Ostomy Care
Urology & Continence Care
Wound & Skin Care

Coloplast

Kodierung und Abrechnung nach DRGs

Informationen und Kodierhinweise für 2017

(Stand: Mai 2017)

I DRG-System 2017

Die vorliegende Broschüre beschreibt die Entwicklungen zum G-DRG System 2017 für die Bereiche Stoma-, Urologie-/Inkontinenz- und Wundversorgung. Enthalten sind somit entsprechende Informationen zu den Katalogen ICD-10-GM und OPS. Weiterhin werden Teile der deutschen Kodierrichtlinien, Regelungen des „Ambulanten Operierens", Zusatzentgelte, Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS), sowie der Abschlussbericht Weiterentwicklung des G-DRG System des Institutes für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) berücksichtigt.

Die Vergütung der Krankenhausleistungen bemisst sich nach sogenannten Fallpauschalen, und ist damit diagnoseabhängig und nach dem Behandlungsaufwand, aufgrund statistischer Kostendaten festgelegt. Eingeführt wurde das Fallpauschalensystem insbesondere mit den Zielen, die stationären Verweildauern in deutschen Krankenhäusern zu verkürzen, die Vergütung von Krankenhausleistungen zu vereinheitlichen und die Kostensteigerungen für Krankenhausaufenthalte zu begrenzen. Seither ist die durchschnittliche Verweildauer weiter rückläufig, während die Zahl der Operationen und Behandlungen steigt.

DRG-System 2017
Der Fallpauschalenkatalog beinhaltet **1.255** abrechenbare Fallpauschalen, 35 mehr als im Vorjahr. 42 vollstationäre DRGs sind ohne Bewertungsrelation und nach § 6 Absatz 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) krankenhausindividuell zu vereinbaren.

Fälle mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern erfuhren weitere Veränderungen, wobei insbesondere operative Prozeduren im Fokus standen. Für die Stomaanlagen ergibt sich eine Einpreisung der Komplexbehandlung, etwa in die Basis-DRG G18, auch ohne spezielle Isoliereinheit ab 14 Behandlungstagen (Isoliereinheit ab 7 Behandlungstagen).

Für die Vergütung von diabetesbedingten Eingriffen (z. B. diabetisches Fußsyndrom) in der Basis-DRG F27 steht nunmehr eine weitere DRG F27D zur Verfügung, die bei wenig komplexen Eingriffen wie Wundversorgungen zum Tragen kommt.

Diverse urologische Eingriffe wie z. B. Harninkontinenz-Operationen wurden aufgrund von Inhomogenität bei Verweildauern und Kosten, teilweise in die höher bewertete Basis-DRG L04 und L13 verschoben; Voraussetzung ist allerdings die offen chirurgische bzw. laparoskopische OP-Methode. Weiterhin wurde die Stanzbiopsie der Prostata (ein Belegungstag) in die höher bewertete DRG M06Z übernommen.

Für 2017 wurden 95 bewertete (-1 zu 2016) sowie 96 krankenhausindividuell zu vereinbarende Zusatzentgelte (+16) festgelegt. Für die Ermittlung der Fallpauschalen wurden die tatsächlichen Behandlungskosten aus 242 (-2) Krankenhäusern kalkuliert.

Wir möchten Sie mit der aktualisierten Auflage der DRG-Broschüre im praktischen Krankenhaus- und Kodieralltag unterstützen, und wünschen eine interessante und informative Lektüre.

Coloplast GmbH

Stefan Weidenauer
Director Regulatory Affairs

Hauke Siemonsen
Project Manager Health Insurance Companies

*Nutzen Sie diese **Navigationsseite** und die Verlinkungen zu den Oberbegriffen um zu Ihren Antworten zu gelangen!*

Mit **zur Navigation** *gelangen Sie von jeder Seite hierher zurück.*

Navigation

I Einleitung **2**
II Einführung in das DRG-System **4**
1. Was sind DRGs? 4
2. Begriffe im DRG-System 5
3. Wie war/ist der Fahrplan der DRG-Einführung? 7
4. Welche Daten werden zur DRG-Gruppierung benötigt? 8
5. Kodierhinweise für 2015 9
6. Abrechnungshinweise 10
7. Kostenträgerrechnung 14
8. Information zur Wiederaufnahmeregelung / Fallzusammenführung 16
III WUNDVERSORGUNG **17**
A. ICD-Kodes in der Wundversorgung 17
Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren 17
Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis 17
Varizen, Venöses Ulcus und sonstige Ulcuskrankheiten 17
Sonstige periphere Gefäßkrankheiten 18
Sonstige nichtinfektiöse Krankheiten der Lymphgefäße u. Lymphknoten 18
Dekubitalgeschwür und Druckzone 18
Komplikationen bei Amputationen 20
Weitere Haupt- u. Begleitdiagnosen in Zusammenhang chronischer Wunden 20
Gynäkologie.. 21
Verbrennungen / Erfrierungen 21
B. OPS-Leistungen in der Versorgung chronischer Wunden 22
1. Verbände 22
2. Wunddebridement, Wundtherapie 25
3. Lagerungstherapie 30
C. DRGs der Versorgung chronischer Wunden 32
IV UROLOGIE- UND INKONTINENZVERSORGUNG **39**
A. ICD-Kodes in der Urologie- und Inkontinenzversorgung 39
1. Verletzung des Rückenmarks (mit traumatischer Paraplegie und Tetraplegie 37
Hemiparese und Hemiplegie 42
Parese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie 42
Sonstige Erkrankungen des Rückenmarks 44
Funktionseinschränkung bei Querschnittlähmung 44
2. Neurogene Blasenfunktionsstörungen 45
3. Versorgung künstlicher Körperöffnungen des Harntraktes / Sonstige 46
4. Inkontinenzformen und sonstige Krankheiten des Harnsystems 46
B. OPS-Leistungen in der Urologie- und Inkontinenzversorgung 48
C. DRGs der Inkontinenzversorgung 63
D. Zusatzentgelte in der Urologie 72
E. Übersicht der Entgelte in der Urologie für 2015 73
V STOMAVERSORGUNG **75**
A. Relevante ICD-Kodes in der Stomaversorgung 75
Bösartige Neubildung des Dünndarms 75
Hernien (K40-46) 76
Nichtinfektiöse Enteritis und Kolitis (K50-K52) 76
Weitere Nebendiagnosen 78
B. OPS-Leistungen zur Anlage eines Ileo-/Enterostomas 80
C. DRGs der Stomaversorgung 84
VI Pflegeaufwand als Nebendiagnose **86**
Hochaufwendige Pflege von Patienten 92

II Einführung in das DRG-System

1. Was sind DRGs?

Die Finanzierung der Krankenhausleistungen erfolgt seit 2003 in Form von diagnose- und prozedurorientierten Fallpauschalen. Vorher verstand sich die Krankenhausvergütung mit tagesgleichen Pflegesätzen als eine Art Selbstkostendeckungsprinzip. Das DRG-System soll dagegen weitestgehend dem Prinzip „gleicher Preis für gleiche Leistung" Rechnung tragen. Für definierte Fallgruppen soll in allen Krankenhäusern langfristig dieselbe Vergütung gezahlt werden.

Das DRG-System ist ein Patientenklassifikationssystem, in dem alle Behandlungsfälle (Patienten) eines Krankenhauses in Fallgruppen eingeteilt werden. Hierdurch werden die Behandlungsfälle in medizinisch homogene Gruppen mit vergleichbarem Behandlungsaufwand (Ressourcenverbrauch) zusammengefasst. Durch die Zuordnung eines Patienten in eine Hauptdiagnosegruppe kann die gesamte stationäre Versorgung des Patienten betrachtet und jeweils einer DRG eindeutig zugeordnet werden.

Die DRG-Fallgruppe charakterisiert den durchschnittlich kalkulierten Fall. Soweit eine kostenhomogene Zuordnung der DRG (Fallpauschale) nicht möglich erscheint, können die Krankenhäuser mit den Krankenkassen krankenhausindividuelle Entgelte für Leistungen, Leistungskomplexe oder Medizinprodukte vereinbaren. Generell gilt jedoch: Additive oder alternative Vergütungen zur DRG (z. B. in Form von Zusatzentgelten) werden entweder nur in engen Ausnahmen, befristet oder über eine gesonderte Rechtsverordnung durch das Bundesministerium für Gesundheit zugelassen.

Aus diesem Grund ist der Anspruch an die Ausgestaltung des DRG-Systems hoch: Je höher der Anteil der Leistungen eines Krankenhauses ist, der über DRG-Fallpauschalen vergütet wird, desto differenzierter und realistischer muss das System die Leistungswirklichkeit der Krankenhäuser abbilden. Dieser Anspruch trifft insbesondere auf

- komplexe / seltene Erkrankungen,
- spezialisierte Fachabteilungen,
- besondere Therapieansätze (z.B. Onkologie, Geriatrie) und
- hochspezialisierte Leistungen der Maximalversorgung
  (schwere Verbrennungen, Frührehabilitation bei Querschnittlähmung etc.) zu.

Daher erfolgt eine kontinuierliche Pflege und Weiterentwicklung des DRG-Systems. Jährlich findet auf der Basis der Kalkulationsdaten eine Überprüfung der sachgerechten Abbildung sämtlicher Behandlungskonstellationen statt. Ziel ist es, alle DRGs angemessen zu bewerten und / oder in einem eingeschränkten Maß neue DRG-Fallgruppen zu bilden.

In die Kalkulation der Behandlungskosten sind sämtliche Kosten einzubeziehen, die dem Krankenhaus bei der Erbringung von allgemeinen Krankenhausleistungen bei der Behandlung der Patienten entstehen. Zu den Behandlungskosten zählen grundsätzlich auch die Kosten für von Dritten erbrachte Leistungen, sofern sie als allgemeine Krankenhausleistung Teil der Behandlung sind und dem Krankenhaus vom Leistungserbringer in Rechnung gestellt werden. Vom Krankenhaus veranlasste Leistungen Dritter (z. B. die Verordnung von Hilfsmitteln), deren Kosten durch den Leistungserbringer jedoch nicht dem Krankenhaus, sondern unmittelbar dem Patienten bzw. dessen Krankenversicherung in Rechnung gestellt werden, finden bei der Kalkulation der Behandlungskosten keine Berücksichtigung.

2. Begriffe im DRG-System

Relativgewicht
Jede DRG ist mit einer ökonomischen Bewertung (Relativgewicht) hinterlegt, die den mittleren Aufwand zur Behandlung dieser Fallgruppe widerspiegelt.

Case Mix
Maß für die Gesamtleistung eines Krankenhauses bzw. einer Abteilung = Summe aller Relativgewichte (CM).

Case Mix Index
Die Summe aller DRG-Relativgewichte dividiert durch die Fallzahl ergibt den Case Mix Index. Dieser stellt die maßgebliche Größe für die durchschnittliche ökonomische (nicht medizinische) Fallschwere in einer Klinik (oder Fachabteilung) dar.

Landesbasisfallwert
Beim landesweiten Basisfallwert handelt es sich um den bewerteten durchschnittlichen Fallerlös aller stationären Fälle in einem Bundesland.

Übersicht der Landesbasisfallwerte 2010 - 2017 in € (sofern verfügbar) ohne Kappung und ohne Ausgleich, Stand: 30.5.2017

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Baden-W.	2.977,75	2.985,50	3.050,12	3.114,29	3.190,00	3.232,73	3.287,21	3.358,36
Bayern	2.982,60	2.982,60	3.051,50	3.100,00	3.188,00	3.257,00	3.312,00	3.365,00
Berlin	2.927,50	2.935,00	2.970,07	3.015,00	3.117,36	3.190,81	3.278,19	3.350,91
Brandenburg	2.893,00	2.900,00	2.949,97	3.013,00	3.117,36	3.190,81	3.278,19	3.347,67
Bremen	2.991,00	3.011,31	3.055,00	3.105,00	3.185,00	3.250,59	3.296,26	3.378,67
Hamburg	2.975,00	2.975,00	3.048,47	3.104,00	3.178,48	3.209,00	3.278,19	3.350,00
Hessen	2.968,56	2.977,15	3020,33	3.066,60	3.145,05	3.190,81	3.278,19	3.352,50
Mecklenburg-Vorpommern	2.855,00	2.880,00	2.957,00	3.019,90	3.117,36	3.190,81	3.278,19	
Niedersachsen	2.923,03	2.922,63	2.964,14	3.021,00	3.117,36	3.190,81	3.278,19	3.343,25
Nordrhein-Westfalen	2.895,00	2.912,65	2.976,36	3.035,50	3.117,36	3190,81	3.278,19	
Rheinland-Pfalz	3.120,00	3.130,14	3.191,91	3.250,70	3.325,00	3.396,00	3.465,02	3.530,50
Saarland	3.068,56	3.059,91	3.110,99	3.012,76	3.217,76	3.285,24	3.348,43	3.388,00
Sachsen	2.864,00	2.884,00	2.957,51	3.012,76	3.117,36	3.190,81	3.278,19	3.341,67
Sachsen-Anhalt	2.884,00	2.899,50	2.965,00	3.018,00	3.117,36	3.190,81	3.278,19	3.344,75
Schleswig-Holstein	2.855,49	2.884,86	2.945,74	3.012,04	3.117,36	3.190,81	3.278,19	3.346,50
Thüringen	2.867,40	2.884,00	2.953,87	3.013,75	3.117,36	3.190,81	3.278,19	3.341,67

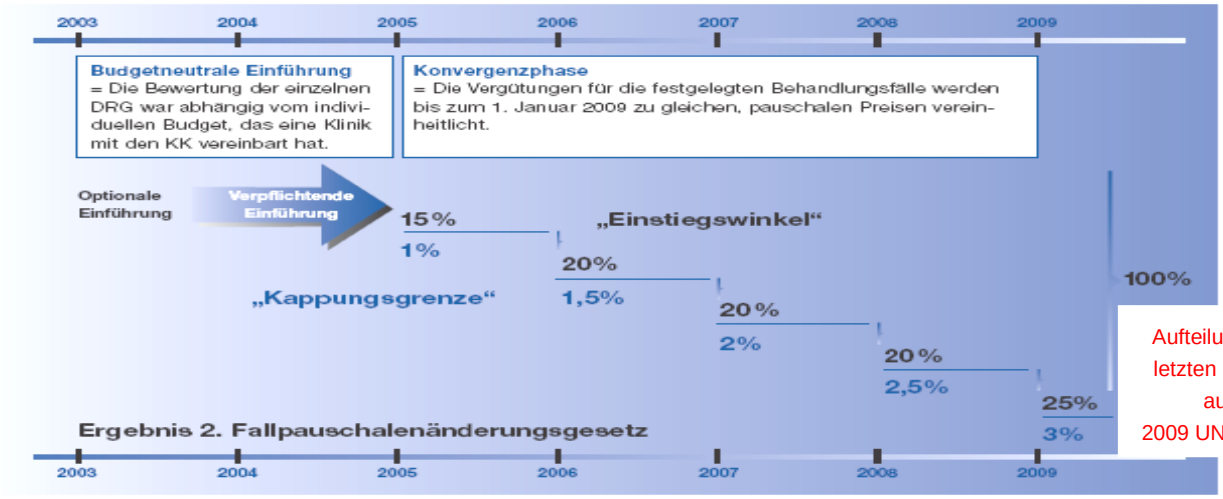
Die bundesweit unterschiedlichen Landesbasisfallwerte werden seit 2010 schrittweise an einen einheitlichen Basisfallwertkorridor angeglichen, dessen Grenzen bei +2,5 Prozent und -1,25 Prozent um einen einheitlichen Bundesbasisfallwerts (BBFW) liegen. Dieser Angleichungsprozess sollte ursprünglich bis 2015 abgeschlossen sein. Der GKV-Spitzenverband, der Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) haben sich für 2017 auf den Bundesbasisfallwert von 3.376,11 Euro geeinigt. Damit stehen auch die Korridorgrenzen für die Landesbasisfallwerte fest. Die obere Grenze beträgt 3.460,51 Euro, die untere Grenze liegt bei 3.341,67 Euro.

Abkürzungen

Partition "O":	operative Fallpauschalen
Partition "A":	andere Fallpauschalen, z. B. Koloskopie
Partition "M":	medizinische Fallpauschalen
CC:	Komplikationen oder Komorbiditäten
PCCL:	englisch: Patient Clinical Complexity Level) ist ein nach einer mathematischen Formel berechneter ganzzahliger Wert zwischen 0 und 4. Er bezeichnet den patientenbezogenen Gesamtschweregrad
MDC:	Hauptdiagnosegruppe (Major Diagnostic Category)
OR:	operativ (Operating Room)
VWD:	Verweildauer
ZE:	Zusatzentgelt

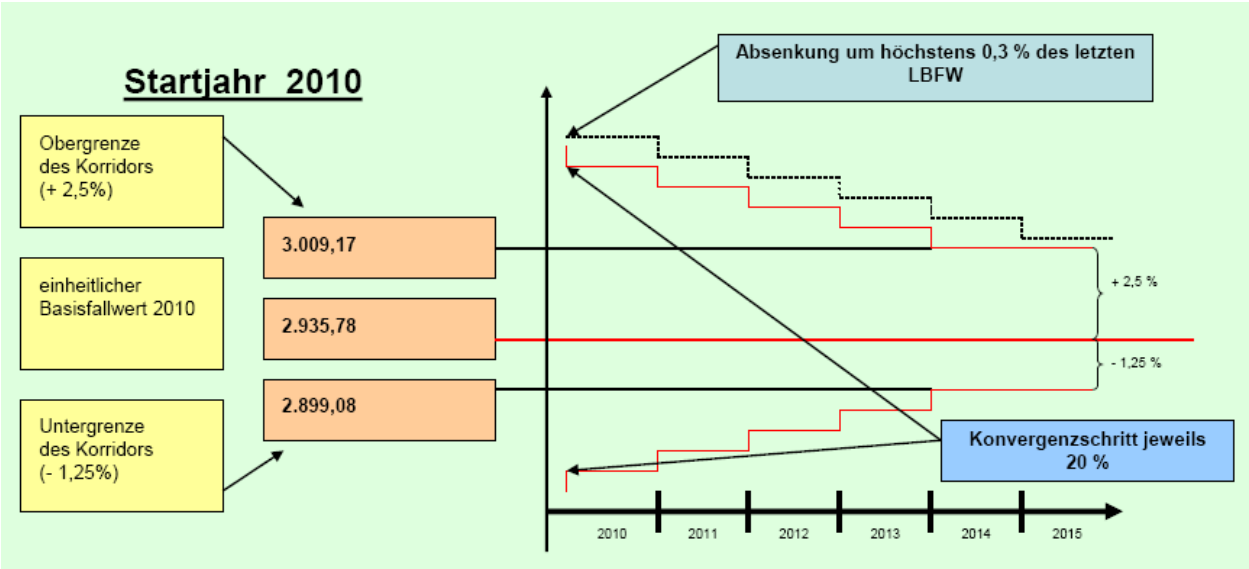
3. Wie ist der Stand der DRG-Entwicklung?

Seit 2004 ist die Krankenhausabrechnung nach DRG grundsätzlich für alle Krankenhäuser verpflichtend. Die Vertragsparteien der Krankenhäuser vereinbarten seitdem im Zuge ihrer Budgetverhandlungen krankenhausindividuelle Basisfallwerte, welche seit dem Jahr 2005 im Rahmen der Konvergenzphase schrittweise an den jeweiligen LBFW angepasst wurden. Der LBFW versteht sich seit 2009 als landesweites Preisniveau für DRG-Leistungen.



Aufteilung der letzten Phase auf 2009 UND 2010

Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) von 2009 wurde beschlossen, dass die unterschiedlichen LBFWs an einen einheitlichen Bundesbasisfallwert (BBFW) schrittweise angeglichen werden. Diese Angleichung erfolgt bereits seit 2010, und sollte nach dem Willen des Gesetzgebers bis 2014 abgeschlossen sein. Die vollständige Angleichung zu einem bundesweiten Preisniveau wird auch 2017 nicht erreicht.



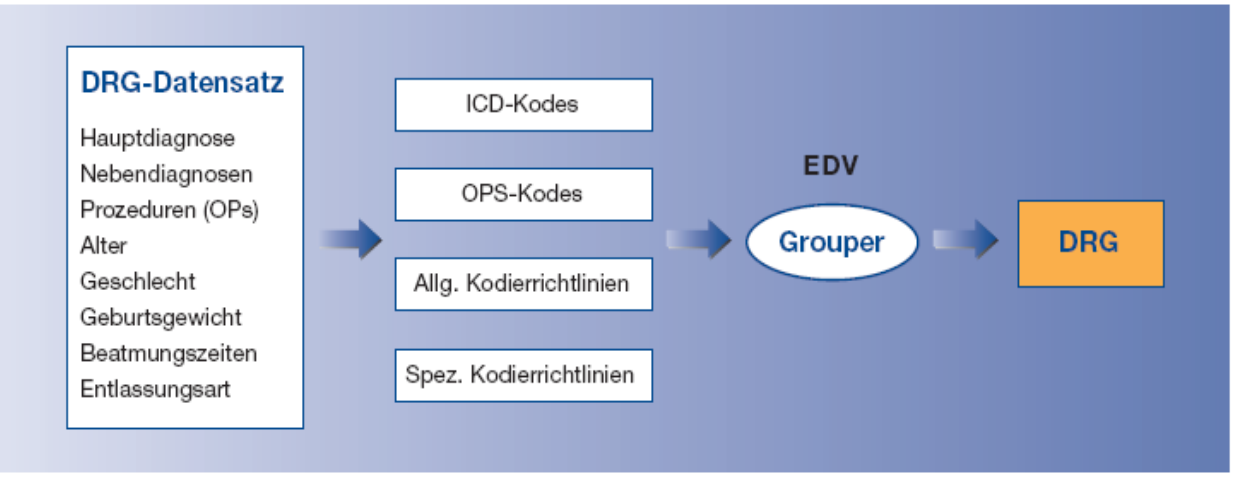
Quelle: DKG

Die Basisfallwerte bilden die Grundlage für die Vergütung der Krankenhausleistungen. Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene haben den Bundesbasisfallwert für 2017 vereinbart. Unter Berücksichtigung der Veränderungsrate von 2,95 Prozent, ergeben sich für den BBFW und die Korridorgrenzen für die Angleichung der LBFW folgende Werte:

Bundesbasisfallwert 2017: 3.311,98 Euro (+80,78 Euro zu 2015)
Obere Korridorgrenze (+2,5%): 3.394,77 Euro
Untere Korridorgrenze (–1,02%): 3.270,58 Euro

4. Welche Daten werden zur DRG-Gruppierung benötigt?

Damit die Behandlungsfälle der richtigen DRG im Grouper (EDV-Software) zugeordnet werden können, müssen sie sachgerecht kodiert werden. Für die Eingruppierung eines Behandlungsfalles in das DRG-System sind verschiedene Patientendaten (u. a. Alter, Geschlecht) erforderlich.



Primäres Zuordnungskriterium für die DRG ist die Hauptdiagnose basierend auf der ICD10-GM. Für die weitere Klassifikation sind die Nebendiagnosen und die in den OPS kodierten Prozeduren / Leistungen hinzuzufügen, die das Patientenmanagement beeinflussen und dabei therapeutische und diagnostische Maßnahmen oder einen erhöhten Pflegeaufwand bzw. Überwachungsaufwand erforderlich machen.

Für die Definition der Haupt- und Nebendiagnosen sowie der Prozeduren werden üblicherweise die gängigen Verschlüsselungskataloge (z. B. ICD-10-GM) sowie die allgemeinen und speziellen Kodierrichtlinien verwendet.

5. Kodierhinweise für 2017

Für die Kodierung der Inkontinenz gilt die DKR 1804f (siehe unten).

Inkontinenz (DKR 1804f)

Die Anforderungen an die Kodierung der Inkontinenz als Nebendiagnose wurden in der Vergangenheit gegenüber anderen Nebendiagnosen als zu uneindeutig erachtet. Daher gilt folgende Regelung:

Der Befund Inkontinenz ist von klinischer Bedeutung, wenn:

- die Inkontinenz nicht als im Rahmen einer Behandlung „normal" angesehen werden kann (z. B. nach bestimmten Operationen und bei bestimmten Zuständen).
- die Inkontinenz nicht als der normalen Entwicklung entsprechend angesehen werden kann (wie z. B. bei Kleinkindern).
- die Inkontinenz bei einem Patienten mit deutlicher Behinderung oder geistiger Retardierung andauert.

Die Kodes für Urin- oder Stuhlinkontinenz

N39.3	Belastungsinkontinenz [Streßinkontinenz]
N39.4-	Sonstige näher bezeichnete Harninkontinenz
R32	Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz
R15	Stuhlinkontinenz

sind nur anzugeben, wenn die Inkontinenz ein Grund für eine stationäre Behandlung ist oder eine oben genannte klinische Bedeutung hat.

6. Abrechnungshinweise

Erstattung von Medizinprodukten

Stationäre Leistungen in Hauptabteilungen

Zur Abrechnung stationärer Leistungen dient in Deutschland das G-DRG-System. Durch die Dokumentation von Haupt- und Nebendiagnosen (ICD-10 GM) und Prozeduren (OPS-Codes) werden Fallpauschalen (DRG) generiert. Diese unterliegen einer Gewichtung (Relativgewicht). Multipliziert man das Relativgewicht mit dem Landesbasisfallwert des Krankenhauses ergibt sich der zu erzielende Erlös.

Die verwendeten Medizinprodukte sind mit der DRG der Hauptabteilung abgegolten bzw. oft Bestandteil von Prozeduren. In Abhängigkeit davon, ob die DRG/Prozeduren vollstationär, belegärztlich, ambulant im Krankenhaus gem. § 115b SGB V oder ambulant von Vertragsärzten durchgeführt werden, berechnen sich diese unterschiedlich nach der erbrachten Leistung des Krankenhauses.

Stationäre Leistungen in Belegabteilungen

Belegärzte sind ein wichtiges Bindeglied zwischen dem ambulanten und stationären Sektor. Sie sind am Krankenhaus nicht angestellte Vertragsärzte, die berechtigt sind, ihre Patienten (Belegpatienten) im Krankenhaus unter Inanspruchnahme der hierfür bereitgestellten Dienste, Einrichtungen und Mittel vollstationär oder teilstationär zu behandeln, ohne hierfür vom Krankenhaus eine Vergütung zu erhalten. Die ärztliche Leistung wird aus der ärztlichen Gesamtvergütung außerhalb des Regelleistungsvolumens nach Kapitel 36 EBM erbracht.

Die Vergütung der Krankenhausleistung erfolgt nach den DRGs der Belegabteilungen, Teil B des Fallpauschalenkatalogs. **Die verwendeten Medizinprodukte sind mit der Beleg-DRG abgegolten**. Das Relativgewicht der DRG in Belegabteilungen wird ermittelt, in dem die Hauptabteilungs-DRGs um die KV-Vergütung bzw. belegärztliche (ggf. auch um die beleg-anästhesistische) Leistung abgesenkt wird. Gegenwärtig bedeutet das einen Abschlag von ca. 20% auf die DRG.

Alternativ können Krankenhäuser mit Belegbetten zur Vergütung der belegärztlichen Leistungen mit Belegärzten **Honorarverträge** schließen. Die Krankenhäuser rechnen dann für die von Belegärzten mit Honorarverträgen behandelten Belegpatienten die Fallpauschalen für Hauptabteilungen in Höhe von 80 Prozent ab.

Belegärzte - Honorar

- Voraussetzungen:
  - Vertragsarzt
  - notwendige sachliche und personelle Bedingungen erfüllt
  - Anerkennung als Belegarzt durch die KV und die Landesverbände der Krankenkassen
- Belegärztliche Leistungen werden extrabudgetär vergütet
- Kapitel 36 in den EBM: Honorierung der Operationen (siehe GOP)
- Präoperative Leistungen zur Vorbereitung der belegärztlichen Operation sind außerhalb des Kapitels 36 abgebildet
- Im Vergleich zum ambulanten Operateur pauschale Kürzungen der Punktsummen
- Operative Leistungen des Operateurs (Abschnitt 36.2)
  - Abrechnungsmöglichkeiten und -einschränkungen einzelner Leistungen im zeitlichen Zusammenhang mit einer belegärztlichen Operation (Nr. 4 der Präambel zu Abschnitt 36.2)
  - operative Leistungen (sämtliche durch den Operateur am Operationstag erbrachten ärztlichen Leistungen): Untersuchungen, Verbände, ärztliche Abschlussuntersuchung(en), Dokumentation(en) und Beratung (auch der Abschlussbericht an den weiterbehandelnden Vertragsarzt und den Hausarzt) (Nr. 8 der Präambel zu Kapitel 36.2)
- Belegärztlich konservativer Bereich (Abschnitt 36.6)
- Anästhesie (Abschnitt 36.5)
- Postoperative Überwachung (Abschnitt 36.3)
- Behandlung durch Belegärzte und Konsiliarärzte durch Einzel- und Komplexleistungen des EBM vergütet
- Leistungen der ambulanten postoperativen Behandlung (Abschnitt 31.4) sind im Zusammenhang mit einem kurativ- stationären Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.

Ambulantes Operieren

Das Honorar der ärztlichen Leistungen des ambulanten Operierens bestimmt sich aus den einzelnen EBM-Ziffern bzw. der Summe der abrechnungsfähigen Einzelleistungen, die mit dem Punktwert für das ambulante Operieren multipliziert werden. Für die Vergütung des ambulanten Operierens gibt es unterschiedliche vertragliche Grundlagen:

Ambulantes Operieren nach AOP-Katalog gem. § 115b SGB V

Der dreiseitige AOP-Vertrag gem. §115b SGB V wurde zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und den Spitzenverbänden der Krankenkassen geschlossen. Er entfaltet nicht nur auf das Krankenhaus, sondern auch auf den Vertragsarzt Geltung, der Leistungen nach diesem Vertrag erbringt. Dieses betrifft nicht nur den Operateur, sondern auch die mit behandelnden Vertragsärzte.

Alle Leistungen, die mit einer Operation des AOP-Vertrags in Zusammenhang stehen, sind für das Krankenhaus und die Vertragsärzte **extrabudgetär** (§ 7 Abs.1). Dieses umfasst auch die notwendigen prä- und poststationären Leistungen, egal ob sie vom zuweisenden Arzt, dem vertragsärztlichen Operateur oder dem Krankenhaus erbracht werden.
Abrechnungsgrundlage ist ein fester Punktwert, der für das Jahr 2017 auf 10,4361 Cent festgelegt wurde. Die entsprechenden Leistungen werden von den Vertragsärzten mit von der KV festgelegten Ziffern als AOP-Leistungen gekennzeichnet. Je nachdem, ob die postoperative Behandlung vom Operateur oder einem anderen Vertragsarzt erbracht wird, kann der Behandlungskomplex „Überweisung“ oder „Operateur“ abgerechnet werden. Wenn das Krankenhaus diese Leistung erbringt, wird ein Abschlag von 27,5 % vorgenommen (§ 7 Abs. 2), da die postoperative Behandlung 14 statt 21 Tagen (Vertragsarzt) beträgt.

Mit dem Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) ist die Ausgabenbegrenzung für extrabudgetäre Leistungen aufgehoben worden, um das ambulante Operieren zu fördern. Auch ist es Krankenhäusern möglich,

im Bereich von ambulanten Operationen mit Vertragsärzten ohne Belegarztstatus zu kooperieren. Damit werden solche vom Bundessozialgericht als unrechtmäßig eingestuften Kooperationen (BSG-Urteil vom 24. März 2011 - B 6 KA 6/10 R) per Gesetz als unbedenklich eingestuft.

Ambulante Operationen gem. Anlage 2 des EBM, außerhalb des AOP-Katalogs gem. § 115b SGB V
Bei ambulanten Operationen gemäß Anlage 2 des EBM, gilt der bundeseinheitliche Orientierungspunktwert und die entsprechenden Bestimmungen des EBM. Diese sind **nicht Teil des Regelleistungsvolumens** des behandelnden Arztes. Die Abrechnung dieser Leistungen über den EBM ist grundsätzlich den Vertragsärzten der jeweilig im EBM bestimmten Fachgruppe und den für diese Leistungen ermächtigten Krankenhausärzten (§ 116 SGB V) bzw. Krankenhäusern (§ 116a SGB V) vorbehalten.

Sachkostenerstattung von Medizinprodukten für Vertragsärzte
Die Erstattung der Medizinprodukte beim ambulanten Operieren durch Vertragsärzte regelt Abschnitt I Punkt 7.3 EBM: Sachkosten (die nicht bereits in den berechnungsfähigen Leistungen gem. Abschnitt I Punkt 7.1 enthalten sind).

Das sind u. a. Arzneimittel, Verbandmittel, Materialien, Instrumente, Gegenstände und Stoffe, die nach der Anwendung verbraucht sind oder die der Kranke zur weiteren Verwendung behält, sowie Kosten für Einmalinfusionsbestecke, Einmalinfusionskatheter, Einmalinfusionsnadeln und Einmalbiopsienadeln.

- Der Vertragsarzt wählt das Medizinprodukt unter Beachtung der medizinischen Notwendigkeit und des Wirtschaftlichkeitsgebotes aus.
- Der Vertragsarzt bestellt das Medizinprodukt beim Lieferanten.
- Die Rechnung des Lieferanten ist durch den Arzt selbst zu begleichen.
- Am Quartalsende reicht der Arzt die Originalrechnung(en) zusammen mit der Quartalsrechnung bei der „rechnungsbegleichenden Stelle“, i.d.R. seiner Kassenärztlichen Vereinigung (KV) ein.
- Dabei muss die Originalrechnung beinhalten:
    - den Namen des Herstellers bzw. des Lieferanten,
    - die Artikelbezeichnung,
    - die Artikelnummer des Herstellers/Lieferanten.

Der Vertragsarzt ist verpflichtet, die tatsächlich realisierten Preise in Rechnung zu stellen und bestätigt dies durch Unterschrift gegenüber der KV in der Gesamtzusammen-stellung/Sammelerklärung.

Alternativ kann der Vertragsarzt bei fehlender Benennung der Abrechnungsvorgabe auch die Originalrechnung mit einer Abtretungserklärung direkt an die Krankenkasse des Patienten bzw. die sonstige abrechnende Stelle zur Erstattung weiterleiten. Hier tritt der Arzt nicht in Vorlage, da die Kasse den Rechnungsbetrag direkt an den Lieferanten entrichtet. Auch hier werden auf dem Formular die tatsächlich realisierten Preise durch Unterschrift des Arztes bestätigt. Die Versorgung der Patienten mit diesen Medizinprodukten ist zuzahlungsfrei.

Hinweis: Diese Regelung gilt für Vertragsärzte, die ambulant behandeln oder operieren. Informationen von regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen, die auf Sonderregelungen oder Zusatzverträge bestehen und die diese Regelung hinfällig machen, sind zu beachten.

Darüber hinaus gibt es ein Verzeichnis der nicht gesondert abrechnungsfähigen und in Komplexen enthaltenen Leistungen. Mit Komplexen abgegolten sind z.B. (siehe Verzeichnis 1 im Anhang des EBM):

- Digitaluntersuchung des Mastdarms, ggf. einschließlich der Prostata
- Digitale Ausräumung des Mastdarms, Reposition eines Mastdarmvorfalles und/oder Entfernung von Fremdkörpern aus dem Mastdarm
- Unblutige Erweiterung des Mastdarm-Schließmuskels
- Spülungen jeglicher Art
- Anus praeter-Bougierung

Genaue Regelungen zur Kostenerstattung werden von den jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen definiert. Deshalb klären Sie bitte vorab mit der zuständigen KV die gültigen Abrechnungsregeln.

Sachkostenerstattung von Medizinprodukten in Krankenhäusern

Die Erstattung der Medizinprodukte beim ambulanten Operieren im Krankenhaus wird durch den AOP-Vertrag geregelt. In § 9 AOP-Vertrag ist der Praxisbedarf (Absatz 2), eine prozentuale Pauschale (Absatz 3), die EBM-Kostenpauschale gem. Kapitel 40 des EBM (Absatz 4), die Erstattung nach Einzelaufwand für benannte Sachmittel (Absatz 5) sowie die Vergütung hochpreisiger Arzneimittel (Absatz 7) geregelt.
Der Praxisbedarf ist bereits in den Gebührenziffern des EBM enthalten und kann nicht separat abgerechnet werden.

Sachmittel, die nicht unter die Absätze 2 oder 4 – 7 fallen, werden als Zuschlagszahlung vergütet. Hierfür wird eine prozentuale Sachkostenpauschale in Höhe von 7 % der Honorarsumme berechnet (§ 9 Abs. 3 AOP-Vertrag).

Die folgenden Sachkosten laut § 9 Abs. 5 AOP-Vertrags sind als Einzelerstattung mit den Krankenkassen abzurechnen:

- im Körper verbleibende Implantate in Summe
- Röntgenkontrastmittel
- Nahtmaterial
- diagnostische und interventionelle Katheter einschl. Führungsdraht, Gefäßschleuse,
- Einführungsbesteck und Verschlusssysteme im Zusammenhang mit angiologisch-diagnostischen und -therapeutischen, gefäßchirurgischen und phlebologischen Leistungen
- diagnostische und interventionelle Katheter einschl. Führungsdraht, im Zusammenhang mit gastroskopischen Leistungen (inkl. Leistungen an den Gallenwegen)
- Trokare, Endoclips und Einmalapplikatoren für Clips, im Zusammenhang mit laparoskopischen Leistungen
- Narkosegase, Sauerstoff
- diagnostische und interventionelle Katheter (ausgenommen Transferkatheter)
- einschl. Führungsdraht im Zusammenhang mit Leistungen zur In-Vitro-Fertilisation
- abzüglich des Patienteneigenanteils
- Iris-Retraktoren, Kapselspannringe, Injektionshalterungen bei ophthalmochirurgischen Leistungen
- Ophthalmica (Viskoelastika, Perfluordecaline, Silikonöl, C3F8-Gas) bei ophthalmochirurgischen Leistungen
- Schienen, Kompressionsstrümpfe (nicht Anti-Thrombosestrümpfe)

Für die erstattungsfähigen Sachkosten gilt ein Selbstbehalt von € 12,50. Dieser bezieht sich jeweils auf die aufgelistete Artikelgruppe (Spiegelstrich). Danach sind z. B. von der Artikelgruppe Implantate einmalig € 12,50 abzuziehen, unabhängig von der Anzahl der berechneten Implantate. Medizinprodukte, die nicht in § 9 Abs. 5 AOP-Vertrag aufgeführt sind, werden nicht separat erstattet.

7. Kostenträgerrechnung

Die Grundlage der Kalkulation bilden die in den Krankenhäusern vorliegenden Leistungs- und Kostendaten, die im Hinblick auf den durch das DRG-System zu vergütenden Leistungsumfang aufzubereiten sind.
Zur Durchführung der Kostenstellenverrechnung können Kostenarten je Kostenstelle ausgewiesen werden und in Kostenartengruppen zusammengefasst werden. Beispiel*:

Kostenartengruppe 6a:
Sachkosten des medizinischen Bedarfs (ohne Arzneimittel, Implantate und Transplantate)

Kostenartengruppe 6b Sachkosten des medizinischen Bedarfs (Einzelkosten/Ist-Verbrauch; ohne Arzneimittel, Implantate und Transplantate)

3M G-DRG Grouper: Anzeige der Kosteninformationen für die DRG F21B

Copyright-Hinweise

	1	2	3	4a	4b	5	6a	6b	7	8	Summe
	Ärztl.Dienst	Pflegedienst	med./techn. Die	Arzneimittel	Arzneimittel	Implant./Transp	Übriger Bedarf	Übriger Bedarf	med. Infrastr.	nicht-med.Infras	
Normalstation	505,00 €	909,00 €	67,00 €	78,00 €	37,00 €		92,00 €	15,00 €	246,00 €	808,00 €	2.761,00 €
Intensivstation	101,00 €	191,00 €	3,00 €	23,00 €	11,00 €		38,00 €	2,00 €	39,00 €	95,00 €	507,00 €
Dialyseabteilung											
OP-Bereich	280,00 €		243,00 €	10,00 €	1,00 €	355,00 €	153,00 €	91,00 €	126,00 €	181,00 €	1.443,00 €
Anästhesie	245,00 €		145,00 €	12,00 €	1,00 €		44,00 €		29,00 €	62,00 €	541,00 €
Kreißsaal											
Kardiologische Diagnostik	13,00 €		9,00 €				7,00 €	12,00 €	4,00 €	7,00 €	55,00 €
Endoskopische Diagnostik/The	5,00 €		5,00 €				2,00 €	2,00 €	2,00 €	3,00 €	21,00 €
Radiologie	35,00 €		37,00 €				7,00 €	42,00 €	14,00 €	23,00 €	161,00 €
Laboratorien	9,00 €		61,00 €	2,00 €	46,00 €		45,00 €	35,00 €	6,00 €	28,00 €	236,00 €
Übrige diagnostische u. therape	59,00 €	1,00 €	78,00 €	2,00 €			8,00 €	7,00 €	11,00 €	38,00 €	206,00 €

*) Copyright für Projektbericht liegt beim BMGS und InEK GmbH

Übersicht der für die Kostenträgerrechnung benötigten Kosten- und Leistungsdaten

Anlage 5		Personal-kosten ärztlicher Dienst	Personal-kosten Pflegedienst	Personal-kosten med.-techn. Dienst/ Funktions-dienst	Sachkosten Arzneimittel		Sachkosten Implantate/ Transplantate	Sachkosten übriger medizinischer Bedarf		Personal- und Sachkosten med. Infrastruktur	Personal- und Sachkosten nicht med. Infrastruktur
		1	2	3	4a	4b[1]	5[1]	6a	6b[1]	7	8
Normalstation	1	Pflegetage	PPR-Minuten[2]	Pflegetage	PPR-Minuten[2]	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	nicht relevant	PPR-Minuten[2]	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Pflegetage	Pflegetage
Intensivstation	2	1. Gewichtete Intensivstunden	1. Gewichtete Intensivstunden	1. Gewichtete Intensivstunden	1. Gewichtete Intensivstunden	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung[3]	1. Gewichtete Intensivstunden	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Intensivstunden	Intensivstunden
		2. Intensiv-stunden	2. Intensiv-stunden	2. Intensiv-stunden	2. Intensiv-stunden			2. Intensiv-stunden			
Dialyse-abteilung	3	1. Gewichtete Dialysen[4]	1. Gewichtete Dialysen[4]	1. Gewichtete Dialysen[4]	1. Gewichtete Dialysen[4]	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	nicht relevant	1. Gewichtete Dialysen[4]	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	1. Gewichtete Dialysen[4]	1. Gewichtete Dialysen[4]
		2. Pflegetage Dialyseleistung	2. Pflegetage Dialyseleistung	2. Pflegetage Dialyseleistung	2. Pflegetage Dialyseleistung			2. Pflegetage Dialyseleistung		2. Pflegetage Dialyseleistung	2. Pflegetage Dialyseleistung
OP-Bereich	4	Schnitt-Naht-Zeit mit GZF und Rüstzeit[5]	nicht relevant	Schnitt-Naht-Zeit/HLM-Zeit mit GZF[6] und Rüstzeit[5]	Schnitt-Naht-Zeit mit Rüstzeit[5]	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Schnitt-Naht-Zeit mit Rüstzeit[5]	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Schnitt-Naht-Zeit mit Rüstzeit[5]	Schnitt-Naht-Zeit mit Rüstzeit[5]
Anästhesie	5	Anästhesio-logiezeit[7] und GZF[8]	nicht relevant	Anästhesio-logiezeit[7]	Anästhesio-logiezeit[7]	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	nicht relevant	Anästhesio-logiezeit[7]	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Anästhesio-logiezeit[7]	Anästhesio-logiezeit[7]
Kreißsaal	6	1. Aufenthalts-zeit Patientin im Kreißsaal	nicht relevant	1. Aufenthalts-zeit Patientin im Kreißsaal	1. Aufenthalts-zeit Patientin im Kreißsaal	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	nicht relevant	1. Aufenthalts-zeit Patientin im Kreißsaal	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	1. Aufenthalts-zeit Patientin im Kreißsaal	1. Aufenthalts-zeit Patientin im Kreißsaal
		2. Anzahl Geburten		2. Anzahl Geburten	2. Anzahl Geburten			2. Anzahl Geburten		2. Anzahl Geburten	2. Anzahl Geburten
Kardiologische Diagnostik/ Therapie	7	1. Eingriffszeit	nicht relevant	1. Eingriffszeit	1. Eingriffszeit	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	1. Eingriffszeit	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	1. Eingriffszeit	1. Eingriffszeit
		2. Punkte lt. Leistungs-katalog		2. Punkte lt. Leistungs-katalog	2. Punkte lt. Leistungs-katalog			2. Punkte lt. Leistungs-katalog		2. Punkte lt. Leistungs-katalog	2. Punkte lt. Leistungs-katalog
Endoskopische Diagnostik/ Therapie	8	1. Eingriffszeit	nicht relevant	1. Eingriffszeit	1. Eingriffszeit	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung[3]	1. Eingriffszeit	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	1. Eingriffszeit	1. Eingriffszeit
		2. Punkte lt. Leistungs-katalog		2. Punkte lt. Leistungs-katalog	2. Punkte lt. Leistungs-katalog			2. Punkte lt. Leistungs-katalog		2. Punkte lt. Leistungs-katalog	2. Punkte lt. Leistungs-katalog
Radiologie	9	Punkte lt. Leistungs-katalog	nicht relevant	Punkte lt. Leistungs-katalog	Punkte lt. Leistungs-katalog	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung[3]	Punkte lt. Leistungs-katalog	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Punkte lt. Leistungs-katalog	Punkte lt. Leistungs-katalog
Laboratorien	10	Punkte lt. Leistungs-katalog	nicht relevant	Punkte lt. Leistungs-katalog	Punkte lt. Leistungs-katalog	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	nicht relevant	Punkte lt. Leistungs-katalog	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Punkte lt. Leistungs-katalog	Punkte lt. Leistungs-katalog
Übrige diagnost. und therapeut. Bereiche	11	1. Eingriffszeit	1. Eingriffszeit	1. Eingriffszeit	1. Eingriffszeit	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung[3]	1. Eingriffszeit	Ist-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	1. Eingriffszeit	1. Eingriffszeit
		2. Punkte lt. Leistungs-katalog	2. Punkte lt. Leistungs-katalog	2. Punkte lt. Leistungs-katalog	2. Punkte lt. Leistungs-katalog			2. Punkte lt. Leistungs-katalog		2. Punkte lt. Leistungs-katalog	2. Punkte lt. Leistungs-katalog
Basiskosten-stelle	12	nicht relevant	nicht relevant	nicht relevant	nicht relevant		nicht relevant	nicht relevant		nicht relevant	Pflegetage

8. Information zur Wiederaufnahmeregelung / Fallzusammenführung

Krankenhausaufenthalte sind zusammenzufassen und mit einer DRG abzurechnen, wenn innerhalb der oberen Grenzverweildauer oder der 30-Kalendertage-Frist eine Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus erfolgt. Diese Regelungen sollen vorsätzlichem Fallsplitting und zu früher Entlassung entgegenwirken. Onkologische DRGs sind von dieser Zusammenfassung jedoch ausgenommen.

Folgende Konstellationen sind grundsätzlich zu beachten:

Wiederaufnahme...	Voraussetzung der Fallzusammenführung (Storno alt)		Ausnahme von der Wiederaufnahme
	VWD	sonstige	
... in gleiche Basis DRG	< oGVD (ab Aufnahme erster Aufenthalt)		Kreuz in Spalte 13 des Fallpauschalen-Katalogs
... in gleiche MDC	<= 30 Tage (ab Aufnahme erster Aufenthalt)	Partition DRG (alt) M oder A DRG (neu) O	Kreuz in Spalte 13 des Fallpauschalen-Katalogs
... wegen Komplikationen	< oGVD (ab Aufnahme erster Aufenthalt)	obige treffen nicht zu	Unvermeidbare Nebenwirkungen bei Chemo-/Strahlentherapie
... durch Rückverlegung	<= 30 Tage (ab Entlassung erster Aufenthalt)		

Die Fallzusammenführung bedeutet, dass sämtliche Diagnosen und Prozeduren beider Krankenhausaufenthalte zusammengetragen werden und nur die neu eingestufte DRG vom Krankenhaus abgerechnet werden darf.

Die Gesamt-Verweildauer des Patienten wird dabei durch Addition der Verweildauern beider Aufenthalte ermittelt. Die Rechnung des ersten stationären Aufenthalts muss storniert werden.

III WUNDVERSORGUNG

A. Relevante ICD-Kodes in der Wundversorgung

Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren

I70.-	Atherosklerose
I70.2-	Atherosklerose der Extremitätenarterien (Atherosklerotische Gangrän, Mönckeberg- (Media-) Sklerose, Periphere arterielle Verschlusskrankheit der Extremitäten)
I70.20	Becken-Bein-Typ, ohne Beschwerden, Stadium I nach Fontaine
I70.21	Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz,Gehstrecke 200 m und mehr, Stadium IIa nach Fontaine
I70.22	Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m Stadium IIb nach Fontaine
I70.23	Becken-Bein-Typ, mit UlzerationRuheschmerz Stadium III nach Fontaine
I70.24	Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration Stadium IV nach Fontaine mit Ulzeration Gewebedefekt begrenzt auf Haut [Kutis] und Unterhaut [Subkutis]
I70.25	Becken-Bein-Typ, mit Gangrän Stadium IV nach Fontaine mit Gangrän Trockene Gangrän, Stadium IVa nach Fontaine Feuchte Gangrän, Stadium IVb nach Fontaine
I73.9	Periphere Gefäßkrankheit, nicht näher bezeichnet Arterienspasmus, Claudicatio intermittens) Exkl.: Claudicatio intermittens bei peripherer arterieller Verschlusskrankheit [pAVK] (I70.2-)
I74.-	Arterielle Embolie und Thrombose
I74.3	Embolie und Thrombose der Arterien der unteren Extremitäten
I77.-	Sonstige Krankheiten der Arterien und Arteriolen
I77.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Arterien und Arteriolen (Ulcus, Arrosion)

Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis

I80.-	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis
I80.0	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis oberflächlicher Gefäße der unteren Extremitäten
I80.2-	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger tiefer Gefäße der unteren Extremitäten
I80.3	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis der unteren Extremitäten, nicht näher bezeichnet (Embolie und Thrombose von Gefäßen der unteren Extremität o. n. A.)

Varizen, Venöses Ulcus und sonstige Ulcuskrankheiten

I83.-	Varizen der unteren Extremitäten
I83.0	**Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration**
I83.1	Varizen der unteren Extremitäten mit Entzündung
I83.2	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration und Entzündung
I83.9	Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung (Phlebektasie, Status varicosus, Variköse Venen)
I87.-	Sonstige Venenkrankheiten
I87.0-	Postthrombotisches Syndrom
I87.01	Postthrombotisches Syndrom mit Ulzeration Postphlebitisches Syndrom mit Ulzeration
I87.2-	Venöse Insuffizienz (chronisch) (peripher)

I87.20	Venöse Insuffizienz (chronisch) (peripher) ohne Ulzeration Venöse Insuffizienz (chronisch) (peripher) o.n.A.
I87.21	Venöse Insuffizienz (chronisch) (peripher) mit Ulzeration Exkl.: Ulcus cruris varicosum (I83.0, I83.2)
I87.8	Sonstige näher bezeichnete Venenkrankheiten
I87.9	Venenkrankheit, nicht näher bezeichnet

Sonstige periphere Gefäßkrankheiten

I73.-	Sonstige periphere Gefäßkrankheiten
I73.0	Raynaud-Syndrom
I73.1	Thrombangiitis obliterans [Endangiitis von-Winiwarter-Buerger]
I73.8	Sonstige näher bezeichnete periphere Gefäßkrankheiten (Akroparästhesie (einfach, vasomotorisch), Akrozyanose, Erythromelalgie, Erythrozyanose)
I73.9	Periphere Gefäßkrankheit, nicht näher bezeichnet (Arterielle Verschlusskrankheit [AVK], Arterienspasmus, Claudicatio intermittens)
L55-L59	Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung
L88	Pyoderma gangraenosum Inkl. Dermatitis ulcerosa, Phlagedänische Pyodermie Exkl. Dermatitis gangraenosa (L08.0)
L97	Ulcus Cruris, andernorts nicht klassifiziert Exkl.: Dekubitalgeschwür und Druckzone (L89.-); Gangrän (R02); Hautinfektionen (L00-L08); Spezifische Infektionen, die unter A00-B99 klassifiziert sind; Ulcus cruris arteriosum (I70.24); Ulcus cruris varicosum (I83.0, I83.2)
L98.4	Chronisches Ulkus der Haut, anderenorts nicht klassifiziert Chronisches Ulkus der Haut o.n.A.; Ulcus tropicum o.n.A.; Ulkus der Haut o.n.A. Exkl.: Dekubitalgeschwür und Druckzone (L89.-); Gangrän (R02); Hautinfektionen (L00-L08); Spezifische Infektionen, die unter A00-B99 klassifiziert sind; Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert (L97); Ulcus cruris varicosum (I83.0, I83.2)

Sonstige nichtinfektiöse Krankheiten der Lymphgefäße u. Lymphknoten

I89.-	Sonstige nichtinfektiöse Krankheiten der Lymphgefäße und Lymphknoten
I89.0-	Lymphödem, anderenorts nicht klassifiziert (Lymphangiektasie)
I89.1	Lymphangitis, • chronisch, • subakut, • o. n. A. Exkl.: Akute Lymphangitis (L03.-)→ siehe Phlegmone

Dekubitalgeschwür und Druckzone

Alle Kodes zur Verschlüsselung des Dekubitalgeschwürs sind 5-stellig. Die ersten 4 Stellen beschreiben die Ausprägung in der Schweregradeinteilung 1-4.
Hinweis: Kann der Grad eines Dekubitalgeschwüres nicht sicher bestimmt werden, ist der niedrigere Grad zu kodieren.

Inkl: Dekubitus, Ulkus bei medizinischer Anwendung von Gips
Exkl.: Dekubitalgeschwür (trophisch) der Cervix (uteri) (N86)

L89.0-*	Dekubitus 1. Grades Druckzone mit nicht wegdrückbarer Rötung bei intakter Haut
L89.1-	Dekubitus 2. Grades Dekubitus [Druckgeschwür] mit: • Abschürfung, • Blase, • Teilverlust der Haut mit Einbeziehung von Epidermis und/oder Dermis, • Hautverlust o.n.A.

L89.2-	Dekubitus 3. Grades Dekubitus [Druckgeschwür] mit Verlust aller Hautschichten mit Schädigung oder Nekrose des subkutanen Gewebes, die bis auf die darunterliegende Faszie reichen kann
L89.3-	Dekubitus 4. Grades Dekubitus [Druckgeschwür] mit Nekrose von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln)
L89.9-*	Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet Dekubitus [Druckgeschwür] ohne Angabe eines Grades

Die 5. Stelle beschreibt die Lokalisation der Druckstellen.

Dekubitus Lokalisation		Schweregrad			
		1	2	3	4
Kopf		L89.00	L89.10	L89.20	L89.30
Obere Extremität		L89.01	L89.11	L89.21	L89.31
Dornfortsätze		L89.02	L89.12	L89.22	L89.32
Beckenkamm, Spina iliaca		L89.03	L89.13	L89.23	L89.33
Kreuzbein, Steißbein		L89.04	L89.14	L89.24	L89.34
Sitzbein		L89.05	L89.15	L89.25	L89.35
Untere Extremität	Trochanter	L89.06	L89.16	L89.26	L89.36
	Ferse	L89.07	L89.17	L89.27	L89.37
	sonstige, z. B. Zeh	L89.08	L89.18	L89.28	L89.38
Sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisation		L89.09	L89.19	L89.29	L89.39
Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet		L89.9			

Diabetes mellitus / Diabetisches Fußsyndrom

E10.-	Diabetes mellitus, Typ 1 4. + 5. Stelle (siehe E11.-)
E11.-	Diabetes mellitus, Typ 2 4.Stelle .0 mit Koma, .1 mit Ketoazidose, .2† mit Nierenkomplikationen, .3† mit Augenkomplikationen, .4† mit neurologischen Komplikationen, .5 mit peripheren vaskulären Komplikationen, .6 mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen, .7 mit multiplen Komplikationen, .8 mit nicht näher bezeichneten Komplikationen, .9 ohne Komplikationen 5.Stelle 0 nicht als entgleist bezeichnet, 1 als entgleist bezeichnet 2 mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet 3 mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet 4 mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet 5 mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet

Die fünften Stellen „2-5“ sind ausschließlich mit der Subkategorie .7 bei den Kategorien E10-E14 zu benutzen.

Die Diagnose „Diabetischer Fuß“ wird also kodiert mit:

E10.- bis E14.-, **vierte und fünfte Stelle:**
..74: Diabetes mellitus mit multiplen Komplikationen, mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet
oder
..75: Diabetes mellitus mit multiplen Komplikationen, mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet.

Die Kodes für die vorhandenen Manifestationen, z. B. „G63.2* Diabetische Polyneuropathie“, „I79.2*Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten“ sind danach anzugeben. Alle vorliegenden Manifestationen und Komplikationen sind zu kodieren, wenn sie der Definition einer Nebendiagnose entsprechen.

Hier wird die vierstufige Basis-DRG F27 „Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen“ abgegolten (F27A: mit Gefäßeingriff, F27B: ohne Gefäßeingriff, mit äußerst schweren CC oder komplexer Arthrodese des Fußes oder komplexen Hauteingriff; F27C: ohne Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe Arthrodese oder Hauteingriff, mit mäßig komkplexem Eingriff;
F27D ohne mäßig komplexen Eingriff

Weitere Steigerungsmöglichkeiten bei komplexen Gefäßeingriffen (inkl. Mehretagen, beidseitig, Stenteinlage etc.) oder Amputationen sind möglich, und damit werden die differenzierten gefäßchirurgischen Optionen sachgerecht vergütet werden.

Komplikationen bei Amputationen

T87.-	Komplikationen, die für Replantation und Amputation bezeichnend sind
T87.4	Infektion des Amputationsstumpfes
T87.5	Nekrose des Amputationsstumpfes
T87.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete Komplikationen am Amputationsstumpf • (Flexions-)Kontraktur (des benachbarten proxymalen Gelenkes), • Hämatom, • Ödem)

Weitere Haupt- u. Begleitdiagnosen in Zusammenhang chronischer Wunden

A46	Erysipel [Wundrose]
G59.0*	Diabetische Mononeuropathie
G63.2*	Diabetische Polyneuropathie (E10-E14, vierte Stelle .4†)
G99.0*	Autonome Neuropathie bei endokrinen und Stoffwechselkrankheiten
I79.2*	Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
L02.-	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel
L02.0	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Gesicht
L02.1	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Hals
L02.2	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Rumpf
L02.3	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Gesäß
L02.4	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten
L02.8	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an sonstigen Lokalisationen
L02.9	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel, nicht näher bezeichnet
L03.-	Phlegmone, Inklusive akute Lymphangitis
L03.01	Phlegmone an Fingern
L03.02	Phlegmone an Zehen

L03.10	Phlegmone an der oberen Extremität
L03.11	Phlegmone an der unteren Extremität
L03.2	Phlegmone im Gesicht
L03.3	Phlegmone am Rumpf
L03.8	Phlegmone an sonstigen Lokalisationen
L08.9	Lokale Infektion der Haut und der Unterhaut, nicht näher bezeichnet
M14.6*	Neuropathische Arthropathie – Charcot Fuß
M72.6	Nekrotisierende Fasziitis
T81.4	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert • intraabdominal, • Naht-, • subphrenisch,• Wund-Sepsis
Z89.-	Extremitätenverlust
Z89.4	Verlust des Fußes und des Knöchels, einseitig (Zehe(n), auch beidseitig)
Z89.5	Verlust der unteren Extremität unterhalb oder bis zum Knie, einseitig
Z89.6	Verlust der unteren Extremität oberhalb des Knies, einseitig (Bein o. n. A.)
Z89.7	(Teilweiser) Verlust der unteren Extremität, beidseitig Exkl.: Isolierter Verlust der Zehen, beidseitig (Z89.4)
Z89.8	Verlust von oberen und unteren Extremitäten [jede Höhe]
Z89.9	Extremitätenverlust, nicht näher bezeichnet

Die mit * gekennzeichneten Nebendiagnosen sind sogenannte Sterndiagnosen. Diese sind immer mit dem Diabetes mellitus Schlüssel E10.- und E11.- zu verbinden.

Gynäkologie

O86.-	Sonstige Wochenbettinfektionen
O86.0	Infektion der Wunde nach operativem geburtshilflichem Eingriff
O90.-	Wochenbettkomplikationen, anderenorts nicht klassifiziert
O90.0	Dehiszenz einer Schnittentbindungswunde
O90.1	Dehiszenz einer geburtshilflichen Dammwunde

Verbrennungen / Erfrierungen

T20-T25	Verbrennungen oder Verätzungen der äußeren Körperoberfläche, Lokalisation bezeichnet ***Inkl.:*** Verbrennungen oder Verätzungen: • 1. Grad [Erythem] • Grad 2a [Blasenbildung] • Grad 2b [Nekrosen der Oberhaut] • 3. Grad [Nekrose des unter der Haut liegenden Gewebes] [Nekrose aller Hautschichten]
T29-T32	Verbrennungen oder Verätzungen mehrerer und nicht näher bezeichneter Körperregionen
T33-T35	Erfrierungen

B. OPS-Leistungen in der Versorgung chronischer Wunden

Bei der Kodierung der Wundbehandlung ist zu beachten, dass die nachfolgenden OPS-Kodes (Prozeduren) für Verbände und Wunddebridement nur einmal pro stationärem Aufenthalt kodiert werden können.

1. Verbände

8-19	Verbände und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
8-190	Spezielle Verbandstechniken *Hinw.*: Ein Kode aus diesem Bereich ist jeweils nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben
8-190.2	Kontinuierliche Sogbehandlung bei einer Vakuumtherapie *Inkl.:* Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie ohne Operationsbedingungen und Anästhesie; Wechsel des Sogsystems *Hinw.*: Die Angabe dieses Kodes ist an die Verwendung eines mechanischen Pumpensystems mit kontinuierlicher Druckkontrolle gebunden Die operative Anlage oder der Wechsel des Vakuumtherapie-Systems ist gesondert zu kodieren (5-916.a ff) Für die kontinuierliche Sogbehandlung sind nur die Zeiten zu berechnen, in denen der Patient stationär behandelt wurde
8-190.20	bis 7 Tage
8-190.21	8 bis 14 Tage
8-190.22	15 bis 21 Tage
8-190.23	mehr als 21 Tage
8-190.3	Kontinuierliche Sogbehandlung mit sonstigen Systemen bei einer Vakuumtherapie *Inkl.:* Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie ohne Operationsbedingungen und Anästhesie; Wechsel des Sogsystems; Sogerzeugung durch Unterdruckflasche *Hinw.:* Die operative Anlage oder der Wechsel des Vakuumtherapie-Systems ist gesondert zu kodieren (5-916.a ff.) Für die kontinuierliche Sogbehandlung sind nur die Zeiten zu berechnen, in denen der Patient stationär behandelt wurde
8-190.30	bis 7 Tage
8-190.31	8 bis 14 Tage
8-190.32	15 bis 21 Tage
8-190.33	mehr als 21 Tage
8-190.4	Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie nach chirurgischem Wundverschluss (zur Prophylaxe von Komplikationen) Anlage oder Wechsel des Systems Für die kontinuierliche Sogbehandlung sind nur die Zeiten zu berechnen, in denen der Patient stationär behandelt wurde
8-190.40	bis 7 Tage
8-190.41	8 bis 14 Tage
8-190.42	15 bis 21 Tage
8-190.43	mehr als 21 Tage
8-191.-	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen ***Inkl.:*** Verband bei großflächigen blasenbildenden Hauterkrankungen, toxischer epidermaler Nekrolyse, Verbrennungen und großflächigen Hautverletzungen ***Hinw.:*** Ein Kode aus diesem Bereich ist nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben

8-191.0	Feuchtverband mit antiseptischer Lösung
8-191.00	Ohne Debridement-Bad
8-191.01	Mit Debridement-Bad
8-191.1	Fettgazeverband
8-191.10	Ohne Debridement-Bad
8-191.11	Mit Debridement-Bad
8-191.2	Fettgazeverband mit antiseptischen Salben **Inkl.: Silberhaltige Verbände**
8-191.20	Ohne Debridement-Bad
8-191.21	Mit Debridement-Bad
8-191.3	Überknüpfpolsterverband, kleinflächig
8-191.30	Ohne Immobilisation durch Gipsverband
8-191.31	Mit Immobilisation durch Gipsverband
8-191.4	Überknüpfpolsterverband, großflächig
8-191.40	Ohne Immobilisation durch Gipsverband
8-191.41	Mit Immobilisation durch Gipsverband
8-191.5	**Hydrokolloidverband**
8-191.6	Okklusivverband mit Sauerstofftherapie
8-191.x	**Sonstige**
8-191.y	N.n.bez.
8-192	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde Inkl.: Entfernung von Fibrinbelägen Entfernung eines Systems zur Vakuumtherapie ohne Anästhesie und Debridement Exkl.: Chirurgisches Wunddebridement ohne Anästhesie bei neurologisch bedingter Analgesie (5-896 ff.) Hinw.: Ein Kode aus diesem Bereich ist jeweils nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben
8-192.0**	Kleinflächig Hinw.: Länge bis 3 cm oder Fläche bis 4 cm^2 Bei der Behandlung mehrerer kleinflächiger Läsionen an derselben anatomischen Region (z.B. an der Hand) sind die Flächen zu addieren. Bei Überschreiten einer Fläche von 4 cm^2 ist ein Kode für die großflächige Behandlung zu verwenden
8-192.1**	Großflächig
8-192.2**	Großflächig, mit Einlegen eines Medikamententrägers Exkl.: Fettgaze- oder Salbenverbände
8-192.3**	Großflächig, mit Anwendung biochirurgischer Verfahren Inkl.: Anwendung von Fliegenmaden
8-192.x**	Sonstige
8-192.y	N.n.bez.

Die Verschlüsselung des Prozedurenkodes für den Hydrokolloidverband sollte erfolgen, wenn bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen ein Hydrokolloidverband angewendet wird, insbesondere bei der Behandlung sekundär heilender Wunden (mittelstark-stark exsudierende Wunden).

Das **großflächige**, nicht chirurgische Debridement, inklusive des Einlegens eines Medikamententrägers (exklusive Fettgaze- oder Salbenverbände) nach OPS 8-192.2** führt in Verbindung mit einer chronischen

Wunde als Hauptdiagnose, in der Regel zu einer operativen Fallpauschale, wie es auch in Verbindung mit der chirurgischen Wundtoilette der Fall ist (vgl. OPS-Kapitel 5-896 Wunddebridement, Wundtherapie). Dieser Kode ist zum Beispiel bei der Entfernung von Fibrinbelägen ohne Anästhesie im Rahmen eines Verbandwechsels zu kodieren.

Der Einsatz weiterer moderner Wundauflagen (z. B. Schaumverbände, Alginate oder Hydrogele) ist über 8-191.x zu kodieren.

OPS-Leistungen in der Versorgung chronischer Wunden

2. Wunddebridement, Wundtherapie

5-850	Inzision an Muskel, Sehne, Faszie Hinw.: Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach vorstehender Liste zu kodieren (**) 0↔ Kopf und Hals 1↔ Schulter und Axilla 2↔ Oberarm und Ellenbogen 3↔ Unterarm 5↔ Brustwand und Rücken 6↔ Bauchregion 7↔ Leisten- und Genitalregion und Gesäß 8↔ Oberschenkel und Knie 9↔ Unterschenkel a↔ Fuß x↔ Sonstige
5-850.b**	Debridement eines Muskels
5-850.c**	Debridement einer Sehne
5-850.d**	Debridement einer Faszie
5-864.-	Amputation und Exartikulation untere Extremität
5-865.-	Amputation und Exartikulation Fuß
5-866.-	Revision eines Amputationsgebietes
5-869.1	Weichteildebridement, schichtenübergreifend *Exkl.*: Schichtenübergreifendes Weichteildebridement bei Verbrennungen (5-922.3) *Hinw.*: Dieser Kode ist nur zu verwenden, wenn eine präzise Gewebezuordnung nicht möglich ist, z. B. bei Narbengewebe oder septischen Prozessen
5-89	Operationen an Haut und Unterhaut
5-894.-	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ***Inkl.***: Narbenkorrektur ***Hinw.***: Multiple Exzisionen von Hautläsionen sind nur einmal zu kodieren, wenn sie während einer Sitzung durchgeführt werden und die Lokalisation mit einem Kode angegeben werden kann. Eine lokale Exzision entspricht einer Fläche von bis zu 4 cm² oder einem Raum bis zu 1cm³. Die Art einer ggf. durchgeführten Transplantation ist gesondert zu kodieren (5-902 .ff) Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach der Liste von Kode 5-896 zu kodieren
5-894.0	Exzision, lokal, ohne primären Wundverschluss
5-894.1	Exzision, lokal, mit primärem Wundverschluss
5-894.2.	Exzision von Schweißdrüsen
5-894.x.	Sonstige
5-894.y	Nicht näher bezeichnet
5-895.--	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut

OPS-Leistungen in der Versorgung chronischer Wunden

5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut **Inkl.:** Entfernung eines Systems zur Vakuumtherapie mit gleichzeitigem Wunddebridement **Exkl.:** Wunddebridement, auf Muskel, Sehne oder Faszie beschränkt (5-850 ff.) Schichtenübergreifendes Wunddebridement (5-869.1) Lokale Exzision oder lokale Kürettage von Schweißdrüsen (5-894.2 ff.) Radikale Exzision oder radikale Kürettage von Schweißdrüsen (5-895.6 ff) Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde (8-192 ff.) 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 voraus. Die Anwendung der Kodes 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. Voraussetzung ist das Vorliegen einer Wunde [traumatisch oder nicht traumatisch bedingte Unterbrechung des Zusammenhangs von Körpergewebe mit oder ohne Substanzverlust]. Ohne Wunde ist ein Kode aus dem Bereich „5-894 Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut“ bzw. aus dem Bereich „5-895 Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut“ anzuwenden. Ein Kode aus diesem Bereich ist nicht zu verwenden im Zusammenhang mit einer Hämatomausräumung bzw. Abszessspaltung (5-892 ff.), oder einer Primärnaht. Ein Wunddebridement ist bei diesen Kodes bereits eingeschlossen. Die alleinige Entfernung eines Systems zur Vakuumtherapie ohne Anästhesie und Debridement ist als Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde (8-192 ff.) zu kodieren. ***Hinw.:*** Die Lokalisation ist in der 6. Stelle wie folgt zu kodieren: 0 Lippe 4 Sonstige Teile Kopf 5 Hals 6↔ Schulter und Axilla 7↔ Oberarm und Ellenbogen 8↔ Unterarm 9↔ Hand a Brustwand und Rücken b Bauchregion c Leisten- und Genitalregion d Gesäß e↔ Oberschenkel und Knie f↔ Unterschenkel g↔ Fuß x↔ Sonstige
5-896.0**	Kleinflächig ***Hinw.:*** Länge bis 3cm oder Fläche bis 4cm² Bei der Behandlung mehrerer kleinflächiger Läsionen an derselben anatomischen Region (z.B. an der Hand) sind die Flächen zu addieren. Bei Überschreiten einer Fläche von 4 cm² ist ein Kode für die großflächige Behandlung zu verwenden
5-896.1**	Großflächig
5-896.2**	Großflächig, mit Einlegen eines Medikamententrägers Exkl.: Fettgaze- oder Salbenverbände

5-896.x**	Sonstige
5-896.y**	Nicht näher bezeichnet

OPS-Leistungen in der Versorgung chronischer Wunden

5-90	**Operative Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut** ***Exkl.:*** Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien (5-857) Entnahme und Transplantation von Transplantaten mit mikrovaskulärer Anastomosierung (5-858) Operationen an der Haut bei Verbrennungen (5-92) ***Hinw.:*** Die Lokalisation ist in der 6. Stelle wie bei 5.896 zu kodieren 0 Lippe 4 Sonstige Teile Kopf 5 Hals 6↔ Schulter und Axilla 7↔ Oberarm und Ellenbogen 8↔ Unterarm 9↔ Hand a Brustwand und Rücken b Bauchregion c Leisten- und Genitalregion d Gesäß e↔ Oberschenkel und Knie f↔ Unterschenkel g↔ Fuß x↔ Sonstige
5-901	Freie Hauttransplantation, Entnahmestelle Hinw.:Die Entnahme des Transplantates ist nur anzugeben, wenn dieser Eingriff in einer gesonderten Sitzung erfolgt; Die Lokalisation ist in der 6. Stelle wie bei Kode 5-896 zu kodieren
5-901.0**	Spalthaut; inkl. Meshgraft
5-901.1**	Vollhaut
5-902	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle Hinw.: Die Entnahme des Transplantates ist nur anzugeben, wenn dieser Eingriff in einer gesonderten Sitzung erfolgt. Kleinflächig entspricht einer Fläche bis 4 cm². Werden mehrere Transplantationen an derselben anatomischen Region (z.B. an der Hand) durchgeführt, so sind die Flächen aller verwendeten Transplantate zu addieren. Dies gilt nicht für mehrere kleine Transplantate, die an unterschiedlichen Regionen (z.B. Hand und Unterarm) transplantiert werden Die Lokalisation ist in der 6. Stelle wie bei Kode 5-896 zu kodieren.
5-902.0**	Spalthaut, kleinflächig; Inkl.: Meshgraft
5-902.1**	Spalthaut auf granulierendes Hautareal, kleinflächig; inkl. Meshgraft
5-902.2**	Vollhaut, kleinflächig
5-902.3**	Composite graft, kleinflächig
5-902.4**	Spalthaut, großflächig Inkl.: Meshgraft
5-902.5**	Spalthaut auf granulierendes Hautareal, großflächig Inkl.: Meshgraft
5-902.6**	Vollhaut, großflächig
5-902.7**	Composite graft, großflächig

5-902.a**	Epithelzellsuspension nach Aufbereitung mit Bedside-Kit
5-902.b**	Hautersatz durch kultivierte Keratinozyten, kleinflächig
5-902.c**	Hautersatz durch kultivierte Keratinozyten, großflächig
5-902.d**	Permanenter Hautersatz durch Dermisersatzmaterial, kleinflächig
5-902.e**	Permanenter Hautersatz durch Dermisersatzmaterial, großflächig
5-902.x**	Sonstige
5-902.y	N.n.bez

OPS-Leistungen in der Versorgung chronischer Wunden

5-913.-	**Entfernung oberflächlicher Hautschichten** ***Hinw.:*** Kleinflächig entspricht einer Fläche bis 4 cm². Die Lokalisation ist in der 6. Stelle wie bei Kode 5-896 zu kodieren.
5-913.0	Hochtourige Dermabrasion, kleinflächig
5-913.1	Ausbürsten, kleinflächig
5-913.2	Exkochleation (Entfernung mit scharfem Löffel), kleinflächig
5-913.3	Chemochirurgie, kleinflächig; *Inkl.:* Chemical peeling
5-913.4	Laserbehandlung, kleinflächig
5-913.5	Shaving, kleinflächig
5-913.6	Hochtourige Dermabrasion, großflächig
5-913.7	Ausbürsten, großflächig
5-913.8	Exkochleation (Entfernung mit scharfem Löffel), großflächig
5-913.9	Chemochirurgie, großflächig; *Inkl.:* Chemical peeling
5-913.a	Laserbehandlung, großflächig
5-913.b	Shaving, großflächig
5-916	Temporäre Weichteildeckung Hinw.: Kleinflächig entspricht einer Fläche bis 4 cm² Die Lokalisation ist für die mit ** gekennzeichneten Kodes in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-910 zu kodieren
5-916.a-	Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie *Inkl.:* Bei Verbrennungen *Hinw.:* Die Angabe dieses Kodes ist an die Durchführung unter Operationsbedingungen mit Anästhesie gebunden. (Ausnahmen: Es liegt eine neurologisch bedingte Analgesie vor oder es erfolgt eine endoösophageale oder endorektale Anwendung einer Vakuumtherapie) Die alleinige Entfernung eines Systems zur Vakuumtherapie im Bereich von Haut und Unterhaut ohne Anästhesie ist mit einem Kode aus dem Bereich 8-192 zu verschlüsseln. Bei einer Entfernung mit Debridement ist ein Kode aus den Bereichen 5-850, 5-869.1 oder 5-896 zu verwenden. Die Dauer der Anwendung der Vakuumtherapie ist gesondert zu kodieren (8-190.2 ff., 8-190.3 ff.) 0 An Haut und Unterhaut Exkl.: Anlage oder Wechsel eines Systems zur kontinuierlichen Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie nach chirurgischem Wundverschluss (8-190.4 ff.) 1↔ Tiefreichend, subfaszial oder an Knochen und/oder Gelenken der Extremitäten 2 Tiefreichend, an Thorax, Mediastinum und/oder Sternum; Inkl.: Vakuumtherapie nach Herzoperation 3 Am offenen Abdomen Exkl.: Anlage eines Laparostomas (5-541.4)

	4 Endorektal Inkl.: Endorektale Vakuumtherapie z. Behandlung von Anastomoseninsuffizienzen nach tiefer anteriorer Rektumresektion bei lokaler Peritonitis mit einspiegelbarer Wundhöhle 5 Tiefreichend subfaszial an der Bauchwand oder im Bereich von Nähten der Faszien bzw. des Peritoneums 6 Endoösophageal x Sonstige Inkl.: Retroperitoneum
8-17	**Spülung (Lavage)**
8-179	Andere therapeutische Spülungen
8-179.3	Instillationsbehandlung bei Vakuumtherapie *Inkl.:* Intermittierende Instillationsbehandlung *Exkl.:* Therapeutische Spülung von Pleurahöhle, Bauchraum, Retroperitoneum und Gelenken (8-173.1 ff., 8-176 ff., 8-177 ff., 8-178 ff.) *Hinw.:* Dieser Kode ist ein Zusatzkode. Er ist nur in Verbindung mit einer pumpengesteuerten Sogbehandlung bei einer Vakuumtherapie zu verwenden **(8-190.2 ff.)**

OPS-Leistungen in der Versorgung chronischer Wunden

8-98	Sonstige multimodale Komplexbehandlung
8-987	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE] ***Hinw.:*** Mindestmerkmale: • Behandlung durch speziell eingewiesenes medizinisches Personal, in Zusammenarbeit mit dem Krankenhaushygieniker und/oder der/dem Krankenschwester/-pfleger für Krankenhaushygiene (Hygienefachkraft) unter Aufsicht des Krankenhaushygienikers unter Berücksichtigung aktueller Behandlungs- und Pflegestandards • Durchführung von speziellen Untersuchungen zur Feststellung der Trägerschaft von multiresistenten Erregern (ICD-10-GM-Kodes U80 - U82) bzw. der erfolgreichen Sanierung der Kolonisierung bzw. Infektion sowie zur Prävention einer Weiterverbreitung • Durchführung von strikter Isolierung (Einzel- oder Kohortenisolierung) mit eigenem Sanitärbereich oder Bettstuhl bei entsprechender hygienischer Indikation (Vermeidung von Kreuzinfektionen). Die Isolierung wird aufrechterhalten, bis in drei negativen Abstrichen/ Proben von Prädilektionsstellen der MRE nicht mehr nachweisbar ist. Die Abstriche/Proben dürfen nicht am gleichen Tag entnommen sein. Die jeweils aktuellen Richtlinien des Robert-Koch-Instituts sind zu berücksichtigen. **Es muss ein dokumentierter durchschnittlicher Mehraufwand von mindestens 2 Stunden täglich** während der Behandlungstage mit strikter Isolierung entstehen. Dazu gehören neben den oben beschriebenen Maßnahmen z.B.: • Einsatz von erregerspezifischen Chemotherapeutika/Antibiotika • Mindestens tägliche lokale antiseptische Behandlung der betroffenen Areale (z.B. Rachen oder Wundsanierung; antiseptische Sanierung anderer betroffener Körperteile/Organe) • Antiseptische Ganzkörperwäsche, bei intakter Haut mindestens täglich • Täglicher Wechsel von Bettwäsche, Bekleidung und Utensilien der Körperpflege (Waschlappen u.ä.) • Schutzmaßnahmen bei Betreten und Verlassen des Zimmers (zimmerbezogener Schutzkittel, Handschuhe, ggf. Mund-Nasen-Schutz, Einschleusen, Ausschleusen etc.) • Ggf. mehrmals tägliche Desinfektion patientennaher Flächen • Mindestens tägliche Fußbodendesinfektion und einmalige Schlussdesinfektion • Patienten- und Angehörigengespräche zum Umgang mit MRE • Durchführung der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen unter besonderen räumlich-organisatorischen Bedingungen (z.B. im Patientenzimmer anstelle im Funktionsbereich; wenn in Funktionsbereichen, dann mit unmittelbar anschließender Schlussdesinfektion)

3. Lagerungstherapie

8-390	Lagerungsbehandlung *Exkl.:* Lagerung auf einer Antidekubitusmatratze *Hinw.:* Hier sind nur Lagerungsbehandlungen mit einem deutlich erhöhten personellen, zeitlichen oder materiellen Aufwand zu kodieren. Diese Kodes sind für die Angabe spezieller Lagerungen (z. B. bei Schienen und Extensionen, Wirbelsäuleninstabilität, Hemi- und Tetraplegie oder nach großen Schädel-Hirn-Operationen) oder Lagerungen mit speziellen Hilfsmitteln (z. B. Rotations- oder Sandwichbett) zu verwenden. Ein Kode aus diesem Bereich ist jeweils nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben
8-390.0	Lagerung im Spezialbett *Inkl.:* Lagerung im Rotations- oder Sandwichbett, Lagerung im programmierbaren elektrischen Schwergewichtigenbett
8-390.1	Therapeutisch-funktionelle Lagerung auf neuro-physiologischer Grundlage
8-390.3	Lagerung in Schienen
8-390.4	Lagerung bei Extension
8-390.5	Lagerung im Weichlagerungsbett mit programmierbarer automatischer Lagerungshilfe
8-390.6	Lagerung im Spezialweichlagerungsbett für Schwerstbrandverletzte
8-390.x	Sonstige
8-390.y	Nicht näher bezeichnet

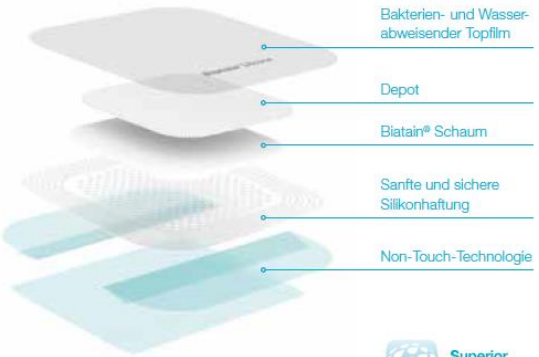
Standardmäßige Dekubitusprophylaxen oder postoperative Standardbehandlungen etc. sind nicht hierüber zu kodieren (z. B. nachbeatmete Patienten mit Lagerung auf der Intensivstation, Dekubitusprophylaxe bei geriatrischen Patienten etc.).

Coloplast

Erleben Sie die Freiheit exzellenter Absorption

Biatain® Silicone – exzellente Absorption und sicherer Halt

- Das besondere Design des Biatain Silicone zeichnet sich durch eine perforierte, sanfte Silikonkontaktschicht aus, welche einen sicheren Halt gewährleistet, ohne die exzellente Absorption zu gefährden.
- Der Biatain Schaumverband wölbt sich wie gewohnt zum Wundgrund – für eine exzellente Absorption und ein optimal feuchtes Wundmilieu.
- Sanfte und sichere Anwendung durch die 3-teilige Non-Touch-Technologie



www.coloplast.de

Superior Absorption

C. DRGs der Versorgung chronischer Wunden

In der Übersicht ist eine Auswahl von DRGs der Versorgung chronischer Wunden zusammengestellt. **GRAVIERENDE Veränderungen zum Vorjahr sind mit Pfeilen dargestellt.**

DRG	Partition	Bezeichnung	RG	Mittlere VWD	Untere GVWD	Obere GVWD
MDC 05 Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems						
F13A	O	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen mit äußerst schweren CC und mehrzeitigen Revisions- oder Rekonstruktionseingriffen	3,919	29,1	9	47
F13B	O	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen mit äußerst schweren CC, ohne mehrzeitige Revisions- oder Rekonstruktionseingriffe	1,865	14,7	4	29
F13C	O	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen ohne äußerst schwere CC	1,397	11,0	3	22
F21A	O	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen, mit hochkomplexem Eingriff oder komplizierender Konstellation II	4,060 ↑	25,8	8	44
F21B	O	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation II, mit komplexem Eingriff oder komplizierender Konstellation I	2,827 ↑	21,5	6	38
F21C	O	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, mit mäßig komplexem Eingriff oder intensmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / 368 Punkte	1,902 ↑	14,8	4	30
F27A	O	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, mit Gefäßeingriff	4,231	23,0	7	41
F27B	O	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne Gefäßeingriff, mit äußerst schweren CC oder komplexer Arthrodese des Fußes oder komplexem Hauteingriff	2,557 ↑	20,2	6	38
F27C	O	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe Arthrodese des Fußes, ohne komplexen Hauteingriff, mit mäßig komplexem Eingriff	1,553	13,4	3	26
F27D	O	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe Arthrodese des Fußes, ohne komplexen Hauteingriff, ohne mäßig komplexen Eingriff	1,368	12,0	3	24
F28A	O	Amputation mit zusätzlichem Gefäßeingriff oder mit Hauttransplantation, mit äußerst schweren oder schweren CC	5,492	30,5	9	48
F28B	O	Amputation bei Kreislauferkrankungen außer an oberer Extremität und Zehen, ohne Gefäßeingriff, ohne Hauttransplantation, mit äußerst schweren oder schweren CC	2,660	19,1	5	37
F28C	O	Amputation bei Kreislauferkrankungen außer an oberer Extremität und Zehen, ohne Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere oder schwere CC	2,059	16,5	5	33
F39A	O	Unterbindung und Stripping von Venen mit beidseitigem Eingriff oder bestimmter Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC	1,073	5,9	1	18

F39B	O	Unterbindung und Stripping von Venen ohne beidseitigen Eingriff, ohne bestimmte Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,709	2,6	1	6
F59A	O	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe mit äußerst schweren CC oder Rotationsthrombektomie	2,978	14,1	4	30
F59B	O	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe mit aufwendigem Eingriff oder Mehrfacheingriff oder bestimmter Diagnose oder Alter < 16 Jahre, mehr als ein Belegungstag	1,824	8,2	2	18
F63A	M	Venenthrombose mit äußerst schweren CC	1,373	11,3	3	22
F63B	M	Venenthrombose ohne äußerst schwere CC	0,589	5,2	1	11
F64Z	M	Hautulkus bei Kreislauferkrankungen	0,919	8,7	2	17
F77Z	M	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	2,636	21,5		35

DRGs der Versorgung chronischer Wunden

DRG	Partition	Bezeichnung	RG	Mittlere VWD	Untere GVWD	Obere GVWD
MDC 06 Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane						
G15Z	O	Strahlentherapie mit großem abdominellen Eingriff	4,481	22,6	7	41
G35Z	O	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	10,152	40,6	13	59
G77Z	M	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	2,303	18,1		34
MDC 08 Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe						
I02A	O	Großfl. Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit komplizierender Konstellation, Eingriff an mehreren Lokalisationen oder mit schwerem Weichteilschaden, mit äußerst schweren CC und komplexer OR-Prozedur	11,675	50,6	16	69
I02B	O	Großfl. Gewebe- / Hauttransplantation, auß. an d. Hand, m. kompliz. Konst., Eingr. an mehr. Lokal. od. schw. Weichteilschaden, m. äuß. schwer. CC od. kompl. OR-Proz. oder mit hochkompl. Gewebetransplantation oder bei bösart. Neub. und kompl. OR-Prozedur	9,120	41,6	13	60
I02C	O	Großfl. Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit kompliz. Konst., Eingriff an mehreren Lokalisationen oder schw. Weichteilschaden, ohne äuß. schw. CC, ohne komplexe OR-Prozedur od. mit komplexer plast. Rekonstruktion od. kompl. OR-Prozedur	5,367	29,9	9	48
I02D	O	Kleinflächige oder großflächige Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit äußerst schweren CC	4,271	26,9	8	45
I07Z	O	Amputation bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	2,697	18,2	5	35
I14Z	O	Revision eines Amputationsstumpfes	1,492	11,7	3	26
I20A	O	Eingriffe am Fuß mit mehreren hochkomplexen Eingriffen oder Teilwechsel Endoprothese des unteren Sprunggelenks, mit hochkomplexem Eingriff und komplexer Diagnose oder bestimmter Arthrodese	2,513	12,3	3	25
I20B	O	Eingriffe am Fuß mit mehreren komplexen Eingriffen oder hochkomplexem Eingriff oder Teilwechsel Endoprothese d. unteren Sprunggelenks oder bei Zerebralparese oder mit	1,817	9,1	2	19

		komplexem Eingriff und komplexer Diagnose oder mit Eingriff an Sehnen des Rückfußes				
I20C	O	Eingriffe am Fuß ohne mehrere komplexe Eingriffe, ohne hochkomplexen Eingriff, mit bestimmten komplizierenden Faktoren	1,261	7,3	1	16
I20E	O	Eingriffe am Fuß ohne komplexen Eingriff, mit Eingriff an mehr als einem Strahl oder chronischer Polyarthritis oder Diabetes mellitus mit Komplikation	0,966	4,2	1	9

DRGs der Versorgung chronischer Wunden

DRG	Partition	Bezeichnung	RG	Mittlere VWD	Untere GVWD	Obere GVWD
I22A	O	Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit großfläch. Gewebetransplantation, mit komplizierender Konstellation, Eingriff an mehreren Lokalisationen, schwerem Weichteilschaden oder komplexer Gewebetransplantation mit schweren CC	3,918	21,2	6	39
I22B	O	Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit kleinflächiger Gewebetransplantation od. mit großflächiger Gewebetransplantation ohne kompliz. Konst., oh. Eingr. an mehreren Lokal., oh. schw. Weichteilschaden, oh. kompl. Gewebetranspl. m. schw. CC	3,162	20,2	6	37
I28A	O	Komplexe Eingriffe am Bindegewebe	2,152 ↑	6,7	1	15
I28B	O	Mäßig komplexe Eingriffe am Bindegewebe, mehr als ein Belegungstag	1,434	9,4	2	21
I28C	O	Andere Eingriffe am Bindegewebe oder ein Belegungstag	0,844	4,4	1	11
I50Z	O	Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, ohne schweren Weichteilschaden, ohne äußerst schwere oder schwere CC	2,051	12,7	3	27
I64A	M	Osteomyelitis, Alter < 16 Jahre	1,747 ↓	13,0	3	27
I64B	M	Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren oder schweren CC	1,465	12,4	3	26
I64C	M	Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,753	6,4	1	15
I66A	M	Andere Erkrankungen des Bindegewebes oder Frakturen an Becken und Schenkelhals, mehr als ein Belegungstag, mit komplizierender Konstellation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / 368 Aufwandspunkte	3,474 ↑	19,3	5	35
I66B	M	Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte	2,181	15,5	4	31
I66H	M	Andere Erkrankungen des Bindegewebes oder Frakturen an Becken und Schenkelhals, ein Belegungstag	0,226	1,0		

I76A	M	Andere Erkrankungen des Bindegewebes mit komplizierender Diagnose oder äußerst schweren CC oder septische Arthritis mit äußerst schweren CC oder Alter < 16 Jahre	0,983	7,4	1	18
I76B	M	Andere Erkrankungen des Bindegewebes ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder septische Arthritis ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre	0,631	4,7	1	11
I98Z	O	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	6,140	35,0	11	53

DRGs der Versorgung chronischer Wunden

DRG	Partition	Bezeichnung	RG	Mittlere VWD	Untere GVWD	Obere GVWD
MDC 09 Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma						
J01Z	O	Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomosierung bei bösartiger Neubildung an Haut, Unterhaut und Mamma	4,036	10,0	2	17
J02A	O	Hauttransplantation oder Lappenplastik an der unteren Extr. bei Ulkus od. Infektion / Entzündung od. ausgedehnte Lymphad. od. Gewebetranspl. mit mikrovask. Anastomos., mit äuß. schw. CC bei Para- / Tetraplegie od. mit kompl. Eingr.	4,968	24,6	7	43
J02B	O	Hauttranspl. od. Lappenpl. an d. unt. Extr. b. Ulkus/Infekt./Entz. od. ausged. Lymphad. od. Gewebetranspl. m. mikrovask. Anastomos., m. äuß. schw. CC auß. b. Para- / Tetrapl., oh. kompl. Eingr. od. oh. äuß. schw. CC, m. kompl. Eingr.	3,470	21,0	6	39
J02C	O	Hauttransplantation oder Lappenplastik an der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion / Entzündung oder ausgedehnte Lymphadenektomie, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff	2,063	15,2	4	30
J03Z	O	Eingriffe an der Haut der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion / Entzündung	1,218	9,9	2	20
J04Z	O	Eingriffe an der Haut der unteren Extremität außer bei Ulkus oder Infektion / Entzündung	0,718	4,2	1	11
J08A	O	Andere Hauttransplantation oder Debridement mit kompl. Diagnose oder mit Eingr. an Kopf u. Hals od. äußerst schw. CC, mit kompl. Proz. od. Eingr. an d. Haut der unt. Extremität b. Ulkus od. Infekt. / Entzünd. b. Para- / Tetrapl., mit äußerst schw. CC	2,358	10,9	3	24
J08B	O	Andere Hauttransplantation oder Debridement ohne komplexe Prozedur, mit bestimmtem Eingriff an Haut, Unterhaut und Mamma, mit äußerst schweren CC	2,701	18,3	5	35
J08C	O	Andere Hauttransplantation oder Debridement ohne komplexe Prozedur, mit komplexer Diagnose oder mit Eingriff an Kopf und Hals, ohne bestimmten Eingriff an Haut, Unterhaut und Mamma oder ohne äußerst schwere CC	1,440	8,4	2	19
J09A	O	Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal, Alter < 16 Jahre	0,716	3,4	1	8
J09B	O	Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal, Alter > 15 Jahre	0,583	2,9	1	6

J10A	O	Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma bei bösartiger Neubildung	0,776	4,2	1	9
J10B	O	Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma außer bei bösartiger Neubildung	0,763	3,4	1	8
J11A	O	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma mit bestimmtem Eingriff bei komplizierender Diagnose oder bei Para- / Tetraplegie oder selektive Embolisation bei Hämangiom	1,408	11,7	3	24
J11B	O	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma ohne bestimmten Eingriff bei komplizierender Diagnose, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne selektive Embolisation bei Hämangiom, mit mäßig komplexer Prozedur oder komplexer Diagnose	0,891	5,0	1	12
J11C	O	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma ohne komplizierende Diagnose, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne selektive Embolisation bei Hämangiom, ohne mäßig komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose, mit bestimmtem Eingriff	0,635	3,5	1	8

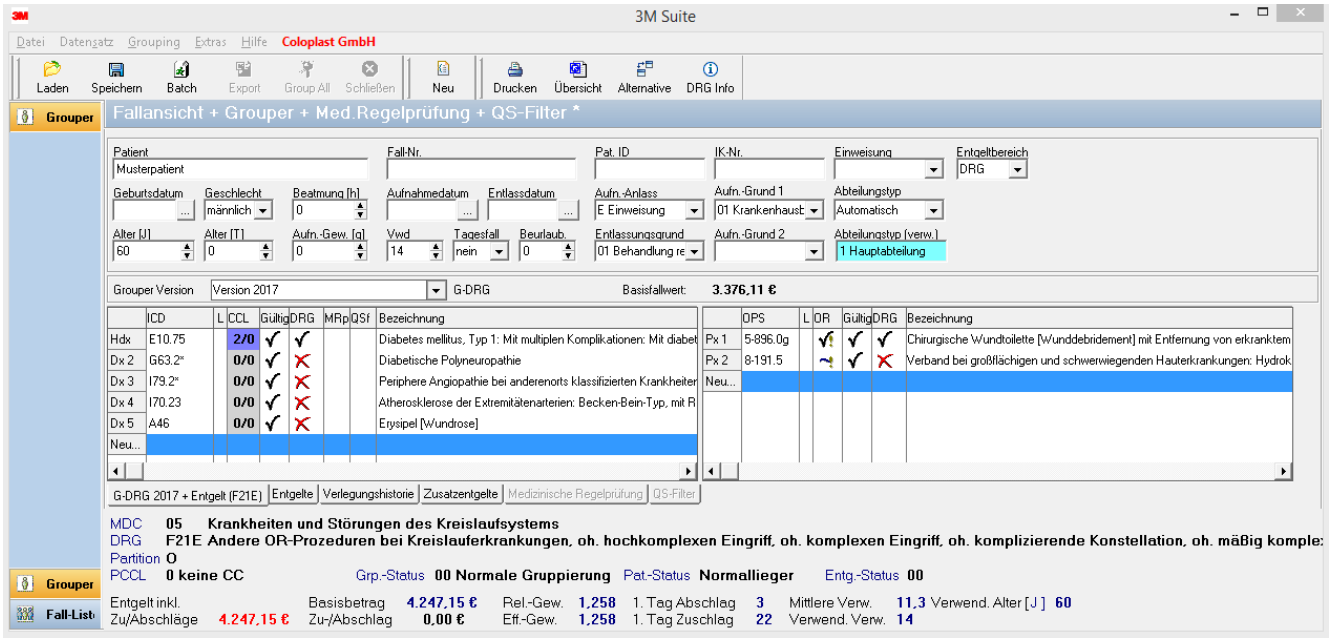
DRGs der Versorgung chronischer Wunden

DRG	Partition	Bezeichnung	RG	Mittlere VWD	Untere GVWD	Obere GVWD
J21Z	O	Andere Hauttransplantation oder Debridement mit Lymphknotenexzision oder schweren CC	1,315	7,8	2	19
J22Z	O	Andere Hauttransplantation oder Debridement ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder mit Weichteildeckung oder Mehrfachtumoren der Haut oder Erysipel	0,841	5,2	1	12
J61A	M	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter > 17 Jahre oder mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC oder Hautulkus bei Para- / Tetraplegie oder hochkomplexe Diagnose oder Epidermolysis bullosa, Alter < 10 Jahre	1,582	12,0	3	24
J61B	M	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter > 17 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne hochkomplexe Diagnose	1,079	9,6	2	18
J61C	M	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter < 18 Jahre, ohne hochkomplexe Diagnose oder mäßig schwere Hauterkrankungen, mehr als ein Belegungstag	0,705	6,1		13
J64A	M	Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut oder Hautulkus mit äußerst schweren CC	1,642	13,7	4	27
J64B	M	Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut oder Hautulkus ohne äußerst schwere CC	0,617	5,8	1	13

MDC 10 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten						
K25Z	O	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern mit bestimmter OR-Prozedur bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	3,495	26,6		45
K60A	M	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter < 6 Jahre, mit multimodaler Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte	2,294 ↑	12,1	3	21
K60B	M	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter > 5 Jahre und Alter < 18 Jahre und multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte	1,623	9,7		16
K60C	M	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter > 17 Jahre oder ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus oder schwerste Ernährungsstörungen oder äußerst schwere CC, mehr als ein Belegungstag	1,705	12,9	3	26
K60D	M	Diabetes mellitus ohne äußerst schwere CC, Alter < 11 Jahre oder Alter < 16 Jahre mit schweren CC oder multiplen Komplikationen oder Ketoazidose oder Koma, ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus	0,684	4,9	1	12
K60E	M	Diabetes mellitus mit schweren CC oder mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, mehr als ein Belegungstag	1,011	9,4	2	18
K77Z	M	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	2,554	20,2		32

Beispiel:

Ein Patient mit entgleistem Diabetes mellitus Typ 1 wird zur Behandlung eines Diabetischen Fußsyndroms (DFS) mit gemischtem Ulkus der Zehe (bei Angiopathie und Neuropathie) und Erysipel am Unterschenkel aufgenommen.



Beispielhafte Darstellung der Kosteninformationen für die DRG F21C (in diesem Fall DFS + Wunddebridement):

	1	2	3	4a	4b	5	6a	6b	7	8	Summe
	Ärztl.Dienst	Pflegedienst	med./techn. Die	Arzneimittel	Arzneimittel	Implant./Transp	Übriger Bedarf	Übriger Bedarf	med. Infrastr.	nicht-med.Infras	
Normalstation	538,00 €	910,00 €	43,00 €	93,00 €	15,00 €		90,00 €	17,00 €	254,00 €	881,00 €	2.846,00 €
Intensivstation	14,00 €	29,00 €		3,00 €	1,00 €		4,00 €		5,00 €	15,00 €	75,00 €
Dialyseabteilung											
OP-Bereich	52,00 €		43,00 €	1,00 €		2,00 €	22,00 €	15,00 €	22,00 €	33,00 €	194,00 €
Anästhesie	39,00 €		25,00 €	2,00 €			7,00 €		4,00 €	9,00 €	89,00 €
Kreißsaal											
Kardiologische Diagnostik	3,00 €		2,00 €				1,00 €	2,00 €		2,00 €	13,00 €
Endoskopische Diagnostik/The	5,00 €		5,00 €				2,00 €		2,00 €	3,00 €	19,00 €
Radiologie	26,00 €		28,00 €				6,00 €	26,00 €	10,00 €	20,00 €	120,00 €
Laboratorien	19,00 €		66,00 €	1,00 €	11,00 €		51,00 €	27,00 €	8,00 €	31,00 €	217,00 €
Übrige diagnostische u. therape	60,00 €	1,00 €	112,00 €	2,00 €			14,00 €	4,00 €	18,00 €	71,00 €	286,00 €
Basiskostenstelle											

Quelle: BMG/InEK GmbH

IV UROLOGIE- UND INKONTINENZVERSORGUNG

A. Relevante ICD-Kodes in der Urologie- und Inkontinenzversorgung

1. Verletzung des Rückenmarks (mit traumatischer Paraplegie und Tetraplegie)

a. Die akute Phase – unmittelbar posttraumatisch

Unter der akuten Phase einer Rückenmarksverletzung versteht man den Behandlungszeitraum unmittelbar nach dem Trauma. Sie kann mehrere Krankenhausaufenthalte umfassen.

Wenn ein Patient mit einer Verletzung des Rückenmarks aufgenommen wird (z. B. mit Kompression des Rückenmarks, Kontusion, Riss, Querschnitt oder Quetschung), sind folgende Details zu kodieren:

1. Die Art der Läsion des Rückenmarks ist als erster Kode anzugeben (komplette oder inkomplette Querschnittlähmung).

S14.11	Komplette Querschnittverletzung des zervikalen Rückenmarks
S14.12	Zentrale Halsmarkverletzung (inkomplette Querschnittverletzung)
S14.13	Sonstige inkomplette Querschnittverletzungen des zervikalen Rückenmarks
S24.11	Komplette Querschnittverletzung des thorakalen Rückenmarks
S24.12	Inkomplette Querschnittverletzung des thorakalen Rückenmarks
S34.10	Komplette Querschnittverletzung des lumbalen Rückenmarks
S34.11	Inkomplette Querschnittverletzung des lumbalen Rückenmarks
S34.18	Sonstige Verletzung des lumbalen Rückenmarkes

2. Die funktionale Höhe (Ebene) der zervikalen, thorakalen oder lumbalen Rückenmarksläsion ist wie folgt zu verschlüsseln:

S14.70!	Höhe n. n. bez. Halsmark o.n.A.	S24.70!	Höhe n. n. bez. Brustmark o.n.A.	S34.70!	Höhe n. n. bez. Lumbalmark o.n.A.
S14.71!	C1	S24.71!	T1	S34.71!	L1
S14.72!	C2	S24.72!	T2/T3	S34.72!	L2
S14.73!	C3	S24.73!	T4/T5	S34.73!	L3
S14.74!	C4	S24.74!	T6/T7	S34.74!	L4
S14.75!	C5	S24.75!	T8/T9	S34.75!	L5
S14.76!	C6	S24.76!	T10/T11	S34.76!	S1
S14.77!	C7	S24.77!	T12	S34.77!	S2-S5
S14.78!	C8				

Unter der funktionalen Höhe einer Rückenmarksverletzung wird das unterste intakte Rückenmarkssegment verstanden. So bedeutet z. B. „komplette C4-Läsion des Rückenmarks“, dass die Funktionen des 4. und der höheren Zervikalnerven intakt sind und dass unterhalb C4 keine Funktion mehr vorhanden ist.

Patienten mit Rückenmarksverletzungen haben mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Wirbelfraktur oder –luxation erlitten; demnach sind auch folgende Angaben zu kodieren:

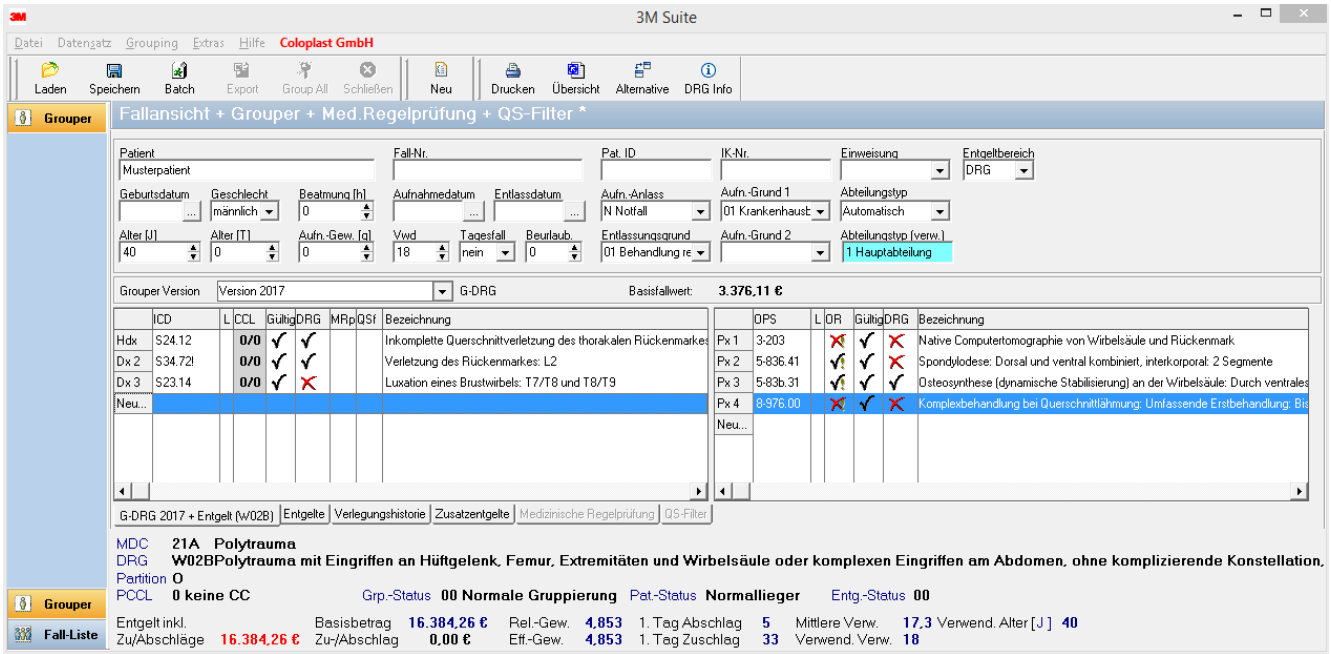
3. Die Bruchstelle, wenn eine Fraktur der Wirbel vorliegt.
4. Der Ort der Luxation, wenn eine Luxation vorliegt.
5. Schweregrad des Weichteilschadens der Fraktur/Luxation.

Kodierbeispiel
Ein Patient wird mit einer schweren Rückenmarksverletzung aufgenommen. Ein CT bestätigt eine Luxation des T7/8 Wirbels mit Verletzung des Rückenmarks auf derselben Höhe. Neurologisch zeigt sich ein inkompletter Querschnitt unterhalb T8. Es wird eine Spondylodese durchgeführt.

Hauptdiagnose:
S24.12: Inkomplette Querschnittverletzung des thorakalen Rückenmarkes

Nebendiagnose(n):
S34.72!: Funktionale Höhe einer Verletzung des lumbosakralen Rückenmarkes L2
S23.14: Luxation eines Brustwirbels, Höhe T7/8 und T8/9

Prozeduren:
3-203: Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark
5-836.41: Spondylodese, dorsal und ventral kombiniert, interkorporal, 2 Segmente
5-83b.31: Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch ventrales Schrauben-Platten-System: 2 Segmente
8-976.00 Komplexbehandlung bei Querschnittlähmung, umfassende Erstbehandlung, bis 99 Behandlungstage



b. Die chronische Phase - Die Folgen der Rückenmarksverletzung

Von der chronischen Phase einer Paraplegie/Tetraplegie spricht man, wenn die Behandlung der akuten Erkrankung (z. B. einer akuten Rückenmarksverletzung), die die Lähmungen verursachte, abgeschlossen ist.
Kommt ein Patient in dieser chronischen Phase zur Behandlung der Paraplegie/Tetraplegie, ist ein Kode der Kategorie *„G82.– Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie“*, fünfte Stelle „.2“ oder „.3“ als Hauptdiagnose anzugeben.

Wird ein Patient dagegen zur Behandlung einer anderen Erkrankung wie z.B. Harnwegsinfektion, Fraktur des Femur etc. aufgenommen, ist die zu behandelnde Erkrankung gefolgt von einem Kode der Kategorie *„G82.– Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie“*, fünfte Stelle „.2“ oder „.3“ anzugeben sowie andere vorliegende Erkrankungen.

Die Reihenfolge dieser Diagnosen muss sich an der Definition der Hauptdiagnose orientieren.

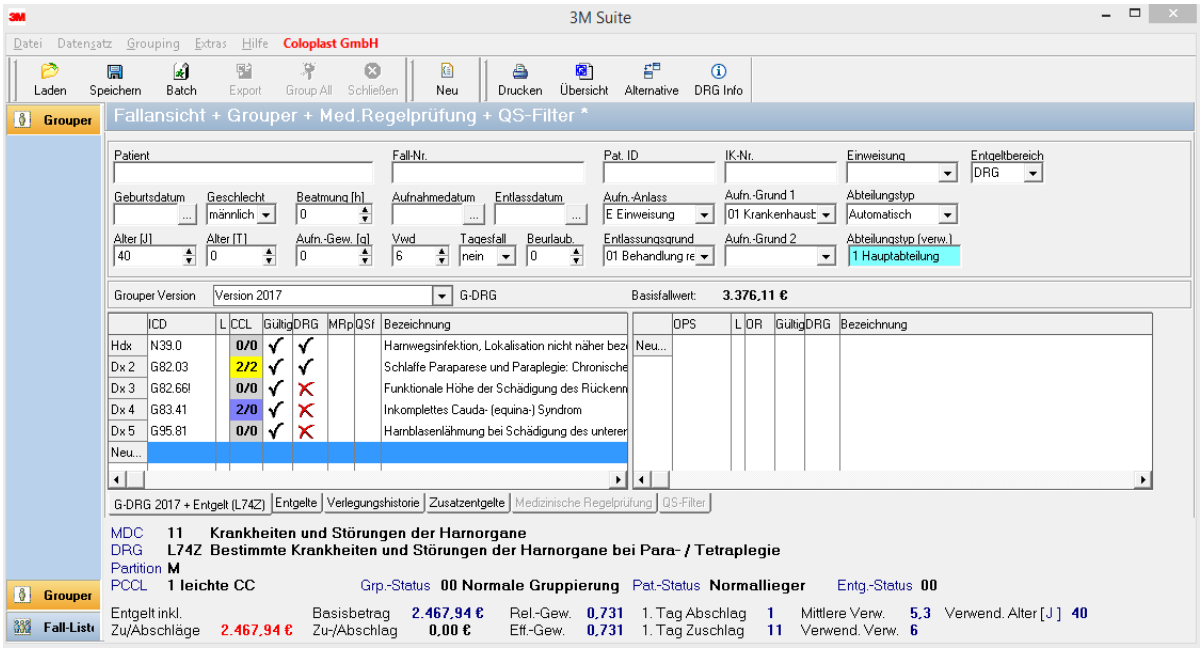
Für die funktionale Höhe der Rückenmarksschädigung ist zusätzlich der passende Kode aus *„G82.6-! Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarks“* anzugeben.

Die Kodes für die Verletzung des Rückenmarks sind nicht anzugeben, da diese nur in der akuten Phase zu verwenden sind.

Kodierbeispiel
Ein Patient wird zur Behandlung einer Infektion des Harntraktes aufgenommen. Zusätzlich bestehen eine inkomplette schlaffe Paraplegie auf Höhe von L2, ein inkomplettes Cauda-(equina-) Syndrom und eine neurogene Blasenentleerungsstörung

Hauptdiagnose:
N39.0 Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet

Nebendiagnose(n):
G82.03 Schlaffe Paraparese und Paraplegie, chronische inkomplette Querschnittslähmung
G82.66! Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarks, L2-S1
G83.41 Inkomplettes Cauda- (equina-) Syndrom
G95.81 Harnblasenlähmung bei Schädigung des unteren motorischen Neurons [LMNL]



Hemiparese und Hemiplegie

G81.-	**Hemiparese und Hemiplegie** *Hinw.:* Diese Kategorie ist nur dann zur primären Verschlüsselung zu benutzen, - wenn eine Hemiparese oder Hemiplegie nicht näher bezeichnet ist oder - wenn sie alt ist oder länger besteht und die Ursache nicht näher bezeichnet ist. Diese Kategorie dient auch zur multiplen Verschlüsselung, um diese durch eine beliebige Ursache hervorgerufenen Arten der Hemiparese oder Hemiplegie zu kennzeichnen. *Exkl.:* Angeborene und infantile Zerebralparese (G80.-)
G81.0	Schlaffe Hemiparese und Hemiplegie
G81.1	Spastische Hemiparese und Hemiplegie
G81.9	Hemiparese und Hemiplegie, nicht näher bezeichnet

Parese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie

G82.-	**Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie** ***Hinw.:*** Diese Kategorie dient zur Verschlüsselung von Paresen und Plegien bei Querschnittlähmungen oder Hirnerkrankungen, wenn andere Schlüsselnummern nicht zur Verfügung stehen. Diese Kategorie dient auch zur multiplen Verschlüsselung, um diese durch eine beliebige Ursache hervorgerufenen Krankheitszustände zu kennzeichnen. Für den Gebrauch dieser Kategorie in der stationären Versorgung sind die Deutschen Kodierrichtlinien heranzuziehen. Soll die funktionale Höhe einer Schädigung des Rückenmarkes angegeben werden, ist eine zusätzliche Schlüsselnummer aus G82.6-! zu verwenden. Besteht eine (langzeitige) Beatmungspflicht, so ist Z99.1 als zusätzliche Schlüsselnummer zu benutzen. ***Inkl.:*** Paraplegie | Quadriplegie | chronisch Tetraplegie | ***Exkl.:*** Akute traumatische Querschnittlähmung (S14.-, S24.-, S34.-) Angeborene und infantile Zerebralparese (G80.-)

	Die folgenden fünften Stellen sind bei den Subkategorien G82.0-G82.5 zu verwenden: 0 Akute komplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese 1 Akute inkomplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese 2 Chronische komplette Querschnittlähmung Komplette Querschnittlähmung o.n.A. 3 Chronische inkomplette Querschnittlähmung Inkomplette Querschnittlähmung o.n.A. 9 Nicht näher bezeichnet Zerebrale Ursache
G82.0-	Schlaffe Paraparese und Paraplegie
G82.1-	Spastische Paraparese und Paraplegie
G82.2-	Paraparese und Paraplegie, nicht näher bezeichnet Lähmung beider unterer Extremitäten o.n.A. Paraplegie (untere) o.n.A.
G82.3-	Schlaffe Tetraparese und Tetraplegie
G82.4-	Spastische Tetraparese und Tetraplegie
G82.5-	Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet Quadriplegie o.n.A.

G82.6-!	Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes ***Hinw.:*** Diese Subkategorie dient zur Verschlüsselung der funktionalen Höhe einer Rückenmarksschädigung. Unter der funktionalen Höhe einer Rückenmarksschädigung wird das unterste motorisch intakte Rückenmarkssegment verstanden. So bedeutet z.B. "komplette C4-Läsion des Rückenmarkes", dass die motorischen Funktionen des 4. und der höheren Zervikalnerven erhalten sind und dass unterhalb C4 keine oder funktionell unbedeutende motorische Funktionen vorhanden sind.
G82.60!	C1-C3
G82.61!	C4-C5
G82.62!	C6-C8
G82.63!	T1-T6
G82.64!	Th7-Th10
G82.65!	Th11-L1
G82.66!	L2-S1
G82.67!	S2-S5
G82.69!	Nicht näher bezeichnet

Kodierhinweis: ICD-Kodes, die mit ! oder * gekennzeichnet sind, dürfen nie alleine verwendet werden. Die Kodierung ist nur in Kombination mit einem Primär-Kode (= ICD-Kode, der mit † (Ätiologie) markiert ist oder keinerlei Kennzeichen hat) zulässig.

Sonstige Lähmungssyndrome

G83.-	Sonstige Lähmungssyndrome Hinw.: Diese Kategorie ist nur dann zur primären Verschlüsselung zu benutzen, - wenn die aufgeführten Krankheitszustände nicht näher bezeichnet sind oder - wenn sie alt sind oder länger bestehen und die Ursache nicht näher bezeichnet ist. Diese Kategorie dient auch zur multiplen Verschlüsselung, um diese durch eine beliebige Ursache hervorgerufenen Krankheitszustände zu kennzeichnen. Inkl.: Lähmung (komplett) (inkomplett), ausgenommen wie unter G80-G82 aufgeführt
G83.0	Diparese und Diplegie der oberen Extremitäten Diplegie (obere), Lähmung beider oberen Extremitäten

G83.1	Monoparese und Monoplegie einer unteren Extremität Lähmung eines Beines
G83.2	Monoparese und Monoplegie einer oberen Extremität Lähmung eines Armes
G83.3	Monoparese und Monoplegie, nicht näher bezeichnet
G83.4	Cauda- (equina-) Syndrom Soll das Vorliegen einer neurogenen Blasenfunktionsstörung angegeben werden, ist eine zusätzliche Schlüsselnummer aus G95.8- zu verwenden.
G83.40	Komplettes Cauda- (equina-) Syndrom
G83.41	Inkomplettes Cauda- (equina-) Syndrom
G83.49	Cauda- (equina-) Syndrom, nicht näher bezeichnet

Sonstige Erkrankungen des Rückenmarks

G95.8-	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Rückenmarks Myelopathie durch: Arzneimittel, Strahlenwirkung, Rückenmarkblase o.n.A. ***Exkl.:*** Neuromuskoläre Dysfunktion des Harnblase ohne Angaben einer Rückenmarksläsion (N31.-)
G95.80	Harnblasenlähmung bei Schädigung des oberen motorischen Neurons [UMNL] - Spinal bedingte Reflexblase, - Spastische Blase
G95.81	Harnblasenlähmung bei Schädigung des unteren motorischen Neurons [LMNL] - Areflexie der Harnblase, - Schlaffe Blase
G95.82	Harnblasenfunktionsstörung durch spinalen Schock
G95.83	Spinale Spastik der quergestreiften Muskulatur
G95.84	Destrusor-Sphinkter-Dyssynergie bei Schädigung des Rückenmarkes
G95.85	Deafferentierungsschmerz bei Schädigung des Rückenmarks
G95.88	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Rückenmarks
G95.9	Krankheit des Rückenmarkes, nicht näher bezeichnet Myelopathie o.n.A.

Funktionseinschränkung bei Querschnittlähmung

U50.-	**Motorische Funktionseinschränkung** Hinweis: Einmalige Kodierung der motorischen Funktionseinschränkung innerhalb der ersten fünf stationären Behandlungstage; bei veränderten Werten innerhalb dieser Zeit ist der höchste Punktwert zu verschlüsseln. Bei geriatrischer oder frührehabilitativer Behandlung erfolgt die Kodierung analog zu Beginn dieser Behandlung. Die Kodierung erfordert den Einsatz eines der aufgeführten standardisierten Testverfahren (FIM: Functional Independence Measure®).
U50.0-	Keine oder geringe motorische Funktionseinschränkung
U50.00	Barthel-Index: 100 Punkte
U50.01	Motorischer FIM: 85-91 Punkte
U50.1-	Leichte motorische Funktionseinschränkung
U50.10	Barthel-Index: 80-95 Punkte
U50.11	Motorischer FIM: 69-84 Punkte
U50.2-	Mittlere motorische Funktionseinschränkung
U50.20	Barthel-Index: 60-75 Punkte
U50.21	Motorischer FIM: 59-68 Punkte
U50.3-	Mittelschwere motorische Funktionseinschränkung
U50.30	Barthel-Index: 40-55 Punkte
U50.31	Motorischer FIM: 43-58 Punkte
U50.4-	Schwere motorische Funktionseinschränkung

U50.40	Barthel-Index: 20-35 Punkte
U50.41	Motorischer FIM: 31-42 Punkte
U50.5-	Sehr schwere motorische Funktionseinschränkung
U50.50	Barthel-Index: 0-15 Punkte
U50.51	Motorischer FIM: 13-30 Punkte

Kodierhinweis: Die Kodierung erfolgt anhand der standardisierten Testverfahren „Motorischer FIM“ (FIM: Functional Independence Measure®) oder „Barthel-Index“. Der FIM ist ein Instrument zur Einschätzung der funktionalen Selbständigkeit bei Patienten mit Funktionseinschränkungen und wird als Klassifikationssystem für alle Indikationsgebiete in der medizinischen Rehabilitation angewendet. Die funktionellen Einschränkungen der Patienten werden anhand von 18 Merkmalen gemessen (z. B. Stuhlinkontinenz, Harninkontinenz, Körperpflege, Essen und Trinken etc.).

Der Barthel-Index ist ein Verfahren zur systematischen Erfassung (Assessment) grundlegender Alltagsfunktionen. Dabei werden vom Arzt oder vom Pflegepersonal 10 unterschiedliche Tätigkeitsbereiche (Essen, Aufsetzen & Umsetzen, Sich waschen, Toilettenbenutzung, Baden/Duschen, Aufstehen&Gehen, Treppensteigen, An- und Auskleiden, Stuhlkontinenz und Harninkontinenz) mit Punkten bewertet.

2. Neurogene Blasenfunktionsstörungen

N31.-	**Neuromuskuläre Dysfunktion der Harnblase, anderenorts nicht klassifiziert** ***Exkl.:*** Durch Rückenmarkschädigung (G95.8-) Enuresis: - nichtorganisch (F98.0), - o.n.A. (R32) Harninkontinenz: - näher bezeichnet (N39.3-, N39.4-), - o.n.A. (R32) Rückenmarkblase o.n.A.(G95.80)
N31.0	Ungehemmte neurogene Blasenentleerung, anderenorts nicht klassifiziert Zerebral bedingte Instabilitäten des Detrusors Zerebral enthemmte Harnblase
N31.1	Neurogene Reflexblase, anderenorts nicht klassifiziert Harnblasenfunktionsstörung mit Detrusorinstabilität bei autonomer Neuropathie
N31.2	Schlaffe neurogene Harnblase, anderenorts nicht klassifiziert Neurogene Harnblase: - atonisch (motorisch) (sensorisch) - autonom - bei autonomer Neuropathie - bei Frontalhirnsyndrom - nach operativer Deafferenzierung - nichtreflektorisch
N31.8-	Sonstige neuromuskuläre Dysfunktion der Harnblase
N31.80	Neuromuskuläre Low-compliance-Blase, organisch fixiert
N31.81	Hypo- und Akontraktilität des Blasenmuskels ohne neurologisches Substrat Lazy bladder
N31.82	Instabile Blase ohne neurologisches Substrat Urgency
N31.88	Sonstige neuromuskuläre Dysfunktion der Harnblase
N31.9	Neuromuskuläre Dysfunktion der Harnblase, nicht näher bezeichnet Neurogene Dysfunktion der Harnblase o.n.A.

3. Versorgung künstlicher Körperöffnungen des Harntraktes / Sonstige

Z43.5	Versorgung eines Zystostomas
Z43.6	Versorgung sonstiger künstlicher Körperöffnungen des Harntraktes Nephrostoma, Ureterostoma, Urethrostoma
Z93.5	Vorhandensein eines Zystostomas
Z93.6	Vorhandensein anderer künstlicher Körperöffnungen der Harnwege Nephrostoma, Ureterostoma, Urethrostoma
N99.5	Funktionsstörung eines äußeren Stomas des Harntraktes
G35.1-	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf

4. Inkontinenzformen und sonstige Krankheiten des Harnsystems

Die Kodierung der Inkontinenz umfasst die Harn- und Stuhlinkontinenz.

N32.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Harnblase Harnblase: · kalzifiziert, · kontrahiert, · **überaktiv**
N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet Soll der Infektionserreger angegeben werden, ist eine zusätzliche Schlüsselnummer (B95-B98) zu benutzen
N39.3	Belastungsinkontinenz [Stressinkontinenz] Soll eine damit verbundene hyperaktive Blase [overactive bladder] oder Detrusorüberaktivität angegeben werden, ist eine zusätzliche Schlüsselnummer (N32.8) zu benutzen. Soll nach einer durchgeführten Harninkontinenzoperation das erneute Auftreten der ursprünglich diagnostizierten Inkontinenz (Rezidivinkontinenz) angegeben werden, ist eine zusätzliche Schlüsselnummer (N39.47!) zu benutzen.
N39.4-	Sonstige näher bezeichnete Harninkontinenz Soll eine damit verbundene hyperaktive Blase [overactive bladder] oder Detrusorüberaktivität angegeben werden, ist eine zusätzliche Schlüsselnummer (N32.8) zu benutzen. Soll nach einer durchgeführten Harninkontinenzoperation das erneute Auftreten der ursprünglich diagnostizierten Inkontinenz (Rezidivinkontinenz) angegeben werden, ist eine zusätzliche Schlüsselnummer (N39.47!) zu benutzen. ***Exkl.:*** Enuresis o.n.A. (R32) Harninkontinenz: - nichtorganischer Ursprung (F98.0); - o.n.A. (R32)
N39.40	Reflexinkontinenz
N39.41	Überlaufinkontinenz
N39.42	Dranginkontinenz
N39.43	Extraurethrale Harninkontinenz - Urinverlust aus anderen Öffnungen als der Urethra
N39.47!	Rezidivinkontinenz
N39.48	Sonstige näher bezeichnete Harninkontinenz

Kodierempfehlung:
Die ICD-Schlüsselnummer N39.0 definiert den Harnwegsinfekt. Eines der folgenden medizinischen Kriterien rechtfertigt die Kodierung:

- Signifikante Leukozyturie (mehr als 8 Leukos pro GF im zentrifugierten Sediment plus signifikanter Keimzahl (mind. 100.000 Keime/ml) und Therapie
- Asymptomatische Bakteriurie bei Kindern/Schwangeren mit Antibiose nach Antibiogramm und bei urologischer Ursachenabklärung mit spezifischer Diagnose und Therapie
- Typische, dokumentierte und nachvollziehbare Klinik und Therapie

R15	**Stuhlinkontinenz** ***Inkl.:*** Enkopresis o.n.A. ***Exkl.:*** Nichtorganische Enkopresis (F98.1)
R32	**Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz** ***Inkl.:*** Enuresis o.n.A. ***Exkl.:*** Nichtorganische Enuresis (F98.0) Stressinkontinenz und sonstige näher bezeichnete Harninkontinenz (N39.3-N39.4)
R33	**Harnverhaltung**

B. OPS-Leistungen in der Urologie- und Inkontinenzversorgung

Beachten Sie die Unterteilung des Kodes für die urodynamische Untersuchung nach der Art des durchgeführten Verfahrens. Für die Kodierung der diagnostischen Maßnahmen an Harnorganen stehen die folgende Prozedurenkodes zur Verfügung:

1-33	**Untersuchung des Harntraktes**
1-334	**Urodynamische Untersuchung** ***Exkl.:*** Uroflowmetrie
1-334.0	**Urodynamische Untersuchung mit gleichzeitiger Anwendung elektrophysiologischer Methoden**
1-334.1	**Blasendruckmessung** **Inkl.: Langzeitdruckmessung**
1-334.2	**Video-Urodynamik**
1-334.x	**Sonstige**
1-334.y	**N.n.bez.**
1-335	**Messung des Urethradruckprofils**
1-336	**Harnröhrenkalibierung**

OPS-Leistungen in der Urologie- und Inkontinenzversorgung

Für die Kodierung der Operationen an Harnorganen stehen folgende Prozedurenkodes zur Verfügung (5-55...5-59):

5-55	**Operationen an der Niere** ***Exkl.***: Operationen an den Nierengefäßen (5-38 ff., 5-39ff.) (Perkutan-)transluminale Gefäßinterventionen (8-836 ff.) Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie von Harnsteinen (8-110 ff.) Therapeutische perkutane Punktion der Niere (8-155.0) und des Nierenbeckens (8-155.1)
5-550	**Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung** ***Exkl.:*** Perkutan-transrenale (antegrad-ureteroskopische) Steinentfernung aus dem Ureter (5-562.6); Diagnostische Ureterorenoskopie (1-665) ***Hinw.:*** Perkutan-transrenale Operationen entsprechen den antegrad-nephroskopischen Operationen
5-550.0↔	Nephrotomie
5-550.1↔	Nephrostomie ***Exkl.***: Wechsel eines Nephrostomiekatheters (8-138.0)
5-550.2↔	Entfernung eines Steines .20↔ Perkutan-transrenal .21↔ Ureterorenoskopisch .2x↔ Sonstige
5-550.3↔	Entfernung eines Steines mit Desintegration (Lithotripsie) .30↔ Perkutan-transrenal .31↔ Ureterorenoskopisch .3x↔ Sonstige
5-550.4↔	Erweiterung des pyeloureteralen Überganges ***Inkl.***: Erweiterung des Ureters
5-550.5↔	Punktion einer Zyste ***Exkl.***: Therapeutische perkutane Punktion der Niere (8-155.0)
5-550.6↔	Operative Dilatation eines Nephrostomiekanals mit Einlegen eines dicklumigen Nephrostomiekatheters Hinw.: Ein dicklumiger Nephrostomiekatheter hat eine Dicke von mindestens 10 Charrière

5-550.x↔	Sonstige
5-550.y	N.n.bez.

OPS-Leistungen in der Urologie- und Inkontinenzversorgung

5-551	**Offen chirurgische Nephrotomie, Nephrostomie, Pyelotomie und Pyelostomie** ***Inkl.:*** Steinentfernung, Steinentfernung mit Desintegration (Lithotripsie)
5-551.0↔	Nephrotomie
5-551.1↔	Nephrostomie ***Exkl.:*** Wechsel eines Nephrostomiekatheters (8-138.0)
5-551.2↔	Pyelotomie
5-551.3↔	Pyelostomie
5-551.4↔	Pyelokalikotomie
5-551.5↔	Nephropyelokalikotomie
5-551.6↔	Punktion einer Zyste
5-551.x↔	Sonstige
5-551.y	N.n.bez.
5-553	**Partielle Resektion der Niere** ***Exkl.:*** Extrakorporale Resektion mit Autotransplantation (5-555.4) ***Hinw.:*** Der Zugang ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren: 0↔ Offen chirurgisch lumbal 1↔ Offen chirurgisch abdominal 2↔ Thorakoabdominal 3↔ Laparoskopisch x↔ Sonstige
5-554	**Nephrektomie** ***Hinw.:*** Eine gleichzeitig durchgeführte radikale paraaortale Lymphadenektomie ist gesondert zu kodieren (5-590.6)
5-554.4	Nephrektomie, radikal ***Inkl.:*** *Regionale Lymphadenektomie* ***Hinw.:*** *Die Adrenalektomie der gleichen Seite ist im Kode enthalten.*
5-554.5	Nephrektomie, radikal, mit Ureterektomie ***Inkl.:*** *Regionale Lymphadenektomie* ***Hinw.:*** *Die Resektion einer Blasenwandmanschette ist gesondert zu kodieren (5-575 ff.) Die Adrenalektomie der gleichen Seite ist im Kode enthalten* .50↔ Offen chirurgisch lumbal .51↔ Offen chirurgisch abdominal .52↔ Thorakoabdominal .53↔ Laparoskopisch .5x↔ Sonstige
5-554.6	Nephrektomie, radikal, mit endoskopischer Ureterexhairese ***Inkl.:*** *Regionale Lymphadenektomie* ***Hinw.:*** Die Adrenalektomie der gleichen Seite ist im Kode enthalten
5-555	**Nierentransplantation**

OPS-Leistungen in der Urologie- und Inkontinenzversorgung

5-56	Operationen am Ureter
5-560	**Transurethrale und perkutan-transrenale Erweiterung des Ureters** ***Inkl.***: Erweiterung des pyeloureteralen Überganges
5-560.0↔	Inzision, ureterorenoskopisch
5-560.1↔	Ballondilatation, transurethral
5-560.2↔	Bougierung, transurethral
5-560.3↔	Einlegen eines Stent, transurethral Exkl.: Transurethrales Einlegen einer Ureterschiene [Ureterkatheter] (8-137.00) .30↔ Einlegen eines permanenten Metallstents .3x↔ Einlegen eines permanenten sonstigen Stents
5-560.4↔	Inzision, perkutan-transrenal
5-560.5↔	Ballondilatation, perkutan-transrenal
5-560.6↔	Bougierung, perkutan-transrenal
5-560.7↔	Einlegen eines Stents, perkutan-transrenal ***Exkl.:*** Perkutan-transrenales Einlegen einer Ureterschiene [Ureterkatheter] (8-137.01) .70↔ Einlegen eines permanenten Metallstents .7x↔ Einlegen eines permanenten sonstigen Stents
5-560.8↔	Entfernung eines Stent, transurethral
5-560.x↔	Sonstige
5-560.y	N.n.bez.
5-561	**Inzision, Resektion und (andere) Erweiterung des Ureterostiums** ***Inkl.***: Inzision oder Resektion einer Ureterozele
5-561.0↔	Inzision, offen chirurgisch
5-561.1↔	Inzision, perkutan-transvesikal
5-561.2↔	Inzision, transurethral
5-561.3↔	Resektion, offen chirurgisch
5-561.4↔	Resektion, perkutan-transvesikal
5-561.5↔	Resektion, transurethral
5-561.6↔	Ballondilatation, transurethral
5-561.7↔	Bougierung, transurethral
5-561.8↔	Resektion, laparoskopisch
5-561.x↔	Sonstige
5-561.y	N.n.bez.

OPS-Leistungen in der Urologie- und Inkontinenzversorgung

5-562	**Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung** Inkl.: Ureterolithotomie
5-562.0↔	Ureterotomie, offen chirurgisch
5-562.1↔	Ureterotomie, laparoskopisch
5-562.2↔	Schlingenextraktion
5-562.3↔	Einlegen einer Verweilschlinge
5-562.4↔	Entfernung eines Steines, ureterorenoskopisch
5-562.5↔	Entfernung eines Steines, ureterorenoskopisch, mit Desintegration (Lithotripsie)
5-562.6↔	Entfernung eines Steines, perkutan-transrenal
5-562.7↔	Entfernung eines Steines, perkutan-transrenal, mit Desintegration (Lithotripsie)
5-562.8↔	Extraktion mit Dormia-Körbchen
5-562.9↔	Steinreposition
5-562.x↔	Sonstige
5-562.y	N.n.bez.
5-563	**Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Ureters, Ureterresektion und Ureterektomie** ***Exkl.:*** Ureterresektion bei Nephrektomie (5-554) ***Hinw.:*** Der Zugang ist für die mit ** gekennzeichneten Kodes in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren: 0↔ Offen chirurgisch lumbal 1↔ Offen chirurgisch abdominal 2↔ Laparoskopisch x↔ Sonstige
5-563.0**	Ureterresektion, partiell
5-563.1**	Ureterektomie ***Inkl.:*** Resektion einer Blasenwandmanschette
5-563.2**	Resektion eines Ureterstumpfes
5-563.3↔	Exzision von erkranktem Gewebe des Ureters, ureterorenoskopisch
5-563.4↔	Destrukion von erkranktem Gewebe des Ureters, ureterorenoskopisch
5-563.x**	Sonstige
5-563.y	N.n.bez.
5-564	**Kutane Harnableitung durch Ureterokutaneostomie (nicht kontinentes Stoma)** ***Exkl***.: Temporäre Harnableitung durch perkutane Nephrostomie (5-550.1) ***Hinw***.: Der Zugang ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren: 0↔ Offen chirurgisch lumbal 1↔ Offen chirurgisch abdominal 2↔ Laparoskopisch x↔ Sonstige
5-564.2**	Ringureterokutaneostomie
5-564.3**	Transureterokutaneostomie
5-564.4**	Revision des Stomas
5-564.5**	Verschluss des Stomas
5-564.6**	Umwandlung einer anderen supravesikalen Harnableitung in eine Ureterokutaneostomie
5-564.7**	Ureterokutaneostomie
5-564.x**	Sonstige
5-564.y	N.n.bez.

OPS-Leistungen in der Urologie- und Inkontinenzversorgung

5-565	**Kutane Harnableitung mit Darminterponat [Conduit] (nicht kontinentes Stoma)** ***Hinw.:*** Der Zugang ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren: 0↔ Offen chirurgisch 1↔ Laparoskopisch x↔ Sonstige	
5-565.0**	Ureteroileokutaneostomie [Ileum-Conduit]	
5-565.1**	Ureterokolokutaneostomie [Kolon-/Sigma-Conduit]	
5-565.2**	Revision des Stomas	
5-565.3**	Revision der Ureter-Darm-Anastomose	
5-565.4**	Revision des Darminterponates	
5-565.5**	Umwandlung einer anderen supravesikalen Harnableitung in eine Harnableitung mit Darminterponat	
5-565.x**	Sonstige	
5-565.y	N.n.bez.	
5-566	**Kutane Harnableitung mit Darmreservoir (kontinentes Stoma)**	
5-566.0	Anlegen eines Ileumreservoirs	
	.00	Offen chirurgisch
	.01	Laparoskopisch
	.0x	Sonstige
5-566.1	Anlegen eines Ileozäkalreservoirs	
	.10	Offen chirurgisch
	.11	Laparoskopisch
	.1x	Sonstige
5-566.2	Anlegen eines Kolonreservoirs	
	.20	Offen chirurgisch
	.21	Laparoskopisch
	.2x	Sonstige
5-566.3	Anlegen eines Magenreservoirs ***Inkl.***: Reservoir mit Magenanteilen	
	.30	Offen chirurgisch
	.31	Laparoskopisch
	.3x	Sonstige
5-566.4	Revision des Stomas	
	.40	Offen chirurgisch
	.41	Laparoskopisch
	.4x	Sonstige
5-566.5	Revision des Kontinenzventils	
	.50	Offen chirurgisch
	.51	Laparoskopisch
	.5x	Sonstige
5-566.8	Revision des Darmreservoirs	
	.80	Offen chirurgisch
	.81	Laparoskopisch
	.8x	Sonstige
5-566.9	Umwandlung einer anderen supravesikalen Harnableitung in eine Harnableitung mit Darmreservoir	
	.90	Offen chirurgisch
	.91	Laparoskopisch
	.9x	Sonstige
5-566.a↔	Revision der Ureter-Darm-Anastomose	
	.a0	Offen chirurgisch
	.a1	Laparoskopisch
	.ax	Sonstige

5-566.b↔	Kontinente Harnableitung über ein Appendikostoma	
	.b0	Offen chirurgisch
	.b1	Laparoskopisch
	.bx	Sonstige
5-566.c↔	Kontinente Harnableitung über ein tubuliertes Dünndarmsegment	
	.c0	Offen chirurgisch
	.c1	Laparoskopisch
	.cx	Sonstige
5-566.x	Sonstige	
	.x0	Offen chirurgisch
	.x1	Laparoskopisch
	.xx	Sonstige
5-566.y	N.n.bez.	

OPS-Leistungen in der Urologie- und Inkontinenzversorgung

5-567	**Interne Harnableitung über den Darm**
5-567.0	Ureterosigmoideostomie (ohne Reservoirbildung) .05↔ Ohne antirefluxive Ureter-Darm-Anastomose .06↔ Mit antirefluxiver Ureter-Darm-Anastomose
5-567.1↔	Ureterosigmoideostomie mit Reservoirbildung aus Dickdarm, offen chirurgisch
5-567.2↔	Ureterosigmoideostomie mit Reservoirbildung aus Dickdarm, laparoskopisch
5-567.3↔	Ureterosigmoideostomie mit Reservoirbildung aus Dünndarm, offen chirurgisch
5-567.4↔	Ureterosigmoideostomie mit Reservoirbildung aus Dünndarm, laparoskopisch
5-567.7↔	Umwandlung einer anderen supravesikalen Harnableitung in eine interne Harnableitung über den Darm
5-567.8↔	Revision der Ureter-Darm-Anastomose (mit oder ohne Reservoirbildung)
5-567.x↔	Sonstige
5-567.y	N.n.bez.
5-568	**Rekonstruktion des Ureters** ***Inkl.:*** Rekonstruktion des Ureterostiums ***Exkl.:*** Inzision, Resektion und (andere) Erweiterung des Ureterostiums (5-561) Verschluss einer ureterovaginalen Fistel (5-706.3) ***Hinw.:*** Der Zugang ist für die mit ** gekennzeichneten Kodes in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren: 0↔ Offen chirurgisch 1↔ Laparoskopisch x↔ Sonstige
5-568.0**	Naht (nach Verletzung)
5-568.1**	Reanastomose
5-568.2**	Verschluss einer ureterokutanen Fistel
5-568.3**	Verschluss einer Ureter-Darm-Fistel
5-568.8**	Ureterozystoneostomie mit Uretermodellage ***Inkl.:*** Antirefluxplastik
5-568.9**	Isolierte Antirefluxplastik (z.B. nach Lich-Gregoir)
5-568.a**	(Trans-)Ureteroureterostomie
5-568.b**	Ureterersatz, partiell ***Exkl.:*** Partieller Ureterersatz mit Verwendung von Darmsegmenten (5-568.g ff.) Subkutane Implantation eines renovesikalen künstlichen Ureters (5-568.h)
5-568.c**	Ureterersatz, total ***Exkl.:*** Totaler Ureterersatz mit Verwendung von Darmsegmenten (5-568.g ff.) Subkutane Implantation eines renovesikalen künstlichen Ureters (5-568.h)

5-568.d**	Ureterozystoneostomie ***Inkl.:*** Antirefluxplastik
5-568.e**	Ureterozystoneostomie bei Doppelureter ***Inkl.:*** Antirefluxplastik
5-568.f**	Transposition eines Eigenureters auf eine Transplantatniere, offen chirurgisch
5-568.g**	Ureterersatz, partiell oder total, mit Verwendung von Darmsegmenten
5-568.h	Subkutane Implantation oder subkutaner Wechsel eines renovesikalen künstlichen Ureters
5-568.j	Entfernung eines renovesikalen künstlichen Ureters
5-568.x**	Sonstige
5-568.y	N.n.bez.
5-569	**Andere Operationen am Ureter** ***Exkl.:*** Biopsie des Ureters durch Inzision (1-562.0) Biopsie an periureteralem Gewebe durch Inzision (1-562.1) Perkutane und endoskopische Biopsie des Ureters (1-460.1, 1-461.1) Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter] (8-137) ***Hinw.:*** Der Zugang ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren: 0↔ Offen chirurgisch 1↔ Laparoskopisch 2↔ Transurethral x↔ Sonstige

OPS-Leistungen in der Urologie- und Inkontinenzversorgung

5-57	**Operationen an der Harnblase** ***Exkl.:*** Harninkontinenz-Operationen (5-592 bis 5-598 ff., 5-599.0 ff.) Hinw.: Prozeduren an einer Ersatzharnblase oder einem Pouch sind, sofern sie mit dem OPS nicht spezifisch kodierbar sind, mit dem Kode der jeweiligen Prozedur an der Harnblase zu verschlüsseln
5-570	Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase ***Exkl.:*** Transurethrale Entfernung eines Steines oder Fremdkörpers (8-100.b) Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie eines Harnblasensteines (8-110.0)
5-570.0	Entfernung eines Steines, transurethral, mit Desintegration (Lithotripsie)
5-570.1	Entfernung eines Steines, perkutan-transvesikal
5-570.2	Entfernung eines Steines, perkutan-transvesikal, mit Desintegration (Lithotripsie)
5-570.3	Entfernung eines Fremdkörpers, perkutan-transvesikal
5-570.4	Operative Ausräumung einer Harnblasentamponade, transurethral
5-570.x	Sonstige
5-570.y	N.n.bez.
5-571	**Zystotomie [Sectio alta]**
5-571.0	Ohne weitere Maßnahmen
5-571.1	Entfernung eines Steines
5-571.2	Entfernung eines Fremdkörpers ***Inkl.:*** Entfernung eines Fremdkörpers aus der Urethra über Sectio alta
5-571.3	Operative Ausräumung einer Harnblasentamponade
5-571.x	Sonstige
5-571.y	N.n.bez.
5-572	**Zystostomie**
5-572.0	Offen chirurgisch
5-572.1	Perkutan ***Inkl.:*** Anlegen eines suprapubischen Katheters
5-572.2	Vesikokutaneostomie mit nicht kontinentem Stoma

5-572.3	Vesikokutaneostomie mit kontinentem Stoma
5-572.4	Revision
5-572.5	Operative Dilatation eines Zystostomiekanals mit Anlegen eines dicklumigen suprapubischen Katheters
5-572.x	Sonstige
5-572.y	N.n.bez.
5-573	**Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase**
5-573.0	Inzision ***Inkl.:*** Divertikulotomie
5-573.1	Inzision des Harnblasenhalses
5-573.2	Exzision
5-573.3	Destruktion
5-573.4	Resektion .40 Nicht fluoreszenzgestützt .41 Fluoreszenzgestützt mit Hexaminolävulinsäure .4x Fluoreszenzgestützt mit sonstigen Substanzen
5-573.x	Sonstige
5-573.y	N.n.bez.
5-575	**Partielle Harnblasenresektion** ***Hinw.:*** Eine durchgeführte Augmentation der Harnblase ist gesondert zu kodieren (5-578.6) Der Zugang ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren: 0 Offen chirurgisch; 1 Laparoskopisch; x Sonstige
5-575.0**	Teilresektion ohne Ureterneoimplantation
5-575.2**	Teilresektion mit einseitiger Ureterneoimplantation
5-575.3**	Teilresektion mit beidseitiger Ureterneoimplantation
5-575.4**	Supratrigonale Resektion ohne Ureterneoimplantation
5-575.6**	Supratrigonale Resektion mit einseitiger Ureterneoimplantation
5-575.7**	Supratrigonale Resektion mit beidseitiger Ureterneoimplantation
5-575.8**	Subtotale Resektion mit einseitiger Ureterneoimplantation
5-575.9**	Subtotale Resektion mit beidseitiger Ureterneoimplantation
5-575.x**	Sonstige
5-575.y	N.n.bez.

OPS-Leistungen in der Urologie- und Inkontinenzversorgung

5-576	**Zystektomie** ***Exkl.:*** Ersatz der Harnblase als selbständiger Eingriff (5-577 ff.) Revision nach Zystektomie (5-579.7 ff.) ***Hinw.:*** Die Harnableitung ist gesondert zu kodieren (5-564ff., 5-565ff., 5-566ff.,5-567ff.) Ein durchgeführter Harnblasenersatz ist gesondert zu kodieren (5-577 ff.) Eine gleichzeitig durchgeführte radikale paraaortale Lymphadenektomie ist gesondert zu kodieren (5-407.2) Der Zugang ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren: 0 Offen chirurgisch 1 Laparoskopisch x Sonstige
5-576.0**	Einfach, beim Mann
5-576.1**	Einfach, bei der Frau
5-576.2**	Radikale Zystektomie ohne Urethrektomie, beim Mann ***Inkl.:*** Entfernung des inneren Genitale; Regionale Lymphadenektomie

5-576.3**	Radikale Zystektomie ohne Urethrektomie, unter Schonung des Gefäß-Nerven-Bündels (potenzerhaltend), beim Mann ***Inkl.:*** Entfernung des inneren Genitale; Regionale Lymphadenektomie
5-576.4**	Radikale Zystektomie mit Urethrektomie, beim Mann ***Inkl.:*** Entfernung des inneren Genitale; Regionale Lymphadenektomie
5-576.5**	Radikale Zystektomie mit Urethrektomie, unter Schonung des Gefäß-Nerven-Bündels (potenzerhaltend), beim Mann ***Inkl.:*** Entfernung des inneren Genitale; Regionale Lymphadenektomie
5-576.6**	Radikale Zystektomie ohne Urethrektomie bei der Frau ***Inkl.:*** Regionale Lymphadenektomie ***Exkl.:*** Entfernung des inneren Genitale (vordere pelvine Eviszeration) (5-687.0)
5-576.7**	Radikale Zystektomie mit Urethrektomie bei der Frau ***Inkl.:*** Regionale Lymphadenektomie ***Exkl.:*** Entfernung des inneren Genitale (vordere pelvine Eviszeration) (5-687.0)
5-576.8**	Eviszeration des kleinen Beckens beim Mann ***Hinw.:*** Die Darmableitung ist gesondert zu kodieren (5-462 ff.)
5-576.x**	Sonstige
5-576.y	N.n.bez.
5-577	**Ersatz der Harnblase** ***Exkl.:*** Supravesikale Harnableitung über Darminterponat (5-565) oder Darmreservoir (5-566) ***Hinw.:*** Der Zugang ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren: 0 Offen chirurgisch 1 Laparoskopisch x Sonstige
5-577.0**	Rekonstruktion mit Ileum
5-577.1**	Rekonstruktion mit Kolon
5-577.2**	Rekonstruktion mit Ileozäkum
5-577.3**	Rekonstruktion mit Magen
5-577.4**	Umwandlung einer anderen supravesikalen Harnableitung in eine Ersatzharnblase
5-577.x**	Sonstige
5-577.y	N.n.bez.

OPS-Leistungen in der Urologie- und Inkontinenzversorgung

Hinweis: Der Verschluss einer Zystostomie, offen chirurgisch, wird als wenig komplexer Eingriff klasifiziert, und führt zu der niedriger bewerteten DRG L06B.

5-578	**Andere plastische Rekonstruktion der Harnblase** ***Exkl.:*** Verschluss einer vesikovaginalen Fistel (5-706.4) Verschluss einer uterovesikalen Fistel (5-695.2) ***Hinw.:*** Der Zugang ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren: 0 Offen chirurgisch 1 Laparoskopisch x Sonstige
5-578.0**	Naht (nach Verletzung)
5-578.1**	Verschluss einer Zystostomie
5-578.2**	Verschluss einer vesikokutanen Fistel
5-578.3**	Verschluss einer Harnblasen-Darm-Fistel
5-578.4**	Harnblasenhalsplastik
5-578.5**	Reduktionsplastik
5-578.6**	Augmentation der Harnblase
5-578.7**	Verschluss einer Blasenekstrophie
5-578.8**	Verschluss eines offenen Urachus
5-578.x**	Sonstige
5-578.y	N.n.bez.
5-58	**Operationen an der Urethra** **Exkl.:** Harninkontinenz-Operationen (5-592 bis 5-598 ff., 5-599.0 ff.)
5-580	**Offen chirurgische Urethrotomie und Urethrostomie** ***Inkl.:*** Steinentfernung, Entfernung eines Fremdkörpers ***Exkl.:*** Transurethrale Entfernung eines Steines oder Fremdkörpers (8-100.b)
5-580.0	Urethrotomie
5-580.1	Urethrostomie
5-584	**Rekonstruktion der Urethra** ***Exkl.:*** Verschluss einer urethrovaginalen Fistel (5-706.5) Plastik bei männlicher Epispadie (5-644) Plastik bei männlicher Hypospadie (5-645) Plastik bei Urethrozystozele der Frau (5-704.0)
5-589	**Andere Operationen an Urethra und periurethralem Gewebe** ***Exkl.:*** Endoskopische Entfernung eines Steines oder Fremdkörpers (8-100.b) Entfernung eines Steines oder Fremdkörpers durch Urethrotomie (5-580.0) Biopsie der Urethra durch Inzision (1-561.0) Biopsie an periurethralem Gewebe (1-561.1)
5-589.0	Einlegen eines Stent ***Exkl.:*** Einlegen eines Stent in die prostatische Harnröhre im Rahmen von Operationen an der Prostata (5-609.4)
5-589.1	Entfernung eines Stents
5-589.2	Inzision von periurethralem Gewebe
5-589.3	Exzision von periurethralem Gewebe
5-589.4	Adhäsiolyse
5-589.x	Sonstige
5-589.y	N.n.bez.

OPS-Leistungen in der Urologie- und Inkontinenzversorgung

5-59	**Andere Operationen an den Harnorganen**
5-593	**Transvaginale Suspensionsoperation [Zügeloperation]**
5-593.0	Mit autogenem Material .00 Levatorplastik .01 Pubokokzygeusplastik .02 Faszienzügelplastik .0x Sonstige
5-593.1	Mit allogenem Material .10 Dura .11 Faszie .1x Sonstige
5-593.2	Mit alloplastischem Material ***Hinw.:*** Die Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz oder Gewebeverstärkung ist gesondert zu kodieren (5-932) .20 Spannungsfreies vaginales Band (TVT) oder transobturatorisches Band (TOT, TVT-O) .2x Sonstige
5-593.x	Sonstige
5-593.y	N.n.bez.
5-594	**Suprapubische (urethrovesikale) Zügeloperation [Schlingenoperation]**
5-594.0	Mit Faszie
5-594.1	Mit Muskulatur
5-594.2	Mit Dura
5-594.3	Mit alloplastischem Material Hinw.: Die Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz oder Gewebeverstärkung ist gesondert zu kodieren (5-932) .30 Nicht adjustierbar .31 Adjustierbar
5-594.x	Sonstige
5-594.y	N.n.bez.
5-596	**Andere Harninkontinenzoperationen**
5-596.0	Paraurethrale Injektionsbehandlung .00 Mit Dextranomer-Hyaluronsäure-Gel .01 Mit Polyacrylamid-Hydrogel .02 Mit nicht resorbierbarem Silikon-Elastomer .0x Mit sonstigen Substanzen ***Exkl.:*** Paraurethrale Stammzelltherapie (8-860.2 ff.)
5-596.1	Konstruktion einer Neourethra, einzeitig
5-596.2	Konstruktion einer Neourethra, zweizeitig, erste Sitzung
5-596.3	Durchzug einer Neourethra, zweizeitig, zweite Sitzung
5-596.4	Urethropexie, n.n.bez.
5-596.5	Interpositionsoperation
5-596.6	Urethro(zysto)lyse bei der Frau
5-596.7	Adjustierbare Kontinenztherapie Exkl.: Adjustierbare Schlingenoperation mit alloplastischem Material (5-594.31) .71 Explantation .72 Revision .73↔ Wechsel des Ballons .74 Implantation unter den Harnblasenhals .75 Implantation in die Region der bulbären Harnröhre

5-596.x	Sonstige
5-596.y	N.n.bez.
5-598	**Suspensionsoperation [Zügeloperation] bei Harninkontinenz des Mannes**
5-598.0	Mit alloplastischem Material ***Inkl.:*** Transobturatorisches Band [TOT] Hinw.: Die Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz oder Gewebeverstärkung ist gesondert zu kodieren (5-932)
5-598.x	Sonstige
5-598.y	N.n.bez.

OPS-Leistungen in der Urologie- und Inkontinenzversorgung

5-60	**Operationen an Prostata und Vesiculae seminales**
5-604	Radikale Prostatovesikulektomie
5-604.5	Laparoskopisch, gefäß- und nervenerhaltend .51 Ohne regionale Lymphadenektomie .52 Mit regionaler Lymphadenektomie
5-628	**Implantation, Wechsel und Entfernung einer Hodenprothese**
5-628.2↔	Wechsel
5-628.3↔	Entfernung
5-628.4↔	Implantation
5-649	**Andere Operationen am Penis**
5-649.5	Implantation einer Penisprothese .50 Semirigide Prothese .51 Hydraulische Prothese .5x Sonstige
5-649.6	Revision einer Penisprothese
5-649.a	Wechsel einer semirigiden Penisprothese .a0 In eine semirigide Prothese .71 In eine hydraulische Prothese .7x Sonstige
5-649.b	Wechsel einer hydraulischen Penisprothese .b0 Vollständig, in eine semirigide Prothese .b1 Vollständig, in eine hydraulische Prothese .b2 Isolierter Pumpenwechsel .b3 Isolierter Reservoirwechsel [Ballon] .b4 Isolierter Wechsel des Schwellkörperimplantats [Zylinder] .bx Sonstige
5-649.8	Entfernung einer Penisprothese
5-705	**Konstruktion und Rekonstruktion der Vagina (unter Verwendung eines Vaginalstents)**
5-705.0	Mit freiem Hauttransplantat
5-705.1	Mit Darmtransplantat
5-705.2	Mit myokutanem Transpositionslappen
5-705.3	Mit Peritoneum
5-705.4	Mit Dura
5-705.5	Nach Vecchetti
5-705.6	Mit gestielter Haut des Penis (Geschlechtsumwandlung)
5-705.7	Eröffnungsplastik (bei Gynatresie)
5-705.x	Sonstige
5-705.y	N.n.bez.
8-10	**Fremdkörperentfernung**

8-100	**Fremdkörperentfernung durch Endoskopie Inkl.: Entfernung eines Konkrementes**
8-100.b	Durch Urethrozystoskopie
8-101	**Fremdkörperentfernung ohne Inzision**
8-101.9	Aus der Urethra
8-12	**Manipulationen am Verdauungstrakt**
8-126	Transanale Irrigation (z. B. mit Peristeen) ***Inkl.***: Anleitung und Schulung des Patienten ***Exkl.***: Darmspülung (8-121) ***Hinw.:*** Dieser Kode ist nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben
8-128	Anwendung eines Stuhldrainagesystems ***Inkl.:*** Spülung und endoluminale Medikamentenapplikation ***Hinw.:*** Dieser Kode ist nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben

OPS-Leistungen in der Urologie- und Inkontinenzversorgung

8-13	**Manipulationen am Harntrakt**
8-133	**Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters** *Exkl.*: Anlegen eines suprapubischen Harnblasenkatheters (5-572.1)
8-133.0	Wechsel
8-133.1	Entfernung
8-133.x	Sonstige
8-133.y	N.n.bez.
8-137	**Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]** ***Hinw.***: Die Zystoskopie ist im Kode enthalten
8-137.0	Einlegen .00↔ Transurethral .01↔ Perkutan-transrenal ***Hinw.:*** Eine gleichzeitig durchgeführte Nephrostomie ist gesondert zu kodieren (5-550.1) .02↔ Über ein Stoma .03↔ Intraoperativ
8-137.	Wechsel .10↔ Transurethral .11↔ Perkutan-transrenal .12↔ Über ein Stoma .13↔ Intraoperativ
8-137.2↔	Entfernung
8-137.x↔	Sonstige
8-137.y	N.n.bez.
8-138	**Wechsel und Entfernung eines Nephrostomiekatheters** ***Exkl.***: Anlegen eines Nephrostomas (5-550.1, 5-551.1) Dilatation eines rekonstruktiven Nephrostoma (5-557.a) Operative Dilatation eines Nephrostomiekanals mit Einlegen eines dicklumigen Nephrostomiekatheters (5-550.6)
8-138.0↔	Wechsel
8-138.1↔	Entfernung
8-138.x↔	Sonstige
8-138.y	N.n.bez.
8-147	**Therapeutische Drainage von Harnorganen**
8-147.0↔	Niere

8-147.x↔	Sonstige
8-147.y	N.n.bez

Komplexbehandlung bei Querschnittlähmung

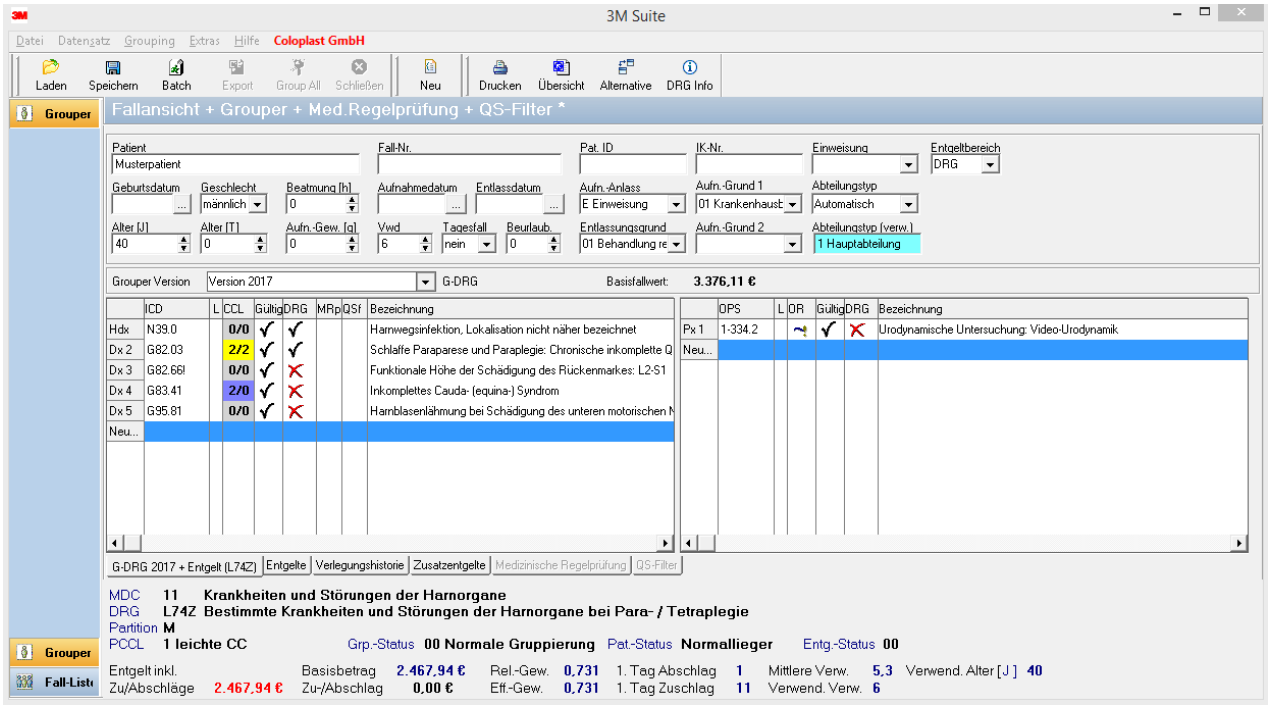
Eine Perspektive für die Behandlung des Themas Querschnittlähmung gibt es seit 2005 durch die Einführung des OPS-Kodes Komplexbehandlung bei Querschnittlähmung

8-976.-	**Komplexbehandlung Querschnittlähmung**
8-976.0	Umfassende Erstbehandlung ***Hinw.:*** Interdisziplinäre und interprofessionelle stationäre Behandlung unmittelbar nach Eintritt einer kompletten oder inkompletten Querschnittlähmung mit dem Behandlungsergebnis der medizinischen und sozialen Reintegration im Sinne des selbstbestimmten Lebens
8-976.00	Bis 99 Behandlungstage
8-976.01	Mindestens 100 bis höchstens 199 Behandlungstage
8-976.02	Mindestens 200 bis höchstens 299 Behandlungstage
8-976.03	Mindestens 300 Behandlungstage
8-976.1	**Behandlung aufgrund direkter oder assoziierter Folgen** ***Hinw.:*** Gleichzeitige oder gleichrangige stationäre Behandlung aller direkten oder assoziierten Folgen einer Querschnittlähmung neben der zur stationären Aufnahme führenden Ursache, um das selbstbestimmte Leben der Querschnittsgelähmten kurzfristig wieder zu ermöglichen, aufrecht zu erhalten oder es durch Abwendung von Verschlimmerungen langfristig zu sichern.
8-976.10	Bis 17 Behandlungstage
8-976.11	Mindestens 18 bis höchstens 49 Behandlungstage
8-976.12	Mindestens 50 bis höchstens 99 Behandlungstage
8-976.13	Mindestens 100 Behandlungstage
8-976.2	**Behandlung aufgrund lebenslanger Nachsorge (Check)** ***Hinw.:*** Stationäre Behandlung, um die dynamische Entwicklung einer Querschnittlähmung durch klinische, apparative und bildgebende Verfahren zu erfassen und notwendige ambulante, teilstationäre oder stationäre Maßnahmen zu veranlassen, die geeignet sind, das selbst-bestimmte Leben von Querschnittgelähmten aufrecht zu erhalten oder dies wieder zu ermöglichen oder Verschlimmerungen von Querschnittlähmungsfolgen langfristig abzuwenden.

Kodierhinweis: Die Kodierung der Komplexbehandlung ist nicht an die multidisziplinäre Behandlung in einem spezialisierten Zentrum (Einrichtung, die bestimmte apparative/ therapeutische Voraussetzungen erfüllen muss) gebunden.

Beispiel:

Ein Patient wird zur Behandlung einer Infektion des Harntraktes aufgenommen. Zusätzlich bestehen eine inkomplette schlaffe Paraplegie auf Höhe von L2, ein inkomplettes Cauda-(equina-) Syndrom und eine neurogene Blasenentleerungsstörung.



C. DRGs der Inkontinenzversorgung

In der Übersicht ist eine Auswahl von DRGs zusammengestellt, in denen Querschnittlähmungen, urologische Operationen, Harnblasenfunktionsstörungen und Inkontinenzformen eine wesentliche Rolle spielen.

GRAVIERENDE Veränderungen zum Vorjahr sind mit Pfeilen dargestellt.

DRG	Partition	Bezeichnung	RG	Mittlere VWD	Untere VWD	Obere GVWD
MDC 01 Krankheiten und Störungen des Nervensystems						
B48Z	A	Frührehabilitation bei Multipler Sklerose und zerebellarer Ataxie, nicht akuter Para- / Tetraplegie oder anderen neurologischen Erkrankungen	1,909	18,4		24
B60A	M	Nicht akute Paraplegie / Tetraplegie, mehr als ein Belegungstag	1,111	8,0	2	17
B60B	M	Nicht akute Paraplegie / Tetraplegie, ein Belegungstag	0,294	1,0		
B61A	M	Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks mit komplexem Eingriff, weniger als 14 Belegungstage, wegverlegt	3,959	8,4	2	
B68A	M	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag	1,920	15,7	4	30
B68B	M	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre	0,957	4,8	1	10
B71A	M	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven mit komplexer Diagnose oder Komplexbehandlung der Hand, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC oder bei Para- / Tetraplegie mit äußerst schweren oder schweren CC	3,440 ↓	17,8	5	35
B71B	M	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven mit komplexer Diagnose, mit schweren CC oder bei Para- / Tetraplegie oder mit Komplexbehandlung der Hand oder ohne komplexe Diagnose, mit äußerst schweren oder schweren CC, bei Para- / Tetraplegie	1,678	11,9	3	24
B71C	M	Erkrankungen an Hirnnerven u. periph. Nerven ohne Komplexb. d. Hand od. m. kompl. Diagnose, ohne schw. CC od. außer b. Para- / Tetraplegie od. ohne kompl. Diagn., m. äuß. schw. od. schw. CC, auß. b. Para- / Tetrapl. od. ohne schw. CC, b. Para- / Tetrapl.	1,094	8,4	2	18
B71D	M	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven ohne komplexe Diagnose, ohne Komplexbehandlung der Hand, ohne äußerst schwere oder schwere CC, außer bei Para- / Tetraplegie	0,656	5,1	1	11
B86Z	M	Rückenmarkkompression, nicht näher bezeichnet und Krankheit des Rückenmarkes, nicht näher bezeichnet	1,087	6,7	1	16

DRGs der Inkontinenzversorgung

DRG	Partition	Bezeichnung	RG	Mittlere VWD	Untere VWD	Obere GVWD
MDC 04 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane						
E77C	M	Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne kompliz. Konst., ohne hochkomplexe Diagnose, ohne kompl. Diagn. bei Z.n. Organtransplantation, ohne intensivmed. Komplexbeh. > 196 / - / - Aufwandsp., mit schwersten oder äuß. schw. CC	2,602	18,2	5	34
MDC 08 Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe						
I10B	O	Andere Eingr. an der WS mit best. kompl. Eingr. od. Halotraktion od. Para- / Tetrapl., od. Wirbelfraktur mit best. Eingr. an WS, Spinalkanal und Bandscheibe ohne äuß. schw. CC od. best. and. Operationen an der WS mit äuß. schw. CC und > 1 BT	2,041	8,3	2	17
MDC 10 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten						
K62A	M	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen bei Para- / Tetrapleg. oder mit komplizierender Diagnose oder endoskopischer Einlage eines Magenballons oder äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag oder mit bestimmter aufwendiger / hochaufwendiger Behandlung	1,064	8,6	2	18
MDC 11 Krankheiten und Störungen der Harnorgane						
L02A	O	Operatives Einbringen eines Peritonealdialysekatheters, Alter < 10 Jahre oder Blasenrekonstruktion und kontinenter Pouch bei Neubildung mit Multiviszeraleingriff oder Verschluss einer Blasenekstrophie	6,330 ↑	21,2	6	33
L03Z	O	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder Kombinationseingriff, ohne großen Eingriff am Darm	4,394	17,9	5	32
L04A	O	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe außer bei Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff, oder bestimmte Eingriffe an der Harnblase, Alter < 16 Jahre	2,517	8,4	2	15
L04B	O	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe außer bei Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff, oder bestimmte Eingriffe an der Harnblase, Alter > 15 Jahre	2,123	9,1	2	18
L06A	O	Bestimmte kleine Eingriffe an der Harnblase mit äußerst schweren CC	2,161	12,4	3	26
L06B	O	Kleine Eingriffe an der Harnblase ohne Injektionsbehandlung an Ureter oder Harnblase, ohne äußerst schwere CC oder ohne bestimmte kleine Eingriffe	0,859	4,2	1	10
L06C	O	Injektionsbehandlung an Ureter oder Harnblase	0,650	2,7	1	6
L08A	O	Komplexe Eingriffe an der Urethra, Alter < 6 Jahre	1,618	5,7	1	11
L08B	O	Komplexe Eingriffe an der Urethra, Alter > 5 Jahre	1,614	8,0	2	16
L09C	O	Andere Eingr. b. Erkrankungen der Harnorgane auß. Anlage Dialyseshunt, oh. Kalziphylaxie, oh. Eingr. am Präputium, Alter < 2 Jahre od. äuß. schw. CC, oh. kompl. OR-Proz., oh. kompl. Eingr., od. Alter > 1 Jahr, oh. äuß. schw. CC, mit Schilddrüsenresektion	2,525	14,2	4	30
L10Z	O	Blasenrekonstruktion und kontinenter Pouch bei Neubildung ohne Multiviszeraleingriff oder Nieren-, Ureter- und große	5,715	22,3	6	37

		Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder Kombinationseingriff, mit großem Eingriff am Darm				
L11Z	O	Komplexe transurethrale, perkutan-transrenale und andere retroperitoneale Eingriffe mit extrakorporaler Stoßwellen-lithotripsie (ESWL), ohne äußerst schwere CC	1,934	8,5	2	16
L12A	O	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen	4,550	27,3	8	45
L12B	O	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 9 Tagen	1,489	8,9	2	21

DRGs der Inkontinenzversorgung

DRG	Partition	Bezeichnung	RG	Mittlere VWD	Untere VWD	Obere GVWD
L13A	O	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, ohne Kombinationseingriff, mit CC	2,516	10,2	2	18
L13B	O	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, ohne Kombinationseingriff, ohne CC, mit bestimmtem Eingriff	2,127	8,2	2	14
L17A	O	Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, Alter < 16 Jahre	0,876	4,0	1	10
L17B	O	Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, Alter > 15 Jahre	0,629	3,5	1	8
L18A	O	Komplexe transurethrale, perkutan-transrenale und andere retroperitoneale Eingriffe mit äußerst schweren CC	2,670	15,1	4	30
L18B	O	Kompl. transurethrale, perkut.-transr. / and. retroperitoneale Eingr. oh. ESWL, oh. äuß. schw. CC od. best. Eingr. Niere od. bei Neurostimulatoren, od. transurethr. Eingr. außer Prostatares. u. kompl. Ureterorenoskop., b. Para-/Tetrapl., m. äuß. schw. CC	1,337	6,1	1	13
L19Z	O	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien mit extrakorporaler Stoßwellenlithotripsie (ESWL), ohne äußerst schwere CC oder perkutane Thermoablation der Niere	1,146	4,2	1	9
L20A	O	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien, außer bei Para- / Tetraplegie oder andere Eingriffe an der Urethra bei Para- / Tetraplegie, mit äußerst schweren CC	1,790	11,0	3	24
L20B	O	Transurethrale Eingr. außer Prostatares. und kompl. Ureterorenoskop. ohne ESWL, mit kompl. Eingriff od. fluoreszenzgest. TUR der Harnbl. od. andere Eingriffe an der Urethra bei Para- / Tetraplegie, ohne äuß. schw. CC od. Alter < 16 J. od. Alter > 89 J.	0,833	3,4	1	7
L20C	O	Transurethrale Eingr. außer Prostatares. und kompl. Ureterorenoskop. ohne ESWL, ohne kompl. Eingr., ohne fluoreszenzgest. TUR der Harnbl. od. and. Eingr. an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, ohne äuß. schw. CC, Alter > 15 J. und Alter < 90 J.	0,704	3,6	1	8

L33Z	O	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane	9,059	31,6	10	50
L36Z	O	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane	8,379	27,0	8	45
L40Z	A	Diagnostische Ureterorenoskopie	0,662	3,3	1	7
L42A	A	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) bei Harnsteinen mit auxiliären Maßnahmen oder bei Para- / Tetraplegie	0,884	3,6	1	7
L44Z	A	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane	2,256	21,6		33

DRGs der Inkontinenzversorgung

Hinweis: Nur Fälle in Verbindung mit einem PCCL > 2 oder mit bestimmten aufwendigen Hauptdiagnosen und mehr als einem Belgungstag oder mit Urethrozystoskopie werden in der DRG L64A abgebildet. Zudem wurde ein Kinder-Alterssplit mit der Bedingung < 14 Jahre eingefügt, um Kinder sachgerechter in der L64B darzustellen. Tagesfälle mit Urethrozystoskopie werden der L64A, Kinder der L64B und alle anderen Tagesfälle unabhängig von der Hauptdiagnose und bei ähnlichen Kosten der DRG L64C zugeordnet.

DRG	Partition	Bezeichnung	RG	Mittlere VWD	Untere VWD	Obere GVWD
L62A	M	Neubildungen der Harnorgane mit äußerst schweren CC	1,659	12,4	3	26
L62B	M	Neubildungen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre	0,904	3,7	1	8
L63A	M	Infektionen der Harnorgane mit äußerst schweren CC oder bestimmter hochaufwendiger Behandlung, Alter < 6 Jahre	1,776	10,4	2	18
L63B	M	Infektionen der Harnorgane mit äußerst schweren CC, mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern oder bestimmter hochaufwendiger Behandlung, Alter > 5 Jahre	1,719	15,3		30
L63C	M	Infektionen der Harnorgane mit äuß. schw. CC, ohne best. hochaufw. Beh., ohne Komplexbeh. bei multiresistenten Erregern, Alter > 5 Jahre oder ohne äußerst schwere CC, mit Komplexbeh. bei multiresistenten Erregern oder best. aufw. Beh.	1,338 ↑	11,0	3	22
L63D	M	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, Alter < 3 Jahre oder Alter > 89 Jahre oder bestimmte schwere Infektionen oder bestimmte mäßig aufwendige Behandlung	0,763	5,8	1	12
L63E	M	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, ohne best. hochaufw. Beh., ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, ohne best. aufw. Beh., ohne bestimmte schwere Infektionen, ohne best. mäßig aufw. Beh., Alter > 2 und < 6 Jahre	0,655	4,4	1	9
L63F	M	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, ohne best. hochaufw. Beh., ohne Komplexbehandlung bei	0,562	5,1	1	11

		multiresistenten Erregern, ohne best. aufw. Beh., ohne bestimmte schwere Infektionen, ohne best. mäßig aufw. Beh., Alter > 5 und < 90 Jahre				
L64A	M	Harnsteine und Harnwegsobstruktion mit äußerst schweren oder schweren CC oder Urethrastriktur, andere leichte bis moderate Erkrankung der Harnorgane, bestimmte Beschwerden und Symptome der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag oder Urethrozystoskopie	0,594	3,7	1	8
L64B	M	Harnsteine und Harnwegsobstruktion ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Urethrastriktur, andere leichte bis moderate Erkrankung der Harnorgane, bestimmte Beschwerden und Symptome der Harnorgane, ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre	0,430	2,7	1	5
L64C	M	Harnsteine und Harnwegsobstruktion ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Urethrastriktur, andere leichte bis moderate Erkrankung der Harnorgane, bestimmte Beschwerden und Symptome der Harnorgane, ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre	0,361	2,6	1	5
L68A	M	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Harnorgane, Alter < 16 Jahre	0,794	4,3	1	10
L68B	M	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Harnorgane, Alter > 15 Jahre	0,548	4,3	1	10
L70A	M	Krankheiten und Störungen der Harnorgane, ein Belegungstag, Alter < 6 Jahre	0,351	1,0		
L70B	M	Krankheiten und Störungen der Harnorgane, ein Belegungstag, Alter > 5 Jahre	0,245	1,0		
L73Z	M	Harnblasenlähmung, mehr als ein Belegungstag	0,808	5,4		13
L74Z	M	Bestimmte Krankheiten und Störungen der Harnorgane bei Para- / Tetraplegie	0,731	5,3	1	11

DRGs der Inkontinenzversorgung

DRG	Partition	Bezeichnung	RG	Mittlere VWD	Untere VWD	Obere GVWD
MDC 12 Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane						
M01A	O	Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann mit äußerst schweren CC	4,453 ↑	17,1	5	33
M01B	O	Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann ohne äußerst schwere CC oder bestimmte Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann mit äußerst schweren CC	2,576	8,5	2	15
M02A	O	Transurethrale Prostataresektion mit äußerst schweren CC	1,914	11,7	3	24
M02B	O	Transurethrale Prostataresektion ohne äußerst schwere CC	0,970	5,4	1	11
M03A	O	Eingriffe am Penis, Alter < 6 Jahre	1,897	7,2	1	14
M03B	O	Eingriffe am Penis, Alter > 5 Jahre und Alter < 18 Jahre	1,544	5,9	1	13
M03C	O	Eingriffe am Penis, Alter > 17 Jahre	1,113	5,1	1	12
M04A	O	Eingriffe am Hoden oder bestimmte Eingriffe an der Prostata, mit äußerst schweren CC oder bei Fournier-Gangrän	2,374	10,0	2	21
M04B	O	Eingriffe am Hoden außer bei Fournier-Gangrän, ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte Eingriffe an der Prostata, mit bestimmtem Eingriff am Hoden, oder Orchitis mit Abszess	1,050	3,9	1	9
M04C	O	Eingriffe am Hoden außer bei Fournier-Gangrän, ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte Eingriffe an der Prostata, ohne bestimmten Eingriff am Hoden, ohne Orchitis mit Abszess, Alter < 3 Jahre	0,860	2,4	1	5
M04D	O	Eingriffe am Hoden außer bei Fournier-Gangrän, ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte Eingriffe an der Prostata, ohne bestimmten Eingriff am Hoden, ohne Orchitis mit Abszess, Alter > 2 Jahre	0,734	3,0	1	7
M05Z	O	Zirkumzision, andere Eingriffe am Penis und großflächige Ablationen der Haut	0,653	2,7	1	6
M06Z	O	Andere OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen oder Stanzbiopsie an der Prostata, ein Belegungstag	0,896	4,8	1	10
M07Z	O	Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, Implantation von > 10 Seeds	2,043	2,0	1	3
M09A	O	OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC oder bestimmte Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann ohne äußerst schwere CC	1,852	10,2	2	18
M09B	O	OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC	1,099	5,2	1	12
M10A	O	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen	4,782 ↑	28,7	9	47

M10B	O	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 8 Tagen oder interstitielle Brachytherapie	1,025	3,7	1	10
M11Z	O	Transurethrale Laserdestruktion und -resektion der Prostata	1,116	4,9	1	10
M37Z	O	Große Eingriffe an Darm oder Harnblase bei Erkrankungen und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane oder Eingriffe am Hoden bei Fournier-Gangrän mit äußerst schweren CC	4,912	21,7	6	40

DRGs der Inkontinenzversorgung

DRG	Partition	Bezeichnung	RG	Mittlere VWD	Untere VWD	Obere GVWD
M60A	M	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 11 Jahre oder mit äußerst schweren CC	1,804	12,8	3	26
M60B	M	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere CC, mit hoch- und mittelgradig komplexer Chemotherapie	0,785	5,6	1	10
M60C	M	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne hoch- und mittelgradig komplexe Chemotherapie	0,674	4,8	1	12
M61Z	M	Benigne Prostatahyperplasie	0,582	4,1	1	10
M62Z	M	Infektion / Entzündung der männlichen Geschlechtsorgane	0,496	4,5	1	9
M64Z	M	Andere Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane und Sterilisation beim Mann	0,439	3,2	1	7
MDC 13 Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane						
N01A	O	Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, mit Multiviszeraleingriff	6,541	18,5	5	33
N01B	O	Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, ohne Multiviszeraleingriff	5,067	18,0	5	33
N01C	O	Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit schweren CC	3,871	13,0	3	23
N01D	O	Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie ohne äußerst schwere oder schwere CC	3,056	10,0	2	18
N02A	O	Eingriffe an Uterus und Adnexen oder best. Hernien und große operative Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei bösartiger Neubildung oder best. Eingriffe am Darm oder Rekonstruktion von Vagina und Vulva, mit äußerst schweren CC	3,922	18,4	5	35

N02B	O	Eingriffe an Uterus und Adnexen oder best. Hernien und große operat. Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei bösartiger Neubildung, mit CC oder best. Eingriffe am Darm oder Rekonstr. von Vagina u. Vulva od. Vulvektomie mit Lymphadenekt.	2,421	10,6	3	21
N02C	O	Eingriffe an Uterus und Adnexen oder best. Hernien und große operat. Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei bösartiger Neubildung, ohne CC, ohne best. Eingriffe am Darm, ohne Rekonstr. von Vagina u. Vulva, ohne Vulvektomie mit Lymphadenekt.	1,484	5,7	1	12
N04Z	O	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren oder schweren CC oder mit komplexem Eingriff	1,612	7,3	1	16
N06Z	O	Komplexe rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen	1,151	5,2	1	10
N07Z	O	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, mit komplexer Diagnose oder bestimmte Eingriffe am Uterus	0,946	3,8	1	8

DRGs der Inkontinenzversorgung

DRG	Partition	Bezeichnung	RG	Mittlere VWD	Untere VWD	Obere GVWD
N08Z	O	Endoskopische Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen	0,886	3,2	1	7
N11A	O	Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen mit bestimmtem Eingriff oder komplexer Diagnose mit äußerst schweren CC	3,285 ↑	18,7	5	37
N11B	O	Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen, ohne bestimmten Eingriff, ohne komplexe Diagnose oder äußerst schwere CC	1,450	8,4	2	19
N13A	O	Große Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva außer bei bösartiger Neubildung oder kleine Eingriffe an Vagina und Douglasraum oder transurethraler Eingriff an der Harnblase, Alter > 80 Jahre oder äußerst schwere oder schwere CC	1,881	10,1	2	21
N13B	O	Große Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva außer bei bösartiger Neubildung oder kleine Eingriffe an Vagina und Douglasraum oder transurethraler Eingriff an der Harnblase, Alter < 81 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,873	3,9	1	9
N14Z	O	Hysterekt. auß. b. BNB m. Beckenbodenpl. od. Brachyth. b. Krankh./Stör. weibl. Geschl.Org., > 1 BT, m. äuß. schw. CC/selekt. Gefäßembol. od. Ovariekt./kompl. Eingr. an Tubae ut. auß. b. BNB, oh. äuß. schw. od. schw. CC, oh. Fistelverschl., Alter < 16 J.	1,342	5,7	1	10
N15Z	O	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen	4,071 ↓	24,3	7	42

N16A	O	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen oder mindestens 10 Bestrahlungen	1,502	7,1		14
N21B	O	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne Beckenbodenplastik oder komplexe Myomenukleation, ohne aufwendigen Eingriff	1,040	3,4	1	7
N23Z	O	Andere rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen oder andere Myomenukleation	1,193	4,0	1	8
N25Z	O	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, ohne komplexe Diagnose, oder diagnostische Laparoskopie, oder best. Eingriff an den Parametrien	0,780	2,9	1	6
N33Z	O	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane	9,459	34,8	11	53
N34Z	O	Große Eingriffe an Darm oder Harnblase bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane	4,630	16,6	5	31
N60A	M	Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 19 Jahre oder äußerst schwere CC	1,830	12,8	3	27
N60B	M	Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC	0,689	5,0	1	12
N61Z	M	Infektion und Entzündung der weiblichen Geschlechtsorgane	0,488	4,1	1	9
N62A	M	Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane mit komplexer Diagnose	0,497	3,5	1	8
N62B	M	Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane ohne komplexe Diagnose	0,330	2,4	1	5

Anmerkungen zu DRGs aus dem Bereich Querschnittlähmungen

Fälle mit komplexem operativem Eingriff, einer Verweildauer von unter 14 Tagen und dem Entlassgrund „wegverlegt“ werden der DRG „B61A *Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks mit komplexem Eingriff, weniger als 14 Belegungstage, wegverlegt*“ zugeordnet. Der überwiegende Teil der Fälle, die bis 2011 der DRG B61Z zugeordnet waren, wird in die weiterhin **unbewertete** DRG B61B *„Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks ohne komplexen Eingriff oder mehr als 13 Belegungstage oder nicht wegverlegt*“ gruppiert. Für die Abrechnung ist eine Vergütungsregelung gem. Anlage 3a des Fallpauschalenkataloges erforderlich.

D. Zusatzentgelte in der Urologie

Für Implantation und Wechsel von hydraulischen Penisprothesen kann das **ZE58** abgerechnet werden. Die Prozeduren für adjustierbare suprapubische Zügeloperation mit alloplastischem Material, Suspensionsoperation bei Harninkontinenz des Mannes mit alloplastischem Material und Wechsel des Ballons bei einer adjustierbaren Kontinenztherapie führen in das **ZE134** ***Verschiedene Harnkontinenztherapien***. Beide Zusatzentgelte wurden in 2017 aufgewertet.

ZE	Bezeichnung	OPS Version 2017		Betrag
		OPS-Kode	OPS-Text	
ZE58	Hydraulische Penisprothesen	5-649.51	Andere Operationen am Penis: Implantation einer Penisprothese: Hydraulische Prothese	5.772,37 €
		5-649.a1	Andere Operationen am Penis: Wechsel einer semirigiden Penisprothese: In eine hydraulische Prothese	
		5-649.b1	Andere Operationen am Penis: Wechsel einer hydraulischen Penisprothese: Vollständig, in eine hydraulische Prothese	
ZE134	Verschiedene Harnkontinenztherapien	5-596.73	Andere Harninkontinenzoperationen: Adjustierbare Kontinenztherapie: Wechsel des Ballons	1.910,78 €
		5-596.74	Andere Harninkontinenzoperationen: Adjustierbare Kontinenztherapie: Implantation unter den Harnblasenhals	
		5-596.75	Andere Harninkontinenzoperationen: Adjustierbare Kontinenztherapie: Implantation in die Region der bulbären Harnröhre	
		5-598.0	Suspensionsoperation [Zügeloperation] bei Harninkontinenz des Mannes: Mit alloplastischem Material	

E. Übersicht der Entgelte in der Urologie für 2017

Produkt	ICD	Diagnose	OPS / Prozedur	Prozedur	DRG	DRG-Bezeichnung	Relativ-gewicht	MVD	ZE	
ARIS (Inkontinenzband)	N39.3	Belastungsinkontinenz (Stressinkontinenz)	5-593.20	Transvaginale Suspensionsoperation [Zügeloperation]: Mit alloplastischem Material: Spannungsfreies vaginales Band (TVT) oder transobturatorisches Band (TOT, TVT-O)	L06B	Kleine Eingriffe an der Harnblase ohne Injektionsbehandlung an Ureter oder Harnblase, ohne äußerst schwere CC oder ohne bestimmte kleine Eingriffe	0,859	4,2	0	
Virtue (Männerband)	N39.3	Belastungsinkontinenz (Stressinkontinenz)	5-598.0 5-932.00	Suspensionsoperation [Zügeloperation] bei Harninkontinenz des Mannes: Mit alloplastischem Material Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material: Ohne Beschichtung	L06B	Kleine Eingriffe an der Harnblase ohne Injektionsbehandlung an Ureter oder Harnblase, ohne äußerst schwere CC oder ohne bestimmte kleine Eingriffe	0,859	4,2	1.910,78	ZE 134
Macroplastique (Bulking; Harnröhre) < 16 Jahre	N39.3	Belastungsinkontinenz (Stressinkontinenz)	5-596.02	Andere Harninkontinenzoperationen: Paraurethrale Injektionsbehandlung: Mit nicht resorbierbarem Silikon-Elastomer	L17A	Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, Alter < 16 Jahre	0,876	4,0	0	
Macroplastique (Bulking; Harnröhre) > 15 Jahre	N39.3	Belastungsinkontinenz (Stressinkontinenz)	5-596.02	Andere Harninkontinenzoperationen: Paraurethrale Injektionsbehandlung: Mit nicht resorbierbarem Silikon-Elastomer	L17B	Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, Alter > 15 Jahre	0,629	3,5	0	
Macroplastique (Ostiumuntherspritzung)	N13.7	Uropathie in Zusammenhang mit vesikoureteralem Reflux	5-569.62	Andere Operationen am Ureter: Injektion bei Ostiuminsuffizienz: Transurethral	L06C	Injektionsbehandlung an Ureter oder Harnblase	0,650	2,7	0	
Bonee (Botox)	N39.3	Belastungsinkontinenz (Stressinkontinenz)	5-579.62	Injektionsbehandlung, transurethral (Inkl.: Injektionsbehandlung mit Botulinumtoxin)	L06C	Injektionsbehandlung an Ureter oder Harnblase	0,650	2,7	0	
Cobra (Biopsiepistole)	N40	Prostatahyperplasie	1-465.1	Perkutane Biopsie an Harnorganen und männlichen Geschlechtsorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Prostata	M61Z	Benigne Prostatahyperplasie	0,582	4,1	0	
Detour (Harnleiterersatz) Alter < 16 Jahre	N28.8	Sonstige näher bezeichnete Erkrankungen der Niere und des Ureters	5-568.h	Rekonstruktion des Ureters: Subkutane Implantation oder subkutaner Wechsel eines renovesikalen künstlichen Ureters	L04A	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe außer bei Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff, Alter < 16 Jahre	2,517	8,4	0	
Detour (Harnleiterersatz) > 15 Jahre	N28.8	Sonstige näher bezeichnete Erkrankungen der Niere und des Ureters	5-568.h	Rekonstruktion des Ureters: Subkutane Implantation oder subkutaner Wechsel eines renovesikalen künstlichen Ureters	L04B	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe außer bei Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff, Alter >15 Jahre	2,123	9,1	0	
Kiwee (Hodenprothese)	N50.9	Krankheit der männlichen Genitalorgane, nicht näher bezeichnet	5-628.2 5-628.4	Implantation, Wechsel und Entfernung einer Hodenprothese: Wechsel Implantation, Wechsel und Entfernung einer Hodenprothese: Implantation	M04D	Eingriffe am Hoden außer bei Fournier-Gangrän, ohne äußerst schwere CC, Alter > 2 Jahre, ohne bestimmten Eingriff am Hoden	0,734	3,0	0	
Urospiral Prostatastent	N40	Prostatahyperplasie	5-609.4	Andere Operationen an der Prostata: Einlegen eines Stents in die prostatische Harnröhre	M06Z	Andere OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen oder Stanzbiopsie an der Prostata, ein Belegungstag	0,896	4,8	0	
Dormia Steinfang-Körbchen (Ureterstein)	N20.1 N20.9	Ureterstein Harnstein, n. n. bezeichnet	5-562.8	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Extraktion mit Dormia-Körbchen	L20C	Transurethrale Eingr. außer Prostatares. und kompl. Ureteroreonoskop. ohne ESWL, ohne kompl. Eingr., ohne fluoreszenzgest. TUR der Harnbl. od. and. Eingr. an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, ohne äuß. schw. CC, Alter > 15 J. und Alter < 90 J.	0,704	3,6	0	AOP Potential
Dormia Steinfang-Körbchen (Nierenstein)	N20.0 N20.2	Nierenstein Nierenstein und Ureterstein gleichzeitig	5-562.8	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Extraktion mit Dormia-Körbchen	L20B	Transurethrale Eingr. außer Prostatares. und kompl. Ureteroreonoskop. ohne ESWL, mit kompl. Eingriff od. fluoreszenzgest. TUR der Harnbl. od. andere Eingriffe an der Urethra bei Para- / Tetraplegie, ohne äuß. schw. CC od. Alter < 16 J. od. Alter > 89 J.	0,833	3,4	0	AOP Potential
NovaSilk Polypropylen-Netz	N81.8	Sonstiger Genitalprolaps bei der Frau	5-704.01	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenboden-plastik: Vorderwandplastik (bei (Urethro-) Zystozele): Mit alloplastischem Material	N06Z	Komplexe rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen	1,151	5,2	0	
Genesis Schwell-körperimplantat Implantation	N48.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Penis	5-649.50	Implantation einer Penisprothese semirigid	M03C	Eingriffe am Penis >17 Jahre	1,113	5,1	1.000,00	Beispiel! ZE2017-24 wird durch Krankenhaus verhandelt
Titan (Schwell-körperimplantat) Implantation	N48.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Penis	5-649.51	Implantation einer Penisprothese hydraulisch	M03C	Eingriffe am Penis >17 Jahre	1,113	5,1	5.772,37	ZE 58
Revision Penisprothese	N48.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Penis	5-649.6	Revision einer Penisprothese generell	M03C	Eingriffe am Penis >17 Jahre	1,113	5,1	0	
Genesis Schwell-körperimplantat Wechsel	N48.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Penis	5-649.a	Wechsel einer semirigiden Penisprothese .a0 In eine semirigide Prothese .a1 In eine hydraulische Prothese .ax Sonstige	M03C	Eingriffe am Penis >17 Jahre	1,113	5,1	je nach Prothese	
Titan (Schwell-körperimplantat) Wechsel	N48.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Penis	5-649.b	Wechsel einer hydraulischen Penisprothese .b0 Vollständig, in eine semirigide Prothese .b1 Vollständig, in eine hydraulische Prothese .b2 Isolierter Pumpenwechsel .b3 Isolierter Reservoirwechsel [Ballon] .b4 Isolierter Wechsel des Schwellkörperimplantats [Zylinder] .bx Sonstige	M03C	Eingriffe am Penis >17 Jahre	1,113	5,1	je nach Prothese	
Entfernung Penisprothese	N48.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Penis	5-649.8	Entfernung einer Penisprothese generell	M03C	Eingriffe am Penis >17 Jahre	1,113	5,1	0	
Altis	N39.3	Belastungsinkontinenz (Stressinkontinenz)	5-593.20	Transvaginale Suspensionsoperation [Zügeloperation]: Mit alloplastischem Material: Spannungsfreies vaginales Band (TVT) oder transobturatorisches Band (TOT, TVT-O)	L06B	Kleine Eingriffe an der Harnblase ohne Kontinenztherapie, ohne äußerst schwere CC	0,859	4,2	0	
Restorelle	N81.2	Partialprolaps des Uterus und der Vagina	5-596.5	Andere Harninkontinenzoperationen: Interpositionsoperation	N06.Z	Komplexe rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen	1,151	5,2	0	
Vaginalstent I	N89.5	Striktur und Atresie der Vagina	5-705.x	Konstruktion und Rekonstruktion der Vagina: Sonstige	N06.Z	Komplexe rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen	1,151	5,2	0	
Vaginalstent II	F64.0	Transsexualismus	5-646.0	Geschlechtstransformation einer Frau zum Mann	U01Z	Geschlechtsumwandelnde Operation **Für diese Leistungen ist im Fallpauschalen-Katalog keine Vergütung hinterlegt.** Es sind deshalb krankenhausindividuelle Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 des Krankenhausentgelt-gesetzes (KHEntgG) zu vereinbaren, soweit diese als Krankenhausleistung erbracht werden dürfen.	0,000	0	0	
Vaginalstent III	F64.0	Transsexualismus	5-646.1	Geschlechtstransformation eines Mannes zur Frau	U01Z	Geschlechtsumwandelnde Operation **Für diese Leistungen ist im Fallpauschalen-Katalog keine Vergütung hinterlegt.** Es sind deshalb krankenhausindividuelle Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 des Krankenhausentgelt-gesetzes (KHEntgG) zu vereinbaren, soweit diese als Krankenhausleistung erbracht werden dürfen.	0,000	0	0	
Isiris (Einlegen)	N21.1	Urethrastein	8.137.00	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Einlegen: Transurethral	L64A	Harnsteine und Harnwegsobstruktion mit äußerst schweren oder schweren CC oder Urethrastriktur, andere leichte bis moderate Erkrankung der Harnorgane, bestimmte Beschwerden und Symptome der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag oder Urethrozystoskopie	0,594	3,7	0	AOP Potential
Isiris (Wechsel)	N21.1	Urethrastein	8.137.10	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Wechsel: Transurethral	L64A	Harnsteine und Harnwegsobstruktion mit äußerst schweren oder schweren CC oder Urethrastriktur, andere leichte bis moderate Erkrankung der Harnorgane, bestimmte Beschwerden und Symptome der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag oder Urethrozystoskopie	0,594	3,7	0	AOP Potential
Isiris (Entfernung)	N21.1	Urethrastein	8.137.2	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Entfernung	L64A	Harnsteine und Harnwegsobstruktion mit äußerst schweren oder schweren CC oder Urethrastriktur, andere leichte bis moderate Erkrankung der Harnorgane, bestimmte Beschwerden und Symptome der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag oder Urethrozystoskopie	0,594	3,7	0	AOP Potential

Die Therapie der Harninkontinenz beim Mann hat in den vergangenen Jahren eine Vielzahl von Operationsverfahren kennengelernt, die zum Teil nur durch minimale Abwandlungen bereits vorbestehender Methoden entstanden sind. Gleichzeitig hat sich die Nomenklatur dieser Techniken laufend verfeinert, so dass es schwierig war, diesen Entwicklungen im DRG-System zu folgen. Die folgende Abbildung gibt die gegenwärtige Systematik wieder.

	DRG	1 Tag	2 Tage
Konservativ	L64C	0,209	0,361
Unterspritzung Sphinkter Deflux oder Zuidex 5-569.60 Artefizieller Sphinkter*	L04B	1,463	1,793
Unterspritzung Sphinkter andere 5-569.6x	L06C	0,494	0,650
Adjustierbar:Proact (5-569.70)	L04B	1,463	1,793
Schlinge: adjustierbar/ nicht adjustierbar	L06B (adjustierbar + ZE)	0,588	0,859

V STOMAVERSORGUNG

A. Relevante ICD-Kodes in der Stomaversorgung

1. Die folgende Zusammenfassung enthält die aktuelle Kodierung und Kodierhinweise für die Anlage eines Ileo- und Enterostomas.

C17.-	**Bösartige Neubildung des Dünndarms**
C17.0	Duodenum
C17.1	Jejunum
C17.2	Ileum ***Exkl.:*** Ileozäkalklappe [Bauhin] (C18.0)
C17.3	Meckel-Divertikel
C17.8	Dünndarm, mehrere Teilbereiche überlappend Hinweis: Ein entsprechendes Beispiel ist Karzinom des Magens und des Dünndarmes, das die Schlüsselnummer C26.8(Verdauungssystem, mehrere Teilbereiche überlappend) erhalten sollte.
C17.9	Dünndarm, nicht näher bezeichnet
C18.-	**Bösartige Neubildung des Kolons**
C18.0	Zäkum Ileozäkalklappe [Bauhin]
C18.1	Appendix vermiformis
C18.2	Colon ascendens
C18.3	Flexura coli dextra [hepatica]
C18.4	Colon transversum
C18.5	Flexura coli sinistra [lienalis]
C18.6	Colon descendens
C18.7	Colon sigmoideum Sigma (Flexur) ***Exkl.:*** Rektosigmoid, Übergang (C19)
C18.8	Kolon, mehrere Teilbereiche überlappend
C18.9	Kolon, nicht näher bezeichnet Dickdarm o.n.A.
C19	**Bösartige Neubildung am Rektosigmoid, Übergang** ***Inkl.:*** Kolon mit Rektum Übergang vom Rektum zum Colon sigmoideum
C20	**Bösartige Neubildung des Rektums** ***Inkl.:*** Ampulla recti
C21.-	**Bösartige Neubildung des Anus und des Analkanals**
C21.0	Anus, nicht näher bezeichnet Exkl.: Anus: - Haut (C43.5, C44.5) - Rand (-Gebiet) (C43.5, C44.5) - Perianalhaut (C43.5, C44.5)
C21.1	Analkanal Sphincter ani
C21.2	Kloakenregion
C21.8	Rektum, Anus und Analkanal, mehrere Teilbereiche überlappend Anorektaler Übergang

	Anorektum Bösartige Neubildung des Rektums, des Anus und des Analkanals, deren Ursprungsort nicht unter den Kategorien C20 – C21.2 klassifiziert werden kann

Hernien (K40-46)	
K43	Hernia ventralis
K43.3	Parastomale Hernie mit Einklemmung, ohne Gangrän Parastomale Hernie: • inkarzeriert • irreponibel • stranguliert • Verschluss verursachend
K43.5	Parastomale Hernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän Parastomale Hernie o.n.A.
K46.-	Nicht näher bezeichnete abdominale Hernie ***Inkl.:*** Enterozele Epiplozele Hernie: • interstitiell • intestinal • intraabdominal • o.n.A. ***Exkl.*** Vaginale Enterozele (N81.5)
Nichtinfektiöse Enteritis und Kolitis (K50-K52)	
K50.0	Crohn-Krankheit des Dünndarmes Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis] : • Duodenum • Ileum • Jejunum Ileitis : • regionalis • terminalis ***Exkl.:*** Crohn-Krankheit des Dünn- und Dickdarmes (K50.82)
K50.1	Crohn-Krankheit des Dickdarms Colitis: • granulomatosa • regionalis Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: • Dickdarm • Kolon • Rektum ***Exkl.:*** Crohn-Krankheit des Dünn- und Dickdarmes (K50.82)
K50.8-	Sonstige Crohn-Krankheit
K50.80	Crohn-Krankheit des Magens
K50.81	Crohn-Krankheit der Speiseröhre
K50.82	Crohn-Krankheit der Speiseröhre und des Magen-Darm-Traktes, mehrere Teilbereiche betreffend Crohn-Krankheit sowohl des Dünndarmes als auch des Dickdarmes
K50.88	Sonstige Crohn-Krankheit

K50.9	Crohn-Krankheit, nicht näher bezeichnet Crohn-Krankheit o.n.A. Enteritis regionalis o.n.A.
K51.-	Colitis ulcerosa
K51.0	Ulzeröse (chronische) Pankolitis Backwash-Ileitis Subtotale ulzeröse (chronische) Kolitis Exkl.: Colitis indeterminata (K52.3-)
K51.1	Ulzeröse (chronische) Ileokolitis
K51.2	Ulzeröse (chronische) Proktitis
K51.3	Ulzeröse (chronische) Rektosigmoiditis
K51.4	Inflammatorische Polypen des Kolons
K51.5	Linksseitige Kolitis Hemikolitis, links
K51.8	Sonstige Colitis ulcerosa
K51.9	Colitis ulcerosa, nicht näher bezeichnet

Sonstige Krankheiten des Darms (K55-K63)	
K56.-	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktionohne Hernie
K57.-	Divertikulose des Darmes ***Inkl.:*** Divertikel Divertikulitis Dünndarm, Dickdarm Divertikulose ***Exkl.:*** Angeborenes Darmdivertikel (Q43.8) Appendixdivertikel (K38.2) Meckel-Divertikel (Q43.0)
K58.-	Reizdarmsyndrom
K59.-	Sonstige funktionelle Darmstörungen
K59.0	Obstipation
K59.1	Funktionelle Diarrhoe
K59.2	Neurogene Darmstörung, anderenorts nicht klassifiziert
K60.-	Fissur und Fistel in der Anal- und Rektalregion *Exkl.:* Mit Abszess oder Phlegmone (K61.-)
K60.3	Analfistel
K60.4	Rektalfistel
K60.5	Anorektalfistel
K64.-	**Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose** Inkl.: Hämorrhoidalknoten Exkl.: Als Komplikationen bei: • Geburt oder Wochenbett (O87.2) • Schwangerschaft (O22.4)
K64.0	Hämorrhoiden 1. Grades Hämorrhoiden (blutend) ohne Prolaps Hämorrhoiden Stadium 1
K64.1	Hämorrhoiden 2. Grades Hämorrhoiden (blutend) mit Prolaps beim Pressen, ziehen sich spontan zurück

	Hämorrhoiden Stadium 2
K64.2	Hämorrhoiden 3. Grades Hämorrhoiden (blutend) mit Prolaps beim Pressen, ziehen sich nicht spontan zurück, manuelle Reposition jedoch möglichHämorrhoiden Stadium 3
K64.3	Hämorrhoiden 4. Grades Hämorrhoiden (blutend) mit Prolaps, manuelle Reposition nicht möglich Hämorrhoiden Stadium 4
K64.4	Marisken als Folgezustand von Hämorrhoiden Marisken, anal
K64.5	Perianalvenenthrombose Perianales Hämatom
K64.8	Sonstige Hämorrhoiden
K64.9	Hämorrhoiden, nicht näher bezeichnet Hämorrhoiden (blutend): • ohne Angabe eines Grades • o.n.A.
Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems (K90-K93)	
K91.4	Funktionsstörung nach Kolostomie oder Enterostomie

Weitere Nebendiagnosen

Die Kategorien Z40-Z54 dienen der Angabe eines Betreuungsgrundes.

Z43.-	**Versorgung künstlicher Körperöffnungen** Inkl.: Einführung von Sonden oder Bougies Katheterentfernung Toilette oder Reinigung Umbildung Verschluss Exkl.: Komplikationen an äußerem Stoma (J95.0 , K91.4 , N99.5) Künstliche Körperöffnungen ohne Versorgungsnotwendigkeit (Z93.-) Versorgen mit und Anpassen von Prothesen und sonstigen Geräten oder Hilfsmitteln (Z44-Z46)
Z43.2	Versorgung eines Ileostomas
Z43.3	Versorgung eines Kolostomas
Z43.4	Versorgung anderer künstlicher Körperöffnungen des Verdauungstraktes
Z43.5	Versorgung eines Zystostomas
Z43.6	Versorgung sonstiger künstlicher Körperöffnungen des Harntraktes Nephrostoma Ureterostoma Urethrostoma

Z93.-	Vorhandensein einer künstlichen Körperöffnungen Exkl.: Komplikationen eines externen Stomas (J95.0, K91.4, N99.5) Künstliche Körperöffnungen, die der Beobachtung oder Versorgung be dürfen (Z43.-)
Z93.2	Vorhandensein eines Ileostomas
Z93.3	Vorhandensein eines Kolostomas
Z93.4	Vorhandensein anderer künstlicher Körperöffnungen des Magen-Darm-Trakts
Z93.5	Vorhandensein eines Zystostomas

Z93.6	Vorhandensein anderer künstlicher Körperöffnungen der Harnwege Nephrostoma Ureterostoma Urethrostoma
Z99.-	Langzeitige Abhängigkeit von unterstützenden Apparaten, medizinischen Geräten oder Hilfsmitteln, anderenorts nicht klassifiziert Hinw.: Eine langzeitige Abhängigkeit beträgt mindestens 3 vollendete Monate
Z99.0	Langzeitige Abhängigkeit vom Aspirator
Z99.1	Langzeitige Abhängigkeit vom Respirator
Z99.2	Langzeitige Abhängigkeit von Dialyse bei Niereninsuffizienz Langzeitdialyse bei Niereninsuffizienz
Z99.3	Langzeitige Abhängigkeit vom Rollstuhl
Z99.8	Langzeitige Abhängigkeit von sonstigen unterstützenden Apparaten, medizinischen Geräten oder Hilfsmitteln
Z99.9	Langzeitige Abhängigkeit von einem nicht näher bezeichneten unterstützenden Apparat, medizinischen Gerät oder Hilfsmittel

Kodierhinweis: Die Abhängigkeit von unterstützenden Apparaten, medizinischen Geräten und Hilfsmitteln ist erst bei einer langzeitigen Abhängigkeit mit einer Mindestdauer von drei vollendeten Monaten abzubilden.

B. OPS-Leistungen zur Anlage eines Ileo-/Enterostomas

Für die Kodierung zur Anlage eines Ileo-/Enterostomas stehen folgende Prozedurenkodes zur Verfügung:

5-455	**Partielle Resektion des Dickdarmes** Hinw. : Das Anlegen eines protektiven Enterostomas ist gesondert zu kodieren (5-462) Die (Teil-)Resektion von Nachbarorganen ist gesondert zu kodieren Die Nachbarorgane umfassen z.B. Dünndarm, Leber, Milz, Pankreas, Magen und Niere Die Lymphknoten des regionalen Lymphabflussgebietes und das Omentum majus gehören nicht zu den Nachbarorganen Die regionale Lymphadenektomie ist gesondert zu kodieren (5-406.2, 5-406.3, 5-406.4, 5-406.5, 5-406.6, 5-406.9) Die radikale Lymphadenektomie ist gesondert zu kodieren (5-407.2, 5-407.3, 5-407.4) Zugang und Art der Rekonstruktion sind für die mit ** gekennzeichneten Kodes in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren. Nicht alle Verfahren sind von allen Zugängen durchführbar: 1 Offen chirurgisch mit Anastomose 2 Offen chirurgisch mit Enterostoma und Blindverschluss 3 Offen chirurgisch mit zwei Enterostomata 4 Offen chirurgisch mit Anastomosen-Anus praeter 5 Laparoskopisch mit Anastomose 6 Laparoskopisch mit Enterostoma 7 Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch x Sonstige
5-455.7**	Sigmaresektion Inkl. : Sigmaresektion mit Resektion von intraperitonealen Rektumanteilen Hinw.: Wurde weniger als ¾ des Colon sigmoideum reseziert, ist der Kode für die Segmentresektion (5-455.0 ff.) anzugeben
5-456	**(Totale) Kolektomie und Proktokolektomie** **Hinw.**: Das Anlegen eines protektiven Enterostomas ist gesondert zu kodieren (5-462) Die aus operationstechnischen Gründen erforderliche Mitresektion einer Ileummanschette ist im Kode enthalten Die (Teil-)Resektion von Nachbarorganen ist gesondert zu kodieren Die Nachbarorgane umfassen z.B. Dünndarm, Leber, Milz, Pankreas, Magen und Niere Die Lymphknoten des regionalen Lymphabflussgebietes und das Omentum majus gehören nicht zu den Nachbarorganen Die regionale Lymphadenektomie ist gesondert zu kodieren (5-406.2, 5-406.3, 5-406.4, 5-406.5, 5-406.6, 5-406.9) Die radikale Lymphadenektomie ist gesondert zu kodieren (5-407.2, 5-407.3, 5-407.4) Die Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz oder Gewebeverstärkung ist gesondert zu kodieren (5-932 ff.)
5-460	**Anlegen eines Enterostomas, doppelläufig, als selbständiger Eingriff** *Hinw.:* Zugang ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren: 0 Offen chirurgisch 1 Laparoskopisch 2 Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch Die Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz oder Gewebeverstärkung ist gesondert zu kodieren (5-932 ff.)
5-460.0**	Jejunostoma
5-460.1**	Ileostoma
5-460.2**	Aszendostoma

5-460.3**	Transversostoma
5-460.4**	Deszendostoma
5-460.5**	Sigmoideostoma
5-460.x**	Sonstige
5-460.y	N.n.bez.

OPS-Leistungen zur Anlage eines Ileo-/Enterostomas

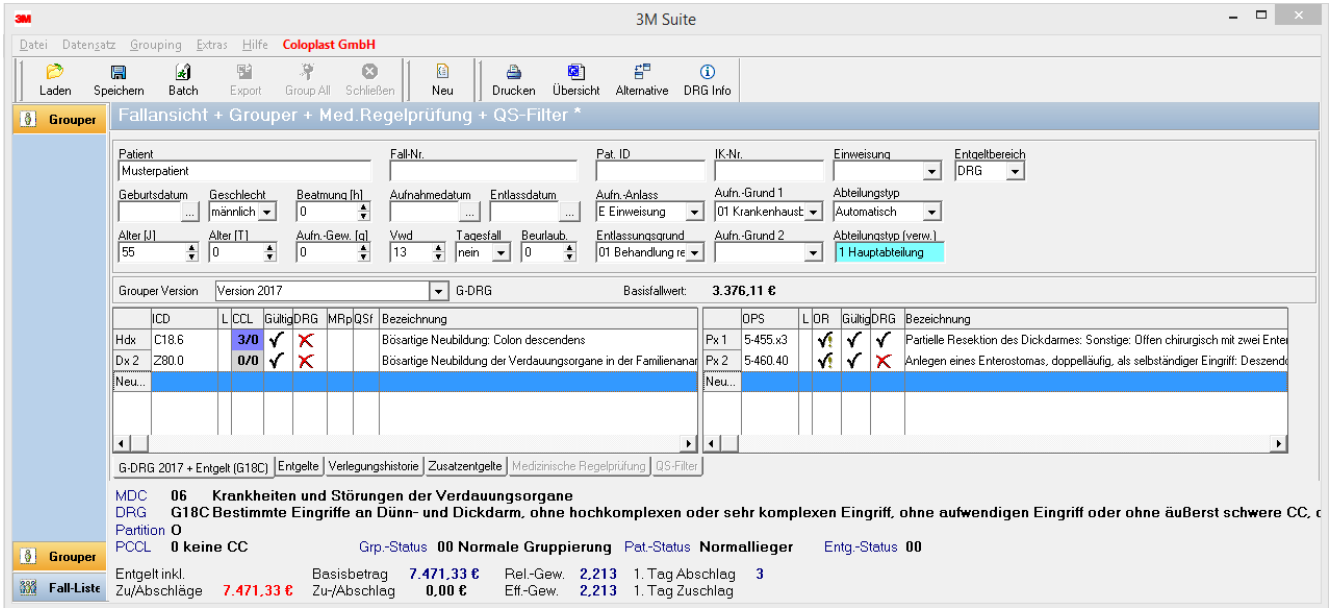
5-461	**Anlage eines Enterostomas, endständig, als selbständiger Eingriff** *Hinw.:* Der Zugang ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren: 0 Offen chirurgisch 1 Laparoskopisch 2 Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch Die Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz oder Gewebeverstärkung ist gesondert zu kodieren (5-932 ff.)
5-461.0**	Zäkostoma
5-461.1**	Aszendostoma
5-461.2**	Transversostoma
5-461.3**	Deszendostoma
5-461.4**	Sigmoideostoma
5-461.5**	Ileostoma
5-461.6**	Appendikostoma, nicht kontinent
5-461.7**	Appendikostoma, kontinent ***Exkl.:*** Kontinente Harnableitung über ein Appendikostoma (5-566.b)
5-461.x**	Sonstige
5-461.y	N.n.bez
5-462	**Anlage eines Enterostomas (als protektive Maßnahme) im Rahmen eines anderen Eingriffes** *Hinw.:* Die Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz oder Gewebeverstärkung ist gesondert zu kodieren (5-932 ff.)
5-463	**Anlegen anderer Enterostomata** ***Hinw.:*** Die Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz oder Gewebeverstärkung ist gesondert zu kodieren (5-932 ff.) Der Zugang ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren: 0 Offen chirurgisch 1 Laparoskopisch 2 Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
5-463.0**	Duodenostomie (Anlegen einer Ernährungsfistel)
5-463.1**	Jejunostomie
5-463.2**	Kolostomie, n.n.bez.
5-463.3**	Bishop-Koop-Anastomose
5-463.x**	Sonstige
5-463.y**	N.n.bez.
5-464	**Revision und andere Eingriffe an einem Enterostoma** Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren: 0 Duodenum 1 Jejunum 2 Ileum

	3 Kolon x Sonstige Hinw.: Die Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz oder Gewebever stär-kung ist gesondert zu kodieren (5-932 ff.)
5-464.0**	Plastische Erweiterung
5-464.1**	Plastische Einengung
5-464.2**	Neueinpflanzung
5-464.3**	Abtragung des vorverlagerten Teiles
5-464.4**	Umwandlung in ein kontinentes Stoma (z. B. Kock Pouch)
5-464.5**	Korrektur einer parastomalen Hernie Hinw.: Die Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz oder Gewebeverstärkung ist gesondert zu kodieren (5-932 ff.)
5-464.x**	Sonstige
5-464.y**	N.n.bez.
5-465	**Rückverlagerung eines doppelläufigen Enterostoma** Hinw.: Die aus operationstechnischen Gründen erforderliche Mitresektion einer Man-schette ist im Kode enthalten Eine über die Mitresektion einer Manschette hinausgehende Resektion eines Seg-mentes mit seiner radiären mesenterialen Gefäßversorgung ist gesondert zu kodie-ren (5-454 ff., 5-455 ff.)
5-465.0	Jejunostoma
5-465.1	Ileostoma
5-465.2	Kolostoma
5-465.x	Sonstige
5-465.y	N.n.bez.
5-466	**Wiederherstellung der Kontinuität des Darmes bei endständigem Enterostoma** Hinw.: Die aus operationstechnischen Gründen erforderliche Mitresektion einer Man-schette ist im Kode enthalten Eine über die Mitresektion einer Manschette hinausgehende Resektion eines Seg-mentes mit seiner radiären mesenterialen Gefäßversorgung ist gesondert zu kodie-ren (5-454 ff., 5-455 ff.)
5-466.1	Ileostoma
5-466.2	Kolostoma
5-467	**Andere Rekonstruktion des Darmes**
5-484	Rektumresektion unter Sphinktererhaltung
5-485	Rektumresektion ohne Sphinktererhaltung
5-564.-	Kutane Harnableitung durch Ureterokutaneostomie (nicht kontinentes Stoma)
5-565.-	**Kutane Harnableitung mit Darminterponat [Conduit] (nicht kontinentes Stoma)** Hinw.: Der Zugang ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren: 0 Offen chirurgisch 1 Laparoskopisch x Sonstige
5-565.0	Ureteroileokutaneostomie (Ileum-Conduit)
5-565.1	Ureterokolokuttaneostomie (Colon-/Sigma-Conduit)

Die Kodiermöglichkeiten für das Anlegen zusätzlicher Gewebeverstärkung sonstiger Enterostamata besitzen nur bei wenig relevanten Sonderfällen Relevanz (z. B. Bishop-Koop, Duodenostomie), da bei regelhaften Stomaanlagen hierfür bereits Zusatzkodes (5-932.-) anzuwenden sind. Gleichzeitig wurde die „aus operationstechnischen Gründen erforderliche Mitresektion einer Manschette“ in die Kodes der Eneterostoma-Rückverlagerungen ausdrücklich aufgenommen. Somit sind im Regelfall keine zusätzlichen Darmresektionen kodierbar, außer falls in besonderen Situationen ein ganzes Darmsegment reseziert werden muss. Diese Prozeduren sind separat nach 5-455.01 oder 5-455.05 (Kolon), bzw. 5-454.20 oder 5-454.21 (Ileum), zu kodieren.

Die Rückverlagerung eines doppelläufigen Ileostomas ist mit „5-465.1 Rückverlagerung eines doppelläufigen Enterostoma, Ileostoma“ zu kodieren. Das Anfrischen der Resektionsränder ist integraler Bestandteil der Prozedur und wird somit nicht als kodierbare Teilresektion des Ileums zusätzlich kodiert.
Der Zugang und die Art der Rekonstruktion sind an der 6.Stelle zu kodieren und der Liste des jeweiligen Kodes zu entnehmen.

Beispiel:
Ein Patient wird zur Behandlung eines bösartigen Colonkarzinoms mit Anlage eines Enterostomas aufgenommen.



C. DRGs der Stomaversorgung

In der Übersicht ist eine Auswahl von DRGs der Stomaversorgung zusammengestellt.

GRAVIERENDE Veränderungen zum Vorjahr sind mit Pfeilen dargestellt.

DRG	Partition	Bezeichnung	RG	Mittlere VWD	Untere VWD	Obere GVWD
G01Z	O	Eviszeration des kleinen Beckens	7,110 ↑	22,3	6	40
G02A	O	Eingriffe an den Verdauungsorganen bei angeborener Fehlbildung, Alter < 2 Jahre od. best. Eingriffe an Dünn-/Dickdarm mit kompliz. Diagnose od. intensivmed. Komplexbeh. > - / 368 / - Aufwandsp. od. Komplexbeh. MRE od. komplexer Eingriff u. Alter < 10 J.	4,683	19,3	5	37
G02B	O	Kompl. Eingriffe an Dünn- / Dickdarm oh. Eingriffe an den Verdauungsorg. bei angeb. Fehlbildung, Alt. > 1 J., oh. best. Eingriffe an Dünn- / Dickdarm, oh. kompliz. Diag., oh. IntK > 392 / - / - P., oh. Komplexbeh. MRE, oh. kompl. Eingriff od. Alt. > 9 J.	3,321	15,1	4	29
G14Z	O	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	5,309	32,5		51
G15Z	O	Strahlentherapie mit großem abdominellen Eingriff	4,481 ↑	22,6	7	41
G16A	O	Komplexe Rektumresektion oder andere Rektumresektion mit bestimmtem Eingriff oder komplexer Diagnose, mit komplizierender Konstellation oder plastischer Rekonstruktion mit myokutanem Lappen oder IntK > - / 368 / - Aufwandspunkte	7,916 ↑	25,0	7	43
G16B	O	Komplexe Rektumresektion oder andere Rektumresektion mit bestimmtem Eingriff oder komplexer Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, ohne plastische Rekonstruktion mit myokutanem Lappen, ohne IntK > - / 368 / - Aufwandspunkte	4,298	17,1	5	33
G17A	O	Andere Rektumresektion ohne bestimmten Eingriff oder Implantation eines künstlichen Analsphinkters, bei bösartiger Neubildung	3,726	14,6	4	28
G17B	O	Andere Rektumresektion ohne bestimmten Eingriff oder Implantation eines künstlichen Analsphinkters, außer bei bösartiger Neubildung	2,953	12,3	3	23
G18A	O	Best. Eingr. an Dünn- / Dickdarm od. Enterostomaanl. od. andere Eingr. am Darm m. äuß. schw. CC, m. hochkompl. Eingr. od. kompliz. Diag. od. m. sehr kompl. Eingr. od. aufwend. Eingr. m. äuß. schw. CC, m. IntK > - / 368 / - Punkte od. m. Komplexbeh. MRE	4,214	17,1	5	33
G18B	O	Bestimmte Eingriffe an Dünn-/ Dickdarm oder Anlegen eines Enterostomas oder anderer Eingriff am Darm mit äuß. schw. CC, mit sehr komplexem Eingriff oder aufwend. Eingriff mit äuß. schw. CC, ohne IntK > - / 368 / - Punkte, ohne Komplexbeh. MRE	2,785	12,6	3	24
G18C	O	Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm, ohne hochkomplexen oder sehr komplexen Eingriff, ohne aufwendigen Eingriff oder ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Diagnose, mit komplexem Eingriff	2,213	11,1	3	22

G18D	O	Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose	1,251	5,6	1	12

DRGs der Stomaversorgung

DRG	Partition	Bezeichnung	RG	Mittlere VWD	Untere VWD	Obere GVWD
G21A	O	Komplexe Adhäsiolyse am Peritoneum, Alter > 3 Jahre und < 16 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder andere Eingriffe an Darm und Enterostoma, ohne äußerst schwere CC	1,455	6,0	1	13
G21B	O	Komplexe Adhäsiolyse am Peritoneum, Alter > 3 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder bestimmte andere Eingriffe an Darm und Enterostoma, mit äußerst schweren CC oder aufwendigem Eingriff am Darm	1,686	8,4	2	16
G35Z	O	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	10,152 ↓	40,6	13	59
G48A	A	Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC, komplizierendem Eingriff oder Alter < 15 Jahre oder mehrzeitige endoskopische Blutstillung, mit schwerer Darminfektion oder bei Zustand nach Organtransplantation	1,960	14,4	4	29
G48B	A	Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC, komplizierendem Eingriff oder Alter < 15 Jahre oder mehrzeitige endoskopische Blutstillung, ohne schwere Darminfektion, außer bei Zustand nach Organtransplantation	1,390	9,2	2	20
G52Z	A	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	2,150	21,6		33
G60A	M	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag mit äußerst schweren CC oder bestimmte hochaufwendige Behandlung	1,495	11,4	3	24
G60B	M	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte hochaufwendige Behandlung	0,499	3,5	1	9
G64A	M	Entzündliche Darmerkrankung oder andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren CC	1,715	12,4	3	26
G64B	M	Entzündliche Darmerkrankung oder andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane, ohne äußerst schwere CC	0,658	5,4	1	12
G65Z	M	Obstruktion des Verdauungstraktes	0,561	4,3	1	10
G67C	M	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne bestimmte oder andere komplizierende Faktoren, ohne äußerst schwere CC	0,470	3,5	1	8
G77Z	M	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	2,303	18,1		34

VI Pflegeaufwand als Nebendiagnose

Die Kodierqualität und -quantität nimmt im Rahmen der DRGs eine Schlüsselposition ein. Der pflegerische Ressourcenverbrauch in der Patientenbetreuung kann und sollte aus diesem Grunde ebenfalls kodiert werden. Der pflegerische Aufwand ist im DRG-System indirekt als Pauschale einkalkuliert. Einige PCCL-relevante Krankheitsaspekte können durch pflegerische Maßnahmen festgestellt und dokumentiert werden. Die Erfassung dient der Beschreibung des Pflegeaufwands bei einem komplexen Krankheitsbild und wird als Nebendiagnose erfasst.

Die folgende Liste mit Beispielen pflegerelevanter Nebendiagnosen beinhaltet PCCL-steigernde ICD-10. Diese sind jedoch in der Regel nicht mehr erlössteigernd. Der Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS) hingegen ist erlös- und seit 2017 für 11 Basis-DRG´s gruppierungsrelevant. Bei Kodierung der entsprechenden Prozedurenkodes sind Zusatzentgelte abrechenbar (s. zweiter Teil dieses Kapitels).

Ernährung /Stoffwechselerkrankungen

E43	**Nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweißmangelernährung** Erheblicher Gewichtsverlust [Unterernährung] [Kachexie] bei Kindern oder Erwachsenen oder fehlende Gewichtszunahme bei Kindern, die zu einem Gewichtswert führen, der mindestens 3 Standardabweichungen unter dem Mittelwert der Bezugspopulation liegt (oder eine ähnliche Abweichung in anderen statistischen Verteilungen). Wenn nur eine Gewichtsmessung vorliegt, besteht mit hoher Wahrscheinlichkeit eine erhebliche Unterernährung, wenn der Gewichtswert 3 oder mehr Standardabweichungen unter dem Mittelwert der Bezugspopulation liegt. ***Inkl.:*** Hungerödem
E44.-	Energie- und Eiweißmangelernährung mäßigen und leichten Grades
E66.-	Adipositas
E87.5	Hyperkaliämie Kaliumüberschuss Vermehrtes Vorhandensein von Kalium
E87.6	Hypokaliämie Kaliummangel
F50.-	Essstörungen ***Exkl.:*** Anorexia o.n.A. (R63.0) Fütterschwierigkeiten und Betreuungsfehler (R63.3) Fütterstörung im Kleinkind- und Kindesalter (F98.2) Polyphagie (R63.2)
R63.3	Ernährungsprobleme und unsachgemäße Ernährung Ernährungsproblem o.n.A. ***Exkl.:*** Ernährungsprobleme beim Neugeborenen (P92.-) Fütterstörung nichtorganischen Ursprungs beim Kleinkind (F98.2)
R64	Essstörungen ***Exkl.:*** Anorexia o.a.A. (R63.0) Fütterschwierigkeiten und Betreuungsfehler (R63.3) Fütterstörung im Kleinkind- und Kindesalter (F98.2) Polyphagie (R63.2)

Ausscheidung

A09.-	**Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs** **Exkl.:** Durch Bakterien, Protozoen, Viren und sonstige näher bezeichnete Infektionserreger (A00- A08) Nichtinfektiöse Diarrhoe (K52.9) Nichtinfektiöse Diarrhoe beim Neugeborenen (P78.3)
A09.0	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs Hinw.: Diese Kategorie ist auch bei sonstiger und nicht näher bezeichneter Gastroenteritis und Kolitis vermutlich infektiösen Ursprungs zu verwenden. Darmkatarrh Diarrhoe [Durchfall]: • akut blutig • akut hämorrhagisch • akut wässrig • dysenterisch • epidemisch Infektiös oder septisch: • Enteritis • Gastroenteritis • Kolitis hämorrhagisch o.n.A nfektiöse Diarrhoe o.n.A.
K52.0	Gastroenteritis und Kolitis durch Strahleneinwirkung
K52.9	Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis, nicht näher bezeichnet Diarrhoe Enteritis Ileitis Jejunitis Sigmoiditis als nichtinfektiös bezeichnet Exkl.: Diarrhoe beim Neugeborenen (nichtinfektiös) (P78.3) Funktionelle Diarrhoe (K59.1) Kolitis, Diarrhoe, Enteritis, Gastroenteritis: • infektiös (A09.0) • nicht näher bezeichneten Ursprungs (A09.9) • Psychogene Diarrhoe (F45.32)
K91.3	Postoperativer Darmverschluss
K91.4	Funktionsstörung nach Kolostomie oder Enterostomie
N18.-	Chronische Nierenkrankheit
N30.0	Akute Zystitis Exkl.: Strahlenzystitis (N30.4) Trigonumzystitis (N30.3)
N39.3	Belastungsinkontinenz [Stressinkontinenz] Soll eine damit verbundene hyperaktive Blase [overactive bladder] oder Detrusorüber-aktivität angegeben werden, ist eine zusätzliche Schlüsselnummer (N32.8) zu benutzen. Soll nach einer durchgeführten Harninkontinenzoperation das erneute Auftreten der ursprünglich diagnostizierten Inkontinenz (Rezidivinkontinenz) angegeben werden, ist eine zusätzliche Schlüsselnummer (N39.47!) zu benutzen

N39.4-	**Sonstige näher bezeichnete Harninkontinenz** Soll eine damit verbundene hyperaktive Blase [overactive bladder] oder Detrusorüber-aktivität angegeben werden, ist eine zusätzliche Schlüsselnummer (N32.8) zu benutzen. Soll nach einer durchgeführten Harninkontinenzoperation das erneute Auftreten der ursprünglich diagnostizierten Inkontinenz (Rezidivinkontinenz) angegeben werden, ist eine zusätzliche Schlüsselnummer (N39.47!) zu benutzen. Exkl.: Enuresis o.n.A. (R32) Harninkontinenz: • nichtorganischer Ursprung (F98.0) • o.n.A. (R32)
N39.40	Reflexinkontinenz
N39.41	Überlaufinkontinenz
N39.42	Dranginkontinenz
N39.43	Extraurethrale Harninkontinenz Urinverlust aus anderen Öffnungen als der Urethra
N39.47!	Rezidivinkontinenz
N39.48	Sonstige näher bezeichnete Harninkontinenz
R15	**Stuhlinkontinenz** ***Inkl.:*** Enkopresis o.n.A. ***Exkl.:*** Nichtorganische Enkopresis (F98.1)
R31	Nicht näher bezeichnete Hämaturie ***Exkl.:*** Rezidivierende oder persistierende Hämaturie (N02.-)
R32	Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz ***Inkl.:*** Enuresis o.n.A. ***Exkl.:*** Nichtorganische Enuresis (F98.0) Stressinkontinenz und sonstige näher bezeichnete Harninkontinenz (N39.3-N39.4)
R33	Harnverhaltung

Schleimhaut/Haut

A49.-	Bakterielle Infektionen nicht näher bezeichneter Lokalisation ***Exkl.:*** Bakterien als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln aufgeführt sind (B95-B96) Chlamydieninfektion o.n.A. (A74.9) Meningokokkeninfektion o.n.A. (A39.9) Rickettsieninfektion o.n.A. (A79.9) Spirochäteninfektion o.n.A. (A69.9)
B00.1	Dermatitis vesicularis durch Herpesviren Dermatitis vesicularis: - Lippe durch humanes (Alpha-) Herpes-Virus, Typ 2 [HSV-2] - Ohr Herpes simplex: - facialis - labialis
B37.0	Candida-Stomatitis Mundsoor
I83.0	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration Jeder Zustand unter I83.9 mit Ulzeration oder als ulzeriert bezeichnet Ulcus varicosum (untere Extremität, jeder Abschnitt)
I83.2	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration und Entzündung Jeder Zustand unter I83.9 mit Ulzeration und Entzündung

N99.1	Harnröhrenstriktur nach medizinischen Maßnahmen Harnröhrenstriktur nach Katheterisierung
T80.1	Gefäßkomplikation nach Infusion /Transfusion/Injektion zu therapeutischen Zwecken Phlebitis Thrombembolie nach Infusion, Transfusion o. Injektion zu ther. Zwecken Thombophlebitis ***Exkl.:*** Aufgeführte Zustände mit der Angabe: - durch Prothesen, Implantate und Transplantate (T82.8, T83.8, T84.8, T85.8-) - nach medizinischen Maßnahmen (T81.7)
T81.8	Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, andernorts nicht klassifiziert Emphysem (subkutan) als Folge eines Eingriffs Komplikation bei Inhalationstherapie Persistierende postoperative Fistel ***Exkl.:*** Maligne Hyperthermie durch Anästhesie (T88.3) Hypothermie nach Anästhesie (T88.5)

Neurologische Erkrankungen

G51.0	Faszialisparese Bell-Lähmung
G81.9	Hemiparese und Hemiplegie, nicht näher bezeichnet
R47.0	Dysphasie und Aphasie Exkl.: Progressive isolierte Aphasie (G31.0)
R47.1	Dysarthrie und Anarthrie
R48.2	Apraxie
R50.88	Sonstiges näher bezeichnetes Fieber Anhaltendes Fieber Fieber mit Schüttelfrost
R52.0	Akuter Schmerz
R52.1	Chronischer unbeeinflussbarer Schmerz
R52.2	Sonstiger chronischer Schmerz
R52.9	Schmerz, nicht näher bezeichnet Diffuser Schmerz o.n.A.
R56.0	Fieberkrämpfe
R54	Senilität ***Inkl.:*** Altersschwäche Hohes Alter, Seneszenz (ohne Angabe einer Psychose) Exkl.: Senile Psychose (F03)

Demenz/Suchterkrankungen

F00.-*	Demenz bei Alzheimer-Krankheit (G30.-†)
F01.-	Vaskuläre Demenz Die vaskuläre Demenz ist das Ergebnis einer Infarzierung des Gehirns als Folge einer vaskulären Krankheit, einschließlich der zerebrovaskulären Hypertonie. Die Infarkte sind meist klein, kumulieren aber in ihrer Wirkung. Der Beginn liegt gewöhnlich im späteren Lebensalter. Inkl.: Arteriosklerotische Demenz
F02.-*	Demenz bei andernorts klassifizierten Krankheiten

	Formen der Demenz, bei denen eine andere Ursache als die Alzheimer-Krankheit oder eine zerebrovaskuläre Krankheit vorliegt oder vermutet wird. Sie kann in jedem Lebensalter auftreten, selten jedoch im höheren Alter.
F05.-	Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt Ein ätiologisch unspezifisches hirnorganisches Syndrom, das charakterisiert ist durch gleichzeitig bestehende Störungen des Bewusstseins und der Aufmerksamkeit, der Wahrnehmung, des Denkens, des Gedächtnisses, der Psychomotorik, der Emotionalität und des Schlaf-Wach-Rhythmus. Die Dauer ist sehr unterschiedlich und der Schweregrad reicht von leicht bis zu sehr schwer. Inkl.: Akut oder subakut: • exogener Reaktionstyp • hirnorganisches Syndrom • psychoorganisches Syndrom • Psychose bei Infektionskrankheit • Verwirrtheitszustand (nicht alkoholbedingt)Exkl.: Delirium tremens, alkoholbedingt oder nicht näher bezeichnet (F10.4)
F10.-	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol Die folgenden vierten Stellen sind bei den Kategorien F10-F19 zu benutzen: .0 Akute Intoxikation [akuter Rausch] .1 Schädlicher Gebrauch .2 Abhängigkeitssyndrom .3 Entzugssyndrom .4 Entzugssyndrom mit Delir .5 Psychotische Störung .6 Amnestisches Syndrom .7 Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung .8 Sonstige psychische und Verhaltensstörungen
F11.- bis F19.-	Psychische und Verhaltensstörungen (durch z. B. Opioide, Cannabinoide, Sedativa oder Hypnotika, Kokain etc.)

Atemwegserkrankungen

J20.-	Akute Bronchitis Inkl.: Bronchitis: • akut oder subakut (mit): • Bronchospasmus • eitrig • fibrinös • membranös • obstruktiv • septisch • Tracheitis • o.n.A. bei Patienten unter 15 Jahren Tracheobronchitis, akut Exkl.: Bronchitis: • allergisch o.n.A. (J45.0) • chronisch: • einfach (J41.0) • obstruktiv (J44.-) • schleimig-eitrig (J41.1) • o.n.A. (J42) • o.n.A. bei Patienten von 15 Jahren und älter (J40)

	Tracheobronchitis: • chronisch (J42) • chronisch-obstruktiv (J44.-) • o.n.A. (J40)
J13.-	Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae Inkl.: Bronchopneumonie durch Streptococcus pneumoniae Benutze für Zwecke der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V eine zusätzliche Schlüsselnummer (U69.00!), um das Vorliegen einer im Krankenhaus erworbenen und vollstationär behandelten Pneumonie bei erwachsenen Patienten (18 Jahre und älter) anzugeben. ***Exkl.:*** Angeborene Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae (P23.6) Pneumonie durch sonstige Streptokokken (J15.3-J15.4)
J14.-	Pneumonie durch Haemophilus influenzae ***Inkl.:*** Bronchopneumonie durch Haemophilus influenzae Benutze für Zwecke der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V eine zusätzliche Schlüsselnummer (U69.00!), um das Vorliegen einer im Krankenhaus erworbenen und vollstationär behandelten Pneumonie bei erwachsenen Patienten (18 Jahre und älter) anzugeben. ***Exkl.:*** Angeborene Pneumonie durch Haemophilus influenzae (P23.6)
Z43.0	Versorgung eines Tracheostomas
A49.-	Bakterielle Infektionen nicht näher bezeichneter Lokalisation Exkl.: Bakterien als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln aufgeführt sind (B95-B96) Chlamydieninfektion o.n.A. (A74.9) Meningokokkeninfektion o.n.A. (A39.9) Rickettsieninfektion o.n.A. (A79.9) Spirochäteninfektion o.n.A. (A69.9)

Die Darstellung des Falls in seiner Komplexität kann Anfragen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) reduzieren und damit ärztliche Ressourcen freisetzen. Bedeutsam ist darüber hinaus die Sensibilisierung des Pflegedienstes für die DRG- und Kodierungsthematik.

Prozessmöglichkeit 1:

a) Die Pflegekraft dokumentiert fortlaufend am PC in der „Online Akte“ des Patienten die pflegerelevanten Nebendiagnosen.
b) Der Arzt überprüft die Nennungen und ergänzt diese um seine fallbezogenen ICD-10 und OPS Nennungen.
c) Die „Online Akte“ aktualisiert sich mit jeder Nennung und zeigt die derzeitig angesteuerte DRG an.
d) Bei Fallanschluss wird dann die Kodierung abgeschlossen und die DRG steht fest.

Prozessmöglichkeit 2:

a) Die Pflegekraft dokumentiert fortlaufend auf einem Kodierungsbogen des Patienten die pflegerelevanten Nebendiagnosen.
b) Der Arzt überprüft die Nennungen und ergänzt diese um seine fallbezogenen ICD-10 und OPS Nennungen.
c) Ein Kodierungsassistent fügt bei Fallabschluss alle Nennungen zusammen – Die DRG steht fest.

Hochaufwendige Pflege von Patienten
PKMS = Pflegekomplexmaßnahmen-Score

Der PKMS ist ein von der Expertengruppe des DPR (Deutscher Pflegerat) entwickeltes Instrument zur Abbildung der Pflege von hochaufwendigen Patienten im Krankenhaus auf „Normalstationen". Durch die Deutschsprachige medizinische Gesellschaft für Paraplegie e.V. (DMGP) wurden die Kriterien für die hochaufwendige Pflege bei Patienten mit Querschnittlähmung beschrieben, entwickelt und ergänzt.

Diese hochaufwendige Pflege geht über die normale **volle Übernahme** von Pflegetätigkeiten in mindestens einem der 4 Leistungsbereiche **Körperpflege, Ernährung, Ausscheidung und Bewegen/Lagern/Mobilisation/Sicherheit** deutlich hinaus und/oder im und/oder im Bereich **Kommunizieren/Beschäftigen** besteht ein wesentlich höherer Bedarf als beim durchschnittlichen Patienten mit besonderen Leistungen (vgl. PPR (Pflege-Personalregelung) Stufe A3 der entsprechenden Altersstufe). Zusätzlich wurden die beiden Leistungsbereiche Kreislauf und Wundmanagement bzw. Wund- und Hautbehandlung in der speziellen Pflege für Patienten mit Hemi-, Para- oder Tetraplegie integriert.

Die Leistungsbereiche sind jeweils mit einer unterschiedlichen Anzahl von Aufwandspunkten bewertet.

Es wurden unterschiedliche PKMS entwickelt, da die hochaufwendige Pflege in den verschiedenen Altersstufen unterschiedlich operationalisiert ist:

- für Erwachsene (PKMS-E): ab dem Beginn des 19. Lebensjahres
- für Kinder und Jugendliche (PKMS-J): ab dem Beginn des 7. Lebensjahres bis zum Ende des 18. Lebensjahres
- für Kleinkinder (PKMS-K): ab dem Beginn des 2. Lebensjahres bis zum Ende des 6. Lebensjahres
- für Frühgeborene, Neugeborene und Säuglinge (PKMS-F) bis zum Ende des 1. Lebensjahres

ZE	Bezeichnung	ZE$_D$	OPS-Kode	OPS-Text	Betrag
ZE130	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	ZE130.01	9-200.01	43 bis 56 Aufwandspunkte	1.004,49 €
			9-200.02	57 bis 71 Aufwandspunkte	
			9-200.1	72 bis 100 Aufwandspunkte	
			9-200.5	101 bis 129 Aufwandspunkte	
		ZE130.02	9-200.6	130 bis 158 Aufwandspunkte	2.346,55 €
			9-200.7	159 bis 187 Aufwandspunkte	
			9-200.8	188 bis 216 Aufwandspunkte	
			9-200.9	217 bis 245 Aufwandspunkte	
			9-200.a	246 bis 274 Aufwandspunkte	
			9-200.b	275 bis 303 Aufwandspunkte	
			9-200.c	304 bis 332 Aufwandspunkte	
			9-200.d	333 bis 361 Aufwandspunkte	
			9-200.e	362 und mehr Aufwandspunkte	

Beispiel:

9-20	**Hochaufwendige Pflege von Patienten**
9-200	**Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen** *Exkl.:* Hochaufwendige Pflege von Kindern und Jugendlichen (PKMS-J) (9-201) Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern (PKMS-K) (9-202) *Hinw.:* Ein Kode aus diesem Bereich ist nur für Leistungen anzugeben, die in Einrichtungen im Geltungsbereich des § 17b KHG erbracht wurden Ein Kode aus diesem Bereich ist für Patienten ab dem Beginn des 19.Lebensjahres anzugeben Mindestmerkmale: • Ein Kode aus diesem Bereich ist anzugeben, wenn in einem oder mehreren Leistungsbereichen die Bedingungen des Pflegekomplexmaßnahmen-Scores für Erwachsene [PKMS-E] erfüllt sind. Die sich daraus ergebenden Aufwandspunkte werden täglich addiert. Die Gesamtanzahl der Aufwandspunkte errechnet sich aus der Summe der täglich ermittelten Punkte aus dem PKMS-E über die Verweildauer des Patienten. Aufwandspunkte, die am Aufnahme- und/oder Entlassungstag entstehen, werden mit berücksichtigt • Die pflegerischen Leistungen werden durch examinierte Pflegefachkräfte mit dreijähriger Ausbildung oder oder unter deren Verantwortung erbracht • Die zu verwendenden Parameter des PKMS-E und weitere Nutzungshinweise sind im Anhang zum OPS zu finden