

Kodier-Update ICD-10-GM und OPS 2020

Dr. Rolf Bartkowski, Berlin

Mit der Version 2020 der ICD-10-GM werden erstmalig keine Änderungen der WHO mehr umgesetzt, da sich die internationale Entwicklung nunmehr ausschließlich auf die ICD-11 konzentriert, deren weltweite Anwendung ab 2022 beschlossen worden ist. Die Einführung dieser grundlegend anders aufgebauten Systematik im Bereich der stationären und ambulanten Patientenversorgung ist in Deutschland jedoch frühestens in 5 – 10 Jahren zu erwarten, da zuvor noch ein erheblicher Anpassungsbedarf zu bewältigen ist, bevor die neue Systematik in allen Bereichen eingeführt werden kann. Bis dahin wird die ICD-10-GM weiterhin im Einsatz bleiben und im Rahmen des etablierten Vorschlagsverfahrens vom DIMDI im Jahresrhythmus weiterentwickelt werden.

Die Aktualisierungen des OPS 2020 sind im somatischen Bereich überschaubar geblieben. Die systematische Überarbeitung der Struktur- und Prozessmerkmalen von Komplexbehandlungen stellt derzeit einen Schwerpunkt der Arbeiten am OPS dar, die auch 2020 noch fortgesetzt werden. Hintergrund dieser Bemühungen sind die neuen systematischen Prüfungen auf Einhaltung der Strukturmerkmale durch den Medizinischen Dienst (MD), die gemäß MDK-Reformgesetz umgehend von den Krankenhäusern zu beantragen sind. Nach Abschluss der Budgetverhandlungen 2020 können Leistungen, für die Strukturmerkmale gefordert sind, nur noch kodiert und abgerechnet werden, wenn die entsprechende Strukturprüfung erfolgreich abgeschlossen worden ist.

Änderungen bei Diagnosenkodes

Enterobacterales

Mit den Sekundärkodes B96.2, U81.08, U81.28 und U81.48 werden künftig neben der Familie „Enterobacteriaceae“ die gesamte Ordnung „Enterobacterales“ abgebildet. Hinzu kommen somit folgende Familien und deren Vertreter:

- **Budviciaceae** (Budvicia, Leminorella und Pragia)
- **Erwinaceae** (Erwinia, Buchnera, Mixta, Pantoea, Phaseolibacter, Tatumella und Wigglesworthia)
- **Hafniaceae** (Hafnia, Edwardsiella und Obesumbacterium)
- **Morganellaceae** (Morganella, Arsenophonus, Cosenzaea, Moellerella, Photorhabdus, Proteus, Providencia und Xenorhabdus)
- **Pectobacteriaceae** (Pectobacterium, Brenneria, Dickeya, Lonsdalea und Sodalis)
- **Thorselliaceae** (Thorsellia und Coetzee)
- **Yersiniaceae** (Yersinia, Chania, Ewingella, Nissabacter, Rahnella, Rouxiella, Samsonia und Serratia)
- **unklassifizierte Enterobacterales** (Aranicola, Averyella, Grimontella, Guhaiyinggella, Margalefia, Phytobacter, Plesiomonas, Tiedjeia und weitere)

Ein Werkzeug zur Erregerkodierung und Auswertung von Antibiotogrammen mit Ermittlung der entsprechenden Resistenzkodes ist auf der Website des Autors zu finden:

www.mediclass.de

Spondylitis

Mit dem Codebereich M49.2-* (Sternkodes) werden künftig nicht nur Spondylitiden durch Enterobakterien abgebildet, sondern alle Fälle, denen eine bakterielle Darminfektion zugrunde liegt, also insbesondere auch bei Infektionen mit *Campylobacter*, *Yersinia enterocolitica* oder *Clostridium difficile*.

Zytokin-Freisetzungssyndrom

Für die gefürchtete Nebenwirkung eines „Zytokinsturms“ insbesondere nach einer CAR-T-Zell-Therapie oder einer anderen Immuntherapie wird der Code D76.4 neu eingeführt. Dieser ergänzt den bereits vorhandenen Code E88.3 *Tumorlysesyndrom*, der im Falle einer spontanen oder nach zytostatischer Behandlung aufgetretenen Tumorlyse mit entsprechender Symptomatik anzugeben ist.

Stadieneinteilung der Leberzirrhose

Die Stadien einer Leberzirrhose können bereits ab 2019 gemäß der Child-Pugh-Klassifikation mit den obligaten Sekundärkodes K74.70! (Child A), K74.71! (Child B) oder K74.72! (Child C) abgebildet werden. Auf diese Zusatzkodierung wurde bisher nur bei den biliären und sonstigen Leberzirrhosen (K74.3 bis K74.6) hingewiesen, künftig nun auch bei der alkoholischen Leberzirrhose (K70.3). In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass für das Stadium einer hepatischen Enzephalopathie ergänzende Sekundärkodes (K72.7.-!) angegeben werden können. Ein Leberversagen kann zudem noch nach den Kriterien „akut/subakut“ (K72.0) oder „chronisch“ (K72.1) klassifiziert werden.

Infektionen und entzündliche Reaktionen durch Gelenkendoprothesen, Osteosynthesematerial oder sonstige orthopädische Implantate / Transplantate

Mit den Komplikationskodes T84.5 (Gelenkendoprothesen), T84.6 (interne Osteosynthesevorrichtungen) und T84.7 (sonstige orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate) werden alle implantatassoziierten bzw. im Bereich des Implantates lokalisierten Infektionen („periimplantär“) abgebildet. Die streng wörtliche Auslegung würde allerdings bedeuten, dass die Infektion durch das Implantat selbst entstanden ist, dieses also bei der Implantation unsteril gewesen sein muss. Dieser Infektionsweg ist aber in der Praxis nahezu ausgeschlossen und stellt daher keinesfalls die einzige Möglichkeit dar, die zur Kodierung mit diesen Codes führen kann. Grundsätzlich kann jede Infektion, die Gelenkendoprothesen, Osteosynthesematerial oder andere orthopädische Implantate einbezieht, mit dem Codebereich T84.5 bis T84.7 verschlüsselt werden. T84.7 ist u.a. bei der Infektion von Schanzschen Schrauben bei einem Fixateur externe, Knochenankern, (alloplastischem) Bandersatz oder eines prothetischen Knochenersatzes zu kodieren

Besonders wichtig ist auch der Hinweis, dass eine Gelenk- oder Knochenbeteiligung mit den Codes M00.- *Eitrige Arthritis* bzw. M86.- *Osteomyelitis* ergänzend zu kodieren ist. Dabei ist

mit der 5. Stelle des Kodes die Lokalisation spezifisch abbildbar, z.B. das Kniegelenk (6) oder der Femur (5). Die Tatsache, dass bei einer Totalendoprothese gar kein natürliches Gelenk mehr vorhanden ist, verbietet nicht die Kodierung mit M00.-. Auch ist es bei einer infizierten Osteosynthese nicht erforderlich, dass es zu einer Markrauminfektion gekommen ist, z.B. zu einer Osteomyelitis im eigentlichen Wortsinn, wie sie bei einem infizierten Marknagel zu erwarten wäre. Bereits Infektionen des Periosts oder lediglich der kortikalen Oberfläche, wie sie z.B. bei Platteninfekten auftreten, rechtfertigen die Kodierung mit einem Kode aus dem Bereich M86.-, da für Knocheninfektionen keine anderen Kodes in der ICD-10 vorgesehen sind. Entsprechende Kodierhinweise finden sich u.a. bei M86.9-: „*Knocheninfektion ohne nähere Angaben*“ sowie „*Periostitis ohne nähere Angaben*“.

Wichtig ist auch die Reihenfolge des Arthritis- bzw. Osteomyelitiskodes und des Komplikationskodes. M00.- und M86.- gelten generell als die spezifischeren Kodes, da sie die Lokalisation und weitere Eigenschaften der Infektion abbilden. Daher sind diese Kodes ggf. auch als Hauptdiagnosen anzugeben und den T-Kodes vorzuziehen, die dann als Nebendiagnosen zu kodieren sind. Es sei auch noch darauf hingewiesen, dass auch noch Sekundärkodes für Erreger (B95.-! bis B98.-!) angegeben werden können, wenn diese nicht bereits spezifisch im Klassentitel der Arthritis oder Osteomyelitis aufgeführt sind. Ferner können ggf. auch weitere Sekundärkodes bei spezifischen Resistenzen (U80.-! bis U81.-!) ergänzend angegeben werden. Die meisten dieser Sekundärkodes sind mit CCL-Punkten bewertet und somit erlösrelevant.

Präexpositionsprophylaxe bei HIV

Für Personen, die in Gemeinschaft mit HIV-infizierten Patienten leben, ist eine sogenannte Präexpositionsprophylaxe mit den Wirkstoffen Emtricitabin und Tenofovir verfügbar, die unter bestimmten Umständen auch von der Krankenversicherung erstattet wird. Um den Behandlungsanlass bei der Verschreibung dieser Medikamente für die gesunden Personen abbilden zu können, wird der Diagnosekode Z29.22 *HIV-Präexpositionsprophylaxe* eingeführt. Diese Behandlung ist nicht zu verwechseln mit einer „*Postexpositionsprophylaxe*“, die z.B. bei einer ungewollten Kontamination mit infektiösem Material indiziert ist.

Gesundheitsstörungen im Zusammenhang mit E-Zigaretten

Das gehäufte Auftreten von schweren, z.T. sogar tödlich verlaufenden Atemwegserkrankungen nach dem Gebrauch von Vaporizern oder E-Zigaretten hat die WHO bewogen, noch im November 2019 den „Reservekode“ U07.0 freizuschalten, um die epidemiologische Erfassung dieser noch ungeklärten neuen Erkrankungen zu ermöglichen. In Deutschland ist dieser Kode als Sekundärkode gekennzeichnet und ergänzend zu der eigentlichen Gesundheitsstörung (Kapitel X) anzugeben. Im DRG-System ist dieser Kode nicht erlösrelevant.

Kodierung einer Sepsis

Mit der speziellen Kodierrichtlinie (DKR) 0103s wird die Kodierung einer Sepsis an die bereits seit Jahren bestehende neue Definition der internationalen Konsensus-Konferenz „Sepsis 3“ angepasst. Damit wird die bisher in Deutschland geltende Koppelung an ein „SIRS infektiöser Genese“, die 4 SIRS-Kriterien und die obligate Abnahme von mindestens 2 Blutkultur-Pärchen abgelöst und die neue, international anerkannte Definition ab 01.01.2020 eingeführt. Die beiden maßgeblichen Kriterien einer Sepsis sind künftig eine nachgewiesene oder vermutete Infektion sowie eine nachgewiesene Organdysfunktion, die durch eine dysregulierte Reaktion des Körpers auf einen Infekt verursacht worden ist.

Leider geben weder die DKR noch die ICD-10-GM verbindliche Hinweise, wie die Organdysfunktion zu objektivieren ist. Anerkannte Werkzeuge für die Bewertung von Sepsis-bedingten Organkomplikationen (in der Schweiz offiziell vorgesehen!) sind der SOFA-Score nach Vincent (Intensive Care Med. 1996; 22: 707 - 710) und bei Kindern < 16 Jahren die Kriterien nach Goldstein (Pediatr Crit Care Med. 2005; 6: 2 - 8). Der sogenannte „Quick-SOFA“ Score ist für die Objektivierung einer Organdysfunktion nicht relevant und darf nicht mit dem SOFA-Score verwechselt werden!

Als relevante Organdysfunktionen gelten dabei folgende Befunde:

- Lunge: Horowitz-Quotient $< 400 \text{ PaO}_2/\text{FiO}_2$ (kPa)
- Leber: Bilirubin $\geq 1,2 \text{ } \mu\text{mol/l}$
- Niere: Kreatinin $\geq 1,2 \text{ mg/dl}$ bzw. $110 \text{ } \mu\text{mol/l}$ oder Urinausscheidung $< 500 \text{ ml/Tag}$
- Kreislauf: mittlerer arterieller Blutdruck $< 70 \text{ mmHg}$ oder Gabe von Katecholaminen erforderlich
- ZNS: Glasgow Coma Scale < 15
- Gerinnung: Thrombozytopenie $< 150.000/\mu\text{l}$

Für die Annahme einer Sepsis ist ein SOFA-Score von mindestens 2 Punkten (Dysfunktion eines oder mehrerer Organsysteme) erforderlich. Bei bereits vorbestehenden (chronischen) Organdysfunktionen ist nur eine sepsisbedingte Verschlechterung relevant, die durch eine Zunahme des SOFA-Scores um mindestens 2 Punkte innerhalb von 72 Stunden objektiviert werden kann.

Die Entnahme von Blutkulturen ist formal nicht (mehr) gefordert, ergibt sich allerdings aus den Empfehlungen der SEPSIS-Leitlinien (aktualisierte Fassung der AWMF-Leitlinie 079 - 001 seit 19.12.2019 im Abstimmungsprozess)

Unabhängig von der neuen Sepsis-Definition sind die Codes für ein SIRS (R65.-) weiter anwendbar, wenn die SIRS-Kriterien erfüllt sind und ggf. Organkomplikationen vorliegen. Um ein SIRS zu kodieren, müssen mindestens zwei SIRS-Kriterien erfüllt sein. Die Abnahme von Blutkulturen oder gar der Nachweis von Erregern ist nicht gefordert! Bei einer Sepsis gemäß neuer Definition ist daher zu prüfen, ob auch mindestens zwei SIRS-Kriterien erfüllt sind. In der Regel sollte dies bei einem Sepsis-Patienten zutreffen, außer im Falle einer Immunsuppression, so dass R65.1! als obligater (!) Sekundärkode meist ergänzend angegeben werden kann. Dieser Kode ist im G-DRG-System erlösrelevant, da er als

Nebendiagnose mit 1 – 4 CCL-Punkten bewertet ist und auch eine „Komplizierende Konstellation“ auslösen kann (erhebliche Erlössteigerungen möglich!).

Neue Prozedurenkodes

Transrektale Biopsie an männlichen Geschlechtsorganen

Die transrektale Biopsie an männlichen Geschlechtsorganen unter Anwendung bildgebender Verfahren wird künftig mit dem neuen Codebereich 1-466.- abgebildet. Ohne bildgebende Verfahren sind weiterhin die bestehenden Codes aus 1-464.- zu verwenden.

Kryobiopsien und Kryosonden

Für endoskopische Biopsien an respiratorischen Organen werden die bestehenden Codes (1-430.-) auf der 6. Stelle weiter differenziert, um Zangenbiopsien, Kryobiopsien und andere Biopsieverfahren künftig voneinander abgrenzen zu können.

Die Verwendung von Kryosonden bei einer Destruktion von Trachealgewebe (5-314.2) ist künftig mit dem Zusatzcode 5-31a.0 ergänzend abzubilden.

Bei einer perkutanen Kryoablation von Lungengewebe (5-339.23) Nierengewebe (5-552.40, 5-552.52, 5-552.70), Prostatagewebe (5-602.3) oder Knochen (5-789.a) ist die Anzahl der verwendeten Kryoablationsnadeln mit dem neuen Codebereich 5-98h.0- ergänzend anzugeben.

Für die Entfernung von Fremdkörpern durch Tracheoskopie oder Bronchoskopie ist künftig ebenfalls eine Differenzierung auf der 6. Stelle vorgesehen, um die Entfernung mittels Zange oder Kryosonde unterscheiden zu können.

Irreversible Elektroporation

Dieses innovative Verfahren ist ab 2020 auch bei der Destruktion von erkranktem Gewebe der Prostata mit dem neuen Code 5-602.6 abbildbar. Für alle Lokalisationen, an dem eine Elektroporation kodierbar ist (Lunge/Bronchen, Oesophagus, Magen, Rektum, Leber, Gallengänge, Pankreas, Niere / Nebenniere und Knochen) ist zudem die Anzahl der verwendeten Nadeln / Elektroden mit einem Code aus 5-98h.1- zu verschlüsseln.

Dilatation der Trachea oder des Larynx

Bei der (endoskopischen) Dilatation der Trachea (5-319.1) oder des Larynx (5-319.0) mittels eines Ballonkatheters kann dessen Verwendung mit dem neuen Zusatzcode 5-31a.1 ergänzend verschlüsselt werden.

Behandlung des Lungenemphysems

Die bronchoskopische Radiofrequenzablation zur Denervierung eines Bronchus ist mit dem neuen Kode 5-320.60 (Verwendung von einem Katheter) bzw. 5-320.61 (Verwendung von zwei oder mehr Kathetern) abbildbar.

Bei der Behandlung mittels endobronchialer Klappensysteme kann nunmehr auch die Verwendung von 5, 6, 7 bzw. von 8 und mehr Ventilen genau differenziert mit dem erweiterten Kodebereich 5-339.5- abgebildet werden. Damit können bis zu 8 Ventile aufwandsgerecht mit dem ebenfalls erweiterten Zusatzentgelt ZE100.- abgerechnet werden.

Implantation von Bestrahlungsmarkern

Bei den bereits bestehenden Lokalisationen Lunge (5-339.9-), Leber (5-509.0-) und Pankreas (5-529.q-) werden die Zugangswege weiter differenziert (perkutan, endoskopisch bzw. ösophagoskopisch/tracheoskopisch). Neue Kodes für die Implantation von Bestrahlungsmarkern werden bei den Lokalisationen Lymphknoten (5-408.9-), Ösophagus (5-42a.0-), Magen (5-449.w-), Rektum (5-489.n-), Anus (5-499.f-) und Bauchraum (5-549.c-) eingeführt und je nach Zugangsweg auf der 6. Stelle weiter differenziert.

Varizenbehandlung

Als neue Methode der endoluminalen Behandlung von Varizen wird die Venenokklusion durch Venenkleber (z.B. N-BCA oder Enbucrilat) dem neuen Kode 5-385.e zugeordnet. Dabei ist zu beachten, dass auch dieses Verfahren in der Regel ambulant zu erbringen ist und eine stationäre Abrechnung (z.B. mit der DRG F39B) nur in Ausnahmefällen bei relevanten Begleiterkrankungen möglich sein wird.

Polypektomien am Gastrointestinaltrakt

Die Kodierung von endoskopischen Polypektomien wird für die unterschiedlichen Regionen (Ösophagus, Magen, Dünndarm, Dickdarm und Rektum) jeweils anhand der Anzahl der abgetragenen Polypen weiter differenziert. Neu werden Zusatzcodes etabliert, mit denen ergänzend die Anzahl von großen entfernten Polypen (> 2 cm) abgebildet werden soll. Am Ösophagus (5-422.6-), Magen (5-433.6-) und Dünndarm (5-451.b-) wird lediglich die Entfernung von einem oder mehr als einem großen Polypen unterschieden. Dagegen sind die Zusatzcodes für Dickdarm (5-452.a-) und Rektum (5-482.f-) für die Entfernung von 1 bis 9 Polypen ausdifferenziert und lediglich die Abtragung von 10 und mehr Polypen nicht weiter unterscheidbar.

Nabelhernien, epigastrische Hernien und Narbenhernien

Die endoskopischen Verfahren zum Verschluss von Nabel-, Narben- und epigastrischen Hernien mit alloplastischem Material („Herniennetze“) werden, analog zu den bereits

etablierten Kodes bei Versorgung von Leisten- und Schenkelhernien, in laparoskopisch-transperitoneale Verfahren und endoskopische bzw. endoskopisch assistierte total extraperitoneale Verfahren eingeteilt. Bei den laparoskopisch-transperitonealen Verfahren wird die Anlage eines intraperitonealen Onlay-Meshs (IPOM) und die Sublay-Technik unterschieden. Bei den endoskopischen bzw. endoskopisch assistierte total extraperitonealen Verfahren wird die Onlay- und Sublaytechnik unterschieden, letztere beinhaltet insbesondere auch die Verfahren EMILOS, eTEP, TES und MILOS. Eine Übersicht der Verfahren wird in Abb. 1 dargestellt. Es sei noch darauf hingewiesen, dass die Art und Größe des verwendeten Netzes mit einem Zusatzkode aus dem Bereich 5-932.- anzugeben ist.

Exzisionen und Resektionen an der Harnblase

Die Terminologie des OPS unterscheidet zwischen Exzisionen und Resektionen, wobei sich diese Begriffe auf das operierte Organ, nicht aber auf die behandelte Läsion beziehen. Unter einer Exzision wird im OPS das lokal begrenzte Herausschneiden einer Läsion aus dem befallenen Organ verstanden, in der Regel eine Vollwandexzision bei Hohlorganen wie Magen oder Darm oder Exzisionen aus dem Parenchym z.B. der Lunge oder Leber. Dabei wird möglichst wenig Organgewebe mitentfernt und lediglich der erforderliche Sicherheitsabstand eingehalten. Unter einer Resektion wird im Gegensatz dazu die partielle Entfernung eines Organs unter funktionellen Gesichtspunkten, orientiert z.B. an Segmentgrenzen, der Blutversorgung oder anderen typischen Resektionslinien verstanden. In der Urologie wird in der fachspezifischen Terminologie dagegen die schichtweise Abtragung einer Läsion in Harnblase oder Harnröhre als „Resektion“ bezeichnet (z.B. TUR Blase), obwohl dies Prozedur in der Terminologie des OPS als Exzision zu klassifizieren wäre. Da bei diesem Vorgehen fluoreszierende Substanzen eingesetzt werden können, um die Tumorgrenzen besser erkennbar zu machen, wurde der Kode 5-573.2 *Exzision von (erkranktem) Gewebe der Harnblase* für die Verwendung von Hexaminolävulinsäure bzw. anderer fluoreszierender Substanzen analog zur bereits vorhandenen Unterteilung bei Resektionen weiter differenziert. Eine einheitliche Verwendung der Terminologie für Exzisionen und Resektionen sollte zwischen der Fachgesellschaft und dem DIMDI abgestimmt werden.

Transurethrale Destruktion von Prostatagewebe

Die *Nadelablation (TUNA)* ist nicht mehr im klinischen Einsatz, der Kode 5-601.5 wurde daher aus dem OPS entfernt. *Interstitielle Laserdestruktion* und *Visuell kontrollierte laserunterstützte Ablation (VLAP)* werden künftig der Laservaporisation zugeordnet, die Kodes 5-601.40 und 5-601.41 sind daher ebenfalls aus dem OPS gestrichen worden.

Eine Elektroresektion, elektrische Vaporisation und Laserdestruktion, die im Rahmen eines anderen Eingriffs durchgeführt wird, wird künftig mit 5.601.b, 5-601.c bzw. 5-601.d abgebildet. Die vom DIMDI vorgegebenen Einschränkungen, dass diese Kodes nur bei

ausgewählten Eingriffen aus dem Bereich 5-601.- anwendbar sein sollen, erscheint unlogisch und bedarf einer Überprüfung.

Osteosynthesematerial an Ober- und Unterkiefer

Für die Osteosynthese von Kieferfrakturen oder Kieferosteotomien sind im OPS diverse Kodiermöglichkeiten vorgesehen. Um auch eine prophylaktische Anbringung von Osteosynthesematerial bei einer lediglich frakturgefährdeten Knochenläsion kodierbar zu machen, wurde der neue Codebereich 5-779.9- geschaffen. Dabei wird zwischen den Lokalisationen „Maxilla“ und „Mandibula“ unterschieden und die Verwendung einer Osteosynthesepatte von sonstigen Osteosynthesematerialien abgegrenzt.

Stabilisierung einer Pseudarthrose

Zur Behandlung einer Pseudarthrose kann unter bestimmten Umständen auf eine Resektion der Pseudarthrose mit Spongiosaplastik verzichtet werden und stattdessen ausschließlich das Anbringen von Osteosynthesematerial eine erfolgversprechende Therapieoption sein. Hierfür ist allerdings bisher gar keine Kodiermöglichkeit im OPS vorgesehen, da alle bereits vorhandenen Osteosynthesekodes entweder die Versorgung einer Fraktur, eines frakturgefährdeten Knochens, einer Knochenresektion oder bereits liegendes Osteosynthesematerial voraussetzen, welches revidiert bzw. gewechselt wird. Die alleinige Stabilisierung einer Osteosynthese durch Osteosynthesematerial kann künftig mit dem Codebereich 5-789.c- abgebildet werden, wobei die Lokalisation mit der 6. Stelle und das Osteosynthesematerial mit einem oder mehreren Codes aus 5-786 abgebildet wird. Das „Durchnageln“ einer Tibiaschaftpseudarthrose würde beispielsweise mit 5-789.bm kombiniert mit 5-786.6 abzubilden sein.

Modulare Endoprothese

Die Merkmale einer modularen Endoprothese sind ab 2020 modifiziert worden. Unverändert wird eine knöcherner Defektsituation gefordert und die Verwendung von mindestens drei metallischen Einzelteilen bzw. –bauteilen zur Konstruktion einer gelenkbildenden Komponente, die in ihrer Kombination die mechanische Bauteilsicherheit der gesamten Prothese gewährleisten. Die Art dieser drei metallischen Einzelteile wird nun aber noch näher benannt, wobei Schaft, Verlängerungshülse, Halsteil, Pfanne, (Stütz-) Schale, Rekonstruktionsring, Augment, Wedge, Sleeve, Liner und Exzentrerscheiben evident sind. Problematisch ist jetzt allerdings die (abschließende) Aufzählung von Sicherungs- und Sicherheitselementen, nämlich Dehnschraube, (Ab-) Scherstift, Abreißschrauben, Schrauben mit Schraubkopfantrieb sowie Schrauben mit drehmomentgesteuertem bzw. drehwinkelgesteuertem Anziehen. Eine „einfache“, vom Hersteller vorgeschriebene Verbindungsschraube erfüllt nunmehr nicht mehr per se das Merkmal eines zu berücksichtigenden Einzelteils, es sei denn, die Schraube wurde mit einem Drehmomentschlüssel angezogen. Allerdings hatte selbst das BSG in einem im Oktober 2019

veröffentlichten Urteil (B 1 KR 35/18 R) entschieden, dass „einfache“ Verbindungsschrauben zu berücksichtigen sind. Diese Entscheidung dürfte für künftige Fälle nun nicht mehr gelten!

Problematisch erscheint auch die neu vorgesehene Berücksichtigung von Kopplungselementen z.B. bei einer Scharnierendoprothese. Mit dieser Definition könnten auch konventionelle Scharnierendoprothesen als modulare Endoprothesen klassifiziert werden, wenn z.B. das Kopplungselement noch über metallische Sicherungselemente verfügt.

Auch Arthrodesemodule können künftig als modulare Endoprothesen mit einem Zusatzentgelt abgerechnet werden, sofern sie aus mindestens drei metallischen Einzelbauteilen bestehen, da diese gemäß neuer Regelung allesamt nur einer gelenkbildenden Komponente zugeordnet werden.

Verschluss eines Bandscheibendefektes

Bei einem Bandscheibenprolaps mit Ruptur des Anulus fibrosus ist ein Nahtverschluss künftig mit dem Codebereich 5-839.n- abbildbar, wobei mit der 6. Stelle die Anzahl der behandelten Segmente verschlüsselt wird. Eventuell verwendete Knochenanker oder anderes Fixationsmaterial ist dabei im Code enthalten und nicht gesondert (z.B. mit 5-869.2) abzubilden. Mit diesen Codes werden die bereits bestehenden Reparaturverfahren 5-839.g- *Verschluss eines Bandscheibendefektes (Anulus) mit Implantat* und 5-839.j- *Augmentation der Bandscheibe (Nukleus) mit Implantat* komplettiert.

Resektion von Schnürringen

Während die Resektion und plastische Rekonstruktion von Schnürringen an der Hand bereits 2004 in den OPS aufgenommen worden ist, kann die analoge Behandlung von entwicklungsbedingten Schnürringen am Fuß oder sonstigen Lokalisationen der oberen oder unteren Extremität erst jetzt mit den neuen Kategorien 5-867.0 (Fuß) bzw. 5-868.10 (Obere Extremität) oder 5-868.11 (Untere Extremität) spezifisch abgebildet werden.

Medikamententräger bei (tiefen) Weichteilinfekten

Die Implantation von Medikamententrägern konnte bisher nur an ausgewählten Lokalisationen (Auge, Knochen, Gelenke, Haut und Unterhaut) kodiert werden, nicht jedoch bei tiefen Weichteilinfekten. Für das Einbringen eines Medikamententrägers im Bereich der Hohlhandfaszien (5-842.a-) oder Handmuskeln (5-843.d) sind jetzt spezifische Codes verfügbar, ebenso für deren Entfernung (5-842.b- bzw. 5-843.e). Auch bei allen anderen Körperregionen sind künftig subfaszial eingebrachte Medikamententräger und deren spätere Entfernung spezifisch kodierbar (5-850.h- bzw. 5-850.j-). Epifaszial bzw. subkutan eingebrachte Medikamententräger konnten bisher schon mit der Kategorie 5-892.3- verschlüsselt werden, im Falle eines großflächigen Wunddebridements von Haut und Unterhaut mit 5-896.2- bzw. 8-192.2-.

Plastische Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis

Bei der Behandlung eines Sinus pilonidalis bestanden Unklarheiten, wie eine plastische Rekonstruktion nach Exzision sachgerecht abgebildet werden kann. Strittig war, ob neben dem bisherigen Kode 5-897.1 z.B. auch eine Lappenplastik verschlüsselt werden darf, um eine sachgerechte Vergütung für den damit verbundenen Aufwand zu erzielen. Dem monokausalen Prinzip folgend ist eine Zusatzkodierung z.B. mit Codes aus dem Bereich 5-902 bis 5-906 jedoch nicht möglich. Um die wichtigsten Verfahren unterscheidbar zu machen und eine Grundlage für spezifische Kostenkalkulationen zu ermöglichen, werden künftig folgende plastischen Rekonstruktionsmöglichkeiten nach Exzision eines Sinus pilonidalis unterschieden: *Mittelliniennaht*, auch mit Dehnungsplastik (5-897.10), *Transpositionsplastik* wie z.B. eine VY-Plastik (5-897.11) und *Verschiebe-Rotationsplastik* wie z.B. OP nach Limberg, Dufourmentel, Karydakis oder Cleft-lift-Operation (5-897.12). Zu beachten ist, dass die Exzision des Sinus pilonidalis nur dann zusätzlich mit 5-897.0 kodiert werden kann, wenn diese in einer gesonderten Sitzung stattgefunden hat.

Perkutan-transluminale Gefäßinterventionen

Bei Durchführung einer Ballon-Angioplastie peripherer Gefäße können spezielle Ballons mit Antikörperbeschichtung (8-83b.b1) oder Medikamentenfreisetzung (8-83b.ba bis .bd) zum Einsatz kommen. Für die Verwendung von innovativen Ballons zur adventitiellen Mikroinjektion sind künftig, je nach Anzahl der Ballons, die neuen Codes 8-893.be bis .bh anzugeben.

Der Einsatz eines Embolieprotektionssystems bei transluminalen Gefäßinterventionen ist künftig mit dem Zusatzkode 8-83b.9 zu verschlüsseln. Der bisherige Codebereich 8-836.w für die Atherektomie unter peripherem Embolieschutz entfällt daher und wird durch die Kombination eines entsprechenden Kodes aus 8-836.3- *Atherektomie* mit dem Zusatzkode 8-83b.9 ersetzt.

Bei den Zusatzkodes für die Art der Flüssigkeit zur selektiven Embolisation ist die Substanz „*Ethiodol*“ mit dem Kode 8-83b.25 ergänzt worden.

Für die Verwendung eines remodellierenden Drahtgeflechtes bei neurovaskulären Eingriffen, welches z.B. bei der Einlage von Coils in ein Hirnarterienaneurysma temporär eingesetzt wird, um eine ungewollte Embolisation zu verhindern, ist der Zusatzkode 8-83b.q neu eingeführt worden.

Vorschlagsverfahren 2021

Anregungen für Änderungsvorschläge nimmt der Autor gerne entgegen (bartkowski@mediclass.de). Die Deadline beim DIMDI ist der 29. Februar 2020.

Verschluss mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material		Hernia umbilicalis	Hernia epigastrica	Narbenhernie
Offen chirurgisch	mit intraperitonealem Onlay-Mesh [IPOM]	5-534.33	5-535.33	5-536.45 ^{*)}
	mit Onlay-Technik	5-534.34	5-535.34	5-536.46 ^{*)}
	mit Sublay-Technik	5-534.35	5-535.35	5-536.47 ^{*)}
	als Bauchwandersatz	-	-	5-536.44
	mit Komponentenseparation (Ramirez)	-	-	5-536.48
Laparoskopisch transperitoneal	mit intraperitonealem Onlay-Mesh [IPOM]	5-534.36	5-535.36	5-536.49
	mit Sublay-Technik	5-534.37	5-535.37	5-536.4a
Endoskopisch (assistiert), total extraperitoneal	mit Onlay-Technik	5-534.38	5-535.38	5-536.4b
	mit Sublay-Technik <i>Inkl.: EMILOS, eTEP, TES, MILOS</i>	5-534.39	5-535.39	5-536.4c
Sonstige		5-534.3x	5-535.3x	5-536.4x

^{*)} Als Bauchwandverstärkung (bei Narbenhernien)

Abb. 1: OPS-Systematik der Versorgung von Nabel-, Narben- und epigastrischen Hernien mit alloplastischem, allo- oder xenogenem Material

Autor:

Dr. Rolf Bartkowski
Mitglied der Arbeitsgruppen ICD-10 und OPS beim DIMDI
DRG- und Klassifikationsbeauftragter der DGFW
Arbeitskreis Chirurgie der GMDS
Ständige Fachkommission G-DRG der BÄK

bartkowski@mediclass.de

Forstweg 74
13465 Berlin

