

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



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, Inklusive und Exklusive 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 Thrombozytenaggregationshemmern (D69.80) unterschieden wird. Diese Codes sind laut ICD-10 allerdings nur im Falle einer manifesten Blutung kodierbar und steigern dann den PCCL-Schweregrad. Auch Hämatombildungen, vermehrte intraoperative Blutungen oder verlängerte Nachblutungen nach Punktionen sind zu berücksichtigen. Ohne manifeste Blutung ist dagegen allenfalls Z92.1 (Dauertherapie mit Antikoagulantien in der Eigenanamnese) bzw. Z92.2 (Dauertherapie mit anderen Arzneimitteln in der Eigenanamnese) kodierbar, sofern die Kriterien der Nebendiagnosendefinition erfüllt sind.

Bei der Kodierung des **Willebrand-Jürgens-Syndroms** wird künftig zwischen der hereditären (D68.00) und der erworbenen Form (D68.01) unterschieden. Letztere kann prinzipiell temporär oder dauerhaft erworben sein, was durch die Zusatzkodierung U69.12! bzw. U69.11! abzubilden ist und Einfluss auf die Ermittlung der Zusatzentgelte ZE2015-98 bzw. ZE2015-97 hat.

Die ICD-Klassifikation der **peripheren arteriellen Verschlusskrankheit** wird künftig präziser gemäß der klinischen Einteilung nach Fontaine bzw. Rutherford definiert und für die Stadien I und IIa, die bisher

nicht voneinander abgrenzbar waren, weiter differenziert. Damit verbunden ist eine Änderung des Leistungsinhaltes der Codes I70.20 bis I70.25, was bei jahrgangsübergreifenden Statistiken zu beachten ist. Für eine pAVK vom Becken-Bein-Typ mit Ulzeration ist künftig der Code I70.24 vorgesehen. Sollte jedoch eine Ulzeration in Verbindung mit Nekrosen oder einer Gangrän vorliegen, so ist gemäß DIMDI (FAQ 1014) das Vorliegen der Nekrose / Gangrän maßgeblich. Daraus folgt, dass in diesen Fällen künftig I70.25 zu kodieren ist.

Tab. 1: periphere arterielle Verschlusskrankheit

I70.2-	Atherosklerose der Extremitätenarterien	Fontaine	Rutherford
I70.20	Becken-Bein-Typ, ohne Beschwerden	Stadium I	0/0
I70.21	Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke 200 m und mehr	Stadium IIa	I/1 I/2 I/3
I70.22	Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m	Stadium IIb	
I70.23	Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerzen	Stadium III	II/4
I70.24	Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	nicht definiert	
I70.25	Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	Stadium IV IVa/IVb	III/5 III/6
I70.26	Schulter-Arm-Typ, alle Stadien		
I70.29	Sonstige und nnbez.		

Für das **Atemnotsyndrom (ARDS)** wird künftig eine fünfstellige Kodierung mit Berücksichtigung des Schweregrades eingeführt. Die Einteilung (Berlin-Definition) berücksichtigt den Horowitz-Quotienten (PaO₂/FI₀₂), der bei einem positiven endexpiratorischen Druck (PEEP) von mindestens 5 cm H₂O zu bestimmen ist, also unter Beatmungsbedingungen bzw. Anlage einer Maske mit PEEP. Ohne PEEP-Beatmung sowie bei einem Horowitz-Quotienten von 300 mmHg und mehr ist kein Atemnotsyndrom des Erwachsenen im Sinne des ICD-Kodes J80.- kodierbar.

Tab. 2: Atemnotsyndrom

J80.0-	Atemnotsyndrom des Erwachsenen	Horowitz-Quotient (bei einem PEEP ≥ 5 cm H ₂ O)
J80.01	Mildes ARDS	über 200 bis 300 mmHg
J80.02	Moderates ARDS	über 100 bis 200 mmHg
J80.03	Schweres ARDS	≤ 100 mmHg
J80.09	ARDS onA	(≤ 300 mmHg)

Die Kodierung von **Fußdeformitäten** ist in der Praxis sehr häufig fehlerhaft, da erworbene Deformitäten fälschlicherweise mit Codes aus dem Bereich Q66 als „angeborene Deformitäten“ verschlüsselt werden. Es war daher geboten, für die klinisch relevanten erworbenen Deformitäten eine vergleichbare Differenzierung vorzusehen wie für die angeborenen. Hierfür stehen die Codes M21.60 (erworbener Hohlfuß), M21.61 (erworbener Knick-Plattfuß), M21.62 (erworbener Spitzfuß) und M21.63 (erworbener Spreizfuß) zur Verfügung.

Für die **Osteochondrosis dissecans** war in der ICD-10 bisher nur der Viersteller M93.2 vorgesehen, wodurch es nicht möglich war, das betroffene Gelenk spezifisch anzugeben. Mit der universellen Lokalisationsliste für das Kapitel XIII ist es künftig möglich, die betroffenen Gelenke hinreichend genau mit der fünften Stelle anzugeben. Die Osteochondrosis dissecans des Kniegelenkes erhält somit den Code M93.26.

Für **Pseudoarthrosen** nach Fusionen oder Arthrodesen ist der Code M96.0 vorgesehen, verzögerte Knochenheilungen nach Fusionen oder Arthrodesen sind mit M96.82 zu verschlüsseln. Neu aufgenommen wird die Regelung, dass diese Codes auch anwendbar sind, wenn diese Komplikationen nach einer Osteotomie aufgetreten sind.

Für das **akute Nierenversagen** wird künftig die Stadieneinteilung nach den KDIGO- Leitlinien berücksichtigt und alle bereits vorhandenen Viersteller fünfstellig ausdifferenziert. Da in den meisten klinischen Situationen eine Nierenbiopsie nicht vorliegt, sind im Regelfall die Codes N17.90 bis N17.99 zu nutzen.

Tab. 3: Akutes Nierenversagen

N17.-	Kreatinin absolut	Zunahme des Serum-Kreatinins innerhalb von 7 Tagen	Diurese
Stadium 1 (5. St.: 1)	< 4,0 mg/dl mit Zunahme um $\geq$ 0,3 mg/dl innerhalb 48 Std.	50 % bis < 100 %	< 0,5 ml/kg/h über 6 bis unter 12 Std.
Stadium 2 (5. St.: 2)	-	100 % bis < 200 %	< 0,5 ml/kg/h über $\geq$ 12 Std.
Stadium 3 (5. St.: 3)	$\geq$ 4,0 mg/dl	$\geq$ 200 %	< 0,3 ml/kg/h über $\geq$ 24 Std. oder Anurie über $\geq$ 12 Std.
	< 4,0 mg/dl mit Zunahme um $\geq$ 0,3 mg/dl innerhalb 48 Std.	50 % bis < 200 %	< 0,5 ml/kg/h über $\geq$ 6 Std.
	und Nierenersatztherapie oder GFR < 35 ml/min/1,73 m ² (Alter < 18 Jahre)		

Bei der Kodierung **diffuser bzw. umschriebener Hirnverletzungen** (S06.2- / S06.3-) wurden die Hinweise auf nachzuweisende Blutmengen ersatzlos gestrichen. Diese Hinweise waren unzureichend und zum Teil widersprüchlich. Mit den Klassentiteln ist eine eindeutige Zuordnung radiologischer Befunde ohne weiteres möglich.

Der Kode T79.6 „**traumatische Muskelischämie**“, mit dem auch das traumatische Kompartmentsyndrom abgebildet wird, erhält künftig eine weitergehende Differenzierung der Lokalisation auf der fünften Stelle. Hiermit wird es möglich, die Diagnose sachgerechter bestimmten DRGs zuzuordnen, was zum Beispiel bei den Algorithmen zur Ermittlung eines Polytraumas relevant ist. Auch verletzungsbedingte Perfusionsstörungen, die zu einer Ischämie bzw. Nekrose von Muskulatur geführt haben, können mit diesen Kodes abgebildet werden. Das Vorliegen eines Kompartmentsyndroms ist nicht zwingend erforderlich.

Mit Z40.0 ist die Durchführung einer **prophylaktischen Operation wegen Risikofaktoren in Verbindung mit bösartigen Neubildungen** abbildbar. Künftig ist die Art des Eingriffes näher spezifizierbar. Eine prophylaktische Operation an der Brustdrüse wird mit Z40.00 verschlüsselt, ein prophylaktischer Eingriff an den Ovarien mit Z40.01. Für andere Organe ist zunächst nur die Restegruppe Z40.08 vorgesehen.

Prozeduren

Viszeralchirurgie

Bei endoskopischen Untersuchungen des oberen Verdauungstrakts wird künftig dem besonderen Aufwand Rechnung getragen der bei einem voroperierten Situs entstehen kann. Die bisherigen Viersteller 1-631, 1-632 und 1-635 für Ösophagogastroskopie, Ösophagogastroduodenoskopie und Jejunoskopie werden künftig differenziert für Untersuchungen bei normalem anatomischen Situs (5. Stelle: 0), bei Anastomose an Ösophagus, Magen oder Duodenum (5. Stelle: 1) sowie „sonstige“ bzw. „nicht näher bezeichnete“ Situationen.

Die endosonographische Feinnadelpunktion der Leber, Gallengänge und sonstiger Lokalisationen des hepatobiliären Systems war bisher nur mit dem unspezifischen Kode 1-445 abbildbar. Mit 1 448.0 für die Leber, 1-448.1 für die Gallengänge und 1-448.x für sonstige Lokalisationen am hepatobiliären System können diese Eingriffe künftig spezifisch angegeben werden.

Für die perkutane diagnostische Punktion und Aspiration des Pankreas (inklusive Pankreaszyste) ist künftig der Kode 1-859.1 verfügbar.

Die Durchführung einer intraoperativen Cholangiographie galt bisher als integraler Bestandteil chirurgische Eingriffe an den Gallenwegen. der nicht separat kodierbar war. Da diese Maßnahme jedoch mittlerweile nicht mehr regelhaft bei jedem Eingriff an den Gallenwegen durchgeführt wird, ist es für eine sachgerechte Leistungsabbildung erforderlich geworden, einen eigenständigen Code für die Cholangiographie im Rahmen einer Laparatomie oder Laparoskopie vorzusehen (3-13c.3). Dieser Kode ist auch anzugeben, wenn intraoperativ über eine T-Drainage Kontrastmittel appliziert wird. Das Inklusivum „intraoperativen Cholangiographie“ entfällt künftig bei allen Operationen aus dem Bereich 5-51.

Für die Verwendung eines (großlumigen ringförmigen) „Over-the-Scope“-Clips (OTSC) zum endoskopischen Clippen von Läsionen am Gastrointestinaltrakt stehen künftig die Kodes 5-429.u (Ösophagus), 5-449.s3 (Magen) und 5-469.s3 (Darm) zur Verfügung.

Eine perkutan-endoskopische Gastrostomie durch Direktpunktion (inklusive Gastropexie) ist mit dem neuen Kode 5-431.21 abbildbar. Die PEG-Anlage mit der Fadendurchzugsmethode erhält aufgrund der neuen Differenzierung den sechsstelligen Kode 5-431.20.

Bei der operativen Behandlung des Kardiakarzinoms war die klassifikatorische Abbildung der partiellen Ösophagusresektion unzureichend und führte aufgrund unterschiedlich erlösrelevanter Kodiervarianten häufig zu Konflikten mit den Kostenträgern. Für die klinisch relevante Situation einer Resektion des distalen Ösophagus mit proximaler Magenresektion (Kardia und Fundusanteile) stehen ab 2015 Kodiermöglichkeiten im Bereich „partielle Ösophagusresektion mit Wiederherstellung der Kontinuität“ zur Verfügung. Bei transhiatalem Vorgehen ist 5-424.11 anzugeben. Ein Zweihöhleneingriff ist mit 5-424.12 zu kodieren. Sollte dagegen lediglich eine Kardiaresektion vorgenommen worden sein, bei der lediglich eine aus operationstechnischen Gründen erforderliche Mitresektion einer Ösophagusmanschette (< 2 cm) erfolgt ist, ist der Eingriff wie bisher mit 5-434.1 als „atypische partielle Magenresektion“ zu verschlüsseln. Es ist zu beachten, dass die neuen Kodes für die „erweiterte“ Kardiaresektion ggf. der Mindestmengenregelung für Eingriffe an der Speiseröhre zugeordnet werden.

Bei zirkulären Vollwandexzisionen am Rektum bestanden bisher erlösrelevante Abgrenzungsprobleme zwischen lokalen Exzisionen des Rektums (5-482) und (partiellen) Rektumresektionen unter Spinktererhaltung (5-484). Auch die Begriffe „Segmentresektion“ bzw. „Manschettenresektion“ als Kriterien einer lokalen Exzision waren nicht geeignet, die Verfahren voneinander abzugrenzen. Zur Klarstellung wird hier künftig eine Resektatlänge von mindestens 4 cm als Kriterium für eine partielle Rektumsresektion im Sinne des Codebereiches 5-484 eingeführt. Auf eine entsprechende Beschreibung im OP-Bericht bzw. Dokumentation anhand anderer Befunde (Endoskopie, Röntgen, Fotodokumentation) ist daher besonders zu achten. Dem Pathologiebefund kommt dagegen nur eine nachgeordnete Bedeutung zu, da es regelhaft zu erheblichen Schrumpfungen von Darmresektaten kommt. Kurzstreckige zirkuläre Vollwandexzisionen des Rektums mittels Stapler (STARR) werden mit 5-482.b0 verschlüsselt. Ab einer Resektatlänge von 4 cm ist der Eingriff dagegen als „perianale tubuläre Rektumresektion“ mit 5-484.27 zu kodieren.

Für die Exzision von inter- oder transsphinkteren Analfisteln mit Verschluss durch Mukosa-Flap ist künftig der neue Kode 5-491.4 verfügbar. Dieses Verfahren war aus klassifikatorischen Gründen bisher nur mit der Resteklasse 5-491.x abbildbar. Andere Kodierungen, z. B. mit Codes aus dem Bereich 5-495 oder 5-496 sind nach wie vor unzulässig.

Zur differenzierten Abbildung einer sogenannten „Trisektorektomie“ der Leber wird der neue Kode 5-502.6 eingeführt. Dieses Verfahren konnte bisher nur mit der Resteklasse 5-502.x abgebildet werden, da die Resektion „sonstiger“ Segmentkombinationen nur dann mit 5-502.5 kodiert werden kann, wenn es sich um mehrere nicht zusammenhängende Segmente handelt.

Eine systematische Überarbeitung erfolgte für den Bereich der Hernienchirurgie.

Redaktionell wurden dabei durchgängig die Formulierungen „ohne/mit plastischem Bruchpfortenverschluss“ verwendet (statt „ohne/mit Plastik“), um Missverständnisse bei der Kodierung zu vermeiden. Ferner wurden gängige Eponyme für bestimmte Operationsverfahren in die Klassifikation aufgenommen (Shouldice, Mayo, Ramirez etc.).

Gestrichen wurden alle Codes für den Hernienverschluss durch autogenes Material (5-530.2, 5 530.6, 5-531.2, 5-531.6, 5-534.2, 5-535.2, 5-536.2, 5-537.2, 5-538.2, 5-538.7, 5-539.2). Hierunter war ein Hernienverschluss z. B. unter Verwendung von autogenen Kutisstreifen zu verstehen, was jedoch mittlerweile nicht mehr durchgeführt wird.

Dagegen waren bisher die Verfahren unter Verwendung von allogenem (z. B. humane Dura) oder xenogenem (z. B. Schweinekutis) Material nicht spezifisch abbildbar. Diese Implantate werden künftig mit denselben Codes kodiert, die bisher lediglich beim Einsatz von alloplastischem Material anzuwenden waren. Für die Art des Materials sind bereits seit längerem die Zusatzkodes 5-932.- zu verwenden. Diese Erweiterung betrifft die Codes 5-530.3- / 5-530.7- (Leistenhernie), 5 531.3- / 5-531.7- (Schenkelhernie), 5-534.3- (Nabelhernie), 5-535.3- (epigastrische Hernie), 5 536.4- (Narbenhernie, 5-536.3 für allogen Material wurde entsprechend gestrichen), 5-537.3 (kongenitale Bauchwanddefekte, hier nur allogen und autogenes Material, der separate Kode 5-537.4 für alloplastisches Material wurde belassen) und 5-539.3- (andere abdominale Hernien). Bei Zwerchfellhernien wurde die bereits bestehende Differenzierung zwischen alloplastischen Material und allogenem/xenogenem Material nicht geändert.

Bei Rezidiveingriffen an Leistenhernien wird künftig auf die Kodierung des Merkmals „ohne/mit Funikulo-Orchidolyse“ verzichtet, da diese Erweiterung ohnehin regelhaft durchgeführt wird.

Bei der minimal-invasiven Behandlung von Nabelhernien, epigastrischen Hernien und Zwerchfellhernien war bisher die „endoskopische total extraperitoneale“ Durchführung kodierbar. Dieses Verfahren ist einst analog zur Versorgung von Leisten- und Schenkelhernien in den OPS aufgenommen worden, jedoch technisch gar nicht durchführbar. Die Codes 5-534.32, 5 535.32, 5-538.42 und 5-538.92 konnten daher ersatzlos gestrichen werden. Bei der Versorgung von Narbenhernien wurde der bisherige Kode für den offen-chirurgischen Verschluss mit Verwendung eines Implantates zur Bauchwandverstärkung (5-536.43) weitergehend differenziert. Die Onlay-Technik wird mit 5-536.46 kodiert, bei Sublay-Technik ist 5-536.47 anzugeben. Bei Verwendung eines intraperitonealen Onlay-Mesh (IPOM) wird bei offen-chirurgischem Vorgehen 5-536.45 kodiert, bei laparoskopisch-transperitonealem Vorgehen ist 5 536.41 anzugeben.

Eine weitere aktuelle Behandlungsmethode ist die offen-chirurgische Komponentenseparation nach Ramirez. Diese wird bei Verwendung von alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material mit 5-536.48 kodiert, ohne Einsatz von Fremdmaterial ist 5-536.11 anzugeben.

Mit dem zunehmenden Einsatz von Fremdmaterialien zum Gewebeersatz oder Gewebeverstärkung kommt es mitunter auch zu Komplikationen, die die Entfernung des Materials erforderlich machen. Hierfür war bisher kein spezifischer OPS-Kode verfügbar. Künftig kann die offen-chirurgische Entfernung von alloplastischem Material für Gewebeersatz oder Gewebeverstärkung mit 5-549.80 verschlüsselt werden, bei laparoskopischer Entfernung ist 5 549.81 anzugeben.

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

Operationen an Haut und Unterhaut/Vakuumtherapie

Bei der Kodierung eines chirurgischen Wunddebridements wurden die Kriterien dieser Prozedur erneut modifiziert, um den Leistungsinhalt sachgerecht zu definieren. Die bisherige Forderung, dass ein Einschnitten in erkranktes Gewebe bis hin zu gesundem Gewebe erfolgen soll, führte in der Praxis häufig zu der Forderung des MDK-Gutachters, dass ein Saum von gesundem Gewebe im Resektat nachweisbar sein muss. Medizinisch ist diese Forderung jedoch zurückzuweisen, denn es ergibt keinen Sinn, gesunde Anteile der heilenden Wunde zu entfernen oder sonst wie im Heilungsprozess zu beeinträchtigen.

Es wurde daher der Passus folgendermaßen umformuliert:

„Ein Wunddebridement ist ein chirurgisches oder ultraschallbasiertes Vorgehen zur Entfernung von geschädigtem, infiziertem, minderdurchblutetem oder nekrotischem Gewebe der Haut und Unterhaut bis zum Bereich des vitalen Gewebes. Die Anwendung der Codes setzt eine Allgemein- oder Regionalanästhesie- oder eine lokale Infiltrationsanästhesie voraus (Ausnahme: Es liegt eine neurologisch bedingte Analgesie vor.). Bei alleiniger Oberflächenanästhesie ist ein Kode aus dem Bereich 8-192 ff. zu verwenden...

Ein Kode aus diesem Bereich ist nicht zu verwenden im Zusammenhang mit einer Hämatomausräumung bzw. Abszessspaltung (5-892 ff.), oder einer Primärnaht (5-900.0 ff.) oder einer ausschließlichen Hämatomentlastung oder -ausräumung. Ein Wunddebridement ist bei diesen Codes bereits eingeschlossen.“ Mit dieser Umformulierung wird klargestellt, dass das Debridement bis an vitales Gewebe heran für die

Kodierung ausreichend ist. Als Betäubungsverfahren ist eine Oberflächenanästhesie (z. B. Xylocain-Spray, Salben) im Regelfall dagegen nicht ausreichend.

Bei den Verfahren zur Vakuumtherapie ist künftig auch eine endoluminale Vakuumtherapie am Ösophagus mit dem neuen Kode 5-916.a6 abbildbar. Am Rektum ist bereits eine Kodiermöglichkeit für die endoluminale Behandlung mit 5-916.a4 verfügbar. Redaktionell wurde die bisherige Bezeichnung „Vakuumversiegelung“ durch „Vakuumtherapie“ ersetzt.

Unfallchirurgie und orthopädische Chirurgie

Für die Verwendung von resorbierbarem Osteosynthesematerialien sind bei zahlreichen Kategorien spezifische Kodes vorgesehen, die allerdings keine Information über die Form des resorbierbaren Osteosynthesematerials beinhalten (z. B. Schrauben, Platten, Nägel). Hier werden künftig alle Primärkodes für „Resorbierbares Material“ gestrichen (5-786.f, 5-791.f-, 5-793.f-, 5-794.f-, 5-795.f-, 5-796.f-, 5-797.f-, 5-79a.f-, 5-79b.f-. An deren Stelle tritt eine Doppelkodierung durch den Kode für die Implantatform (die bisher nur für Metallimplantate vorgesehen waren) kombiniert mit dem Zusatzkode 5-931.1. Bei der Verwendung von hypoallergenem Material (z. B. Titan) ist dagegen der Zusatzkode 5-931.0 anzugeben.

Die Zuordnung der Osteosynthesematerialien zu den spezifischen Lokalisationen bei den Frakturosteosynthesen (5-790 bis 5-796) wurde systematisch überarbeitet. Dabei wurden technisch unmögliche oder irrelevante Verfahren gestrichen, z. B. der Ringfixateur an der Patella oder die dynamische Kompressionschraube am Tibiaschaft.

Einige Lokalisationen wurden dagegen auch ergänzt, die bisher nicht kodierbar gewesen sind, z. B. bei Blount-Klammern und Transfixationsnägeln.

Die Kodes für die Entnahme von Spongiosa (5-783.0-) bzw. Entnahme eines kortikospongiösen Spans (5-783.3-) werden künftig auf der 6. Stelle weiter differenziert, um den Entnahmeort genauer anzugeben. Die Entnahme am Beckenkamm wird beispielsweise mit „6“ an der 6. Stelle abgebildet, für die Entnahme am Tibiakopf ist „k“ anzugeben. Sollte bei einem Patienten Material an mehreren Lokalisationen entnommen werden, so ist jede Lokalisation separat mit der entsprechenden sechsten Stelle zu kodieren. Die Kodes 5-783.1 bzw. 5-783.3 (mehrere Entnahmestellen) wurden allerdings nicht gestrichen, da sie noch bei ambulanten Operationen zum Zwecke der Abrechnung nach EBM benötigt werden. Sie sind jedoch im Geltungsbereich des G-DRG-Systems nicht zu verwenden und werden beim Gruppierungsprozess nicht berücksichtigt.

Für die Implantation von alloplastischem Knochenersatz existieren verschiedene Kodes im Bereich 5-785. Insbesondere kann keramischer und metallischer Knochenersatz differenziert kodiert werden. Es sind jedoch auch Knochenersatzmaterialien am Markt, die nicht die Kriterien eines keramischen Materials erfüllen (Brennprozess mit Sinterung des Ausgangsmaterials). Für diese Produkte sind künftig die Kodes 5-785.6- bzw. 5-785.7- (mit Medikamentenzusatz) verfügbar, die die bisherige Resteklasse 5-785.x- ersetzen. An dieser Stelle sei angemerkt, dass es zur Kodierung von „resorbierbarem“ keramischen Knochenersatz ausreichend ist, wenn dieser teilresorbierbar ist. Rückstandsfrei resorbierbare keramische Knochenersatzmaterialien sind gar nicht verfügbar!

Eine rein redaktionelle Änderung betrifft die Kategorien 5-800 und 5-844. Die bisherigen Klassentitel „Offen-chirurgische Revision eines Gelenkes“ bzw. „Revision an Gelenken der Hand“ suggerieren, dass es sich um Re-Eingriffe handeln muss. Dies ist jedoch bei der Benennung dieser OPS-Kodes nicht intendiert gewesen, sondern ist als sprachliche Ungenauigkeit des Fachjargons zu betrachten. Um Missverständnisse zu vermeiden, wird daher künftig „Operation“ statt „Revision“ als Bezeichnung gewählt.

Bei der Behandlung von Patellaluxationen wird zunehmend eine Naht des medialen Retikulums vorgenommen, die bisher nicht mit dem OPS abbildbar ist. Hierfür wird der Kode 5-804.7 neu eingeführt. Bei Kombination mit einem lateral release ist zusätzlich 5-804.0 zu verschlüsseln. Für die Rekonstruktion des medialen patellofemorales Ligamentes (MPFL) ist künftig der Kode 5-804.8 verfügbar. Die ersatzweise Kodierung z. B. mit 5-802.4 „Naht des medialen Kapselbandapparates, Kniegelenk“ ist dagegen klassifikatorisch nicht zutreffend, da für die Versorgung des Halteapparates der Patella ausschließlich Kodes aus dem Bereich 5-804 zu verwenden sind, ggf. die Resteklasse 5-804.x.

Bei den Bandnähten am Sprunggelenk wurde bisher unterschieden, wie viele fibuläre Bänder gerissen waren und entsprechend genäht wurden. Diese Unterteilung ist klinisch jedoch nicht bedeutsam und selbst intraoperativ nicht immer eindeutig abgrenzbar. Bei fehlender Erlösrelevanz wurden daher die bisherigen Kodes 5-806.0 und 5-806.1 im neuen Kodes 5-806.c zusammengefasst. Ein Kode für die primäre Naht des medialen Bandapparates war bisher gar nicht verfügbar. Hierfür ist 5-806.d vorgesehen. Die Kombination einer Außenband- und Innenbandnaht konnte bisher mit 5-806.1 abgebildet werden. Dieser Kode wird jedoch gestrichen zugunsten der Doppelkodierung mit 5-806.c und 5-806.d.

Wenn als begleitende Maßnahme eine temporäre Arthrodese zur Ruhigstellung eines Gelenkes erfolgt, kann diese mit 5-809.2- kodiert werden, wobei mit der 6. Stelle das jeweilige Gelenk abgebildet wird. Künftig kann das hierzu verwendete Osteosynthesematerial mit einem Kode aus dem Bereich 5-786 „Osteosyntheseverfahren“ ergänzend angegeben werden, z. B. 5-786.1 für den Kirschnerdraht oder 5-786.8 für den Fixateur externe. Hinweise auf die separate Kodierbarkeit einer temporären Gelenkfixation wurden bei einigen Kategorien ausdrücklich aufgenommen (z. B. 5-829.5 / 5-847 Resektionsarthroplastik am Handgelenk / an Gelenken der Hand).

Am Schultergelenk wird künftig die „Schrumpfung der Schultergelenkkapsel durch Energiequellen“ mit dem neuen Kode 5-814.d spezifisch kodierbar. Typischerweise wird diese Prozedur mit dem Elektrokauter durchgeführt.

Die arthroskopische Naht bzw. sonstige Refixation des Labrum acetabulare am Hüftgelenk ist künftig mit dem neuen Kode 5-819.3 abzubilden. Sollten hierbei Knochenanker verwendet werden, so ist deren Einsatz im Kode mit abgebildet und nicht gesondert, z. B. als „Schraubenosteosynthese“ (5-786.0) kodierbar. Dieser Hinweis kann auch analog auf andere Einsatzbereiche der Schraubenanker bezogen werden, z. B. bei der Refixation des Labrum glenoidale am Schultergelenk.

Die Systematik der Kodierung von Kniegelenksendoprothesen wurde für 2015 grundlegend überarbeitet. Dabei wurde die Koppelung der Prothesenteile (ungekoppelt, teilgekoppelt, Scharnierprothese) als Klassifikationsmerkmal aufgegeben. Unterschieden werden nur noch unikondyläre Schlittenprothesen (5-822.0-), bikondyläre Oberflächenersatzprothesen (5-822.g-), femoral und tibial schaftverankerte Prothesen (5-822.h-), Prothesen mit erweiterter Beugefähigkeit (5-822.j-), bikompartimentelle Teilgelenkersatzprothesen (5-822.k-) und Sonderprothesen (5-822.9-) inkl. patientenindividuell hergestellte (CAD) Endoprothesen oder Sonderbauformen (Tumorphrothesen). Auch die Unterteilung für einen eventuellen Patellaersatz entfällt

künftig. Stattdessen ist ein Patellaersatz stets separat mit einem Kode aus dem Bereich 5-822.8- bzw. 5-823.5- (bei Wechsel) anzugeben. Die Verwendung von Wedges ist nicht gesondert zu kodieren (z. B. als metallischer Knochenersatz), kann aber zur Kodierbarkeit einer modularen Endoprothese (Zusatzkode 5-829.k) und Abrechenbarkeit des Zusatzentgeltes ZE2015-25 führen. Die Technik der Verankerung wird weiterhin mit der 6. Stelle der Codes abgebildet (0 - nicht zementiert, 1 - zementiert, 2 - hybrid/teilzementiert).

Für die sich anhand der neuen Systematik ergebenden Möglichkeiten für Wechseleingriffe wurden umfangreiche Kodierschemen erarbeitet, die die technische Durchführbarkeit berücksichtigen. Dabei wurden systematisch auch Codes für den typgleichen Wechsel, Teilwechsel und Inlaywechsel aufgenommen. Es fehlen allerdings Codes für den Wechsel in eine Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit! Ersatzweise sollte hier der Wechsel in eine femoral und tibial schaftverankerte Prothese verschlüsselt werden.

Für die Entfernung einer femoral und tibial schaftverankerten Prothese ist der Kode 5-823.m vorgesehen.

Die Implantation eines präformierten Knochenteilersatzes am Becken ist künftig mit dem neuen Kode 5-828.8 abbildbar.

Handchirurgie

Für arthroskopische Eingriffe am Discus triangularis des Ulnocarpalgelenkes werden neue Codes für die kapsuläre Refixation (5-812.n0), die knöcherne Refixation (5-812.n1) sowie die Rekonstruktion durch ein Transplantat (5-812.n2) eingeführt, die den bisherigen allgemeiner gefassten Kode 5-812.j künftig ersetzen. Bei offen-chirurgischen Eingriffen ist bisher nur die Resektion des Discus triangulare mit 5-801.d spezifisch kodierbar.

Bei der „Speziellen Komplexbehandlung der Hand (8-988)“ werden die geforderten, täglich zu erbringenden Leistungen an realen Bedingungen des Klinikbetriebs angepasst. Um eine komplette Woche dieser Komplexbehandlung kodieren zu können, ist es nicht mehr erforderlich, dass an jedem der 7 Tage eine Teambesprechung durchgeführt worden ist und an jedem Tag mindestens zwei Behandlungen aus den Therapiebereichen Krankengymnastik, physikalische Therapie bzw. Ergotherapie erfolgt sind. Es ist ausreichend, dass mindestens 5 Teambesprechungen pro Woche durchgeführt wurden und mindestens 10 Behandlungen pro Woche bei beliebiger Aufteilung auf die einzelnen Wochentage. Sollten am Wochenende tatsächlich weder spezielle Behandlungen vorgenommen worden sein noch Teambesprechungen stattgefunden haben, so sind diese Tage dennoch auf die Gesamtdauer der Komplexbehandlung anzurechnen, falls die genannten Mindestzahlen pro Woche erreicht worden sind.

Wirbelsäulenchirurgie

Für die computergestützte Planung von Wirbelsäulenoperationen ist der neue Kode 5-83w.20 anwendbar. Sollten im Rahmen der Planung auch patientenindividuell angepasste Implantate zum Einsatz kommen, ist 5-83w.21 anzugeben.

Das Einbringen eines Medikamententrägers im Bereich von Wirbelkörpern, Bandscheiben oder Wirbelgelenken ist mit dem neuen Kode 5-830.7 zu verschlüsseln.

Für die Augmentation einer Bandscheibe mittels eines Implantates (inkl. injiziertem Kunststoff) ist je nach Anzahl der behandelten Segmente ein Kode aus dem neuen Bereich 5-839.j- zu verwenden.

Als neue Produkte zur Fixierung von Bewegungssegmenten der Wirbelsäule sind Implantate zur spinösen / paraspinösen Fixierung bzw. Flexions- oder Extensionslimitierung verfügbar geworden. Diese sind je nach Anzahl der behandelten Segmente mit einem Kode aus dem neuen Bereich 5-839.k- zu verschlüsseln.

Neurochirurgie

Bei einer Kranioplastik unter Verwendung von ultraschallgeformtem resorbierbaren Material kann dieses mit dem Zusatzkode 5-020.8 abgebildet werden.

Eine Duraplastik im Bereich des Gehirns oder des Rückenmarks kann auch kodiert werden, wenn diese ausschließlich mit klebbarem Material durchgeführt wird. Ein entsprechender Klarstellen der Hinweis wurde bei den OPS-Kodes 5-021 sowie 5-036 aufgenommen.

Bei der Implantation von Neurostimulatoren zur Hirnstimulation, epiduralen Rückenmarksstimulation, Vorderwurzelstimulation oder des peripheren Nervensystems können die Kombinationskodes für Implantation / Wechsel von Stimulator und Elektroden künftig auch benutzt werden, wenn die Elektroden zweizeitig, jedoch im Rahmen des selben stationären Aufenthaltes implantiert werden. Dies betrifft die Codes 5-028.9-, 5-039.e-, 5-039.g- und 5-059.c-. Die spätere Elektrodenimplantation ist separat mit den jeweils zutreffenden Codes zu verschlüsseln. Diese Regelung ermöglicht die Abrechnung sachgerechter Zusatzentgelte für die kombinierte Implantation von Aggregat und Elektroden.

Bisher existierten lediglich Codes für die Implantation eines kardialen Vagusnervstimulationssystems. Für andere Formen eines Vagusnervstimulationssystems sind künftig spezifische Codes verfügbar. Bei gleichzeitiger Implantation der entsprechenden Elektroden: 5-059.c8 „ohne zusätzliche Funktionen“, 5-059.c9 „mit automatisierter täglicher Impedanzprüfung“, 5-059.ca „mit herzfrequenzgestützter Erkennung zerebraler Anfälle und automatischer Stimulation“. Ohne gleichzeitige Elektrodenimplantation sind die Codes 5-059.d8, .d9 bzw. .da zu wählen.

Mit 5-059.5 war eine Kodiermöglichkeit für die Implantation einer peripheren Neuroprothese vorgesehen. Künftig wird hier ein spezifischer Kode für ein Implantat vorgesehen welches eine sensorgesteuerte Elektrostimulation der motorischen Anteile des Nervus peroneus communis erlaubt (5-059.50).

Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Für die plastische Rekonstruktion und Augmentation der Maxilla bzw. der Mandibula sind künftig spezielle Codes verfügbar, um die Rekonstruktion durch autogene Knochentransplantate abzubilden, für deren Anpassung CAD-gefertigte Schablonen verwendet worden sind (5-774.8 bzw. 5-775.9).

Für die Gesichtstransplantation ist ab 2015 der neue Kode 5-779.8 vorgesehen, mit dem die subtotale oder totale simultane Transplantation von Gesichtsschädelknochen abgebildet wird.

Gefäßchirurgie

Im Rahmen der Dialyseshuntchirurgie erfolgt häufig eine Vorverlagerung der Vena basilica. In Kombination mit Anlage einer Cimino-Fistel war dies bisher schon mit 5-392.11 abbildbar. Die Vorverlagerung der Vena

basilica als selbstständiger Eingriff ist künftig mit 5-392.7 kodierbar.

Schwierigkeiten bereitete gelegentlich die Kodierung einer extraluminalen Valvuloplastie. Es erfolgte daher bei dem Codebereich 5-397 ein entsprechendes Inkklusivum. Insbesondere im Bereich der Vena saphena magna dürfte dieses Verfahren relevant sein, wofür z. B. der Kode 5-397.a5 anwendbar ist.

Bei der offen-chirurgischen Ballon-Angioplastie, die mit Kodes aus dem Bereich 5-38f zu klassifizieren ist, ist der abrechnungsrelevante Hinweis aufgenommen worden, dass zu diesem Verfahren die Verwendung medikamentenfreisetzender Ballons mit einem Kode aus dem Bereich 8-83b.b- ergänzend angegeben werden kann. Es bestanden Unklarheiten, ob diese Zusatzkodes aus dem Kapitel 8 mit Operations-Kodes aus dem Kapitel 5 kombinierbar sind. Aus Sicht des DIMDI bestanden hier keine klassifikatorische Bedenken, so dass diese Klarstellung gegebenenfalls auch auf andere Zusatzkodes übertragbar ist. Mit den Zusatzkodes 8-83b.b- wird das Zusatzentgelt ZE137 ausgelöst, was somit nicht auf die PTA beschränkt ist.

Herzchirurgie

Bei der minimalinvasiven Implantation eines mit Mitralklappensersatzes wird bei transapikalem Zugang künftig unterschieden, ob ein perkutane apikales Zugangs- und Verschlusssystem eingesetzt worden ist (ohne: 5-35a.31, mit: 5-35a.32).

Literatur:

[1] ICD-10-GM 2015 – Systematisches Verzeichnis, Deutscher Ärzteverlag ISBN 978-3-7691-3556-5

[2] ICD-10-GM 2015 – Alphabetisches Verzeichnis, Deutscher Ärzteverlag ISBN 978-3-7691-3557-2

[3] OPS 2015 – Systematisches Verzeichnis, Deutscher Ärzteverlag ISBN 978-3-7691-3558-9

[4] OPS 2015 – Alphabetisches Verzeichnis, Deutscher Ärzteverlag ISBN 978-3-7691-3559-6

[5] Deutsche Kodierrichtlinien 2015, http://www.g-drg.de/cms/G-DRG-System_2015/Kodierrichtlinien/Deutsche_Kodierrichtlinien_2015