



Foto: © Guido Vrola – Fotolia.com

# Richtig kodieren 2013

## Die wichtigsten Änderungen in den Katalogen und Kodierrichtlinien

Wie jedes Jahr haben sich in den Katalogen und in den Kodierrichtlinien zahlreiche Änderungen ergeben. In diesem Beitrag sollen die wesentlichsten Änderungen in den ICD- und OPS-Katalogen dargestellt werden. Zudem werden Hinweise zu möglichen Schwerpunkten in der Rechnungsprüfung gegeben.



Dr. Erwin Horndasch  
Internist und Diplom-Gesundheitsökonom  
Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für  
Medizincontrolling (DGfM)  
Leiter Medizincontrolling Stadt Krankenhaus  
Schwabach gGmbH

### Änderungen im ICD-Katalog

Im Kapitel III wurde in der Gruppe D68.2 (Hereditärer Mangel an sonstigen Gerinnungsfaktoren) eine Unterteilung der angeborenen Mangelkrankheiten vorgenom-

men. Damit soll eine durch die Neugestaltung der Zusatzentgelte für die Bluterbehandlung erforderliche bessere Abbildung erreicht werden.

Die nächste größere Änderung betrifft das Kapitel IX (Krankheiten des Kreislaufsystems). Hier wurde die bis dahin geltende Unterteilung in paroxysmales und chronisches Vorhofflimmern, bzw. -flattern aufgehoben. Die Unterteilung in paroxysmal und permanent existiert nur noch für das Vorhofflimmern, während das Vorhofflattern in ein typisches und ein atypisches Vorhofflattern unterteilt wird.

Die diastolische Herzinsuffizienz wird jetzt explizit als eine Form der Linksherzinsuffizienz aufgenommen. Sollte z.B. bei einer bestehenden hypertensiven Herzkrankheit eine diastolische Herzinsuffizienz echokardiographisch festgestellt werden, dann ist gemäß den geltenden Kodierrichtlinien die Herzinsuffizienz als Hauptdiagnose anzugeben und die hypertensive Herzkrankheit (I11.00 statt I11.90) als Nebendiagnose.

Die gesamte Kodegruppe für die Hämorrhoiden wurde aus dem Kapitel IX in die Gruppe K64 des Kapitel XI (Krankheiten des Verdauungssystems) verschoben.

Im Kapitel X (Krankheiten des Atmungssystems) wurde im alphabetischen Verzeichnis das ARDS bei Kindern und Jugendlichen jetzt dem Atemnotsyndrom des Erwachsenen (J80) zugeordnet.

Im Kapitel XI (Krankheiten des Verdauungssystems) wird bei den Bauchwandhernien eine Differenzierung zwischen einer Narbenhernie, einer parastomalen Hernie und einer sonstigen Hernie (jeweils mit Einklemmung; mit Gangrän; ohne Einklemmung und ohne Gangrän) vorgenommen.

Unter dem Kode K52.1 (toxische Gastroenteritis und Kolitis) wird ab 2013 explizit die medikamenteninduzierte Gastroenteritis und Kolitis subsummiert. Damit ist klargestellt, dass z.B. eine antibiotikaassoziierte Gastroenteritis mit diesem Kode zu verschlüsseln ist. Eine weitere Neuerung in diesem Kapitelbereich trifft die

Gruppe K56 (paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion). Hier wurde der Begriff „mechanischer Ileus“ durch den Begriff „intestinale Obstruktion“ ersetzt. Damit ist in Zukunft die Angabe des Kodes K56.4 (sonstige Obturation des Darmes) möglich, auch wenn keine sonographischen oder radiologischen Ileuszeichen vorliegen.

Die letzte bedeutende Neuerung in diesem Kapitel ist die Schaffung von definierten Kodes für die Naht- und Anastomoseninsuffizienz, differenziert nach Operationen an Gallenblase und Gallenwegen, an Pankreas und am sonstigen Verdauungstrakt.

Im Kapitel XXI wurden die Begriffe „implantierter Herzschrittmacher“ und „implantierter Kardio-defibrillator“ durch den übergeordneten Begriff „kardiales (elektronisches) Gerät“ ersetzt.

Im Kapitel XXII (Schlüsselnummer für besondere Zwecke) erfolgte bei den multiresistenten Keimen eine weitere Differenzierung. So wird bei den Kodes U80.0 (Staphylococcus aureus mit MRE) und U80.1 (Pneumokokken mit MRE) ab 2013 zusätzlich nach der Resistenzlage gegen Oxacillin oder Methicillin und bei den Enterokokken (U80.2 und U80.3) in Bezug auf Glykopeptid-Antibiotika differenziert.

### Änderungen im OPS-Katalog

Im Kapitel 1 wird ein neuer Code 1-945 (standardisierte und multiprofessionelle Diagnostik bei Verdacht auf Kindesmisshandlung) eingeführt mit der Bezeichnung „Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit“.

Bei der Augenheilkunde wurde der Codebereich 5-08 bis 5-13 überarbeitet. Bedeutsam dürfte sein, dass einfache Fremdkörperentfernungen ab 2013 mit dem Code 8-101.2 zu kodieren sind.

Im Bereich der Herzchirurgie ist die Anwendung der Herz-Lungen-Maschine mit intraaortaler Ballonokklusion separat zu kodieren.

Die offene chirurgische Implantation von Kanülen für die ECMO-Therapie ist ab 2013 separat kodierbar, wobei zwischen der zentralen und der peripheren Implantation differenziert wird.

Der Bereich der Dickdarmoperationen wurde deutlich überarbeitet. Ab 2013 sollen die einzelnen Eingriffe separat kodiert werden. Dazu ist es erforderlich, eine trennscharfe Definition der Begriffe Hemikolektomie, Transversumresektion und Sigmaresektion vorzunehmen. Eine Hemikolektomie rechts wird demnach definiert als eine Resektion des Colon ascendens mit Coecum und rechter Flexur, eine Hemikolektomie links besteht aus einer Resektion des Colon descendens mit linker Flexur. Eine Resektion des Colon transversum ist nur dann anzugeben, wenn mindestens drei Viertel des Colon transversum reseziert werden. Ansonsten ist lediglich der Code für die Segmentresektion anzugeben. Eine ähnliche Definition gilt auch für die Sigmaresektion. Der Code für die Resektion mehrerer benachbarter Dickdarmabschnitte (5-455.8) wurde gestrichen und durch eine differenzierte Darstellung mit genauen Definitionen im Code 5-455.9ff ersetzt.

Es wird bei Kodierprüfungen großer Wert darauf gelegt werden, in wie weit die Definitionen für die einzelnen Operationen auch anhand des Operationsberichtes nachvollziehbar sind. Den Operateuren ist daher anzuraten, bei der Abfassung der Operationsberichte darauf zu achten, dass im Bereich der Transversum- und Sigmaresektionen die erforderlichen Prozentangaben mit enthalten sind.

Bei den urologischen OPs wurde durch einen Hinweistext klargestellt, dass Prozeduren an einer Ersatzharnblase oder einem Pouch mit dem Code der jeweiligen Prozedur an der Harnblase zu verschlüsseln sind, sofern sie im OPS nicht spezifisch kodierbar sind. Bei der Osteosynthese erfolgte eine Klarstellung, dass auch bei der Verwendung von mehreren Schrauben für eine Osteosynthese der Code für die Schraubenosteosynthese nur einmal anzugeben.

Bei der Plattenosteosynthese wird klargestellt, dass die Plattenosteosynthese sich jeweils auf eine Platte und den dazugehörigen Schrauben bezieht. Sollten für eine Osteosynthese mehrere Platten verwendet werden, dann sind auch die Platten jeweils einzeln kodierbar.

Durch einen neuen Zusatzcode (5-829n) für die Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation ist der zweizeitige Endoprothesenwechsel ab 2013 spezifisch kodierbar.

Der Code 5-829 d wurde aufgeteilt in zwei neue Codes für die modulare Endoprothese (5-829.k) und für die patientenindividuell angefertigte Implantatprothese (5-829.m). Im Bereich der Wirbelsäulenchirurgie wurde bei den Codes komplexe Rekonstruktionen die Zusätze „z.B. bei Kyphose“ und „z.B. bei Skoliose“ gestrichen. Damit dürfte klar sein, dass diese Operationen auch dann kodierbar sind, wenn keine Kyphose oder Skoliose vorgelegen hat.

Bei der Spondylodese wurde als Hinweistext mit eingeführt, dass ein zusätzlich durchgeführter Wirbelkörperersatz gesondert zu kodieren ist.

Eine interessante Neuerung hat sich bei der Vakuumbehandlung ergeben. Hier wird ab 2013 differenziert, ob das System zur Vakuumversiegelung ein mechanisches Pumpensystem mit kontinuierlicher Druckkontrolle ist (8-190.2) oder ob es sich um ein System handelt, bei dem die Sogerzeugung durch eine Unterdruckflasche erfolgt (8-190.3). Damit dürfte in Zukunft eine deutlich differenziertere Abbildung der unterschiedlichen Kostenstrukturen bei der Wahl der unterschiedlichen Techniken im Bereich der VAC-Therapie möglich sein.

Die intraoperative Radiotherapie (IORT) ist ab 2013 mit dem Code 8-52d spezifisch kodierbar.

Bei Neugeborenen, Säuglingen, Kindern und Jugendlichen wurden die Codes für die maschinelle Beatmung (8-71) erweitert um den Be-

griff Atemunterstützung. Damit soll auch durch eine Änderung der Kodierrichtlinien zur Beatmung klargestellt werden, dass die Atemunterstützung mit CPAP bei Neugeborenen und Säuglingen als Beatmungszeit anzusehen und entsprechend anzugeben ist.

Bei Plasmatransfusionen wird ab 2013 zwischen normalem, kryodepletiertem und pathogeninaktiviertem Plasma differenziert. Zudem wird eine deutlich differenziertere Kodierung der verabreichten Transfusionseinheiten möglich.

Die Verwendung der medikamentenfreisetzung Ballons (DEB) wird ab 2013 differenziert nach Verwendung von Ballons an Koronargefäßen und an anderen Gefäßen.

Bei den Komplexbehandlungen erfolgten nur geringfügige Änderungen, die jedoch im Einzelfall bedeutsame Auswirkungen haben können. So ist ab 2013 bei der frührehabilitativen Komplexbehandlung (8-550) die Behandlungsleitung bei der wöchentlichen Teambesprechung zwingend mit einzu beziehen. Zudem wird der Begriff besonders geschultes Pflegepersonal näher definiert. Diese Änderungen betreffen auch den Komplexcode 8-98a (teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung). Bei der multimodalen Komplexbehandlung beim Morbus Parkinson (8-97d) wird durch eine Erweiterung des Kodetextes klargestellt, dass damit auch die Komplexbehandlung des atypischen Parkinsonsyndroms kodierbar ist.

Bei der neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls (8-981) wird der erforderliche Facharzt als Facharzt für Neurologie explizit definiert. Bedeutsamer dürfte jedoch der Hinweis sein, dass die Maßnahmen der Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie ab 2013 nicht mehr innerhalb von 24 Stunden, sondern spätestens am Tag nach der Aufnahme in der Schlaganfallereinheit erfolgen muss. Eine identische Formulierung findet sich auch im Kode 8-98b (andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls).

Erwähnenswert ist ein neuer Kode für die aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (8-98f). Dieser unterscheidet sich von der bisherigen intensivmedizinischen Komplexbehandlung dadurch, dass die Behandlungsleitung den überwiegenden Teil ihrer ärztlichen Tätigkeit auf der Intensivstation ausüben muss. Daneben müssen einige Verfahren obligat rund um die Uhr verfügbar sein, zudem mindestens 7 von 9 aufgeführten Disziplinen innerhalb von maximal 30 min im Krankenhaus verfügbar sein. Die Kodierung erfolgt ebenfalls anhand von Aufwandspunkten nach dem bekannten TISS/SAPS-Schema.

Im Kapitel 9 (ergänzende Maßnahmen) sind im Bereich der für die Psychiatrie relevanten OPS-Kodes folgende Neuerungen bedeutsam. Bei der Intensivbehandlung sind die besonderen Merkmale durch entsprechende Hinweistexte näher definiert worden. Ebenfalls näher definiert wurde der Begriff 1:1-Betreuung (ein Patient wird über einen Zeitraum von mindestens 2 Stunden ohne Unterbrechung fortlaufend von einer oder mehreren Personen betreut)

Erwähnenswert ist die Änderung der Therapiedauer bei den Codes 9-65, 9-66 und 9-68. Hier erfolgen die Angabe der Therapiedauer, bzw. die Abstufungen nicht mehr im bekannten Muster, sondern im Intervall 15, 30 und 45 min. In allen anderen Codebereichen bleibt es bei der bisherigen Abstufung mit 25, 50 und 75 min.

Bei der kriseninterventionellen Behandlung bei Kindern und Jugendlichen (9-690) ist ab 2013 neben der ärztlichen auch die tägliche psychologische / psychotherapeutische Befunderhebung und Anordnung von Behandlungsmaßnahmen möglich.

### Änderung in den Kodierrichtlinien

Die meisten Änderungen in den Kodierrichtlinien betreffen die Anpassungen an geänderte ICD- und OPS-Texte.

In den Kodierrichtlinien zu den Nebendiagnosen (Doo3l) wurde

ein neuer Absatz eingefügt, der festlegt, dass eine Nebendiagnose immer dann kodierbar ist, wenn ein Ressourcenverbrauch anfiel.

Neu geschaffen wurde eine Kodierrichtlinien Do15 l (Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Maßnahmen). Hierzu wurden die bereits bekannten Sätze aus der Kodierrichtlinie zur Hauptdiagnose (Doo2f) in diese neue Kodierrichtlinie verschoben. Damit ist klargestellt, dass die entsprechende Regelung nicht nur für die Hauptdiagnose, sondern auch für Nebendiagnosen gilt.

In den Absätzen zur Beatmung bei Neugeborenen und Säuglingen (DKR 1001l) wurde explizit eingefügt, dass die Dauer der Atemunterstützung mit kontinuierlichem positivem Atemwegsdruck (CPAP) bei Neugeborenen und Säuglingen bei der Ermittlung der Beatmungsdauer mit zu berücksichtigen ist.

Eine wesentliche Änderung hat sich im Bereich der DKR 1905l (offene Wunden und Verletzungen) ergeben. Hier ist ab 2013 die Manifestation vor der Ätiologie zu kodieren, sofern die Kodierung der Komplikation mit einem spezifischen Kode(zum Beispiel Erysipel, Phlegmone, Sepsis) möglich ist. Neu gefasst wurde auch die Kodierrichtlinie DKR 1915l (Missbrauch, Misshandlung von Erwachsenen und Kindern). Hier ist weiterhin in Fällen von Missbrauch, bzw. Misshandlungen die vorliegende Verletzung oder psychische Störung zu kodieren, jedoch ist bei Kindern und dazu jedoch der Kode T74.-(Missbrauch von Personen) mit anzugeben. ■

**Dr. Erwin Horndasch**  
Am Steinbruch 32 b  
91126 Rednitzhembach

*Hinweis: Eine Langfassung mit weiteren Details ist auf der Homepage der KU Gesundheitsmanagement verfügbar:  
[www.ku-gesundheitsmanagement.de](http://www.ku-gesundheitsmanagement.de) (KU Fachmagazin/Downloads)*