Flächen zu addieren. Wenn dabei eine Fläche von 4 cm² überschritten wird, ist der Kode für die großflächige Behandlung zu verwenden. Unter „derselben anatomischen Region“ ist die im OPS verwendete Lokalisationseinteilung zu verstehen. Die Flächen beidseitiger Läsionen derselben Regionsbezeichnung (z. B. Unterarm) sind dagegen nicht zu addieren. Diese neuen Klarstellungen gelten insbesondere bei den OPS-Kodes 5-896.- (Wundtoilette mit Anästhesie), 8-192.- (Wundreinigung ohne Anästhesie), 5-913.- (Entfernung oberflächlicher Hautschichten), 5-915.- (Destruktion an Haut/Unterhaut), 5-916.- (temporäre Weichteildeckung), sind aber analog auch in allen anderen vergleichbaren Fällen anwendbar.

Bei der Anlage eines Systems zur Vakuumtherapie gilt als Nebenbedingung für die Kodierbarkeit, dass der Eingriff unter Operationsbedingungen mit Anästhesie durchgeführt worden ist. Eine Ausnahmeregelung für den Fall einer neurologisch bedingten Analgesie, wie bei der Chirurgischen Wundtoilette, war hier bisher nicht vorgesehen. Da die Formulierungen des OPS in der Rechtsprechung zunehmend „wörtlich“ ausgelegt werden (in Verkennung der langjährigen Entstehungsgeschichte des OPS/ICPM) war es daher erforderlich geworden, eine entsprechende Regelung explizit auch bei der Kategorie 5-916.a- „Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung“ aufzunehmen.

Als neues Verfahren zur Wundbehandlung wird die Anlage eines „Okklusivverbandes mit Sauerstofftherapie“ dem neuen Kode 8-191.6 zugeordnet.

Unfallchirurgie und orthopädische Chirurgie

Als neue Technik zur Bandplastik des lateralen Bandapparates des Sprunggelenkes mit ortsständigem Gewebe (in der Technik nach Broström-Gould) wird der neue Kode 5 819.4 eingeführt. Die analoge offen chirurgische Methode wird wie bisher mit 5-806.5 kodiert.

Arthroskopische Eingriffe am Labrum acetabulare werden künftig differenzierter abgebildet. Der bisherige Kode 5-819.3 „Naht und sonstige Refixation des Labrum acetabulare“ wird in die neue Kategorie 5-816 „arthroskopische Operationen am Labrum acetabulare übergeleitet (5-816.0). Als weitere Verfahren werden die „Glättung und (Teil-) Resektion am Labrum“ (5-816.1) sowie die „Rekonstruktion durch ein Transplantat“ (5 816.2) aufgenommen. Zu beachten ist, dass zur Refixation verwendete Knochenanker im Kode enthalten sind, die Art eines Transplantates jedoch gesondert zu kodieren ist (5 930 ff.).

Bei der partiellen Exzision und Resektion von Knochen, insbesondere auch im gelenknahen Bereich, war bisher keine klare Unterscheidung zwischen offen chirurgischen und endoskopischen Verfahren möglich. Der bisherige Kodebereich 5 782.0- wird künftig übergeleitet auf 5-782.a- für offen chirurgische Exzisionen bzw. partielle Knochenresektionen und 5-782.b- für die entsprechenden endoskopischen Eingriffe. An der sechsten Stelle wird die anatomische Lokalisation nach dem üblichen OPS-Schema angegeben. So wird beispielsweise die endoskopische Resektion bei einer Cam-Deformität mit 5-782.be (e = Schenkelhals) verschlüsselt, die offen chirurgische Resektion bei einer Pinzer-Deformität mit 5-782.ad (d = Becken). Innerhalb dieser Systematik wird nun auch die partielle (laterale) endoskopische Resektion der Klavikula mit 5 782.b0 kodierbar, sodass der bisher hierfür vorgesehene Kode 5-814.a künftig entfällt.

Neben den bereits kodierbaren Destruktionsverfahren am Knochen (Laser, Radiofrequenz, fokussierter Ultraschall, Mikrowellen und irreversible Elektroporation ist künftig der Kode 5-789.a- für die Destruktion durch perkutane Kryoablation verfügbar.

Als neues Osteosyntheseverfahren wird der Bewegungs-Fixateur in den OPS aufgenommen. Obwohl der typische Einsatzort das Ellenbogengelenk ist, ist das Verfahren streng systematisch an allen Lokalisationen kodierbar. Maßgeblich ist dabei nicht das überbrückte Gelenk sondern die Lokalisation des frakturierten Knochens! Dies gilt bei allen gelenkübergreifenden Fixateuren. Falsch wäre die Verwendung von Kodes aus den Bereichen 5-79a.- und 5-79.b-. Der Bewegungsfixateur ist bei den Osteosyntheseverfahren (5-786.n-) und Entfernung von Osteosynthesematerial (5-787.n-) hinterlegt, ferner bei Frakturosteosynthesen an langen Röhrenknochen (5-790.p-, 5-791.n-, 5-792.n-, 5-793.n-, 5-794.n-), an kleinen Knochen (5-795.n-, 5-796.n-) sowie an Talus und Kalkaneus (5-797.ns und 5-797.nt).

Für die Kodierung einer Pfannendachplastik (5-829.1) gilt eine neue Definition: „Eine Pfannendachplastik am Hüftgelenk liegt vor, wenn durch Anlagerung von Knochen eine Verbesserung der Überdachung des Hüftgelenkes erreicht wird. Dieser Kode ist nicht anzugeben bei Verschluss oder bei Verfüllung von iatrogen geschaffenen Knochendefekten mit ortsständigem Gewebe oder ausschließlicher Verfüllung von Geröllzysten.“

Auch für die Pfannenbodenplastik (5-829.h) wurde die Definition präzisiert: „Dieser Kode ist bei Augmentation des Pfannenlagers und dadurch erfolgter Rekonstruktion des Drehzentrums (z. B. bei Protrusionskoxarthrose) unter Verwendung von Knochen(ersatz)gewebe anzugeben. Dieser Kode ist nicht anzugeben bei Verschluss oder Verfüllung von iatrogen geschaffenen Knochendefekten mit ortsständigem Gewebe,

ausschließlicher Verfüllung von Geröllzysten, Verwendung von zementierten Pfannenprothesen oder ausschließlicher Vertiefungsfräsung zur Schaffung eines Prothesenbettes.

Der Zusatzkode 5-829.c „Implantation oder Wechsel einer Tumorendoprothese“ gilt auch bei Einsatz eines Diaphysen-Implantates bei bösartiger Neubildung. Diese Ergänzung ist als Klarstellung aufzufassen, die also auch rückwirkend anwendbar ist.

Für die computergestützte Planung von Operationen an Extremitätenknochen ist künftig der Zusatzkode 5-86a.20 verfügbar. Sollte die Planung zum Einsatz patientenindividuell angepasster Implantate führen, ist 5-86a.21 anzugeben. Diese Zusatzkodes sind nicht anzuwenden, wenn Gelenkimplantate patientenindividuell angefertigt werden (CAD-gefertigt).

Für die Augmentation von Osteosynthesematerial ist künftig der Zusatzkode 5-86a.3 verfügbar. Dieser ist abzugrenzen von dem bereits bestehenden Kode 5-83w.0, der bei der Augmentation des Schraubenlagers bei Operationen an der Wirbelsäule anzuwenden ist.

Hand- und Fußchirurgie

Die Anwendung von Verriegelungsnägeln ist auch an Metakarpalia und Metatarsalia möglich, was aber bisher nicht spezifisch kodierbar war. Künftig sind geschlossene Repositionen mit Verriegelungsnagel (5-790.4b, 5-790.4v) und offene Repositionen von einfachen (5-795.pb, 5-795.pv) und Mehrfragmentfrakturen (5-796.pb, 5-796.pv) differenziert abbildbar.

Bei Osteotomien des Metatarsale I wird bisher nur zwischen einfacher und Doppelosteotomie unterschieden. Bei der einfachen Osteotomie des Metatarsale I wird künftig zwischen einer distalen (5-788.5c) und proximalen Osteotomie (5-788.5d) unterschieden. Bei einer proximalen Osteotomie muss mindestens die Hälfte der Osteotomielänge proximal der Schaftmitte liegen.

Um aufwändige Eingriffe an den Händen oder Füßen abzubilden und den Mehraufwand bei Eingriffen an mehreren Strahlen transparent zu machen, sind Zusatzkodes für einzeitige Mehrfacheingriffe an Mittelhand- und Fingerstrahlen bzw. Mittelfuß- und Zehenstrahlen eingeführt worden. Mit diesen Kodes wird die Gesamtzahl aller Strahlen abgebildet, an denen unterschiedlichste Eingriffe in beliebiger Kombination ausgeführt worden sind (Eingriffe an Knochen, Gelenke, Sehnen, Bändern, Muskeln, Faszien, Blutgefäßen oder Nerven der Hand). Aus Gründen der Kodesystematik wurden die bisher hierfür vorgesehenen Kodebereiche 5-869.4- und 5-869.5- übergeleitet auf 5-86a.0- (Mittelhand-/Fingerstrahlen) bzw. 5-86a.1- (Mittelfuß-/Zehenstrahlen). Der Leistungsinhalt und die sechsstellige Differenzierung bleiben unverändert.

Um komplexe Arthrodesen an der Fußwurzel und am Mittelfuß abzubilden, wird die Anzahl der Gelenkfächer als Klassifikationskriterium genutzt. Bisher wurde jedoch nur die Arthrodese von „weniger als drei“ und „drei und mehr Gelenkfächern“ voneinander abgegrenzt. Künftig werden neben „ein oder zwei Gelenkfächern“ (5-808.a0) noch „drei oder vier Gelenkfächer“ (5-808.a2) und „fünf und mehr Gelenkfächer“ (5-808.a3) unterschieden.

Wirbelsäulenchirurgie

Nach wie vor werden bei der Osteosynthese von Wirbelfrakturen (z. B. mit einem Schrauben-Stab-System) fälschlicherweise zusätzlich Spondylodesen kodiert. Zur forcierten Klarstellung wird der bisherige Hinweistext „Die methodenbedingte temporäre Fixation von Wirbelsegmenten ist im Kode enthalten“ durch folgenden Text ersetzt: „Die durch eine Osteosynthese bedingte Fixation von Wirbelsegmenten ist im Kode enthalten, nur eine zusätzlich mit Knochen oder Knochenersatzmaterialien durchgeführte Spondylodese ist gesondert zu kodieren (5-836 ff.).“

Bei dem Kode 5-838.f „Korrektur einer Wirbelsäulendeformität durch Implantation eines mitwachsenden Schrauben-Stab-Systems“ gilt der klarstellende Hinweis, dass hier auch wachstumslenkende Schrauben-Stab-Systeme kodiert werden können.

Bei Vertebroplastien und Kyphoplastien bestehen weiterhin häufig Unklarheiten bezüglich der korrekten Klassifikation der angewendeten Methode. Die bisherige Formulierung für die Kyphoplastie lautete: „Implantation von Material in einen Wirbelkörper mit intravertebraler, instrumenteller Wirbelkörperaufrichtung“. Mit der neuen Textfassung „Implantation von Material in einen Wirbelkörper mit Verwendung eines Systems zur intravertebralen, instrumentellen Wirbelkörperaufrichtung“ soll deutlich gemacht werden, dass der Einsatz eines speziellen Instrumentariums für die Kodierung einer Kyphoplastie gefordert ist.

Als neues Behandlungsverfahren wird die „autogene matrixinduzierte Chondrozytentransplantation in eine Bandscheibe“ mit dem Kode 5-839.m- spezifisch abbildbar gemacht. Mit der sechsten Stelle wird die Anzahl der behandelten Segmente abgebildet (0 bis 1 Segment, 1 bis 2 Segmente, 2 bis 3 oder mehr Segmente). Von diesem Kode abzugrenzen ist die Implantation von in vitro hergestellten Gewebekulturen in eine Bandscheibe, wofür bereits der Kode 5-839.f existiert.

Ein neues minimalinvasives Verfahren zur Schmerztherapie stellt die Thermokoagulation oder Kryodenervation des Ileosakralgelenkes dar, die mit 5-83a.2 zu verschlüsseln ist.

Neurochirurgie

Bei Eingriffen an intrakraniellen Blutgefäßen kann die Verwendung von Clips künftig separat kodiert werden. Je nach Anzahl der Clips ist ein Kode aus dem Bereich 5-026.40 (1 Clip) bis 5-026.45 (6 und mehr Clips) anzugeben.

Für zweizeitige Eingriffe zur Implantation von Systemen zur Hirnstimulation, epiduralen Rückenmarkstimulation, Vorderwurzelstimulation und Stimulation des peripheren Nervensystems werden neue Kodes eingeführt, um die separate Implantation bei bereits liegenden Elektroden abbilden zu können. Es wird dabei zwischen nicht wiederaufladbaren Ein- und Mehrkanalsystemen sowie wiederaufladbaren Mehrkanalsystemen unterschieden (5-028.c- Hirnstimulation, 5-039.n- epiduralen Rückenmarkstimulation, 5-039.9- Vorderwurzelstimulation, 5-059.g- Stimulation des peripheren Nervensystems).

Neu sind Kodes für die Implantation von Systemen für die Phrenikusnerv-Stimulation (5 059.cb System mit Elektrodenimplantation, 5-059.db System ohne Elektrodenimplantation, 5-059.87 Isolierte Implantation oder Wechsel einer Elektrode, 5 059.95 Elektrodenrevision, 5-059.a5 Elektrodenentfernung). Die Ersteinstellung ist mit 8 631.4 gesondert zu kodieren.

Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Für den Einsatz einer Shavertechnik zur Abtragung von Knochen bzw. Weichteilen bei Operationen an Nase, Nebenhöhlen oder Gesichtsschädelknochen (pESS-Technik) kann künftig 5-98f als Zusatzkode neben der eigentlichen Knochen- oder Weichteilresektion angegeben werden.

Gefäßchirurgie

Im Rahmen der Dialyseshuntchirurgie wird der Kode für die Anlage einer inneren AV-Fistel mit alloplastischem Material (5-392.3) künftig differenziert und für Implantate mit Abstrom in den rechten Vorhof der Kode 5-392.31 neu eingeführt. Der Hinweis auf Systeme mit Nitinolkoppler entfällt. Bei Systemen mit integriertem Stent ist ohnehin der Zusatzkode 5-399.h anzugeben.

In der Kategorie 5-98c „Anwendung eines Klammernahtgerätes“ existiert ein spezifischer Kode für die Anwendung eines zirkulären Klammernahtgerätes bei Gefäßanastomosen. Häufig werden jedoch lineare Klammernahtgeräte bei der Präparation im Thorax oder Abdomen eingesetzt, um Blutgefäße bzw. gefäßführende Strukturen zu durchtrennen. Das bisher geltende Exklusivum „Klammernahtverschluss von Blutgefäßen“ konnte so gedeutet werden, dass in diesen Fällen der Einsatz des Klammernahtgerätes nicht kodiert werden kann, was unter dem Gesichtspunkt der Kostenabbildung jedoch nicht als sinnvoll betrachtet werden kann. Daher wurde das Exklusivum jetzt präzisiert und auf den einfachen Clipverschluss von Blutgefäßen beschränkt. Clips an intrakraniellen Gefäßen werden dagegen je nach Anzahl mit einem Kode aus 5-026.4- abgebildet.

Herzchirurgie

Bei den minimalinvasiven Verfahren zur Behandlung eines Mitralklappendefektes wird für die transapikale Mitralklappenrekonstruktion der Kode 5-35a.42 neu eingeführt. Dieser gilt auch für die Rekonstruktion durch Implantation von „Neochordae“.

Bei der Embolieprotektion durch Maßnahmen am Herzohr wird beim offen chirurgischen Vorgehen der Verschluss mittels Clip oder Klammernahtgerät als Inklusivum bei 5-379.1 aufgeführt. Die minimal-invasiven Verfahren werden weiter differenziert. Für den Verschluss mittels perkutan eingebrachter epikardialer Schlinge wird der Kode 8-837.s1 neu eingeführt.

Resektion und Gefäßersatz am Aortenbogen werden künftig differenzierter dargestellt, wobei die bisherige Kategorie 5-384.0- Aortenbogen durch spezifische Kodes für die Lokalisationen „Aortenbogen, aufsteigender Teil“ (5-384.d-), „Aortenbogen, absteigender Teil“ (5-384.e-) und „Gesamter Aortenbogen“ (5-384.f-) ersetzt wird. Auf der sechsten Stelle erfolgen die Angabe des Implantates und die Indikation (Rohrprothese, ggf. bei Aneurysma). Die Anwendung der Herz-Lungen-Maschine ist ggf. gesondert zu kodieren (8-851.-)

Die offen chirurgische Entfernung von Implantaten aus dem Herzen oder Koronargefäßen kann künftig mit 5-379.d spezifisch verschlüsselt werden. Bisher waren diese Maßnahmen nur unspezifisch mit 5-379.x abbildbar. Die offen chirurgische Entfernung von Kanülen im Rahmen der extrakorporalen Herz-/Lungenunterstützung wird wie bisher mit Kodes aus dem Bereich 5-37b.3- abgebildet.

Für die Anwendung einer endovaskulär eingebrachten parakorporalen pulsatilen Membranpumpe mit Gegenpulsation wird der Kodebereich 8-839.b- neu eingeführt. Ergänzend ist die Dauer der Behandlung mit einem Kode aus 8-83a.4- anzugeben.

Thoraxchirurgie

Als neues Destruktionsverfahren an der Lunge erhält die perkutane Kryoablation einen eigenständigen Kode (5-339.23).

Die Leistungsdarstellung bei der chirurgischen Behandlung von Lungenmetastasen war in bestimmten Situationen nicht aufwandsgerecht möglich. Bei den entsprechenden Kodes gab es Hinweistexte, die die Kodierung von Enukleationen, Keil- und Segmentresektionen unterbunden haben, sofern sie zusammen mit der Resektion größerer Lungenabschnitte kombiniert waren. Bei Segmentresektionen (5-323) gilt nun der Hinweis, dass Enukleationen oder Keilresektionen nur noch dann nicht kodierbar sind, wenn sie zuvor (in derselben Sitzung) in dem dann resezierten Segment vorgenommen worden sind. Analog gilt dies bei Lobektomien (5-324 und 5-325) hinsichtlich in der gleichen Sitzung vorgenommener Keil- und Segmentresektionen bzw. Enukleationen im selben Lappen. Wenn beispielsweise nach einer Schnellschnittuntersuchung eines Keiles anschließend das betroffene Segment oder der Lappen reseziert wird, ist nur dieser Eingriff zu kodieren. Enukleationen, Keil- und Segmentresektionen in anderen Lungenbereichen können dagegen entsprechend ihrer Anzahl kodiert werden.

Bei Lungentransplantationen werden die Kodebereiche 5-335.2- und 5-335.3- neu strukturiert. Als zusätzliches, neues Klassifikationsmerkmal wird die Durchführung einer Organkonservierung durch normotherme Perfusion und Beatmung eingeführt. Ansonsten wird weiterhin zwischen kompletter und partieller Transplantation unterschieden und Retransplantationen abgegrenzt.

Für die Entfernung dauerhafter Pleurakatheter war bisher kein spezifischer Kode verfügbar, sodass Unklarheit herrschte, wie das Verfahren abzubilden ist. Hierfür ist künftig der neue Kode 5-349.7 anzuwenden. Bis Ende 2015 ist noch 5-349.x „andere Operationen am Thorax, sonstige“ der zutreffende Kode.

Literatur

[1] ICD-10-GM 2016 – Systematisches Verzeichnis, Deutscher Ärzteverlag, ISBN 978-3-7691-3573-2.

[2] ICD-10-GM 2016 – Alphabetisches Verzeichnis, Deutscher Ärzteverlag, ISBN 978-3-7691-3574-9.

[3] OPS 2016 – Systematisches Verzeichnis, Deutscher Ärzteverlag, ISBN 978-3-7691-3575-6.

[4] OPS 2016 – Alphabetisches Verzeichnis, Deutscher Ärzteverlag, ISBN 978-3-7691-3576-3.

[5] Deutsche Kodierrichtlinien 2016, http://www.g-drg.de/cms/G-DRG-System_2016/Kodierrichtlinien/Deutsche_Kodierrichtlinien_2016.