



1913 **DGVS**

Deutsche Gesellschaft für  
Gastroenterologie,  
Verdauungs- und  
Stoffwechselkrankheiten

## **DRG-Update**

-Herbst 2023-

Kommission für Medizinische Klassifikation und  
Gesundheitsökonomie  
der

Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und  
Stoffwechselkrankheiten (DGVS)

### WICHTIG 2024

- Hybrid DRG und Leistungsgruppen
- Gastropexie bei PEG Anlage
- EFTR im Rektum
- BARS System für die Magenreduktion
- Single Use Gastroskope

## Inhalt

Hybrid-DRGs .....	3
Leistungsgruppen .....	3
Übersicht der ICD-/OPS-Änderungen 2024.....	4
ICD – Diagnoseschlüssel – Änderungen und Ergänzungen .....	5
Kodierung Ösophagusblutung.....	5
Chronische Hep. E .....	5
ICD – Diagnoseschlüssel – nicht umgesetzte oder nur teilweise umgesetzte Änderungsanträge .....	6
Crohn-Krankheit des Dünndarms mit Abszess: Änderung im alphabetischen Verzeichnis .....	6
Klarstellung der Kodierung der Ösophagusmotilitätsstörungen .....	6
Differenzierung D12.6 Gutartige Neubildung: Kolon, nicht näher bezeichnet für FAP (Fam. Adenomatöse Polyposis).....	7
OPS – Operationen- und Prozedurenschlüssel – Änderungen und Ergänzungen .....	7
Langzeitmanometrie Ösophagus .....	7
Gastrostomie, PEG / JET- PEG, endoskopische Gastropexie.....	8
EFTR am Rektum: Inklusivum am OPS 5-482.81 .....	9
Single Use Gastroskop .....	9
Intravasale, endosonographisch-gesteuerte Messung des Pfortader- und Lebervenenendrucks .....	10
TIPS- Kodierung .....	11
Reduktion einer erweiterten Anastomose nach Magen-Darm-Operationen.....	12
OPS – Operationen- und Prozedurenschlüssel – nicht umgesetzte Änderungsanträge .....	12
Desobliteration bei Okklusion [einer PEG/PEJ] .....	12
Sensorkapsel (Hemopill).....	13
Vereinheitlichung der verschiedenen Bezeichnungen für Stent .....	13
Substitution von Albumin bei dekompensierter Zirrhose.....	13
Risankizumab.....	14
Zusammenfassung und Ausblick .....	14
Datenlieferung an InEK und DGVS .....	14
Disclaimer .....	16
Autoren.....	16

## Hybrid-DRGs

Mit dem Inkrafttreten des § 115f SGB V wurde die „Spezielle sektorengleiche Vergütung“ (Hybrid- DRG) eingeführt.

Nachdem die Selbstverwaltungspartner keinen Umsetzungsvorschlag innerhalb der gesetzlich festgelegten Frist vorlegen konnten, hat das BMG am 21. September seinen Vorschlag für eine „Verordnung zu einer speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG-Verordnung)“ vorgestellt.

Neben den 5 Leistungsbereichen (Bestimmte Hernienoperationen, Entfernung von Harnleitersteinen, Ovariectomien, Arthrodesen (Versteifung) der Zehengelenke, Exzision eines Sinus pilonidalis) für Hybrid-DRGs, die ab dem 01.01.2024 aktiv werden sollen, enthält der Referentenentwurf auch eine Liste mit DRGs, die die Grundlage für eine erweiterte Leistungsauswahl, für die die Vergütung im Laufe des Jahres 2024 festgelegt wird, bilden soll.

Diese Liste beinhaltet auch DRGs, die im Wesentlichen durch die Erbringung von endoskopischen Leistungen definiert sind. Hier finden sich endoskopische Eingriffe an den Gallenwegen (ERCP; H41D, H41E) und andere endoskopische Leistungen (G47B, G67A, G67B, G67C, G71Z).

Die DGVS hat hierzu in einem Schreiben an das BMG öffentlich bzgl. einer sinnvollen Auswahl der Leistungen und Umsetzung aus fachlicher Sicht Stellung bezogen.

Diese Stellungnahme ist auf der Website der DGVS veröffentlicht.

<https://www.dgvs.de/aus-dem-fach/gesundheitspolitik/strukturreform/stellungnahme-der-dgvs/>

## Leistungsgruppen

Mit dem Krankenhaustransparenzgesetz wurde, neben anderen Maßnahmen, zur Sicherung einer hohen Qualität der stationären Versorgung auch die Einführung von Leistungsgruppen beschlossen.

Das InEK wurde im August vom BMG mit der Definition dieser Leistungsgruppen beauftragt. Jeder Krankenhausfall soll auf Basis von DRG- Abrechnungsdaten bundesweit einheitlich genau einer Leistungsgruppe zugeordnet werden.

Die DGVS hat auf Anfrage des InEK im Rahmen einer ad hoc gegründeten „AG Leistungsgruppen“ aus Mitgliedern der MKG die Definition der Leistungsgruppe „Komplexe Gastroenterologie“ aus fachlicher Sicht unterstützt. Hierzu wurden in einer konzertierten und zeitkritischen Aktion alle für die Gastroenterologie relevanten DRGs, ICD- und OPS-Kodes (auch in Kombination) bzgl. ihrer Zuordnung zur Leistungsgruppe „komplexe Gastroenterologie“ bewertet.

## Übersicht der ICD-/OPS-Änderungen 2024

Die Kommission für Medizinische Klassifikation und Gesundheitsökonomie der DGVS berichtet mit diesem Update über die Änderungen bei gastroenterologischen Erkrankungen und Leistungen im deutschen DRG-System.

Anträge durch die DGVS:

ICD:

Thema	Status
Exklusivum für Ösophagusblutung bei ICD K92.2 Gastrointestinale Blutung, nicht näher .bezeichnet.	umgesetzt
Chronische Hep. E	umgesetzt
Crohn-Krankheit des Dünndarms mit Abszess: Änderung im alphabetischen Verzeichnis	nicht umgesetzt
Klarstellung der Kodierung der Ösophagusmotilitätsstörungen	nicht umgesetzt
Differenzierung D12.6 Gutartige Neubildung: Kolon, nicht näher bezeichnet für FAP (Fam. Adenomatöse Polyposis)	nicht umgesetzt

OPS:

Thema	Status
Langzeitmanometrie Ösophagus	umgesetzt
Gastrostomie, PEG / JET- PEG	umgesetzt
Endoskopische Gastropexie	umgesetzt
EFTR am Rektum: Inklusivum am OPS 5-482.81	umgesetzt
Single Use Gastroskop	umgesetzt
Intravasale endosonographisch-gesteuerte Messung des Pfortader- und Lebervenenendruck	umgesetzt
OPS- Anträge zu Problemen bei TIPS- Kodierung	umgesetzt
Reduktion einer erweiterten Anastomose nach Magen-Darm-Operationen	umgesetzt
Desobliteration bei Okklusion [einer PEG/PEJ]	nicht umgesetzt
Sensorkapsel (Hemopill)	nicht umgesetzt
Vereinheitlichung der verschiedenen Bezeichnungen für Stent	nicht umgesetzt
Substitution von Albumin bei dekompensierter Zirrhose	nicht umgesetzt
Risankizumab	nicht umgesetzt

Die DGVS bittet alle Kliniken, die dargelegten Änderungen in den Bereichen ICD und OPS ab dem 01.01.2024 konsequent zu nutzen. Nur wenn die neuen Codes in der Praxis Einsatz finden, kann die Erlösrelevanz nachgewiesen und eine leistungsgerechte Bewertung gastroenterologischer Leistungen erwirkt werden.

## ICD – Diagnoseschlüssel – Änderungen und Ergänzungen

Quelle: aus BfArM Aktualisierungslisten zur Systematik ICD 2024

[https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Kodiersysteme/klassifikationen/icd-10-gm/version2024/icd10gm2024syst-alisten\\_zip.html](https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Kodiersysteme/klassifikationen/icd-10-gm/version2024/icd10gm2024syst-alisten_zip.html)

### Kodierung Ösophagusblutung

Seit dem ICD 2019 steht mit dem Code K22.81 ein spezifischer OPS zur Kodierung der Ösophagusblutung zur Verfügung. Mit der ICD- Version 2024 wurde noch ein klärendes Exklusivum für die Ösophagusblutung beim ICD-Kode K92.2 *Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet* eingefügt.

<b>K92.-</b>	<b>Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems</b>
<b>K92.2</b>	<b>Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet</b>
	Blutung:
	• Darm o.n.A.
	• Magen o.n.A.
	<b>Exkl.:</b> Akute hämorrhagische Gastritis (K29.0)
	Angiodysplasie des Dünndarmes mit Blutung (K55.32)
	Angiodysplasie des Kolons mit Blutung (K55.22)
	Angiodysplasie des Magens und des Duodenums mit Blutung (K31.82)
	Hämorrhagie von Anus und Rektum (K62.5-)
	Mit Ulcus pepticum (K25-K28)
	<b>Ösophagusblutung (K22.81)</b>

### Chronische Hep. E

Bei immunsupprimierten Personen (z.B. Transplantatempfänger, Patienten mit unbehandelter HIV-Infektion/AIDS oder während und nach Chemotherapie) kann es zu chronischen Hepatitis-E-Virusinfektionen kommen. Diese können nicht selten mit rapider Progression zu einer Leberzirrhose führen.

Ist zur Viruselimination eine Reduzierung der Immunsuppression nicht möglich oder erfolgreich, so kommt eine antivirale Behandlung (z.B. mit Ribavirin oder pegyliertem Interferon alpha) in Frage.

Dies ist aufgrund der Grunderkrankung häufig nur im stationären Setting möglich und muss somit im DRG-System sichtbar gemacht werden.

Bisher konnte die chron. Hepatitis E nur unspezifisch kodiert werden.

Um eine spezifische Kodierung zu ermöglichen, wurde der bisherige ICD B18.8 *Sonstige chronische Virushepatitis* gesplittet.

## Virushepatitis (B15-B19)

<b>B18.-</b>	<b>Chronische Virushepatitis</b>
<b>B18.8-</b>	<b>Sonstige chronische Virushepatitis</b>
<b>B18.80</b>	<b>Chronische Virushepatitis E</b>
<b>B18.88</b>	<b>Sonstige chronische Virushepatitis</b>

## ICD – Diagnoseschlüssel – nicht umgesetzte oder nur teilweise umgesetzte Änderungsanträge

Die nachfolgend aufgeführten Anträge wurden für das Jahr 2024 **nicht** umgesetzt.

### Crohn-Krankheit des Dünndarms mit Abszess: Änderung im alphabetischen Verzeichnis

Im Alphabetischen Verzeichnis wird bei Crohn-Krankheit des Dün- und Dickdarms mit Abszess auf K50.82 „Crohn-Krankheit der Speiseröhre und des Magen-Darm-Traktes, mehrere Teilbereiche betreffend“ verwiesen.

Ein Antrag auf eine Änderung dieses Verweises auf K65.09 *Sonstige und nicht näher bezeichnete akute Peritonitis [Inkl. Abszess retroperitoneal]* wurde nicht umgesetzt.

### Klarstellung der Kodierung der Ösophagusmotilitätsstörungen

Unter dem ICD-Kode K22.4 „Dyskinesie des Ösophagus“ sind verschiedene Inklusiva aufgeführt, die nicht mehr dem aktuellen Stand der medizinischen Terminologie entsprechen und daher aktualisiert werden müssten.

Die Chicago Klassifikation zu Ösophagusmotilitätsstörungen führt mittlerweile andere Entitäten auf.

- Die ösophageale Amotilität (Typ 2a der Motilitätsstörungen des tubulären Ösophagus) und die ineffektive Motilität des tubulären Ösophagus fehlen bislang in der Auflistung der Inklusiva.
- Der diffuse Ösophagusspasmus entspricht nunmehr dem distalen Ösophagusspasmus (DES).
- Die Korkenzieherspeiseröhre entspricht nunmehr einem hyperkontraktilen Ösophagus.

Der Begriff Kardiospasmus ist nicht mehr gebräuchlich und auch keiner anderen Motilitätsstörung zuzuordnen und sollte daher beim ICD-Kode K22.0 als Inklusivum und beim ICD-Kode K22.4 als Exklusivum gestrichen werden.

Ein entsprechender Antrag auf Änderung wurde gestellt, auch das alphabetische Verzeichnis sollte angepasst werden.

Die Inklusiva direkt im ICD wurden nicht angepasst, allerdings wurden die genannten Bezeichnungen im alphabetischen Verzeichnis ergänzt.

### Differenzierung D12.6 Gutartige Neubildung: Kolon, nicht näher bezeichnet für FAP (Fam. Adenomatöse Polyposis)

Um die Kodierung der familiäre adenomatöse Polyposis (FAP) und des serratiertes Polyposis Syndrom klarer darzustellen wurde die Aufnahme entsprechender Inklusiva zum ICD D12.6 *Gutartige Neubildung: Kolon, nicht näher bezeichnet* beantragt. Diese Änderung wurde nicht umgesetzt.

Im selben Antrag wurde auch Aufnahme der Entität „Polymerase Proofreading-assoziierte Polyposis (PPAP)“ ins Alphabetische Verzeichnis mit Verweis auf den D12.6 beantragt. Dies wurde entsprechend dem Antrag auch umgesetzt.

## OPS – Operationen- und Prozedurenschlüssel – Änderungen und Ergänzungen

Quelle: aus DIMDI Aktualisierungslisten zur Systematik OPS 2024:

[https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Kodiersysteme/klassifikationen/ops/version2024/ops2024syst-alisten\\_zip.html](https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Kodiersysteme/klassifikationen/ops/version2024/ops2024syst-alisten_zip.html)

### Langzeitmanometrie Ösophagus

Die Diagnostik ösophagealer Funktionsstörungen ist seit vielen Jahren etabliert. Bisher stand die sog. High-Resolution-Manometrie (HRM) mit der Möglichkeit einer simultanen Messung der Druckverhältnisse in der gesamten Speiseröhre nur als Kurzzeituntersuchung zur Verfügung. Ein derartiges Verfahren erfasst ein sehr begrenztes Zeitfenster. Es gibt jedoch sichere Hinweise darauf, dass Störungen der Speiseröhrenmotilität auch dann zu extremen Beschwerden führen können, wenn sie sporadisch auftreten. Mit einer Kurzzeitmessung werden diese nicht detektiert.

Daher ist anzunehmen, dass die Langzeitfunktionsanalyse der Speiseröhre wertvolle neue Erkenntnisse erbringt, die nicht nur zu einer Entwicklung wirkungsvollerer medikamentöser Behandlungsverfahren, sondern auch zu einer verbesserten Indikationsstellung operativer Therapieansätze beiträgt.

Seit 2014 ist es möglich, die Ösophagusmotilität in hoher Auflösung über 24 Stunden zu bestimmen.

Nachdem der Antrag auf die Etablierung eines spezifischen OPS- Codes in der letzten Antragsrunde nicht umgesetzt wurde, steht mit dem OPS 2024 ein entsprechender Code zur Verfügung.

**1-31 Funktionsuntersuchungen des Verdauungstraktes****1-313 Ösophagusmanometrie**

1-313.1 Hochauflösende Manometrie

[.10 Einfach](#)[.11 Langzeit-Manometrie](#)**Hinw.:** [Dauer mindestens 24 Stunden](#)**Gastrostomie, PEG / JET- PEG, endoskopische Gastropexie**

Die Kodiermöglichkeiten für die Gastrostomie waren für die aktuelle klinische Situation nicht mehr ausreichend. Ein gegebenenfalls auch bei der Anlage einer PEG mit Fadendurchzugsmethode notwendige Fixierung an der Bauchdecke konnte nicht kodiert werden, auch war keine Unterscheidung von Sonden mit jejunalem Schenkel möglich. Für die Kodierung der Gastrostomie wurden neue Codes, die diese Situation berücksichtigen, geschaffen und entsprechende Hinweise zur Klarstellung der Kodierung ergänzt. Die bisherigen Codes wurden gestrichen.

**5-431 Gastrostomie****Inkl.:** [Fixierung des Magens an der Bauchdecke \("Gastropexie"\)](#)**Hinw.:** [Die Fixierung des Magens an der Bauchdecke durch Naht \("Gastropexie"\) ist nicht mit einem Kode aus 5-448.2 ff. gesondert zu kodieren](#)

5-431.2 Perkutan-endoskopisch (PEG)

[.20 Durch Fadendurchzugsmethode](#)**Hinw.:** [Eine Gastropexie ist nicht gesondert zu kodieren](#)[.21 Durch Direktpunktionstechnik mit Gastropexie](#)**Hinw.:** [Eine Gastropexie ist nicht gesondert zu kodieren](#)[.22 Durch Fadendurchzugsmethode ohne Fixierung durch Naht, ohne jejunale Sonde](#)[.23 Durch Fadendurchzugsmethode ohne Fixierung durch Naht, mit jejunaler Sonde](#)[.24 Durch Fadendurchzugsmethode mit Fixierung durch Naht, ohne jejunale Sonde](#)[.25 Durch Fadendurchzugsmethode mit Fixierung durch Naht, mit jejunaler Sonde](#)[.26 Durch Direktpunktionstechnik ohne Fixierung durch Naht, ohne jejunale Sonde](#)[.27 Durch Direktpunktionstechnik ohne Fixierung durch Naht, mit jejunaler Sonde](#)[.28 Durch Direktpunktionstechnik mit Fixierung durch Naht, ohne jejunale Sonde](#)[.29 Durch Direktpunktionstechnik mit Fixierung durch Naht, mit jejunaler Sonde](#)[5-431.4 Perkutan durch Direktpunktionstechnik mit Fixierung durch Naht und Steuerung durch bildgebende Verfahren](#)[.40 Ohne jejunale Sonde](#)[.41 Mit jejunaler Sonde](#)

<b>8-12</b>	<b>Manipulationen am Verdauungstrakt</b>
<b>8-123</b>	<b>Wechsel und Entfernung eines Gastrostomiekatheters</b>
8-123.0	Wechsel
.00	<u>Ohne jejunale Sonde</u>
.01	<u>Mit jejunaler Sonde</u>
.0x	<u>Sonstige</u>

## EFTR am Rektum: Inklusivum am OPS 5-482.81

Eine Analyse kodierter Daten hat den Verdacht ergeben, dass ggf. die Kodierung einer EFTR am Rektum nicht immer mit dem korrekten Code erfolgt.

Die EFTR am Rektum ist mit dem „endoskopischen“ (OPS 5-482.81) und nicht mit dem „endoskopisch-mikrochirurgischen“ OPS- Code zu verschlüsseln. Zur Klarstellung wurde ein entsprechender Hinweis eingefügt.

<b>5-48</b>	<b>Operationen am Rektum</b>
<b>5-482</b>	<b>Perianale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums</b>
5-482.8**	Vollwandexzision, lokal
	<b>Hinw.:</b> <u>Eine endoskopische Vollwandexzision [EFTR] ist mit 5-482.81 zu kodieren</u>

## Single Use Gastroskop

Aufgrund der Einführung weiterer Einmalendoskope (beantragt wurde in dieser Antragsrunde ein Code für ein Einmalgastroskop) wurde vom BfArM die Abbildung der Einmalendoskope als eigene OPS- Gruppen umgesetzt.

Für den diagnostischen Einsatz steht nun die Gruppe 1-999.5 *Diagnostische Verwendung eines Einmal-Endoskops* zur Verfügung.

Der bisherige OPS- Code für das Einmalduodenoskop wurde gestrichen und neu in diese Gruppe aufgenommen.

<b>1-99</b>	<b>Andere diagnostische Maßnahmen</b>
<b>1-999</b>	<b>Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen</b>
<u>1-999.5</u>	<u>Diagnostische Verwendung eines Einmal-Endoskops</u>
	<b>Hinw.:</b> <u>Diese Codes sind nur anzugeben, wenn ein nicht wiederaufbereitetes Endoskop verwendet wird</u>
.50	<u>Einmal-Duodenoskop</u>
.51	<u>Einmal-Gastroskop</u>

**1-647**

**Verwendung eines Einmal-Duodenoskops**

**Hinw.:** Dieser Kode ist ein Zusatzkode. Er ist nur anzugeben, wenn bei Durchführung eines der unter 1-640 bis 1-642 aufgeführten Verfahren ein nicht wiederaufbereites Einmal-Duodenoskop verwendet wird

Für den therapeutischen Einsatz von Einmal- Endoskopen wurden analog entsprechende OPS- Kodes eingeführt:

**5-98m**

**Verwendung eines Einmal-Endoskops**

**Hinw.:** Diese Kodes sind nur anzugeben, wenn ein nicht wiederaufbereitetes Einmal-Endoskop verwendet wird

**5-98m.0**

**Einmal-Duodenoskop**

**5-98m.1**

**Einmal-Gastroskop**

Auch hier wurden die bisherigen OPS- Kodes für den Einsatz eines Einmalduodenoskops (5-513.s und 5-526.m) gestrichen.

Bei allen relevanten OPS- Gruppen und OPS- Kodes wurde ein entsprechender Hinweis eingefügt, hier beispielhaft gezeigt für „Andere Operationen am Magen“

**5-44**

**Andere Operationen am Magen**

**Inkl.:** Innere Schienung

**Hinw.:** Die Verwendung eines Einmal-Endoskops ist gesondert zu kodieren (5-98m ff.)

## Intravasale, endosonographisch-gesteuerte Messung des Pfortader- und Lebervenenendrucks

Zur differenzierten Kodierung der Messung des Pfortaderdruckes und der Bestimmung des portovenösen Druckgradienten wurde der bisherige OPS- Kode 1-279.b *Messung des Lebervenenverschlussdruckes* umbenannt und um Unterkodes erweitert. Über die neuen Kodes kann nun auch die direkte endosonographisch-gesteuerte Messung des Pfortader- und Lebervenenendrucks kodiert werden.

**1-27****Diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Kreislauf****1-279 Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen**1-279.b ~~Messung des Lebervenenverschlussdruckes~~ Bestimmung des portovenösen Druckgradienten**Inkl.:** Messung des Hepatic-Venous-Pressure-Gradient [HVPG].b0 Durch indirekte Messung des Pfortaderdruckes**Inkl.:** Messung des Lebervenenverschlussdruckes.b1 Durch direkte Messung des Pfortaderdruckes**Inkl.:** Endosonographisch gesteuerte Messung des Pfortader- und Lebervenenendruckes durch transgastrale oder transduodenale Punktion**TIPS- Kodierung**

Die bisherige Ausgestaltung des Codebereichs 8-839.8 *Portosystemischer Shunt (TIPS)* ließ bei einigen Codes eine unterschiedliche Interpretation zu, weshalb Klarstellungen erforderlich waren, um die Kodierung zu vereinheitlichen. Hierzu wurden mehrere klärende Inklusiva eingefügt und Textanpassungen vorgenommen.

Bei der Codegruppe 8-84 (*Perkutan-*) *transluminale Stentimplantation* wurde zur Klarstellung ein entsprechendes Exklusivum aufgenommen.

Folgende Codes stehen nun zur Verfügung

**8-839 Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße**

8-839.8 Portosystemischer Shunt (TIPS)

.81 Perkutane (Ballon-)Angioplastie

**Inkl.:** Vergrößerung eines bestehenden portosystemischen Shuntes.84 Perkutanes ~~Verkleinerung~~ Einlegen eines Stents in einen bestehenden portosystemischen Shunts**Inkl.:** Stent-in-TIPS-Stent.86 ~~Revision mit~~ Verlängerung eines bestehenden portosystemischen Shuntes durch Stenteinlage

.87 Perkutanes Anlegen eines ungecoverten Stents

**Inkl.:** Angioplastie zur Herstellung eines Shuntes zwischen portalvenösen und venösen Lebergefäßen

.88 Perkutanes Anlegen eines gecoverten Stents

**Inkl.:** Angioplastie zur Herstellung eines Shuntes zwischen portalvenösen und venösen Lebergefäßen innerhalb des Leberparenchyms

.89 Perkutanes Anlegen von 2 oder mehr ungecoverten Stents

**Inkl.:** Angioplastie zur Herstellung eines Shuntes zwischen portalvenösen und venösen Lebergefäßen innerhalb des Leberparenchyms

.8a Perkutanes Anlegen von 2 oder mehr gecoverten Stents

**Inkl.:** Angioplastie zur Herstellung eines Shuntes zwischen portalvenösen und venösen Lebergefäßen innerhalb des Leberparenchyms

8-84

**(Perkutan-)transluminale Stentimplantation**

**Exkl.:** (Perkutan-)transluminale Stentimplantation an Gefäßen des Lungenkreislaufes (8-838 ff.)  
Perkutan-transluminale Stentimplantation an Herz und Koronargefäßen (8-837 ff.)  
Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen (5-38a ff.)  
(Perkutan-)transluminale Gefäßinterventionen (8-836 ff.)  
Andere (perkutan-)transluminale Gefäßinterventionen (8-83c ff.)

[Perkutanes Anlegen eines portosystemischen Shuntes \(8-839.87, 8-839.88, 8-839.89, 8-839.8a\)](#)

## Reduktion einer erweiterten Anastomose nach Magen-Darm-Operationen

Für die endoskopische Verschmälerung einer erweiterten Magen-Darm-Anastomose, insbesondere nach bariatrischen Operationen (z.B. Roux-Y-Magen-Bypass), steht nun ein spezifischer OPS- Kode 5-447.e3 *Verkleinerung einer Anastomose: Endoskopisch* (Inkl.: Magen-Darm-Anastomose) zur Verfügung:

[5-447.e\\*\\*](#)

[Verkleinerung einer Anastomose](#)

**Inkl.:** [Magen-Darm-Anastomose](#)

Beim OPS- Kode 5-447.7 *Revision eines Dünndarm-Interponates oder einer Roux-Y-Anastomose* wurde ein entsprechendes Exklusivum eingefügt.

5-44

**Andere Operationen am Magen**

5-447

**Revision nach Magenresektion**

5-447.7

Revision eines Dünndarm-Interponates oder einer Roux-Y-Anastomose

**Exkl.:** [Verkleinerung einer Anastomose \(5-447.e ff.\)](#)

## OPS – Operationen- und Prozedurenschlüssel – nicht umgesetzte Änderungsanträge

Die nachfolgend aufgeführten Anträge wurden für das Jahr 2024 **nicht** umgesetzt.

### Desobliteration bei Okklusion [einer PEG/PEJ]

Gerade bei PEG- bzw. PEJ-Sonden mit kleineren Lumina von 9 bis 14 Charrière kann es, vor allem bei faserreicher Kost, zu Okklusionen, also Verlegungen, kommen. Auch unregelmäßiges Spülen kann, besonders in Verbindung mit diversen Medikamenten, zur Okklusion des Sondensystems führen. Die beste Prophylaxe gegen einen Verschluss stellt nach wie vor das regelmäßige und gründliche Spülen des Sondensystems dar. Kommt es

dennoch zu einer Okklusion der Ernährungssonde, sollte eine Reinigung z.B. mit Führungsdrähten erfolgen. Falls dies nicht gelingt, ist ein Wechsel der Sonde erforderlich.

Das Verfahren ist derzeit aufgrund des Titels des Vierstellers nicht kodierbar. Es bedarf daher entsprechender OPS-Kodes und der verbalen Erweiterung des Viersteller-Titels.

Z.B.: 8-123.ff Korrektur, Wechsel und Entfernung eines Gastrostomiekatheters

Dieser Antrag wurde bereits zum zweiten Mal gestellt und wieder nicht umgesetzt.

### Sensorkapsel (Hemopill)

Das neu entwickelte Verfahren zur Detektion von freiem Blut im oberen Verdauungstrakt mittels einer speziellen schluckbaren Sensorkapsel kann noch nicht kodiert werden. Der Antrag auf Etablierung des folgenden OPS-Codes:

1-995.0 - Andere diagnostische Maßnahmen: Anwendung einer Sensorkapsel zur Detektion von freiem Blut im Lumen des oberen Verdauungstrakts wurde zum wiederholten Male nicht umgesetzt.

### Vereinheitlichung der verschiedenen Bezeichnungen für Stent

Im OPS existieren eine Vielzahl von Codes im gastroenterologischen Bereich, die im Titel eine oder mehrere der Begrifflichkeiten Drainage/Stent/Stent-Prothese/Prothese beinhalten und teilweise missverständlich benutzt werden. Insbesondere sind die Bereiche 5-429, 5-449, 5-469, 5-489, 5-513, 5-514, 5-517, 5-526 und 5-529 betroffen. So werden etwa die Begriffe Stent/Stent-Prothese/Prothese immer wieder für eine klinisch identische Prozedur verwendet, nämlich die Einlage eines Stents, der selbstexpandierend (ummantelt oder nicht-ummantelt) oder nicht selbst-expandierend sein kann.

Die Inkonsistenz in den Begrifflichkeiten führt somit zu einer möglichen Inkonsistenz in der Kodierung des Behandlungsvorgehens.

Es wird eine Vereinheitlichung der OPS-Titel beantragt, die folgender Logik folgen:

- Drainage wird durch „nach extern ableitende Drainage“ in den Fällen ersetzt, bei denen eine Klarstellung „nach extern“ erforderlich ist
- Prothese wird durch Stent ersetzt
- Stent-Prothese wird durch Stent ersetzt

Auch dieser Wiederholungsantrag wurde nicht umgesetzt, allerdings ist hier eine Sonderberatung mit allen betroffenen Fachgesellschaften geplant, um den Antrag zu konsentieren.

### Substitution von Albumin bei dekompensierter Zirrhose

Die Kosten für Albumin, die insbesondere bei bestimmten Krankheitsbildern wie zum Beispiel der Spontan bakteriellen Peritonitis und dem Hepatorenalen Syndrom, sind relevant. Allerdings können diese Kosten im DRG- System nicht sichtbar gemacht werden. Somit wurde erneut ein Versuch gestartet einen dosisgestaffelten OPS- Kode für Albumin zu etablieren.

Auch dieses Jahr wurde der Antrag nicht umgesetzt.

## Risankizumab

Risankizumab hat für die Behandlung des M. Crohn auch eine Zulassung für die intravenöse Verabreichung. Der bisherige OPS- Kode 6-00c.e *Risankizumab, parenteral* ist beinhaltet somit sowohl die subkutane als auch die intravenöse Applikation.

Da aber die Dosierungsmenge als auch die Kosten für die verschiedenen Darreichungsformen unterschiedlich sind, wurde eine Differenzierung des Kodes in „subkutan“ und „intravenös“ beantragt.

Dieser Antrag wurde nicht umgesetzt.

## Zusammenfassung und Ausblick

Die DGVS hat über die Kommission für Medizinische Klassifikation und Gesundheitsökonomie (MKG) im Frühjahr 2023 eine Reihe von Vorschlägen zum ICD- und OPS-Katalog eingereicht und damit eine weitere Differenzierung des DRGs-Systems im Jahr 2024 angeregt. Erfreulicherweise wurden diese Vorschläge in der Mehrzahl aufgegriffen und werden bei konsequenter Anwendung zu einer verbesserten, leistungsgerechten Abbildung der Gastroenterologie im DRG-System führen.

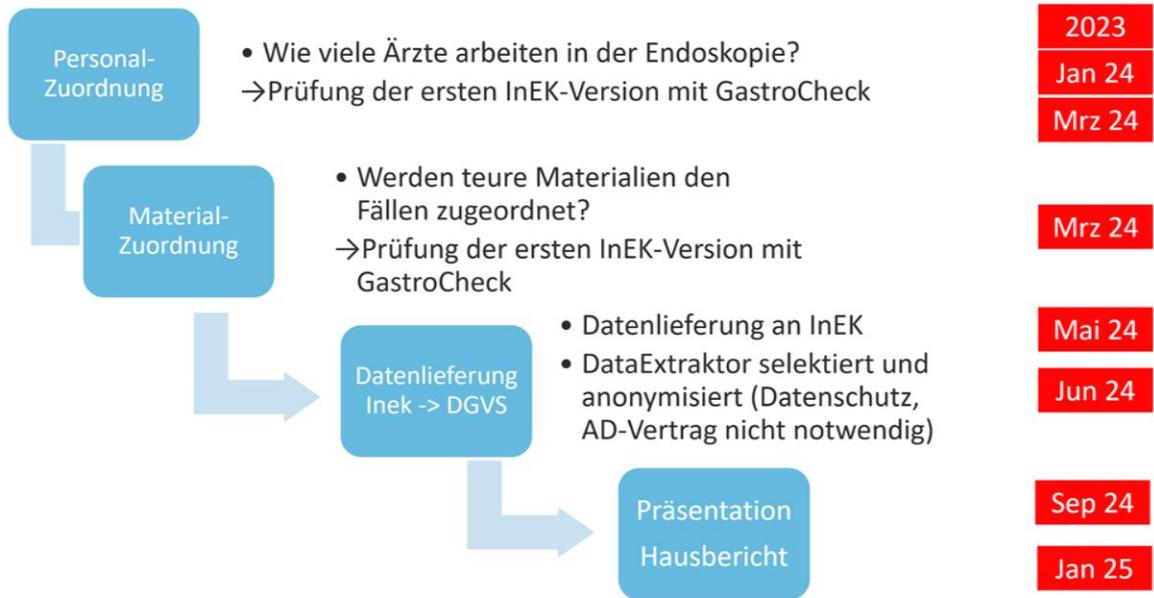
Die Datenlieferung von Häusern, die an der InEK Kalkulation teilnehmen, ist die Grundlage für die Beantragung und erfolgreiche Umsetzung von ICD-, OPS- und auch DRG-Anträgen. Daher ist eine Teilnahme am DGVS- DRG- Projekt möglichst vieler Häuser auch für die Zukunft entscheidend.

Die Teilnahmebedingungen und die zugehörige Projektbeschreibung befindet sich auf der Website der DGVS unter folgendem Link: <https://www.dgvs.de/aus-dem-fach/gesundheitsoekonomie/drg-projekt/>

## Datenlieferung an InEK und DGVS

Für die Krankenhäuser, die an der InEK-Kalkulation teilnehmen, fassen wir hier die wichtigsten Punkte in einer kurzen Checkliste und einem Zeitplan zusammen:

# Datenlieferung an InEK und DGVS Checkliste + Meilensteine für 2024



Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an die DGVS-Kommission über [drg@dgvs.de](mailto:drg@dgvs.de) oder direkt an den Projektpartner inspiring-health GmbH über [dgvs-projekt@inspiring-health.de](mailto:dgvs-projekt@inspiring-health.de).

## Disclaimer

Verfasser und Herausgeber übernehmen keine Haftung für die Inhalte dieses Updates.

## Autoren

DGVS-Kommission für medizinische Klassifikation und Gesundheitsökonomie:

Prof. Dr. Jörg Albert, Stuttgart

PD Dr. Stefan Karl Gölder, Aalen

Projektpartner:

Dr. Markus Rathmayer, inspiring-health GmbH, München

Dr. Wolfgang Heinlein, inspiring-health GmbH, München

Dr. Martin Braun, Dr. Martin Braun GmbH, Mannheim