

WICHTIG 2023

- Regierungskommission gibt Empfehlungen ab
- Radiogene und eosinophile Ösophagitis nun kodierbar
- Perkutane endoskopische Nekroektomie neu kodierbar



1913 DGVS

Deutsche Gesellschaft für
Gastroenterologie,
Verdauungs- und
Stoffwechselkrankheiten

DRG-Update

-Herbst 2022-

Kommission für Medizinische Klassifikation und
Gesundheitsökonomie
der

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

Regierungskommission gibt Empfehlungen ab

Die Ambulantisierung der medizinischen Versorgung in Deutschland ist erklärtes Ziel von Kostenträgern und Akteuren in der Politik. Konkrete Hinweise auf eine mögliche Neugestaltung der stationären und sektorenübergreifenden Versorgung werden in jüngsten Publikationen erkennbar:

1. ***Zweite Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung – Tagesbehandlung im Krankenhaus zur kurzfristigen Entlastung der Krankenhäuser und des Gesundheitswesens vom 27.9.2022¹***

Es war kaum zu erwarten, dass der nächste konkrete Schritt des Gesetzgebers in Richtung Ambulantisierung in der Einführung von ‚Tagesbehandlungen‘ bestehen könnte. Nach Hinweisen im Koalitionsvertrag (Stichwort ‚Hybrid-DRG‘) und der Änderung des §115b (‚MDK-Reformgesetz‘) zum Ambulanten Operieren (AOP) scheint nun erst einmal ein anderer Fokus gesetzt, wenn die Empfehlungen der Regierungskommission umgesetzt werden:

- „Ab spätestens 1.1.2023 wird es den Krankenhäusern gestattet, sämtliche bislang vollstationär erbrachten Behandlungen als Tagesbehandlungen durchzuführen, soweit dies medizinisch vertretbar ist.“
- „.....Vergütet (angerechnet) werden nur Tage, an denen der Patient oder die Patientin mindestens 6 Stunden im Krankenhaus war. In dieser Zeit müssen überwiegend

¹ Zweite Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung Tagesbehandlung im Krankenhaus zur kurzfristigen Entlastung der Krankenhäuser und des Gesundheitswesens. 22. 09. 2022;
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/krankenhausreform.html>; Access 09.11.2022

medizinische oder pflegerische Maßnahmen durchgeführt worden sein. Tage mit kürzerer Anwesenheit werden nicht als Tagesbehandlung vergütet, sondern müssen als ambulante Behandlung abgerechnet werden (soweit das Krankenhaus hierfür eine Berechtigung besitzt)“

- *„Zwischen Krankenhaus und Kostenträgern ist unverändert ein Budget zu vereinbaren, das Begrenzungen der Leistungen und/oder der Gesamtvergütung enthält. Bereits vereinbarte Budgets sind weiterhin gültig. Die Möglichkeit der Tagesbehandlung darf nicht zu einer Leistungsausweitung durch das Krankenhaus führen.“*

Zwei Tage vor Erscheinen der Erklärung der Regierungskommission hat eine Forschergruppe erstmals konkrete Hinweise auf eine Ausformulierung für ein sektorengleiches Vergütungssystem vorgelegt, das direkte Hinweise auf eine Umsetzung aufzeigt:

2. Ein sektorengleiches Vergütungssystem – Ein gemeinsames Projekt des Hamburg Center for Health Economics, dem BKK Dachverband e.V., dem Deutschen Krankenhausinstitut, dem Fachgebiet Management im Gesundheitswesen der TU Berlin sowie dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland vom 20.9.2022²

Diese Ausführungen werden durch die – zumindest indirekte – Vertretung aller Spitzenverbände im Projekt gestärkt. Die DGVS hat hierzu in einer Erklärung Stellung bezogen³.[^]

Mittlerweile nimmt das Vorhaben konkretere Züge an. Der Entwurf vom 8.11.2022 zum Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfLEG) enthält den neuen §115e, der dem Vorschlag der Regierungskommission grundsätzlich folgt, und den §115f, der die 'Spezielle sektorengleiche Vergütung' aufgreift.⁴.

Übersicht der ICD-/OPS-Änderungen 2023

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
Hepatorenales Syndrom	umgesetzt
Autoimmunpankreatitis	umgesetzt
Radiogene Ösophagitis: Inklusivum	abgeändert umgesetzt
Ösophagitis: Streichung des Inklusivums aus der K20	umgesetzt

² <https://www.hche.uni-hamburg.de/dokumente/20220920-esv-finale-fassung-v1-1.pdf>

³ https://www.dgvs.de/wp-content/uploads/2022/09/PM_DGVS_Ambulantisierung_FINAL_280922pdf.pdf

⁴ https://www.bundestag.de/resource/blob/920208/997684944dca0e62c67e0e0878b8bd753/20_14_0063-2_AeAe-Koa_KHPfLEG-data.pdf

Exklusivum bei T66 für Strahlenproktitis	umgesetzt
Blutende Cameron-Läsionen	umgesetzt
Hydrothorax, Streichung des Inklusivums bei J94.8	abgeändert umgesetzt
Komplikationen nach medizinischen Eingriffen	Teilvorschlag umgesetzt
Hepatische Enzephalopathie - Einteilung in High- und Low- Grade	nicht umgesetzt

OPS:

Thema	Status
EUS-Chemozystablation	umgesetzt
Perkutane endoskopische Nekrosektomie	umgesetzt
Lusutrombopag	umgesetzt
Avatrombopag	umgesetzt
Bürstenzytologie	abgeändert umgesetzt
Desobliteration bei Okklusion der Prothesen	abgeändert umgesetzt
Vereinheitlichung der verschiedenen Bezeichnungen für Stent	nicht umgesetzt
Desobliteration bei Okklusion [einer PEG/PEJ]	nicht umgesetzt
Streichung Inklusivum "ERCP" bei OPS 5-513	nicht umgesetzt
Langzeit-HR-Ösophagusmanometrie	nicht umgesetzt
Sensorkapsel (Hemopill)	nicht umgesetzt
Vedolizumab subkutan	nicht umgesetzt
Infliximab subkutan	nicht umgesetzt
Substitution von Albumin bei dekompensierter Zirrhose	nicht umgesetzt

Nicht von DGVS beantragte Änderungen mit Relevanz für die Gastroenterologie:

ICD:

Thema
Schweregrad der Hypoglykämie
Auftreten einer Sepsis / septischen Schocks im zeitlichen Bezug zur KH- Aufnahme

OPS:

Thema
Kryoablation an der Leber
Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus, angeborener Stoffwechselerkrankung und schwerer Mangelernährung

Die DGVS bittet alle Kliniken, die dargelegten Änderungen in den Bereichen ICD und OPS ab dem 01.01.2023 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 2023

https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Kodiersysteme/klassifikationen/icd-10-gm/version2023/icd10gm2023syst-alisten_zip.html

Hepatorenales Syndrom

Die Kodierung des hepatorenalen Syndroms war häufiger Gegenstand von Diskussionen. Um hier Klarheit zu schaffen und die Kodierung eines hepatorenalen Syndroms mit dem Kode K76.7 auch bei einer alkoholtoxischen Leberschädigung (K70.-) zu ermöglichen, wurde ein entsprechender Hinweis aufgenommen, dass die zugrundeliegenden Zustände des hepatorenalen Syndroms mit weiteren Schlüsselnummern zu kodieren ist.

K76.- Sonstige Krankheiten der Leber

K76.7 Hepatorenales Syndrom

Benutze zusätzliche Schlüsselnummern, um die zugrunde liegenden Zustände anzugeben.

Exkl.: Nach Wehen und Entbindung (O90.4)

Autoimmunpankreatitis

Für die unterschiedlichen Formen der sonstigen chronischen Pankreatitis existierte bislang lediglich der ICD- Kode K86.1 *Sonstige chronische Pankreatitis*.

Insbesondere die Autoimmunpankreatitis sollte als eigenständiger Kode abgebildet sein, da sich die Therapie maßgeblich von anderen Formen der chron. Pankreatitis unterscheidet.

Eine entsprechende Differenzierung des ID- Kodes K86.1 ist nun erfolgt.

K86.- Sonstige Krankheiten des Pankreas

K86.1- Sonstige chronische Pankreatitis

Chronische Pankreatitis:

- infektiös
- rekurrierend
- rezidivierend
- e.n.A.

K86.10 Autoimmunpankreatitis [AIP]

Autoimmune Pankreatitis

K86.11 Hereditäre Pankreatitis

Genetisch bedingte Pankreatitis

K86.18 Sonstige chronische Pankreatitis

Chronische Pankreatitis:

- infektiös
- rekurrierend
- rezidivierend
- o.n.A.

Ösophagitis

Die Kodierung der Ösophagitis wurde differenziert. Neben der radiogenen Ösophagitis kann nun auch die eosinophile Ösophagitis spezifisch kodiert werden.

Für die peptische Ösophagitis wurde die Kodierung spezifiziert, durch die Herausnahme aus den Inklusiva des ICD- Codes K20 und Hinzufügen einer Erläuterung beim ICD- Kode K21.0

K20.-	Ösophagitis
	Inkl.: Abszess des Ösophagus Erosion des Ösophagus Ösophagitis: • durch chemische Substanzen • peptisch • o.n.A.
	Soll die äußere Ursache angegeben werden, ist eine zusätzliche Schlüsselnummer (Kapitel XX) zu benutzen.
	Exkl.: Mit gastroösophagealer Refluxkrankheit (K21.0) <u>Peptische Ösophagitis (K21.0)</u> Refluxösophagitis (K21.0)
K20.0	Eosinophile Ösophagitis
K20.1	Radiogene Ösophagitis
K20.8	Sonstige näher bezeichnete Ösophagitis Abszess des Ösophagus Erosion des Ösophagus <u>Ösophagitis durch chemische Substanzen</u>
K20.9	Ösophagitis, nicht näher bezeichnet <u>Ösophagitis o.n.A.</u>

K21.-	Gastroösophageale Refluxkrankheit
K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis <u>Peptische Ösophagitis</u> Refluxösophagitis
	Soll das Vorliegen einer Ösophagusblutung angegeben werden, ist eine zusätzliche Schlüsselnummer (K22.81) zu benutzen.

Strahlenproktitis

Zur Präzisierung der Kodierung der Strahlenproktitis wurde ein entsprechendes Exklusivum beim ICD- Kode T66 *Nicht näher bezeichnete Schäden durch Strahlung* hinzugefügt.

T66**Nicht näher bezeichnete Schäden durch Strahlung**

Inkl.: Strahlenkrankheit

Exkl.: Näher bezeichnete Schäden durch Strahlung, wie z.B.:

- durch Strahleneinwirkung hervorgerufene:
 - Gastroenteritis und Kolitis (K52.0)
 - Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L55-L59)
 - Ösophagitis (K20.1)
 - Pneumonitis (J70.0)
 - Proktitis (K62.7)
- Leukämie (C91-C95)
- Sonnenbrand (L55.-)
- Verbrennungen (T20-T31)

Blutende Cameron-Läsionen

Die Kodierung von Cameron- Läsionen war bislang unklar. Es existierten weder Hinweise im Systematischen Verzeichnis noch ein Eintrag im Alphabetischen Verzeichnis.

Eine Klarstellung der Kodierung wurde durch eine Ergänzung eines differenzierten Eintrags ins Alphabetische Verzeichnis erreicht.

Cameron-Läsion

– akut

– – erosiv

– – – bei Hernia diaphragmatica

– – – – mit Einklemmung K44.0 K29.1

– – – – ohne Einklemmung K44.9 K29.1

– – – mit Blutung, bei Hernia diaphragmatica

– – – – mit Einklemmung K44.0 K29.0

– – – – ohne Einklemmung K44.9 K29.0

– – ulzerös

– – – mit Blutung, bei Hernia diaphragmatica

– – – – mit Einklemmung K44.0 K25.0

– – – – ohne Einklemmung K44.9 K25.0

– – – ohne Blutung, bei Hernia diaphragmatica, mit Einklemmung
K44.0 K25.3

– chronisch, ulzerös

– – mit Blutung, bei Hernia diaphragmatica

– – – mit Einklemmung K44.0 K25.4

– – – ohne Einklemmung K44.9 K25.4

– – ohne Blutung, bei Hernia diaphragmatica

– – – mit Einklemmung K44.0 K25.7

– – – ohne Einklemmung K44.9 K25.7

– ulzerös, bei Hernia diaphragmatica

– – mit Einklemmung K44.0 K25.9

– – ohne Einklemmung K44.9 K25.9

Hydrothorax

Zur Abgrenzung der Kodierung eines Hydrothorax bei anderenorts klassifizierten Krankheiten (J91* *Pleuraerguss bei anderenorts klassifizierten Krankheiten*) wurde der erläuternde Text „Hydrothorax“ beim ICD- Kode J94.8 *Sonstige näher bezeichnete Krankheitszustände der Pleura* um ein „ohne nähere Angaben“ erweitert.

J94.-	Sonstige Krankheitszustände der Pleura
J94.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheitszustände der Pleura
	Hydrothorax <u>o.n.A.</u>

Komplikationen nach medizinischen Eingriffen

Um Komplikationen nach medizinischen Eingriffen differenziert kodieren zu können wurden mehrere neue ICD- Codes (Magenausgangsstenose nach medizinischen Eingriffen, Papillenblutung nach Papillotomie) und zusätzliche Erweiterungen von Inklusiva (Strikturen, Perforation, Pseudozystenbildung, Biliom) beantragt.

Umgesetzt wurde eine Konkretisierung durch ein Inklusivum beim ICD- Kode K91.82 für Insuffizienzen von Anastomosen und Nähten nach Operationen zwischen Pankreas und Dünndarm.

Für Strikturen nach endoskopischen Eingriffen am Verdauungstrakt wurde der neue ICD- Kode K91.84 etabliert.

K91.-	Krankheiten des Verdauungssystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert
K91.8-	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert
K91.82	Insuffizienzen von Anastomosen und Nähten nach Operationen am Pankreas <u>Insuffizienzen von Anastomosen und Nähten am Pankreas mit Beteiligung des Dünndarms</u>
<u>K91.84</u>	<u>Strikturen nach endoskopischen Eingriffen und Operationen am Verdauungstrakt</u>

ICD – Diagnoseschlüssel – nicht umgesetzte Änderungsanträge

Die nachfolgend aufgeführten Anträge wurden für das Jahr 2023 **nicht** umgesetzt.

Hepatische Enzephalopathie (HE) - Einteilung in High- und Low- Grade

Die Stadien der HE sind über die ICD-Kodes K72.7- bereits differenziert nach den West-Haven Kriterien kodierbar.

Neben der Gradeinteilung nach den West-Haven-Kriterien werden in der aktuellen Leitlinie der Fachgesellschaften EASL und AASLD von der International Society of Hepatic Encephalopathy and Nitrogen Metabolism (ISHEN) die minimale HE und die HE Grad 1

zusammen als „verdeckte HE“ (covert HE, cHE), die HE Grade 2 – 4 als „offensichtliche HE“ (overt HE, oHE) zusammengefasst.

Eine Analyse der Daten des DGVs- DRG - Projektes hat gezeigt, dass die Kodierung der HE unter der zu erwartenden Inzidenz liegt.

Dies deutet darauf hin, dass die HE entweder zu selten oder zu ungenau diagnostiziert oder zu selten kodiert wird.

Deshalb wurde ein Antrag, die Graduierung nach ISHEN als Textergänzung zu den bestehenden Schlüsseln zu etablieren, gestellt, um hierüber ggf. eine „einfachere Kodierung“ zu ermöglichen und die Kodierhäufigkeit zu steigern.

Dieser Änderungsantrag wurde nicht umgesetzt.

OPS – Operationen- und Prozedurenschlüssel – Änderungen und Ergänzungen

Quelle: aus DIMDI Aktualisierungslisten zur Systematik OPS 2023:

https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Kodiersysteme/klassifikationen/ops/version2023/ops2023syst-alisten_zip.html

EUS-Chemozystablation

Für Patienten mit muzinösen neoplastischen Pankreaszysten von mindestens 2 cm Durchmesser, die inoperabel sind oder die eine Operation ablehnen, steht ein non-invasives Verfahren zur Verfügung. Bei diesem werden unter endosonographischer Kontrolle transgastral oder transduodenal die Pankreaszysten punktiert und eine Substanz injiziert. Die Ablation kann mit Äthanol erfolgen, was zu einer kompletten Zystenauflösung in 30% der behandelten Fälle führt. In Ergänzung kann Paclitaxel/Gemcitabin injiziert werden, was die Erfolgsquote auf 60-79% erhöht.

Um dieses Verfahren spezifisch kodieren zu können wurden entsprechende OPS- Codes etabliert.

5-529	Andere Operationen am Pankreas und am Pankreasgang
<u>5-529.t</u>	<u>Transgastrale Chemoablation einer neoplastischen Pankreaszyste</u>
<u>Inkl.:</u>	<u>Ethanol</u>
<u>Hinw.:</u>	<u>Dieser Kode setzt eine vorher durchgeführte zytologische oder histologische Diagnostik voraus</u>
<u>5-529.u</u>	<u>Transduodenale Chemoablation einer neoplastischen Pankreaszyste</u>
<u>Inkl.:</u>	<u>Ethanol</u>
<u>Hinw.:</u>	<u>Dieser Kode setzt eine vorher durchgeführte zytologische oder histologische Diagnostik voraus</u>

Beim den OPS- Kode 5-526.k*Transgastrale oder transduodenale Punktion des Pankreasganges* wurde dieses Verfahren dann als Exklusivum aufgeführt.

5-526.k	Transgastrale oder transduodenale Punktion des Pankreasganges
Exkl.:	Transgastrale Drainage einer Pankreaszyste (5-529.n ff.) Transduodenale Drainage einer Pankreaszyste (5-529.r ff.) Transgastrale Chemoablation einer neoplastischen Pankreaszyste (5-529.t) Transduodenale Chemoablation einer neoplastischen Pankreaszyste (5-529.u) Endoskopische transgastrale Entfernung von Pankreasnekrosen (5-529.p ff.) Endoskopische transduodenale Entfernung von Pankreasnekrosen (5-529.s ff.) Perkutan-endoskopische Entfernung von Pankreasnekrosen über Punktionskanal (5-529.v)
Hinw.:	Das Einlegen von Drainagen oder Prothesen (im Rendezvous-Verfahren) ist gesondert zu kodieren (5-526.5, 5-526.e ff.)

Perkutane endoskopische Nekrosektomie

Die perkutan-endoskopische Entfernung von Pankreasnekrosen ist ein interventionell endoskopisches Verfahren zur Behandlung von Nekrosen nach akuter nekrotisierender Pankreatitis. Es ähnelt dem Verfahren einer endoskopischen transgastralen/-duodenalen Entfernung von Pankreasnekrosen, für die bereits OPS-Kodes etabliert sind (5-529.p und 5-529.s). Allerdings erfolgt hierbei der Zugang nicht über eine Gastroduodenoskopie, sondern über einen perkutanen Zugang mittels Endoskop.

Das Verfahren ist derzeit nur mit dem unspezifischen Kode

5-529.xx *Andere Operationen am Pankreas und am Pankreasgang; Sonstige* kodierbar.

Nachdem der Antrag für den OPS 2022 noch nicht umgesetzt wurde, steht ab dem OPS Version 2023 ein spezifischer Kode zur Abbildung dieser Intervention zur Verfügung.

5-529.v	Perkutan-endoskopische Entfernung von Pankreasnekrosen über Punktionskanal
Inkl.:	Entfernung der Drainage, Wechsel der Drainage
Exkl.:	Therapeutische Drainage des Pankreas (8-146.2) Therapeutische Drainage des Peritonealraumes (8-148.0) Therapeutische Drainage des Retroperitonealraumes (8-148.1)
Hinw.:	Mit diesem Kode ist die perkutan-endoskopische Entfernung von Pankreasnekrosen über einen vorhandenen Punktionskanal nach Entfernung einer Drainage zu kodieren

Lusutrombopag / Avatrombopag

Für erwachsene Patienten mit einer Thrombozytopenie aufgrund einer chronischen Lebererkrankung, die sich einem invasiven Eingriff unterziehen müssen, stehen zur Reduktion des Blutungsrisikos die Thrombopoetin (TPO)-Rezeptoragonisten Avatrombopag und Lusothrombopag zur Verfügung.

Für diese beiden über NUB vergüteten Medikamente wurden neue OPS- Codes geschaffen:

6-00f	Applikation von Medikamenten, Liste 15
6-00f.1	Lusutrombopag, oral

6-00e	Applikation von Medikamenten, Liste 14
6-00e.5	Avatrombopag, oral

Bürstenzytologie

Generell werden bei suspekten Befunden bei endoskopischen Untersuchungen Biopsien entnommen, um die Dignität oder Ätiologie zu klären. An manchen Lokalisationen sind Biopsien aufgrund der Enge (Gallengänge) oder der tangentialen Verhältnisse (Ösophagus) nicht oder nur schwierig möglich. In diesen Fällen wird eine Gewinnung von Gewebe bzw. Zellmaterial mit Hilfe von Bürsten (Bürstenzytologie) durchgeführt.

Die Bürstenzytologie kann bisher nicht spezifisch kodiert werden. Anstelle der beantragten Etablierung von spezifischen OPS- Codes, wurden die Bürstenzytologien nun als Inklusivum aufgenommen und somit Kodierklarheit geschaffen.

1-44	Biopsie ohne Inzision an den Verdauungsorganen
1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas
1-440.6	Gallengänge <i>Inkl.: Bürstenzytologie</i>
1-440.9	Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt <i>Inkl.: Bürstenzytologie</i>
1-440.a	1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt <i>Inkl.: Bürstenzytologie</i>

Desobliteration bei Okklusion der Prothesen

In der Gastroenterologie werden häufig Engstellen an Gängen (z.B. Gallengang- oder Bauchspeicheldrüsengang) und tubulären Organen (Ösophagus, Magen, Dünndarm, Kolon) durch Einlage von Kunststoffstents und selbstexpandierenden Metallstents behandelt. Dabei handelt es sich um Fremdkörper, welche im Laufe von Wochen bis Monaten durch unterschiedliche Mechanismen (bakterielle Besiedelung mit Biofilmbildung, Überwucherung durch Tumor- oder Granulationsgewebe, Verschluss durch Ingesta oder Faeces) häufig obliteriert werden.

Zur Beseitigung der Obliteration werden neben dem Stentwechsel, der Stent-in-Stent-Versorgung auch die Desobliteration (mit Schlingen, Fremdkörper-Fasszangen, Körbe oder Ballons) angewendet.

Die Desobliteration konnte bislang nicht spezifisch kodiert werden, ab dem OPS Version 2023 stehen hierfür nun Codes zur Verfügung.

5-42	Operationen am Ösophagus
5-429	Andere Operationen am Ösophagus
5-429.j .jh	Maßnahmen bei selbstexpandierender Prothese <i>Wiedereröffnung, endoskopisch</i>
5-429.k .k3	Maßnahmen bei nicht selbstexpandierender Prothese <i>Wiedereröffnung, endoskopisch</i>

5-44a	Weitere Operationen am Magen
5-44a.3	<i>Endoskopische Wiedereröffnung einer Prothese</i>

5-46	Andere Operationen an Dünn- und Dickdarm
-------------	---

5-46a	Weitere Operationen am Darm
--------------	------------------------------------

<u>5-46a.2</u>	<u>Endoskopische Wiedereröffnung einer Prothese</u>
----------------	---

5-51	Operationen an Gallenblase und Gallenwegen
-------------	---

5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen
--------------	--

<u>5-513.t</u>	<u>Wiedereröffnung eines Stents oder einer Prothese</u>
----------------	---

5-52	Operationen am Pankreas
-------------	--------------------------------

5-526	Endoskopische Operationen am Pankreasgang
--------------	--

<u>5-526.n</u>	<u>Wiedereröffnung einer Prothese</u>
----------------	---------------------------------------

OPS – Operationen- und Prozedurenschlüssel – nicht umgesetzte Änderungsanträge

Die nachfolgend aufgeführten Anträge wurden für das Jahr 2023 **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

Dieser Antrag wurde 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 nicht umgesetzt.

Streichung Inklusivum "ERCP" bei OPS 5-513

Der Kode 5-513 Endoskopische Operationen an den Gallengängen führt als Inklusivum auf: „Röntgendarstellung der Gallenwege (ERC) sowie der Gallen- und Pankreaswege (ERCP)“

Der Kode 5-526 Endoskopische Operationen am Pankreasgang führt als Inklusivum auf: „Röntgendarstellung der Pankreaswege (ERP)“.

Korrekterweise wird hier nicht die ERCP aufgeführt.

Es ist durchaus möglich, dass die diagnostische Untersuchung des einen Gangsystems nicht eigentlicher Bestandteil der therapeutischen Prozedur des anderen Gangsystems ist. Anders ausgedrückt, es kommt im klinischen Alltag vor, dass ein Gangsystem mittels Röntgendarstellung untersucht wird, während am anderen Gangsystem eine Intervention vorgenommen wird. Insofern muss die Kodierung des diagnostischen Kodes möglich sein. Das Inklusivum „ERCP“ beim Kode 5-513 schließt dies unbegründet derzeit aus und ist im Vergleich zum Inklusivum bei 5-526 nicht schlüssig.

Die Streichung dieses Inklusivums wurde nicht umgesetzt.

Langzeit-HR-Ösophagusmanometrie

Die Diagnostik ösophagealer Funktionsstörungen ist seit vielen Jahren etabliert, allerdings bestehen immer noch erhebliche Wissensdefizite bezüglich des zirkadianen Motilitätsverhaltens. 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.

Der Antrag auf die Etablierung eines spezifischen OPS- Kodes für die Langzeitmessung wurde nicht umgesetzt.

Sensorkapsel

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 nicht umgesetzt.

Infliximab

Infliximab liegt in zwei Darreichungsformen vor, intravenös und seit 2019 auch subkutan. Die zwei Darreichungsformen unterscheiden sich neben der Dosierungsmenge auch in den Kosten.

Es wurde daher beantragt den OPS- Kode

"6-001.e Infliximab, parenteral"

entsprechend den Darreichungsformen aufzuteilen und an die Darreichungsform angepasst Dosisklassen zu etablieren.

Dieser Antrag wurde nicht umgesetzt.

Vedolizumab

Auch Vedolizumab liegt in zwei Darreichungsformen mit unterschiedlicher Dosierungsmenge und unterschiedlichen Kosten vor.

Deshalb wurde auch hierzu beantragt den den OPS- Kode

" 6-008.5 Vedolizumab, parenteral"

entsprechend den Darreichungsformen aufzuteilen und an die Darreichungsform angepasst Dosisklassen zu etablieren.

Auch dieser Antrag wurde nicht umgesetzt.

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.

Der Antrag wurde nicht umgesetzt.

Weitere relevante Änderungen im OPS / ICD

Schweregrad der Hypoglykämie

Der Schweregrad einer Hypoglykämie und eine Hypoglykämiewahrnehmungsstörung bei Diabetes mellitus kann nun über einen Sekundärkode aus U69.7-! differenziert werden.

U69.7-I	Sekundäre Schlüsselnummern zur Angabe des Schweregrades einer Hypoglykämie oder des Vorliegens einer Hypoglykämiewahrnehmungsstörung Die Schlüsselnummern U69.70!, U69.71!, U69.72! und U69.74! sind nur bei Jugendlichen und Erwachsenen (13 Jahre und älter) anzugeben. Fremdhilfe liegt vor, wenn eine Person aufgrund der durch Hypoglykämie bedingten Bewusstseins Einschränkung nicht mehr in der Lage ist, selbstständig Maßnahmen zur Beendigung der Hypoglykämie durchzuführen, und deshalb auf die Unterstützung durch An-/Zugehörige oder medizinisches Personal angewiesen ist. Fremdhilfe beinhaltet neben der Gabe von Glukose i.v., Glukagon i.m., s.c. oder nasal auch die durch die unterstützende Person durchgeführte orale Zufuhr von Glukose. Rezidivierende Hypoglykämien sind definiert als Hypoglykämien mit einer Häufigkeit von 3 oder mehr hypoglykämischen Ereignissen (Blutzucker von 60 mg/dl bzw. 3,3 mmol/l und weniger) innerhalb von 5 Tagen. Benutze die sekundären Schlüsselnummern U69.70!-U69.74!, um bei Diabetes mellitus (E10-E14) den Schweregrad der Hypoglykämie oder das Vorliegen einer Hypoglykämiewahrnehmungsstörung anzugeben. Benutze die sekundären Schlüsselnummern U69.70!, U69.71! und U69.72!, um bei anderen Zuständen, die mit einer Hypoglykämie einhergehen, den Schweregrad der Hypoglykämie anzugeben.
U69.70!	Milde Hypoglykämie, als nicht rezidivierend bezeichnet Die Person ist nicht auf Fremdhilfe angewiesen, Blutzucker von 60 mg/dl bzw. 3,3 mmol/l und weniger.
U69.71!	Milde Hypoglykämie, als rezidivierend bezeichnet Die Person ist nicht auf Fremdhilfe angewiesen, Blutzucker von 60 mg/dl bzw. 3,3 mmol/l und weniger.
U69.72!	Schwere Hypoglykämie ohne Koma Die Person ist auf Fremdhilfe angewiesen, Blutzucker von 60 mg/dl bzw. 3,3 mmol/l und weniger. Schwere Hypoglykämie ohne Koma (rezidivierend) (nicht rezidivierend)
U69.73!	Hypoglykämisches Koma bei Diabetes mellitus
U69.74!	Hypoglykämiewahrnehmungsstörung bei Diabetes mellitus Rezidivierend unbemerkte Hypoglykämien mit Blutzucker von 60 mg/dl bzw. 3,3 mmol/l und weniger.

Entsprechende Verweise wurden auch bei den ICD- Codes E10-E14 aufgenommen.

.6 Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen	Diabetische Arthropathie† (M14.2-*) Hypoglykämie Hypoglykämisches Koma Neuropathische diabetische Arthropathie† (M14.6-*) <u>Soll der Schweregrad einer Hypoglykämie oder das Vorliegen einer Hypoglykämiewahrnehmungsstörung angegeben werden, ist eine zusätzliche Schlüsselnummer (U69.7-I) zu benutzen.</u>
.7 Mit multiplen Komplikationen	<u>Soll der Schweregrad einer Hypoglykämie oder das Vorliegen einer Hypoglykämiewahrnehmungsstörung angegeben werden, ist eine zusätzliche Schlüsselnummer (U69.7-I) zu benutzen.</u>

Auftreten einer Sepsis / septischen Schocks im zeitlichen Bezug zur KH- Aufnahme

Analog zur Pneumonie stehen nun ICD- Sekundärkodes zur Differenzierung in „nosokomial“ und „nicht nosokomial“ für die Sepsis und den septischen Schock zur Verfügung.

U69.8-I	Sekundäre Schlüsselnummern zur Spezifizierung des zeitlichen Bezugs einer Sepsis und eines septischen Schocks zur stationären Krankenhausaufnahme Unter einer im Krankenhaus erworbenen Sepsis oder eines septischen Schocks versteht man eine Sepsis oder einen septischen Schock, deren/dessen zeitliches Auftreten die KISS-Definitionen (Definitionen nosokomialer Infektionen für die Surveillance im Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System) erfüllen. Eine Infektion wird als nosokomial bezeichnet, wenn der Infektionstag (= Tag mit dem ersten Symptom der Sepsis oder des septischen Schocks) frühestens der dritte Kalendertag des Krankenhausaufenthaltes ist. Die Einstufung als im Krankenhaus erworbene Sepsis oder septischen Schocks bedeutet nicht automatisch, dass ein kausaler Zusammenhang zwischen der medizinischen Behandlung und dem Auftreten der Infektion existiert, es ist auch kein Synonym für ärztliches oder pflegerisches Verschulden. Die Schlüsselnummern sind nur für vollstationär im Krankenhaus behandelte, erwachsene Personen (18 Jahre und älter) anzugeben. Die Schlüsselnummern dienen in der Qualitätssicherung zur Abgrenzung einer nosokomialen von einer nicht-nosokomialen Sepsis und eines nosokomialen von einem nicht-nosokomialen septischen Schocks. Dabei bezieht sich hier nosokomial bzw. nicht-nosokomial nur auf den kodierenden Leistungserbringer. Die Schlüsselnummern U69.80!-U69.82! sind mit einer spezifischen Schlüsselnummer für die Sepsis zu verwenden. Bei Vorliegen eines septischen Schocks (R57.2), ist dieser zusammen mit einer Schlüsselnummer aus U69.83!-U69.85! anzugeben.
U69.80!	Nicht-nosokomiale Sepsis Sepsis, vor dem dritten Kalendertag der Krankenhausaufnahme auftretend
U69.81!	Nosokomiale Sepsis Sepsis, ab dem dritten Kalendertag der Krankenhausaufnahme auftretend
U69.82!	Sepsis mit unklarem Zeitpunkt des Beginns mit Bezug zur Krankenhausaufnahme
U69.83!	Nicht-nosokomialer septischer Schock Septischer Schock, vor dem dritten Kalendertag der Krankenhausaufnahme auftretend
U69.84!	Nosokomialer septischer Schock Septischer Schock, ab dem dritten Kalendertag der Krankenhausaufnahme auftretend
U69.85!	Septischer Schock mit unklarem Zeitpunkt des Beginns mit Bezug zur Krankenhausaufnahme

Entsprechende Verweise wurden auch bei den ICD- Codes für Sepsis (z.B. A02.1 Salmonellensepsis) und den septischen Schock aufgenommen.

A02.-	Sonstige Salmonelleninfektionen
A02.1	Salmonellensepsis Benutze für vollstationär im Krankenhaus behandelte, erwachsene Personen (18 Jahre und älter) eine zusätzliche Schlüsselnummer (U69.80!-U69.82!), um den zeitlichen Bezug der Sepsis zur stationären Krankenhausaufnahme anzugeben.
R57.-	Schock, anderenorts nicht klassifiziert
R57.2	Septischer Schock Benutze für vollstationär im Krankenhaus behandelte, erwachsene Personen (18 Jahre und älter) eine zusätzliche Schlüsselnummer (U69.83!-U69.85!), um den zeitlichen Bezug des septischen Schocks zur stationären Krankenhausaufnahme anzugeben.

Kryoablation an der Leber

Der von der Deutschen Röntgengesellschaft e.V. eingebrachte und von der DGVS unterstützte Antrag auf die Etablierung eines spezifischen OPS- Codes für die Kryoablation an der Leber wurde umgesetzt.

5-50	Operationen an der Leber
5-501	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion)
<u>5-501.b**</u>	<u>Destruktion, lokal, durch Kryoablation</u>
	<u>Hinw.: Das bildgebende Verfahren ist im Kode enthalten</u>
	<u>Die Anzahl der verwendeten Nadeln zur Destruktion ist gesondert zu kodieren (5-98h ff.)</u>

Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus, angeborener Stoffwechselerkrankung und schwerer Mangelernährung

Der bisherige Komplexcode 8-984 *Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus* wurde erweitert und gesplittet.

Nun steht neben der Komplexbehandlung für Patienten mit Diabetes mellitus auch ein eigener Kode für die Komplexbehandlung bei Patienten mit angeborener Stoffwechselerkrankung oder schwerer Mangelernährung [Malnutrition] zur Verfügung.

8-984	Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus, <u>angeborener Stoffwechselerkrankung und schwerer Mangelernährung</u>
Hinw.:	Strukturmerkmale: • Multimodales Team mit fachärztlicher Behandlungsleitung (Facharzt für Innere Medizin oder Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie oder der Zusatzbezeichnung Diabetologie oder Facharzt für Innere Medizin oder Kinder- und Jugendmedizin und "Diabetologe DDG") • Vorhaltung von differenzierten Behandlungsprogrammen, ausgerichtet auf Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, Insulinpumpentherapie, Bluthochdruck, Adipositas, Dyslipidämie, Nephropathie und schweren Hypoglykämien. Bei der alleinigen Behandlung von Kindern und Jugendlichen (z.B. in Kinderkliniken) ist die Vorhaltung differenzierter Behandlungsprogramme, ausgerichtet auf Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1, ausreichend
	Mindestmerkmale: • Einsatz von mindestens 3 der folgenden Therapiebereiche: Physiotherapie, Psychologie, Diabetesberatung, Medizinische Fußpflege/Podologie, soziale Interventionen patientenbezogen in unterschiedlichen Kombinationen mit einer Therapiedichte von mindestens 11 Stunden pro Woche • Wöchentliche Teambesprechung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele • Bei Kindern und Jugendlichen erfolgt die Therapie auch unter Einbeziehung von Eltern und/oder anderen Bezugspersonen

8-984.3 Bei Patienten mit Diabetes mellitus

Hinw.: Strukturmerkmale:

- Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Innere Medizin oder Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie oder der Zusatzbezeichnung Diabetologie oder einen Facharzt für Innere Medizin oder Kinder- und Jugendmedizin und "Diabetologe DDG"
- Vorhandensein von differenzierten Behandlungsprogrammen, ausgerichtet auf Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, Insulinpumpentherapie, Bluthochdruck, Adipositas, Dyslipidämie, Nephropathie und schweren Hypoglykämien. Bei der alleinigen Behandlung von Kindern und Jugendlichen (z.B. in Kinderkliniken) ist das Vorhandensein differenzierter Behandlungsprogramme, ausgerichtet auf Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1, ausreichend

Mindestmerkmale:

- Einsatz von mindestens 3 der folgenden Therapiebereiche: Physiotherapie, Psychologie, Diabetesberatung, Medizinische Fußpflege/Podologie, soziale Interventionen patientenbezogen in unterschiedlichen Kombinationen mit einer Therapiedichte von mindestens 11 Stunden pro Woche

.30 Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage

.31 Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage

.32 Mindestens 21 Behandlungstage

8-984.4 Bei Patienten mit angeborener Stoffwechselerkrankung oder schwerer Mangelernährung [Malnutrition]

Hinw.: Diese Codes sind bei Patienten mit einer der folgenden Erkrankungen anzugeben:

Aminosäurestoffwechselstörung, Kohlenhydratstoffwechselstörung, Fettsäurestoffwechselstörung, Lipidstoffwechselstörung, Energiestoffwechselstörung, peroxisomale Erkrankung, nichtinfektiöse Enteritis und Kolitis, Pankreasinsuffizienz, Kurzdarmsyndrom, intestinale Malabsorption, angeborene Störung der Resorption, schwere Unterernährung

Strukturmerkmale:

- Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie oder einen Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie oder einen Facharzt für Innere Medizin oder Kinder- und Jugendmedizin mit Erfahrung in der Behandlung von Patienten mit seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen
- Vorhandensein von differenzierten Behandlungsprogrammen, ausgerichtet auf Patienten mit schwerer Mangelernährung oder auf Patienten mit angeborenen Stoffwechselerkrankungen

Mindestmerkmale:

- Einsatz von mindestens 3 der folgenden Therapiebereiche: Physiotherapie, Psychologie, Ernährungsberatung, Logopädie, Ergotherapie, soziale Interventionen patientenbezogen in unterschiedlichen Kombinationen mit einer Therapiedichte von mindestens 11 Stunden pro Woche

.40 Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage

.41 Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage

.42 Mindestens 21 Behandlungstage

Zusammenfassung und Ausblick

Die DGVS hat über die Kommission für Medizinische Klassifikation und Gesundheitsökonomie (MKG) im Frühjahr 2022 eine Reihe von Vorschlägen zum ICD- und OPS-Katalog eingereicht und damit eine weitere Differenzierung des DRGs-Systems in 2023 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.

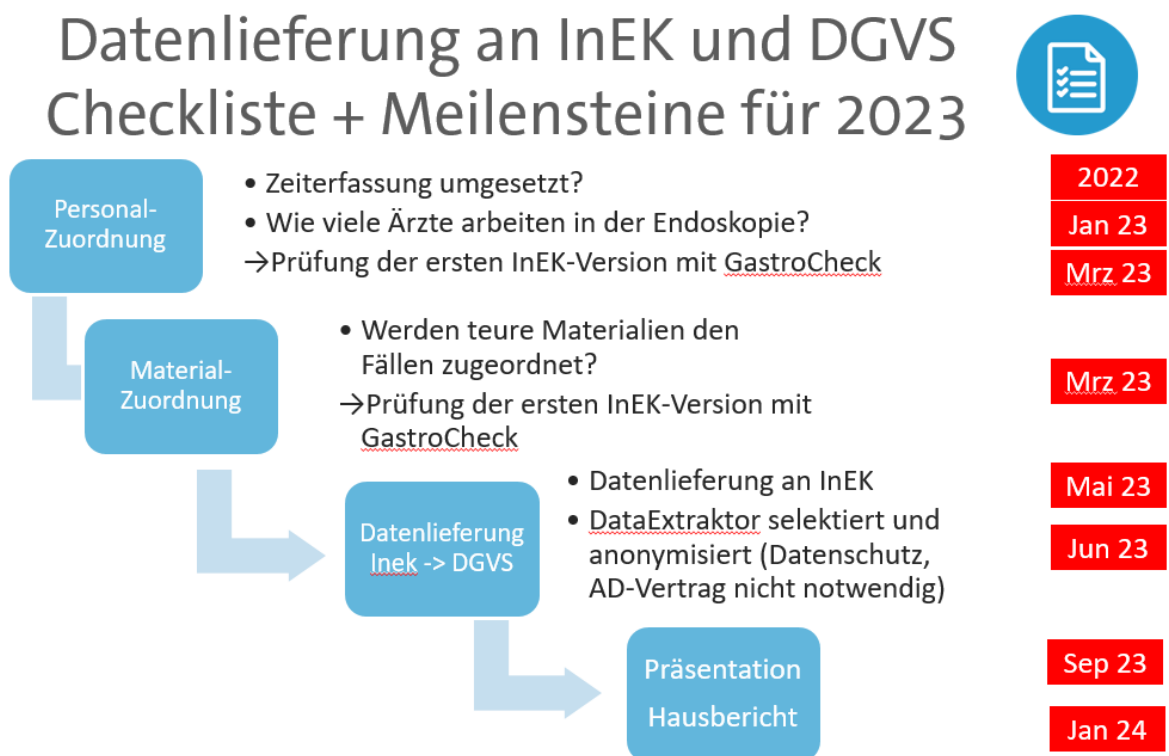
Die Datenlieferung von Häusern, die an der InEK Kalkulation teilnehmen, ist die Grundlage für die Beantragung und erfolgreiche Umsetzung von ICD-, OPS- und auch DRG-Anträgen. Daher ist eine Teilnahme am DGVS- DRG- Projekt möglichst vieler Häuser auch für die Zukunft entscheidend.

Die Teilnahmebedingungen und die zugehörige Projektbeschreibung befindet sich auf der Website der DGVS unter folgendem Link:

<https://www.dgvs.de/fokus-gastroenterologie/drg-projekt/projektvorstellung/>

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:



Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an die DGVS-Kommission über drg@dgvs.de oder direkt an den Projektpartner inspiring-health GmbH über 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

PD Dr. Stefan Karl Gölder

Projektpartner:

Dr. Markus Rathmayer, inspiring-health GmbH, München

Dr. Wolfgang Heinlein, inspiring-health GmbH, München

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