

Kodierleitfaden

Hals-, Nasen-,
Ohrenheilkunde
Kopf- und Halschirurgie
Version 2012



Ein Leitfaden für die klinische Praxis

Herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft
für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde,
Kopf- und Halschirurgie und der
DRG-Research-Group, Universitätsklinikum Münster

Herausgegeben durch die
Deutsche Gesellschaft für HNO-Heilkunde,
Kopf- und Halschirurgie

in Zusammenarbeit mit der

DRG-Research-Group,
Universitätsklinikum Münster

Für die Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie

Prof. Dr. med. J. Alberty
Gemeinschaftspraxis am Eisenbrunnen
Wirichsbongardstraße 1
52062 Aachen
Tel.: 0241 – 20 712
Mail: j.alberty@arcor.de

Für die DRG-Research-Group, Universitätsklinikum Münster

Dr. med. Dominik Franz
Medizincontrolling
Universitätsklinikum Münster
Domagkstr. 20
48129 Münster
Tel.: 0251- 83 52023
Mail: Dominik.Franz@ukmuenster.de

Prof. Dr. med. Norbert Roeder
Ärztlicher Direktor
Universitätsklinikum Münster
Domagkstr. 5
48129 Münster
Tel.: 0251- 83 55876
Mail: Norbert.Roeder@ukmuenster.de

Münster 2012



ISBN 978-3-86523-201-4

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG	3
2	Kodierung als Fundament der DRG-Zuordnung	5
3	ALLGEMEINE KODIERREGELN	9
3.1	Wer ist für die Dokumentation von Diagnosen und Prozeduren verantwortlich [D001a]?	9
3.2	Erfassung von Diagnosen	9
3.2.1	Unspezifische Diagnosen	11
3.2.2	Hauptdiagnose [D002f].....	12
3.2.3	Unzulässige Hauptdiagnosen	13
3.2.4	Kreuz-Stern (†/*) - Diagnosen	14
3.2.5	Ausrufezeichen(!)-Diagnosen	16
3.2.6	Symptome [D002f]	17
3.2.7	Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Maßnahmen [D002f].....	19
3.2.8	Zwei oder mehr Diagnosen, die gleichermaßen der Definition der Hauptdiagnose entsprechen [D002f]	21
3.2.9	Nebendiagnosen [D003i]	22
3.2.10	Syndrome [D004d]	23
3.2.11	Folgestände [D005d]	24
3.2.12	Geplanter Folgeeingriff [D005d].....	25
3.2.13	Akute und chronische Krankheiten [D006e]	26
3.2.14	Aufnahme zur OP/Prozedur - Eingriff nicht durchgeführt [D007f].....	26
3.2.15	Verdachtsdiagnosen [D008b].....	27
3.2.15.1	Entlassung nach Hause	27
3.2.15.2	Verlegung mit Verdachtsdiagnose in ein anderes Krankenhaus	28
3.2.16	Mehrere Lokalisationen/Doppelkodierungen [D011d] ...	29
3.2.17	Anamnestische Diagnosen	30

3.3	Erfassung von Eingriffen, Maßnahmen und Prozeduren ...	31
3.3.1	Verschlüsselung von Prozeduren [P001f]	31
3.3.2	Signifikante Prozeduren [P001f]	34
3.3.3	Nicht vollendete oder unterbrochene Prozedur [P004f]	34
3.3.4	Multiple/Bilaterale Prozeduren [P005h]	35
3.3.5	Klinische Untersuchung [P008a]	37
3.3.6	Allgemeinanästhesie [P009a]	37
3.3.7	Wiedereröffnung eines Operationsgebietes/Reoperation [P013d]	38
3.3.8	Nicht zu kodierende Prozeduren [P014e]	39
3.3.9	Zusatzinformationen zu Operationen [P003d]	40
3.4	Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus	40
4	SPEZIELLE KODIERREGELN [lt. DKR]	43
4.1	Bösartige Neubildungen [0201j]	43
4.1.1	Allgemeines	43
4.1.2	Metastasen [0201j]	44
4.1.3	Unbekannter Primärtumor [0206a]	45
4.1.4	Bösartige Neubildung in der Eigenanamnese [0209d] ..	46
4.1.5	Nachuntersuchung bei Malignom [0209d]	46
4.1.5.1	Kein Nachweis von Tumorgewebe	47
4.1.5.2	Nachweis von Tumorgewebe	48
4.1.6	Chemotherapie/Strahlentherapie [0201j]	48
4.1.7	Tumorkachexie	49
4.1.8	Tumoranämie	49
4.1.9	Neubildungen unklarer Dignität	50
4.2	Nebenwirkungen von Arzneimitteln [1917d]	50
4.3	Hörsturztherapie	52
4.4	Infektionskrankheiten	53
4.4.1	Virushepatitis	53

4.4.2	Resistente Erreger	54
4.5	Psychische und Verhaltensstörungen	54
4.5.1	Abhängigkeit [0501e]	54
4.5.2	Akute Intoxikation (akuter Rausch)	55
4.5.2.1	Schädlicher Gebrauch	55
4.5.2.2	Abhängigkeitssyndrom.....	56
4.5.3	Entzugssyndrom mit Delir.....	56
5	Kodierung häufiger HNO-Fallkonstellationen	57
5.1	Allergien und Unverträglichkeiten	57
5.1.1	Inhalative Allergien	57
5.1.2	Arzneimittelallergien.....	58
5.1.3	ASS-Intoleranz.....	59
5.2	Eingriffe am äußeren Gehörgang	59
5.3	Entnahme von Ohrknorpel zur Transplantation	60
5.4	Mittelohrchirurgie	60
5.4.1	Kodierung von Mittelohrprothesen	61
5.4.2	Kodierung von Eingriffen am Mastoid	62
5.4.3	Kombination von Tympanoplastiken mit Eingriffen am Mastoid.....	62
5.5	Rhinochirurgie.....	62
5.6	Schlafapnoe.....	65
5.7	Nasennebenhöhlenchirurgie	66
5.8	HNO-Onkologie.....	67
5.8.1	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals	68
5.8.2	Neck dissection.....	70
5.8.3	Trachea, Trachostoma, Stents, Trachealstenose	70
5.8.4	Stimmprothesen.....	72

5.9	Endoskopien	72
5.9.1	Allgemeines.....	72
5.9.2	Endoskopie und Biopsien	73
5.9.3	Panendoskopien [P007a].....	74
5.9.4	Endoskopische Fremdkörperentfernungen	74
5.10	Kombinierte Eingriffe.....	75
5.11	Verletzungen und Blutungen	75
5.11.1	Weichteilverletzungen.....	76
5.11.2	Offene Wunden und Infektionen.....	76
5.11.3	Blutungsanämie (D62)	77
6	ICD-10 „HNO“.....	80
6.1	Bösartige Neubildungen (Primärtumore)	81
6.1.1	Bösartige Neubildungen (BN) der Lippe	81
6.1.2	Bösartige Neubildungen (BN) der Zunge	81
6.1.3	Bösartige Neubildungen des Mundbodens	81
6.1.4	Bösartige Neubildungen des Gaumens	82
6.1.5	Bösartige Neubildungen sonst. Mundhöhle	82
6.1.6	Bösartige Neubildungen Speicheldrüsen	82
6.1.7	Bösartige Neubildung der Tonsille	82
6.1.8	Bösartige Neubildungen des Oropharynx	82
6.1.9	Bösartige Neubildungen des Nasopharynx	83
6.1.10	Bösartige Neubildungen des Hypopharynx	83
6.1.11	Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen der Lippe, der Mundhöhle und des Pharynx	83
6.1.12	Bösartige Neubildung der Nasenhöhle und des Mittelohres	83
6.1.13	Bösartige Neubildung der Nasennebenhöhlen	84
6.1.14	Bösartige Neubildungen von Larynx und Trachea.....	84
6.1.15	Bösartige Neubildung der Schilddrüse	84

6.2	Sekundäre bösartige Neubildungen (Metastasen).....	84
6.2.1	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Lymphknoten	84
6.2.2	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane.....	84
6.2.3	Sekundäre bösartige Neubildung sonstige Lokalisation	85
6.2.4	In-situ-Neubildungen	85
6.2.5	Gutartige Neubildungen	85
6.3	Neubildungen unsicheren oder unbekanntem Verhaltens (NBUV)	86
6.4	Anämien.....	86
6.5	Krankheiten des Nervensystems	86
6.6	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	87
6.6.1	Krankheiten des äußeren Ohres	87
6.6.2	Krankheiten des äußeren Ohres bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	87
6.6.3	Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes	88
6.6.4	Otitis media bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	88
6.6.5	Erkrankungen der Tuba auditiva	88
6.6.6	Mastoiditis und verwandte Zustände.....	88
6.6.7	Cholesteatom.....	89
6.6.8	Erkrankungen des Trommelfells	89
6.6.9	Sonstige Mittelohrerkrankungen	89
6.6.10	Sonstige Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	90
6.6.11	Otosklerose	90
6.6.12	Störungen der Vestibularfunktion	90
6.6.13	Sonstige Krankheiten des Innenohres	90
6.6.14	Hörverlust durch Schalleitungs- oder Schallempfindungsstörung	91

6.6.15	Sonstiger Hörverlust	91
6.6.16	Otalgie und Ohrenfluß	91
6.6.17	Sonstige Krankheiten des Ohres, anderenorts nicht klassifiziert	92
6.7	Krankheiten des Atmungssystems.....	92
6.7.1	Akute Infektionen der oberen Atemwege	92
6.7.2	Akute Pharyngitis	93
6.7.3	Akute Tonsillitis	93
6.7.4	Akute Laryngitis und Tracheitis	93
6.7.5	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege	93
6.7.6	Chronische Rhinitis, Rhinopharyngitis und Pharyngitis	94
6.7.7	Chronische Sinusitis	94
6.7.8	Polyposis nasi	94
6.7.9	Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen.....	94
6.7.10	Erworbene Fehlbildungen der Nase	94
6.7.11	Angeborene Fehlbildungen der Nase	95
6.7.12	Chronische Krankheiten der Gaumenmandel und der Rachenmandel	95
6.7.13	Peritonsillarabszeß.....	95
6.7.14	Chronische Laryngitis und Laryngotracheitis	95
6.7.15	Krankheiten der Stimmlippen und des Kehlkopfes, anderenorts nicht klassifiziert	95
6.7.16	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege	96
6.7.17	Sonstige Krankheiten des Atmungssystems	96
6.8	Krankheiten des Verdauungssystems.....	97
6.8.1	Krankheiten der Speicheldrüsen	97
6.8.2	Stomatitis und verwandte Krankheiten	97
6.8.3	Sonstige Krankheiten der Lippe und der Mundschleimhaut	97
6.8.4	Krankheiten der Zunge	98
6.9	Angeborene Fehlbildungen des Auges, des Ohres, des Gesichtes und des Halses	98

6.10	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderorts nicht klassifiziert sind	99
6.10.1	Blutung aus den Atemwegen	99
6.10.2	Sonstige Symptome	99
6.11	Verletzungen des Kopfes	100
6.11.1	Oberflächliche Verletzungen	100
6.11.2	Offene Wunden des Kopfes.....	101
6.11.3	Offene Wunde sonstiger Teile des Kopfes	102
6.11.4	Frakturen	103
6.11.5	Verletzung von Hirnnerven	103
6.11.6	Zerquetschung des Kopfes.....	104
6.11.7	Traumatische Amputation von Teilen des Kopfes.....	104
6.11.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen des Kopfes	104
6.12	Verletzungen des Halses.....	104
6.12.1	Oberflächliche Verletzung des Halses	104
6.12.2	Offene Wunden des Halses.....	105
6.12.3	Offene Wunde sonstiger Teile des Halses	105
6.12.4	Sonstige Verletzungen von Halsorganen	106
6.13	Folgen des Eindringens eines Fremdkörpers durch eine natürliche Körperöffnung.....	106
6.14	Erregerresistenzen	107
6.14.1	Erreger mit bestimmten Antibiotikaresistenzen, die besondere therapeutische oder hygienische Maßnahmen erfordern.....	107
6.14.2	Bakterien mit Multiresistenz gegen Antibiotika.....	108
6.14.3	Mykobakterien mit Resistenz gegen Antituberkulotika (Erstrangmedikamente).....	108
6.14.4	Candida mit Resistenz gegen Fluconazol oder Voriconazol.....	108
6.14.5	Herpesviren mit Resistenz gegen Virustatika.....	108

6.14.6	Humanes Immundefizienz-Virus mit Resistenz gegen Virustatika oder Proteinaseinhibitoren.....	109
6.15	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen....	109
6.15.1	Diagnostik.....	109
6.15.2	Nachuntersuchung nach Behandlung wegen bösartiger Neubildung u.a. (s. 4.1.5).....	109
6.15.3	Sonstige medizinische Behandlung.....	110
6.15.4	Sonstige Umstände/Besonderheiten.....	110
7	HNO-relevante OPS-Kodes.....	112
7.1	DIAGNOSTISCHE MASSNAHMEN.....	112
7.1.1	Klinische Untersuchung in Allgemeinanästhesie.....	112
7.1.2	Untersuchungen im HNO-Bereich.....	112
7.1.3	Biopsien ohne Inzision.....	113
7.1.4	Endoskopische Biopsien an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas.....	113
7.1.5	Biopsie durch Inzision.....	114
7.1.6	Diagnostische Endoskopie.....	115
7.1.7	Spezifische allergologische Provokationstestung.....	115
7.2	Bildgebende Diagnostik - Ultraschalluntersuchungen.....	116
7.2.1	Endosonographie.....	116
7.3	OPERATIONEN.....	116
7.3.1	Zugänge zur Schädelbasis.....	116
7.3.2	Kraniotomien.....	117
7.3.3	Andere Operationen an Schädel, Gehirn und Hirnhäuten.....	117
7.3.3.1	Kranioplastik.....	117
7.3.3.2	Rekonstruktion der Hirnhäute.....	118
7.3.4	Operationen an den Tränenwegen.....	118
7.3.4.1	Inzision von Tränensack und sonstigen Tränenwegen.....	118
7.3.4.2	Andere Rekonstruktion der Tränenwege.....	119

7.3.5	Operationen an Orbita und Augapfel	119
7.3.5.1	Orbitotomie	119
7.3.6	Operationen am N. opticus.....	120
7.3.7	Operationen an Ohrmuschel und äußerem Gehörgang	120
7.3.7.1	Inzision am äußeren Ohr	120
7.3.7.2	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des äußeren Ohres	120
7.3.7.3	Resektion der Ohrmuschel.....	121
7.3.7.4	Wundversorgung am äußeren Ohr	121
7.3.7.5	Plastische Korrektur abstehender Ohren.....	121
7.3.7.6	Konstruktion und Rekonstruktion des äußeren Gehörganges.....	121
7.3.7.7	Plastische Rekonstruktion von Teilen der Ohrmuschel	121
7.3.7.8	Plastische Rekonstruktion der gesamten Ohrmuschel	122
7.3.7.9	Andere Rekonstruktion des äußeren Ohres.....	122
7.3.7.10	Andere Operationen am äußeren Ohr	122
7.3.8	Mikrochirurgische Operationen am Mittelohr.....	122
7.3.8.1	Stapesoperationen	122
7.3.8.2	Andere Operationen an den Gehörknöchelchen	123
7.3.8.3	Myringoplastik [Tympanoplastik Typ I].....	123
7.3.8.4	Tympanoplastik (Verschluß einer Trommelfellperforation und Rekonstruktion der Gehörknöchelchen)	123
7.3.8.5	Stapesplastik.....	124
7.3.8.6	Fensterungsoperation des Promontoriums	124
7.3.8.7	Andere mikrochirurgische Operationen am Mittelohr	124
7.3.8.8	Andere Operationen an Mittel- und Innenohr.....	124
7.3.8.9	Inzision an Warzenfortsatz und Mittelohr.....	125
7.3.8.10	Mastoidektomie	125
7.3.8.11	Rekonstruktion des Mittelohres	125

7.3.8.12	Andere Exzisionen an Mittel- und Innenohr.....	126
7.3.8.13	Inzision und Destruktion des Innenohres	126
7.3.8.14	Andere Operationen am Mittel- und Innenohr	126
7.3.9	Operationen an der Nase.....	127
7.3.9.1	Operative Behandlung einer Nasenblutung.....	127
7.3.9.2	Inzision und Drainage der Nase	128
7.3.9.3	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase.....	128
7.3.9.4	Resektion der Nase.....	128
7.3.9.5	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums.....	129
7.3.9.6	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis].....	129
7.3.9.7	Reposition einer Nasenfraktur	130
7.3.9.8	Plastische Rekonstruktion der äußeren Nase	130
7.3.9.9	Plastische Rekonstruktion der inneren und äußeren Nase [Septorhinoplastik]	130
7.3.9.10	Andere Operationen an der Nase	131
7.3.10	Operationen an den Nasennebenhöhlen	131
7.3.10.1	Nasennebenhöhlenpunktion	131
7.3.10.2	Operationen an der Kieferhöhle.....	132
7.3.10.3	Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle ..	132
7.3.10.4	Operationen an der Stirnhöhle.....	133
7.3.10.5	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen.....	133
7.3.10.6	Plastische Rekonstruktion der Nasennebenhöhlen.	134
7.3.10.7	Andere Operationen an den Nasennebenhöhlen....	134
7.3.11	Operationen an der Zunge	135
7.3.11.1	Inzision, Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Zunge.....	135
7.3.11.2	Partielle Glossektomie	135
7.3.11.3	Glossektomie	136
7.3.11.4	Rekonstruktion der Zunge	136
7.3.11.5	Andere Operationen an der Zunge	137

7.3.12	Operationen an Speicheldrüsen und Speicheldrüsenausführungsgängen.....	137
7.3.12.1	Inzision und Schlitzung einer Speicheldrüse und eines Speicheldrüsenausführungsganges.....	137
7.3.12.2	Exzision von erkranktem Gewebe einer Speicheldrüse und eines Speicheldrüsenausführungsganges.....	137
7.3.12.3	Resektion einer Speicheldrüse.....	137
7.3.12.4	Rekonstruktion einer Speicheldrüse und eines Speicheldrüsenausführungsganges.....	138
7.3.12.5	Andere Operationen an Speicheldrüse und Speicheldrüsenausführungsgang	138
7.3.13	Andere Operationen an Mund und Gesicht	139
7.3.13.1	Äußere Inzision und Drainage im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich.....	139
7.3.13.2	Inzision des harten und weichen Gaumens	139
7.3.13.3	Exzision und Destruktion des (erkrankten) harten und weichen Gaumens	140
7.3.13.4	Inzision, Exzision und Destruktion in der Mundhöhle	140
7.3.13.5	Mundbodenplastik	140
7.3.13.6	Palatoplastik.....	141
7.3.13.7	Resektion des Mundbodens mit plastischer Rekonstruktion	141
7.3.13.8	Resektion der Wange mit plastischer Rekonstruktion	142
7.3.13.9	Andere Operationen am Mund	142
7.3.14	Operationen im Bereich des Naso- und Oropharynx...	143
7.3.14.1	Transorale Inzision und Drainage eines pharyngealen oder parapharyngealen Abszesses	143
7.3.14.2	Tonsillektomie (ohne Adenotomie)	143
7.3.14.3	Tonsillektomie mit Adenotomie	143
7.3.14.4	Adenotomie (ohne Tonsillektomie)	143
7.3.14.5	Andere Operationen an Gaumen- und Rachenmandeln	143
7.3.15	Operationen am Pharynx.....	144

7.3.15.1	Pharyngotomie.....	144
7.3.15.2	Operationen an Kiemengangsresten.....	144
7.3.15.3	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Pharynx	144
7.3.15.4	Pharyngoplastik	145
7.3.15.5	Pharynxteilresektionen	145
7.3.15.6	Pharyngektomie	145
7.3.15.7	Andere Operationen am Pharynx.....	146
7.3.16	Operationen am Larynx	146
7.3.16.1	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx	146
7.3.16.2	Hemilaryngektomie	147
7.3.16.3	Andere partielle Laryngektomie	147
7.3.16.4	Laryngektomie	147
7.3.16.5	Larynxverengende Eingriffe.....	148
7.3.16.6	Temporäre Tracheostomie	148
7.3.16.7	Permanente Tracheostomie.....	148
7.3.16.8	Inzision des Larynx und andere Inzisionen der Trachea	149
7.3.16.9	Exzision, Resektion und Destruktion (von erkranktem Gewebe) der Trachea	149
7.3.16.10	Rekonstruktion des Larynx	149
7.3.16.11	Rekonstruktion der Trachea	150
7.3.16.12	Andere Operationen an Larynx und Trachea.....	150
7.3.17	Operationen am Lymphgewebe.....	151
7.3.18	Radikale zervikale Lymphadenektomie [Neck dissection]	152
7.3.19	Operationen am Ductus thoracicus	153
7.3.20	Operationen am Ösophagus (Auszug!).....	153
7.3.20.1	Inzision des Ösophagus	153
7.3.20.2	Exzision Zenker-Divertikel.....	153
7.3.20.3	Andere Operationen am Ösophagus.....	153
7.3.21	Operationen bei Gesichtsschädelfrakturen	154

7.3.21.1	Reposition einer lateralen Mittelgesichtsfraktur	154
7.3.21.2	Reposition einer zentralen Mittelgesichtsfraktur	154
7.3.21.3	Reposition einer zentrolateralen Mittelgesichtsfraktur	155
7.3.21.4	Reposition anderer kombinierter Mittelgesichtsfrakturen (Mehrfachfraktur)	155
7.3.21.5	Reposition einer Orbitafraktur	156
7.3.21.6	Reposition einer Stirnhöhlenwandfraktur	156
7.3.21.7	Reosteotomien disloziert verheilte Gesichtsschädelfrakturen	156
7.3.22	Rekonstruktion der Weichteile im Gesicht.....	157
7.3.23	Implantatversorgung für die Rekonstruktion mit Gesichtsepithesen	157
7.3.24	Lappenplastiken.....	157
7.3.24.1	Entnahme und Transplantation von Muskel, Sehne und Faszie mit mikrovaskulärer Anastomosierung.....	157
7.3.25	Operative Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut.....	158
7.3.25.1	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	159
7.3.25.2	Freie Hauttransplantation, Entnahmestelle	159
7.3.25.3	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle.....	159
7.3.25.4	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	160
7.3.25.5	Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Entnahmestelle	160
7.3.25.6	Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Empfängerstelle	161
7.3.25.7	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut	161
7.3.25.8	Revision einer Hautplastik	161
7.3.25.9	Plastische Operation an Lippe und Mundwinkel.....	162
7.3.25.10	Andere Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut	162
7.3.26	Zusatzinformationen zu Operationen	162

7.4	NICHTOPERATIVE THERAPEUTISCHE MASSNAHMEN	163
7.4.1	Applikation von Medikamenten	163
7.4.2	Enterale Ernährung als medizinische Hauptbehandlung	165
7.4.3	Parenterale Ernährung als medizinische Hauptbehandlung	165
7.4.4	Fremdkörperentfernung	166
7.4.4.1	Fremdkörperentfernung durch Endoskopie	166
7.4.4.2	Fremdkörperentfernung ohne Inzision	166
7.4.4.3	Fremdkörperentfernung aus der Haut ohne Inzision	166
7.4.5	Therapeutische Spülungen (Lavage).....	166
7.4.6	Nasentamponaden	167
7.4.7	Hyperbare Oxygenation [HBO].....	167
7.4.8	Transfusionen	167
7.4.9	Allgemeinanästhesie.....	168
7.5	Phoniatische und pädaudiologische Therapie	168
8	Anhang	171
8.1	Literaturverzeichnis	171
8.2	Interessante Internet-Links.....	173
8.3	Index.....	174

VORWORT

Dieser Kodierleitfaden soll die HNO-Ärztin bzw. den HNO-Arzt in die Lage versetzen, die behandelten Patienten ("Fälle") korrekt und vollständig zu kodieren, damit diese im DRG-System richtig abgebildet werden können.

Die vorliegende Version wurde auf der Basis der Allgemeinen und Speziellen Deutschen Kodierrichtlinien von der Deutschen Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie in Zusammenarbeit mit der DRG Research Group des Universitätsklinikums Münster für den Gebrauch im Jahr 2012 aktualisiert. Dabei wurden die Änderungen im G-DRG-System 2012 sowie von ICD und OPS berücksichtigt.

Die Autoren danken an dieser Stelle erneut allen Beteiligten, namentlich den Mitgliedern der DRG-Kommission der Deutschen Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie für Ihre wertvolle Hilfe bei der Erstellung und Korrektur des Manuskripts.

Münster, im März 2012

Jürgen Alberty

Dominik Franz

1 EINLEITUNG

Seit dem 01.01.2005 besteht durch den Eintritt in die Konvergenzphase eine unmittelbare ökonomische Bedeutung der Abrechnung über Diagnose-orientierte Fallpauschalen (G-DRGs) für die Erlössituation eines Krankenhauses, die im Jahr 2012 weiter zunimmt.

G-DRGs teilen vollstationäre Fälle mit ähnlichen Diagnosen und Leistungen in Gruppen mit vergleichbarem Aufwand und Kosten ein. Das durch DRGs dokumentierte Leistungsspektrum einer Klinik ist Grundlage ihrer Vergütung. Dieser Kodierleitfaden soll helfen, die wesentlichen Informationen für die korrekte und vollständige Kodierung von Patienten mit Krankheitsbildern der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde zu vermitteln. Er kann und soll allerdings nicht die offiziellen Deutschen Kodierrichtlinien sowie die der Kodierung zugrunde liegenden Klassifikationssysteme ICD-10-GM und OPS (aktuell verbindlich: ICD-10-GM Version 2012 und OPS Version 2012; <http://www.dimdi.de>) ersetzen. Vielmehr sollen durch diesen Kodierleitfaden die Deutschen Kodierrichtlinien dort konkretisiert werden, wo Interpretations- und Ermessensspielräume bestehen.

Auf die Deutschen Kodierrichtlinien 2012 wird im Text Bezug genommen. Die entsprechenden Kodierrichtlinien werden in eckigen Klammern neben der jeweiligen Kapitelüberschrift dargestellt. Die grau unterlegten Felder geben Beispiele an.

Die Pflege dieses Kodierleitfadens ist ein kontinuierlicher Prozess. Die Herausgeber wünschen sich daher konstruktive Rückmeldungen, damit eine fortlaufende Verbesserung erfolgen kann. Bitte schreiben Sie diesbezüglich an die folgende Mailadresse:

DGHNOKHC@t-online.de

Auf der Internetseite **<http://DRG.uni-muenster.de>** finden Sie darüber hinaus ausführliche Informationen zum Thema DRGs. Weiterhin finden Sie unter dieser Internetadresse ein Diskussionsforum, wo Sie spezielle Fragestellungen zur Kodierung einbringen können, die von den Mitarbeitern der DRG Research Group des Universitätsklinikums Münster beantwortet werden.

Aktuelle Informationen zum G-DRG-System und seine Auswirkungen auf die HNO-Heilkunde werden durch die Mitglieder der DRG-Kommission der DGHNOKHC regelmäßig auf der Internetseite **<http://www.hno.org/drg/>** publiziert. Dort finden Sie ebenfalls die jeweils aktuellste Version dieses Leitfadens in einer pdf-Version zum Download.

2 Kodierung als Fundament der DRG-Zuordnung

Mit der Einführung des G-DRG-Systems kommt der Kodierung der Diagnosen- und Prozedurenkodes sowie der klinischen Dokumentation eine existentielle Rolle für das Krankenhaus und jede seiner Abteilungen zu. Unter den Abrechnungsbedingungen eines DRG-Systems wird die korrekte und vollständige Angabe aller gruppierungsrelevanten Falldaten unmittelbar erlösrelevant. Als Zuordnungskriterien für die DRG-Gruppierung gelten:

- der ICD-Kode der Hauptdiagnose (s. 3.2.2)
- der/die OPS-Kode(s) des/der Eingriffs(e) (s. 3.3.2) bei operativer, radioonkologischer, chemotherapeutischer oder interventioneller Behandlung
- der/die ICD-Kodes(s) von für die DRG-Dokumentation relevanten Nebendiagnosen (s. 3.2.9)
- weitere Kriterien wie zum Beispiel Transplantationen, maschinelle Beatmung, Patientenalter, Geburtsgewicht bei Säuglingen bis zum Alter von einem Jahr oder der Aufnahmegrund und die Entlassungsart.

Grundsätzlich ist die Kodierung der Diagnosen und Leistungen im höchst möglichen Detaillierungsgrad („so genau wie möglich“) vorzunehmen. Operative Eingriffe, medizinische Maßnahmen oder Komorbiditäten, die nicht so spezifisch wie möglich, sondern unspezifisch oder womöglich unvollständig dokumentiert sind, werden im G-DRG-System auch nicht sach- und leistungsgerecht vergütet werden. Die Verwendung von unspezifischen Codes („nicht näher bezeichnet“ oder „ohne nähere Angaben“) ist zu vermeiden. In einem zunehmend differenzierteren G-DRG-System werden unspezifische Codes tendentiell in eine

geringer vergütete G-DRG gruppiert werden als spezifische Codes. Es sei jedoch darauf hingewiesen, dass in einigen Fällen die Verwendung unspezifischer Codes aufgrund der Struktur der Klassifikationssysteme unumgänglich ist.

Nur ein medizinisch korrektes und vollständiges Kodieren von Diagnosen und Leistungen eines Falls führt auch zu einer korrekten Fallgruppenzuordnung und damit sachgerechten Bewertung.

Korrektes und vollständiges Kodieren bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die behandelten Erkrankungen des Patienten, die relevanten (s. 3.2.9) Komorbiditäten sowie die durchgeführten operativen und nicht-operativen Leistungen entsprechend ihrer Komplexität so exakt wie möglich in OPS- bzw. ICD-Kodes zu „übersetzen“ sind. Der Patient soll bei einem Vergleich des tatsächlichen Gesundheitszustandes mit der DRG-Dokumentation durch die Kodierung weder „kranker“ noch „gesünder“ sein.

Ein „ökonomisches“ Kodieren, d. h. ein grob fahrlässiges oder vorsätzliches Kodieren mit dem Ziel einer Erlösmaximierung ist weder sinnvoll noch notwendig – im Gegenteil, es schadet mittel- und langfristig allen Beteiligten, da die notwendige Differenzierung von aufwendigen und weniger aufwendigen Fällen durch „ökonomisches Kodieren“ und die inflationäre Verwendung schweregradsteigernder Nebendiagnosen oder nicht zutreffender Prozedurenkodes verhindert wird. Darüber hinaus liegen eindeutige gesetzliche Regelungen vor, die ökonomisches Kodieren finanziell sanktionieren.

Primäres Kriterium für die Zuordnung in DRG-Fallgruppen ist die Hauptdiagnose und eventuell eine oder mehrere Prozeduren. Patienten mit Hauptdiagnosen von Erkrankungen im Bereich von Ohr, Nase, Mund und Hals werden zumeist systematisch der Hauptdiagnosekategorie 03 („Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mun-

des und des Halses“) zugeordnet. Der Begriff Hauptdiagnosekategorie ist identisch mit dem englischen Begriff Major Diagnostic Category (MDC). Ist durch die Wahl der Hauptdiagnose die Hauptdiagnosekategorie festgelegt, wird anhand des Vorhandenseins und der Art eines OPS-Kodes eine G-DRG entsprechend des Gruppierungsalgorithmus zugeordnet.

Wurde beispielsweise bei einem Patienten mit der Hauptdiagnose einer bösartigen Raumforderung eines Stimmbandes (C32.0, führt in die MDC 03) eine einfache Laryngektomie (5-303.0) mit funktionell-radikaler Neck dissektion über 4 Regionen durchgeführt (5-403.03) wird der Fall innerhalb der MDC 03 der G-DRG D24B (Komplexe Hautplastiken und große Eingriffe an Kopf und Hals ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff) zugeordnet.

Die Berücksichtigung zusätzlicher Sachverhalte, wie z. B. der patientenbezogenen Komorbiditäts- und Komplexitäts-Stufe (PCCL, Patient Clinical Complexity Level), die aufgrund der Nebendiagnosen des Patienten ermittelt wird aber auch das Patientenalter, eine komplizierende Diagnose, das Vorhandensein einer bösartigen Neubildung, einer durchgeführten Strahlentherapie u. a. – oder ab 2007 auch die Durchführung eines Kombinationseingriffs – kann die Fallzuordnung ebenfalls beeinflussen.

Die Fallzuordnung im G-DRG-System findet somit primär unter ökonomischen und erst sekundär unter medizinischen Gesichtspunkten statt. Es ist daher zu beachten, dass nicht jeder Einzelfall im G-DRG-System sachgerecht vergütet wird. Das G-DRG-System soll alle Fälle einer G-DRG im Mittel sachgerecht vergüten.

3 ALLGEMEINE KODIERREGELN

3.1 Wer ist für die Dokumentation von Diagnosen und Prozeduren verantwortlich [D001a]?

Die Verantwortlichkeit für die Dokumentation von Diagnosen und Prozeduren wird in der Kodierrichtlinie D001a geregelt: „Die Auflistung der Diagnosen bzw. Prozeduren liegt in der Verantwortung des behandelnden Arztes.“ Darüber hinaus ist der behandelnde Arzt verantwortlich für:

- „die Bestätigung von Diagnosen, die verzeichnet sind, bei denen sich aber kein unterstützender Nachweis in der Krankenakte findet“ und
- „die Klärung von Diskrepanzen zwischen Untersuchungsbefunden und klinischer Dokumentation.“

Ausdrücklich wird in dieser Kodierrichtlinie auf die große Bedeutung einer „konsistenten und vollständigen Dokumentation in der Krankenakte“ hingewiesen. Die Dokumentation in der Krankenakte ist auch die Grundlage für Fallklärungen mit den Kostenträgern und Überprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen. Sie sollte daher behandlungsbegleitend erfolgen, damit keine Informationen verloren gehen.

3.2 Erfassung von Diagnosen

ICD-10-GM Codes für die Diagnosen sind alphanumerische Codes mit drei bis fünf Stellen. Es müssen immer alle Stellen angegeben werden. Wird ein Code nicht in seiner vollständigen Differenzierung kodiert, so ist im Allgemeinen keine sachgerechte Fallzuordnung zu einer DRG Kodierleitfaden HNO-Heilkunde, Kopf- u. Hals-Chirurgie

möglich. In diesen Fällen erfolgt dann die Zuordnung zu einer sogenannten „Fehler-DRG“.

Einzelne ICD-10 Codes sind durch Zusätze näher erläutert. Dabei finden sich als sogenannte Inklusiva (Inkl.) Eigennamen einer Erkrankung oder andere Bezeichnungen (Synonyme), aber auch Sonderformen, die diesem speziellen Code zuzuordnen sind. Inklusiva sind grundsätzlich nur Beispiele, hier finden sich keine abschliessenden Aufzählungen.

Die sogenannten Exklusiva (Excl.) bezeichnen hingegen Informationen, wann ein Code nicht anzuwenden bzw. was er ausdrücklich nicht beinhaltet. Meist findet sich der dann alternativ zu verwendende Code in eckigen Klammern hinter der Bezeichnung.

Hinweise (Hinw.) erklären den entsprechenden Code näher. So findet man hier z. B. eine Erklärung, was die angegebene Dauer einer Erkrankung beinhaltet oder wo man eine nicht genau definierte Form der Erkrankung einordnen sollte (vergl. DIMDI: Basiswissen Kodieren).

Insbesondere bei der Verwendung von EDV-gestützten Diagnosen- oder Prozeduren-Thesauri ist zu beachten, dass In- und Exklusiva sowie Hinweise oft nicht angezeigt werden, und es dadurch zu einer unvollständigen oder auch fehlerhaften Kodierung kommen kann.

Ob an einer weiteren Stelle eines Codes noch eine Ergänzung, wie z. B. eine Lokalisationsangabe zu erfolgen hat, ist im Klassifikationshandbuch bei den einzelnen ICD-Codes in eckigen Klammern vermerkt. Wo die Schlüsselnummern zu den jeweiligen Angaben zu finden sind, wird bei den Kode-Untergruppen-Gliederungen erwähnt.

Beispiele sind nachfolgend aufgeführt:

R55	Synkope und Kollaps - keine weitere Differenzierung
D11.0	Gutartige Neubildung Parotis
E11.20	Typ 2-Diabetes mit Nierenkomplikationen, nicht entgleist
S10.8-	Oberflächliche Verletzung sonstiger Teile des Halses. Die Art der oberflächlichen Verletzung wird mit der letzten Stelle durch die Ziffern 0-5 oder 8 kodiert. Eine entsprechende Zuordnung wird in der Buchversion des ICD-10-GM vor dem Kode aufgelistet

Ziffern der letzten Stelle eines Codes haben meist folgende Bedeutungen:

.0 - .7	Spezifische Krankheiten oder Lokalisationen
.8	Spezifische Krankheiten, die anderenorts nicht klassifiziert sind oder anderenorts klassifizierte Krankheiten (oder „Sonstige“)
.9	Nicht näher bezeichnet

3.2.1 Unspezifische Diagnosen

Als unspezifische Diagnosen gelten „Sonstige - “ (i.d.R. -.8 als letzte Stelle) oder „Nicht näher bezeichnete - “ (i.d.R. -.9 als letzte Stelle) Diagnosen. Dabei bedeutet „Sonstige“, dass der genaue Krankheitszustand bekannt ist, aber in der ICD-Klassifikation kein spezifischer Code für diesen Zustand existiert. „Nicht näher bezeichnet“ bedeutet, dass nicht genug Informationen vorliegen, um den Krankheitszustand genauer beschreiben zu können. Codes, die mit -.8 oder mit -.9 enden, sollten vermieden werden, wenn spezifische Codes zur Verfügung stehen. Wo spezifische Codes für das zu kodierende Krankheitsbild zur Verfügung stehen, sind diese unbedingt zu verwenden. In einigen Fällen ist die Verwendung unspezifischer Codes jedoch unvermeidlich, da aufgrund

der Struktur des Klassifikationssystems kein spezifischer Kode angeboten wird.

3.2.2 Hauptdiagnose [D002f]

Die Hauptdiagnose ist die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wird, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich war.

Der Begriff „nach Analyse“ bezeichnet die Evaluation der Befunde am Ende des stationären Aufenthaltes. Für die Abrechnung relevante Befunde, die nach Entlassung eingehen, sind für die Kodierung heranzuziehen. Dies ist besonders für Patienten mit der Hauptdiagnose einer bösartigen Neubildung von Bedeutung (s. Beispiel 2).

Nach dieser Definition kann demnach nur eine Diagnose als Hauptdiagnose gewählt werden, die bei Aufnahme auch bestanden hat (was nicht unbedingt bedeutet, dass sie bei Aufnahme auch kodiert wurde). Auch muss die Hauptdiagnose nicht der Aufnahme- oder Einweisungsdiagnose entsprechen. Die Hauptdiagnose gilt für den gesamten Klinikaufenthalt unabhängig davon, ob der Patient innerhalb des Krankenhauses verlegt wird.

Beispiel 1:

Ein Patient kommt zur Behandlung einer akuten Sinusitis frontalis. Er erleidet einen Herzinfarkt während des stationären Aufenthaltes. Es wird eine Koronarangiographie + Stenting durchgeführt.

HD: J01.1 Sinusitis frontalis

ND: I21.0 Akuter transmuraler Infarkt der Vorderwand
I25.11 Atherosklerotische Herzkrankheit, Ein-Gefäß-Erkrankung

PR: 1-275.0 Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen
8-837.k0 Einlegen eines nicht-medikamentenfreisetzenden Stents. Ein Stent in eine Koronararterie

Beispiel 2:

Ein Patient kommt zur Abklärung einer umschriebenen, tumorsuspekten Raumforderung des rechten Stimmbandes. Diese wird im Rahmen einer Mikrolaryngoskopie vollständig entfernt. Noch am Tage der Entlassung liegt die histologische Diagnose einer Leukoplakie vor.

HD: J38.3 Sonstige Krankheiten der Stimmlippen (Leukoplakie)

PR: 5-300.2 Exzision, mikrolaryngoskopisch

Es ist bei Beispiel 2 also nicht korrekt, den Tumor abschliessend als „Neubildung unsicheren Verhaltens“ zu kodieren, auch wenn dies die Aufnahmediagnose gewesen sein mag.

Durch die o.g. Definition der Hauptdiagnose kann in Einzelfällen nicht auszuschließen sein, dass keine adäquate Abbildung der erbrachten Krankenhausleistungen möglich ist!

3.2.3 Unzulässige Hauptdiagnosen

Eine Anzahl von ICD-10-Diagnose-Kodes sind als „unzulässige Hauptdiagnosen“ klassifiziert. Diese Kodes sind daher ausschließlich als Nebendiagnose zu kodieren. Die Verwendung einer „unzulässigen Hauptdiagnose“ als Hauptdiagnose führt zur Eingruppierung des Falles in die Fehler-DRG „961Z Unzulässige Hauptdiagnose“. Diese DRG wird im G-DRG-System nicht vergütet! Es ist daher unbedingt darauf zu achten, dass keine derartigen Diagnose-Kodes als Hauptdiagnose verwendet werden.

Beispiele für Codegruppen „unzulässiger Hauptdiagnosen“:

- U80.-! Erreger mit bestimmten Antibiotikaresistenzen, die besondere therapeutische oder hygienische Maßnahmen erfordern.
- Z85.- Bösartige Neubildungen in der Eigenanamnese
- Z86.- Bestimmte andere Krankheiten in der Eigenanamnese
- Z87.- Andere Krankheiten oder Zustände in der Eigenanamnese

- Z88.- Allergie gegenüber Arzneimitteln, Drogen oder biologisch aktiven Substanzen in der Eigenanamnese
- Z89.- Extremitätenverlust
- Z90.- Verlust von Organen, anderenorts nicht klassifiziert
- Z91.- Risikofaktoren in der Eigenanamnese, anderenorts nicht klassifiziert
- Z92.- Medizinische Behandlung in der Eigenanamnese
- Z93.- Vorhandensein einer künstlichen Körperöffnung
- Z94.- Zustand nach Organ- oder Gewebetransplantation
- Z95.- Vorhandensein von kardialen oder vaskulären Implantaten oder Transplantaten
- Z96.- Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten
- Z97.- Vorhandensein anderer medizinischer Geräte und Hilfsmittel
- Z98.- Sonstige Zustände nach chirurgischem Eingriff
- Z99.- Abhängigkeit von unterstützenden Apparaten, medizinischen Geräten oder Hilfsmitteln, anderenorts nicht klassifiziert

Stern-Kodes (s. 3.2.4) und Ausrufezeichen-Kodes (s. 3.2.5) dürfen – wie alle Sekundärkodes – ebenfalls nicht als Hauptdiagnose verwendet werden.

3.2.4 Kreuz-Stern (†/*) - Diagnosen

Bei einigen Diagnosen sind zusätzliche Kodes mit einem Stern (*) angegeben, die diese Diagnose weiter differenzieren können. Dabei wird als Primärkode die Diagnose der Grunderkrankung (Ätiologie) kodiert, an deren Kodenummer ein Kreuz (†) angefügt wird. An zweiter Stelle folgt als Sekundärkode der Kode mit Stern (Manifestation). Als Kreuzkode kann jeder ICD-10-GM Kode außer Stern (*)- oder Ausrufezeichen-Kodes verwendet werden, wenn die Kombination medizinisch erforderlich ist. Ein Stern-Kode kann nicht alleine ohne korrespondierenden Kreuz-Kode aufgeführt werden. Auch ist es nicht zulässig, einen Stern-Kode als Hauptdiagnose zu verwenden.

So ist beispielsweise eine diabetische Nephropathie bei Typ-1-Diabetes primär als Typ-1-Diabetes zu kodieren, also mit E10.20† „Primär insu-

linabhängiger Diabetes mellitus mit Nierenkomplikationen, nicht als entgleist bezeichnet“. Mit dem Kreuz-Stern-System kann durch den zweiten Kode N03.8* „Glomeruläre Krankheiten bei Diabetes Mellitus“ die Manifestation angegeben werden. Der Kode N03.8* allein gibt aber nicht den Diabetestyp und nicht die Stoffwechsellage wieder. Deshalb können nur beide Kodes zusammen die vollständige Information übermitteln.

Beispiel 1:

Behandlung einer diabetischen Nephropathie.

HD: E10.20† Diabetes Mellitus mit Nierenkomplikationen, nicht als entgleist bezeichnet

ND: N03.8* Glomeruläre Krankheiten bei Diabetes Mellitus

Auch im HNO-Gebiet existieren Kreuz-Stern-Kodes.

Beispiel 2:

Behandlung einer Otitis media bei Masern

HD: B05.3† Masern, kompliziert durch Otitis media

ND: H67.1* Otitis media bei anderenorts klassifizierten Viruskrankheiten

Folgende HNO-Kodes sind Sternkodes. Die korrespondierenden Kreuzkodes finden sich als Hinweise in der Buchversion des ICD-10-GM:

H62.-* Otitis externa bei anderenorts klassifizierten Krankheiten (a.k.K.).

H67.-* Otitis media bei a.k.K..

H75.-* Sonstige Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes bei a.k.K.

H82* Schwindelsyndrome bei a.k.K.

H94.-* Sonstige Krankheiten des Ohres bei a.k.K.

3.2.5 Ausrufezeichen-(!)-Diagnosen

Mit einem Ausrufezeichen versehene Codes sind Zusatzinformationen und dürfen niemals als Hauptdiagnose verwendet werden. Die folgenden Ausrufezeichen-Codes bzw. Codegruppen sind obligatorisch zu verwenden, wenn die entsprechenden Voraussetzungen gegeben sind:

- B95.-! Streptokokken und Staphylokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind
- B96.-! Sonstige Bakterien als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind
- B97.-! Viren als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind
- C97! Bösartige Neubildung (BNB) als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen
- U80.-! Erreger mit bestimmten Antibiotikaresistenzen, die besondere therapeutische oder hygienische Maßnahmen erfordern
- U81! Bakterien mit Multiresistenz gegen Antibiotika
- U82.-! Mykobakterien mit Resistenz gegen Antituberkulotika (Erst-rangmedikamente)
- U83! Candida mit Resistenz gegen Fluconazol oder Voriconazol
- U84! Herpesviren mit Resistenz gegen Virustatika
- U85! HIV mit Resistenz gegen Virustatika / Proteinaseinhibitoren
- S14.7-! Funktionale Höhe einer Verletzung des zervikalen RM
- S01.83! Offene Wunde (jeder Teil des Kopfes) mit Verbindung zu einer intrakraniellen Verletzung
- S21.83! Offene Wunde (jeder Teil des Thorax) mit Verbindung zu einer intrathorakalen Verletzung
- S31.83! Offene Wunde (jeder Teil des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens) mit Verbindung zu einer intraabdominalen Verletzung
- Sx1.84! Geschl. Fraktur oder Luxation I. Grades (nach Lokalisation)
- Sx1.85! Geschl. Fraktur oder Luxation II. Grades (nach Lokalisation)
- Sx1.86! Geschl. Fraktur oder Luxation III. Grades (nach Lokalisation)
- Sx1.87! Offene Fraktur oder Luxation I. Grades (nach Lokalisation)
- Sx1.88! Offene Fraktur oder Luxation II. Grades (nach Lokalisation)
- Sx1.89! Offene Fraktur oder Luxation III. Grades (nach Lokalisation)
- T31.-! Verbrennungen, klassifiziert nach Ausmaß der betroffenen Körperoberfläche
- T32.-! Verätzungen, klassifiziert nach Ausmaß der betroffenen Körperoberfläche

3.2.6 Symptome [D002f]

Bei Symptomen wird unterschieden, ob die zugrunde liegende Erkrankung während des Krankenhausaufenthaltes identifiziert wird oder zum Zeitpunkt der Aufnahme bereits bekannt war.

Stellt sich ein Patient mit einem Symptom oder der Manifestation einer zugrunde liegenden Erkrankung vor und wird die zugrunde liegende Erkrankung während des Klinikaufenthaltes identifiziert, so wird die zugrunde liegende Erkrankung als Hauptdiagnose („Ätiologiekode“) kodiert. „Dies betrifft Symptome, die im Regelfall als eindeutige und unmittelbare Folge mit der zugrunde liegenden Krankheit vergesellschaftet sind. (...)“ Die DKR setzen seit 2010 für die Kodierung von Symptomen nicht mehr ein eigenständiges, wichtiges Problem für die medizinische Betreuung voraus.

Beispiel:

Ein Patient wird mit unklaren Schwindelanfällen aufgenommen. Die Diagnostik bestätigt den Verdacht einer Ménière-Erkrankung links. Es folgt eine spezifische Behandlung (z. B. Einlage eines Paukenröhrchens zur Gentamycin-Therapie links). Die Ursache des Schwindels, die Ménière-Krankheit wird als Hauptdiagnose kodiert.

HD: H81.0 Ménière-Krankheit

PR: 3-800 Natives MRT des Schädels

5-200.5L Parazentese und Einlage einer Paukendrainage links

Symptome können immer dann zusätzlich zur Grunderkrankung kodiert werden, wenn für das Symptom selbst die Kriterien der Nebendiagnosekodierung bestehen (Abbildung 1). Dennoch wird empfohlen, Symptome nicht inflationär zu ihren Ursachen hinzu zu kodieren (s. Beispiel oben)

Stellt sich ein Patient mit einem Symptom oder der Manifestation einer zugrunde liegenden Erkrankung vor und ist die zugrunde liegende Er-

krankung bereits zum Zeitpunkt der Aufnahme bekannt und es wird ausschließlich das Symptom behandelt, ist das Symptom die Hauptdiagnose („Manifestationskode“). Die zugrunde liegende Erkrankung ist als Nebendiagnose („Ätiologiekode“) zu kodieren, dies wurde in den DKR 2008 ausdrücklich klargestellt.

Beispiel:

Ein Patient wird zur Behandlung von Schwindelanfällen aufgenommen, die durch eine seit Jahren bestehende Ménière-Krankheit hervorgerufen werden. Es werden nur die Schwindelattacken behandelt (z. B. durch Gabe von Dimenhydrinat sowie durch i.v. Elektrolytgabe).

HD: H83.2 Schwindel bei Funktionsstörung des Labyrinths

ND: H81.0 Ménière-Krankheit

Für die Entscheidung, ob die Grunderkrankung oder die aktuelle Manifestation hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Aufenthalts verantwortlich war, ist grundsätzlich immer zu fragen, warum der Patient überhaupt ins Krankenhaus gekommen ist und was vorrangig bzw. überwiegend im Krankenhaus behandelt wurde.

Treten bestimmte Manifestationen oder Symptome bei einer Grunderkrankung oder einem Syndrom immer auf (z. B. Gelenkerguss nach traumatischer Gelenkverletzung), so dürfen diese nicht gesondert kodiert werden, sondern sind im Kode für die Grunderkrankung enthalten.

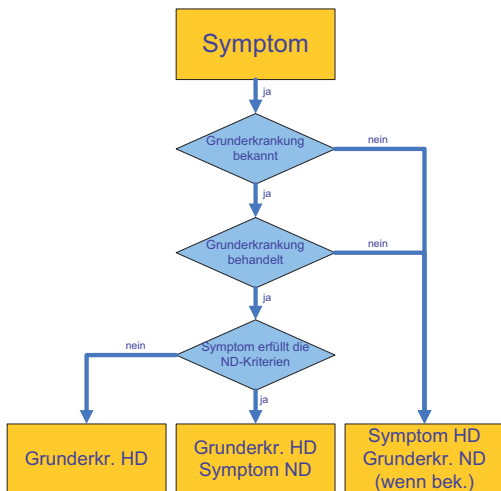


Abbildung 1 Symptomkodierung: schematische Darstellung

3.2.7 Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Maßnahmen [D002f]

Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Maßnahmen sollten, wenn möglich durch spezifische ICD-Kodes verschlüsselt werden.

Sofern keine spezifischen ICD-Kodes vorliegen, sind Codes mit der Endung „...Störungen nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert“ zu verwenden. Für die HNO-Heilkunde sind in dieser Gruppe die folgenden Codes von Bedeutung. Zu beachten sind vor allem die aufgeführten Inklusiva:

- E89.- Endokrine und Stoffwechselstörungen nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert, z. B.:

- E89.1 Hypoinsulinämie nach medizinischen Maßnahmen
Inkl.: Postoperative Hypoinsulinämie
- G97.- Krankheiten des Nervensystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert, z. B.:
- G97.80 Postoperative Liquorfistel
- H59.- Affektionen des Auges und der Augenanhangsgebilde nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert
- H95.0 Rezidivierendes Cholesteatom in der Mastoidhöhle nach Mastoidektomie
- H95.1 Sonstige Krankheiten nach Mastoidektomie
Inklusiva: Chronische Entzündung, Granulationen, Schleimhautzyste einer Mastoidhöhle
- H95.8 Sonstige Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes nach medizinischen Maßnahmen
- I97.- Kreislaufkomplikationen nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert
- J95.- Krankheiten der Atemwege nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert, z. B.:
- J95.0 Funktionsstörung eines Tracheostomas
Inklusiva: Blutung aus dem Tracheostoma, Obstruktion des durch Tracheotomie geschaffenen Luftweges, Sepsis des Tracheostomas, Tracheo-Ösophagealfistel nach Tracheotomie
- J95.5 Subglottische Stenose nach medizinischen Maßnahmen
- J95.81 Stenose der Trachea nach medizinischen Maßnahmen
- K91.- Krankheiten des Verdauungssystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert

Beispiel 1:

Ein Patient wird zur konservativen Behandlung einer infizierten Ohrdrüsenhöhle aufgenommen. Es besteht weder ein Anhalt für ein Rezidivcholesteatom noch für eine spezifische Infektion.

HD: H95.1 Sonstige Krankheiten nach Mastoidektomie

Erst, wenn sich die Erkrankung / Komplikation weder mit spezifischen Codes noch mit Codes für Erkrankungen nach medizinischen Maßnahmen (Beispiel 1) darstellen lässt, sollte auf die ICD-Codes der Gruppe T80-T88 „Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, andernorts nicht klassifiziert“ zurückgegriffen werden

(Beispiele 2 und 3). Dies gilt z. B. für die häufig vorkommende Nachblutung nach Tonsillektomie:

Beispiel 2:

Aufnahme eines Patienten mit Nachblutung nach auswärtiger Tonsillektomie. Operative Blutstillung. Hb bei Aufnahme <8g/dl, Gabe von insgesamt 4 Erythrozytenkonzentraten.

HD: T81.0 Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffs, andernorts nicht klassifiziert

ND: D62 Akute Blutungsanämie

PR: 5-289.1 Operative Blutstillung nach Tonsillektomie

8-800.7f Transfusion von Blutzellen, Erythrozytenkonzentrat, 1 TE bis unter 6 TE

Hinw.: Der Kode D62 sollte nur dann verwendet werden, wenn die Anämie eine therapeutische Konsequenz nach sich zieht wie z. B. die Gabe von Transfusionen (3.2.9).

Beispiel 3:

Ein Patient wird (bei Zustand nach Laryngektomie) zur konservativen Behandlung einer infizierten ösophagotrachealen Stimmfistel aufgenommen. Es besteht kein Anhalt für ein Tumorrezidiv

HD: J95.1 Funktionsstörung eines Tracheostomas

3.2.8 Zwei oder mehr Diagnosen, die gleichermaßen der Definition der Hauptdiagnose entsprechen [D002f]

In Fällen, wo zwei oder mehrere Diagnosen gleichermaßen die Definition der Hauptdiagnose erfüllen, ist zunächst zu überprüfen, ob der ICD-10-GM-Katalog oder die Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) für diese Diagnosen spezielle Verschlüsselungsvorschriften enthalten. Nur in den Fällen, wo dies nicht der Fall ist, hat der behandelnde Arzt die Diagnosen als Hauptdiagnose zu verwenden, deren Diagnostik/Therapie den größten Ressourcenverbrauch verursacht hatte.

3.2.9 Nebendiagnosen [D003i]

„Die Nebendiagnose ist eine Krankheit oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich während des Krankenhausaufenthaltes entwickelt.“ Relevant sind Nebendiagnosen nur, wenn sie diagnostische oder therapeutische Maßnahmen oder einen erhöhten Betreuungs-, Pflege- oder Überwachungsaufwand verursachen. Anamnestische Diagnosen, die das Patientenmanagement gemäß obiger Definition nicht beeinflusst haben, werden nicht kodiert.

Beispiel (aus DKR):

Eine Patientin wird zur Behandlung einer chronischen myeloischen Leukämie (CML) stationär aufgenommen. Anamnestisch gibt sie eine Knieoperation vor ca. 10 Jahren wegen eines Außenmeniskusschadens an. Seitdem ist sie beschwerdefrei. Eine bekannte koronare Herzkrankheit wird während des Aufenthaltes medikamentös weiterbehandelt. Die sonografische Untersuchung der abdominellen Lymphknoten zeigt ein bekanntes Uterusmyom, das keine weitere Diagnostik und Behandlung erfordert. Während des stationären Aufenthaltes kommt es zu einer depressiven Reaktion mit Therapie durch Antidepressiva. Wegen anhaltender Lumbalgie wird die Patientin krankengymnastisch behandelt.

HD: CML

ND: Depressive Reaktion

Lumbalgie

KHK

Die Nebendiagnosen depressive Reaktion, Lumbalgie und KHK des Beispiels erfüllen die obige Definition und sind deshalb zu dokumentieren. Die übrigen Diagnosen (Uterusmyom, Außenmeniskusschaden) erfüllen nicht die Definition der Nebendiagnose. Für die Belange des DRG-Systems sind sie nicht zu dokumentieren. In der medizinischen Dokumentation der Krankenakte sind sie jedoch aufzuführen. Hierbei wird der Unterschied zwischen DRG-Dokumentation und medizinischer Dokumentation deutlich.

Die DKR definieren ausdrücklich keinen „Schwellenwert“ eines erhöhten Betreuungs-, Pflege- oder Überwachungsaufwandes, der überschritten sein muss, damit die Kodierung einer Nebendiagnose gerechtfertigt ist.

Somit rechtfertigt auch die alleinige Weiterführung der häuslichen Medikation (s. obiges Beispiel) die Kodierung der medikamentös behandelten Erkrankung als Nebendiagnose.

Seitens der DKR ist ebenfalls festgelegt, dass abnorme Labor-, Röntgen-, Pathologie und andere diagnostische Befunde nicht kodiert werden dürfen, sofern sie keine klinische Bedeutung im Sinne einer therapeutischen Konsequenz oder einer weiterführenden Diagnostik haben. Wiederholte Kontrollen sind in diesem Zusammenhang nicht als weiterführende Diagnostik anzusehen.

3.2.10 Syndrome [D004d]

Wenn es für ein Syndrom im ICD-10-GM-Verzeichnis einen spezifischen Kode gibt, so ist er für das Syndrom zu verwenden. Bei ausschließlicher Diagnostik und Behandlung einer im Vordergrund stehenden Manifestation eines Syndroms ist die Manifestation als Hauptdiagnose anzugeben. Das Syndrom selbst und weitere relevante Manifestationen werden als Nebendiagnosen kodiert. Handelt es sich um ein angeborenes Syndrom und ist für dieses Syndrom kein spezifischer Kode in der ICD-10-GM enthalten, ist der Kode Q87.8 (Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungssyndrome, anderenorts nicht klassifiziert) als Nebendiagnose zuzuweisen.

Beispiel 1: (aus DKR)

Ein dysmorphes Kind wird zur Syndromabklärung stationär aufgenommen. Die Untersuchung bestätigt die Diagnose Trisomie 21, meiotische Non-disjunction (Down-Syndrom).

HD: Q90.0 Trisomie 21, meiotische Non-disjunction

Beispiel 2:

Ein Kind mit kongenitaler hochgradiger Schwerhörigkeit beidseits wird zur weiteren Abklärung stationär aufgenommen. Die Diagnostik ergibt ein Pendred-Syndrom. Noch während desselben Aufenthalts wird das Kind einseitig rechts mit einem CI versorgt.

HD:H90.5 Innohrschwerhörigkeit (angeborene Schwerhörigkeit/Taubheit o.n.A.)

ND: E07.1 Dys hormone Struma (inkl. Pendred Syndrom)

PR: 5-209.22R Einführung eines Kochlea-Implantates mit Einzelelektrode, rechts

3.2.11 Folgezustände [D005d]

Als Folgezustände oder Spätfolgen werden aktuelle Krankheitszustände bezeichnet, die durch Krankheiten in der Vergangenheit hervorgerufen sind. Für die Verwendung der Codes für Folgezustände ist keine zeitliche Limitierung festgelegt. Der Begriff Folgezustand umfasst daher sowohl frühzeitig eintretende Folgen einer Erkrankung als auch Spätfolgen, die u. U. erst nach mehreren Jahren auftreten.

Die Kodierung der Folgezustände von Krankheiten erfordert zwei Codes: einen Code für den Restzustand oder die Art der Folgezustände und einen für die Ursache der Folgezustände. Der Residual- oder Folgezustand (aktuelle Krankheit) wird zuerst angegeben, gefolgt von den Nebendiagnosen für die Ursachen des Residualzustandes (frühere Krankheit oder Ursache für die Spätfolge). Sofern die zugrundeliegende Krankheit nicht mehr aktiv ist, wird der Code für die akute Form der Krankheit nicht kodiert, sondern der Folgezustand mit den entsprechenden spezifischen ICD-Kodes.

Die Codes „Folgezustände von...“ sind niemals als Hauptdiagnosen zuweisen. Dies unterscheidet sie u.a. von den Erkrankungen/Störungen nach medizinischen Maßnahmen (s. 3.2.7).

Beispiel:

Patient wird zur operativen Entfernung einer gutartigen Neubildung der Glandula parotis aufgenommen. Es besteht eine Hemiparese als Folge eines Apoplex.

HD: D11.0	Gutartige Neubildung der Parotis
ND: G81.0	Schlaffe Hemiparese und Hemiplegie
ND: I69.3	Folgen eines Hirninfarktes
PR: 5-262.00	Partielle Parotidektomie ohne intraoperatives Fazialismonitoring

Beispiele für Folgezustände:

B90.-	Folgezustände der Tuberkulose
B91	Folgezustände der Poliomyelitis
B92	Folgezustände der Lepra
B94.-	Folgezustände sonstiger und nicht näher bezeichneter infektiöser und parasitärer Krankheiten
E64.-	Folgen von Mangelernährung oder sonstigen alimentären Mangelzuständen
E68	Folgen der Überernährung
G09	Folgen entzündlicher Krankheiten des Zentralnervensystems
I69.-	Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit

3.2.12 Geplanter Folgeeingriff [D005d]

Geplante Folgeeingriffe sind Operationen, die sich an einen Ersteingriff anschließen und die bereits zum Zeitpunkt des Ersteingriffs absehbar sind.

Dies trifft in der Praxis vorrangig für die Materialentfernung nach Osteosynthese zu. Hierbei ist die ursprüngliche Verletzung/Erkrankung als Hauptdiagnose zu kodieren, gefolgt von der Nebendiagnose Z47.0 Entfernung von Osteosynthesematerial. Dies gilt also auch, sofern diese Verletzung/Erkrankung zum Zeitpunkt des geplanten Folgeeingriffs nicht mehr besteht.

Beispiel:

Patient wird zur geplanten Entfernung von Osteosynthesematerial nach einer osteosynthetisch versorgten Jochbeinfraktur links aufgenommen.

HD: S02.4 Fraktur des Jochbeins und des Oberkiefers

ND: Z47.0 Entfernung von Osteosynthesematerial

PR: 5-779.3L Andere Operationen an Kiefergelenk und Gesichtsschädelknochen: Entfernung v. Osteosynthesematerial

3.2.13 Akute und chronische Krankheiten [D006e]

Hierbei handelt es sich um Patienten, die *gleichzeitig* an der akuten und der chronischen Form einer Krankheit leiden. Es ist zu prüfen, ob sowohl für das akute als auch für das chronische Krankheitsbild unterschiedliche ICD-10-GM-Kodes existieren. Nur wenn es „für die akute und chronische Form der Krankheit unterschiedliche Schlüsselnummern gibt“, wird „die akute Form der Krankheit als Hauptdiagnose und die chronische Form als Nebendiagnose kodiert“. Hierbei sind auch die In- und Exklusiva sowie die Hinweise zu den jeweiligen ICD-Kodes zu beachten.

3.2.14 Aufnahme zur OP/Prozedur - Eingriff nicht durchgeführt [D007f]

Wenn ein Patient für eine Operation/Prozedur stationär aufgenommen wurde, diese aber aus irgendeinem Grund nicht durchgeführt und der Patient entlassen wurde, ist wie folgt zu kodieren:

- a) Wenn die Operation/Prozedur aus *technischen oder organisatorischen Gründen* nicht ausgeführt wurde:

Beispiel:

Ein Patient wurde aufgenommen zwecks Insertion von Paukenröhrchen bei Seromukotympanon. Die Operation wurde aus technischen Gründen verschoben.

HD: H65.3

Chronische muköse Otitis media

ND: Z53

Personen, die Einrichtungen des Gesundheitswesens wegen spezifischer Maßnahmen aufgesucht haben, die aber nicht durchgeführt wurden

- b) Wenn die Operation/Prozedur *auf Grund einer Krankheit oder einer Komplikation, die nach Aufnahme aufgetreten ist*, nicht ausgeführt wurde:

Beispiel:

Ein Patient mit Tonsillitis wurde zur Tonsillektomie aufgenommen. Die Operation wurde aufgrund einer akuten Sinusitis frontalis verschoben.

HD: J35.0

Chronische Tonsillitis

ND: Z53

Personen, die Einrichtungen des Gesundheitswesens wegen spezifischer Maßnahmen aufgesucht haben, die aber nicht durchgeführt wurden

J01.1

Akute Sinusitis frontalis

3.2.15 Verdachtsdiagnosen [D008b]

Verdachtsdiagnosen sind Diagnosen, die am Ende eines stationären Aufenthaltes weder sicher bestätigt noch sicher ausgeschlossen sind. Bei der Kodierung von Verdachtsdiagnosen wird unterschieden, ob ein Patient nach Hause entlassen oder in ein anderes Krankenhaus verlegt wurde (Abbildung 2).

3.2.15.1 Entlassung nach Hause

Bei Patienten, die zur Beobachtung oder Diagnostik aufgenommen werden und bei denen sich der Verdacht auf eine Erkrankung nicht bestätigt, muss das zur Aufnahme führende Symptom kodiert werden.

Wenn ein Symptom nicht kodierbar ist, kann ein Kode aus der Gruppe Z03 bis Z09: „Beobachtung bei Verdacht auf...“ benutzt werden.

Beispiel:

Ein Kind wurde nach Sturz von einer Schaukel wegen des Verdachts auf Schädel-Hirn-Trauma zur Überwachung stationär aufgenommen. Die Untersuchungen während des stationären Aufenthaltes haben die Diagnose nicht bestätigt. Eine spezifische Behandlung wurde nicht durchgeführt. Das Kind wird nach der Beobachtung nach Hause entlassen.

HD: Z03.3 Beobachtung bei Verdacht auf neurolog. Erkrankungen
ND: S00.85 Oberflächliche Verletzung sonstiger Teile des Kopfes:
Prellung

Sobald spezifische therapeutische Maßnahmen eingeleitet werden, darf die vermutete Erkrankung als Hauptdiagnose kodiert werden, auch wenn die Verdachtsdiagnose bei Entlassung nicht eindeutig bestätigt ist. Eindeutig ausgeschlossene Diagnosen dürfen jedoch nicht kodiert werden, auch wenn eine entsprechende Behandlung eingeleitet wurde (Abbildung 2).

3.2.15.2 Verlegung mit Verdachtsdiagnose in ein anderes Krankenhaus

Wenn ein Patient mit einer Verdachtsdiagnose verlegt wird, hat das verlegende Krankenhaus die Verdachtsdiagnose und nur die zum Zeitpunkt der Verlegung erhältlichen Informationen zu kodieren. Spätere Informationen (z. B. histologischer Befund oder Informationen aus dem Krankenhaus in das verlegt wurde), dürfen die Kodierungsentscheidung nachträglich nicht beeinflussen.

Kodierung von Verdachtsdiagnosen

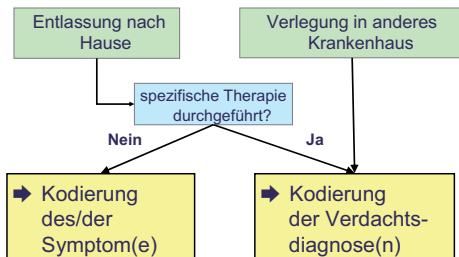


Abbildung 2 Kodierung von Verdachtsdiagnosen: schematische Darstellung

3.2.16 Mehrere Lokalisationen/Doppelkodierungen [D011d]

Manifestiert sich eine Erkrankung an zwei oder mehreren Lokalisationen, so darf derselbe Diagnosekode nur einmal angegeben werden. Gibt es einen spezifischen Diagnosekode, der mehrfache Lokalisationen umfasst, die mit den tatsächlich betroffenen Lokalisationen übereinstimmen, so ist dieser zu benutzen. Sofern ein solcher Kode nicht existiert, *kann* der Kode, der keine Informationen über unterschiedliche Lokalisationen enthält, durch das Zusatzkennzeichen „B“ für „beidseits“ ergänzt werden.

Im Gegensatz zu dieser „kann“ Regelung für Diagnosen können **Prozeduren** nach mehrfacher Durchführung auch mehrfach kodiert werden bzw. ist seit 2005 für Prozedurenkodes die Kodierung der Seitenlokalisierung verpflichtend vorgegeben (s. 3.3.4).

3.2.17 Anamnestische Diagnosen

Anamnestische Diagnosen sollten ausschließlich als Nebendiagnose aufgeführt werden, und nur dann, wenn die Kriterien für die Kodierung von Nebendiagnosen erfüllt sind, d. h. dass Diagnostik, Therapie oder Pflegeaufwand beeinflusst wurden (s. 3.2.9). Der Zustand, der durch die anamnestische Diagnose beschrieben wird, sollte nicht während des aktuellen Krankenhausaufenthaltes eingetreten sein: So sollte bei dem stationären Aufenthalt, in dem eine Transplantation durchgeführt wurde, nicht Zustand nach Transplantation kodiert werden. Nachfolgend werden Beispiele für Kode-Gruppen anamnestischer Diagnosen aufgelistet:

- Z85.- Bösartige Neubildungen in der Eigenanamnese (EA)
- Z86.- Bestimmte andere Krankheiten in der EA
- Z87.- Andere Krankheiten oder Zustände in der EA
- Z88.- Allergie gegenüber Arzneimitteln, Drogen oder biologisch aktiven Substanzen in der EA
- Z92.- Medizinische Behandlung in der Eigenanamnese
- Z89.- Extremitätenverlust
- Z90.0 Verlust von Teilen des Kopfes oder des Halses
- Z90.4 Verlust anderer Teile des Verdauungstraktes
- Z90.6 Verlust anderer Teile des Harntraktes
- Z90.7 Verlust eines oder mehrerer Genitalorgane
- Z90.8 Verlust sonstiger Organe
- Z93.- Vorhandensein einer künstlichen Körperöffnung
- Z95.- Vorhandensein von kardialen oder vaskulären Implantaten oder Transplantaten
- Z96.- Vorhandensein anderer funktioneller Implantate
- Z97.- Vorhandensein anderer med. Geräte / Hilfsmittel
- Z94.- Zustand nach Organ- oder Gewebetransplantation
- Z98.- Sonstige Zustände nach chirurgischem Eingriff
- Z99.- Abhängigk. von unterstützenden Apparaten, med. Geräten/Hilfsmitteln, anderenorts nicht klassifiziert

3.3 Erfassung von Eingriffen, Maßnahmen und Prozeduren

3.3.1 Verschlüsselung von Prozeduren [P001f]

Medizinische Prozeduren werden auf der Grundlage des Operationen- und Prozedurenschlüssels OPS, (bis zur Version 2004 noch OPS-301 genannt) verschlüsselt. Der OPS ist in 6 Kapitel gegliedert, die sich in der ersten Stelle eines Prozedurenschlüssels wiederfinden:

Kapitel 1: Diagnostische Maßnahmen

Kapitel 3: Bildgebende Diagnostik

Kapitel 5: Operationen

Kapitel 6: Medikamente

Kapitel 8: Nichtoperative therapeutische Maßnahmen

Kapitel 9: Ergänzende Maßnahmen

Der OPS-Katalog enthält das Kapitel 6 Medikamente für sämtliche kodierfähigen Wirkstoffe und ihre Dosisklassen, die z. B. als Zusatzentgelt oder als „Neues Untersuchungs- und Behandlungsverfahren (NUB) zugelassen sind. Die entsprechenden OPS-Kodes im Kapitel 8 der Vorgängerversionen wurden gelöscht. Einzelne OPS-Kodes sind durch Zusätze näher erklärt.

Dabei finden sich als sogenannte Inklusiva (Inkl.) Teile der Operation beschrieben, die bereits im Code enthalten sind. Auch Eigennamen und Synonyma findet man hier. Exklusiva (Exkl.) beinhalten Informationen, wann der jeweilige OPS-Code nicht anzuwenden ist, gefolgt von dem alternativ zu verwendenden OPS-Code.

Hinweise (Hinw.) erklären den entsprechenden Code näher. So findet man hier z. B. einen Hinweis, falls ein Zugangsweg zu einem Operationsfeld nicht in einem Code enthalten ist (vergl. DIMDI: Basiswissen Kodieren).

Das Zeichen ↔ zeigt an, dass für diesen Kode ein Zusatzkennzeichen angegeben werden muss. Ab 2005 ist es für solchermaßen gekennzeichnete Kodes Pflicht, die Seitigkeit anzugeben, d.h. ob eine Prozedur rechts (R), links (L) oder beidseitig (B) durchgeführt wurde (s.u.).

Bis auf wenige Ausnahmen (z. B. bei Operationen am Nervensystem) umfassen die OPS-Prozeduren alle notwendigen Arbeitsschritte vor, während und nach der Prozedur, d. h. z. B. Patientenlagerung, Anästhesie, Zugang zum OP-Gebiet, Naht, etc. Es ist also grundsätzlich nicht erforderlich, diese Teilschritte gesondert zu kodieren. Ausnahmen von diesem Grundsatz sind in den Anmerkungen zu den einzelnen OPS-Kodes im Katalog vermerkt, ebenso wie die mögliche Anwendung von Zusatzkodes (z. B. Verwendung eines OP-Roboters (s. 7.3.26).

Ebenso sind eingriffsverwandte diagnostische Maßnahmen nicht gesondert zu kodieren, wenn diese in derselben Sitzung durchgeführt werden und regelhaft Bestandteil der interventionell-therapeutischen Prozeduren sind und dies im OPS nicht anders geregelt ist (z. B. diagnostische Mikrolaryngoskopie vor endolaryngealer Kehlkopfteilresektion wird nicht gesondert verschlüsselt). Kommen allerdings unterschiedliche Operationstechniken zur Anwendung, sind die durchgeführten Prozeduren einzeln zu kodieren! Dies kann in der HNO-Heilkunde durchaus häufiger der Fall sein.

Beispiel 1:

Ein aus 2 Teilprozeduren (Mastoidektomie und Tympanoplastik Typ III) bestehender Eingriff kann durch einen einzelnen Prozedurenkode verschlüsselt werden.

HD: H66.2 Chronische epitympanale Otitis media

PR: 5-195.b0 Tympanoplastik Typ mit Antrotomie oder Mastoidektomie ohne Implantation einer Prothese

Beispiel 2:

Ein aus zwei Teilprozeduren (Mastoidektomie und Einlage einer Paukendrainage links) bestehender Eingriff kann nur durch zwei Prozedurenkodes verschlüsselt werden, da kein OPS-Code existiert, der beide Eingriffe zusammengefasst beschreibt.

HD: H70.0 Akute Mastoiditis

PR: 5-203.0L Einfache Mastoidektomie links

5-200.5L Parazentese links mit Einlage Paukendrainage

Erfolgt zusätzlich in gleicher Sitzung zu einer Eradikationsprozedur auch eine Wiederherstellungsprozedur, so sind beide Prozeduren zu kodieren (z. B. Exzision eines Tumors und anschließende Lappenplastik).

Beispiel 3:

Entfernung eines bösartigen Tumors im Bereich des Oropharynx mit anschließender lokaler Lappenplastik, Neck dissektion während der gleichen Operation.

HD: C10.2 Bösartige Neubildung, Seitenwand des Oropharynx

PR: 5-295.01 Oropharynxteilresektion, transoral, Pharyngoplastik mit lokaler Schleimhaut

5-403.04 Funktionelle Neck dissektion, 5 Level

Beispiel 4:

Entfernung eines bösartigen Tumors im Bereich des Oropharynx mit anschließender freier Lappenplastik (myokutaner, mikrovaskulär anastomosierter Radialislappen), Neck dissektion.

HD: C10.2 Bösartige Neubildung des Oropharynx, Seitenwand

PR: 5-295.04 Oropharynxteilresektion, transoral, Pharyngoplastik mit mikrovaskulär anastomosiertem Transplantat

5-858.23 Entnahme eines myokutanen Lappens vom Unterarm

5-403.04 Funktionelle Neck dissektion, 5 Level

Zusätzlich zu kodieren sind jedoch Leistungen, die grundsätzlich nicht im Umfang der Prozedur enthalten sind. So ist z. B. bei der Durchführung einer bildgebenden Untersuchung eines Kleinkindes in Narkose

die Narkose gesondert zu kodieren, da sie üblicherweise nicht im Umfang eines CTs oder MRTs enthalten ist (s. 3.3.6).

Darüber hinaus wird die Versorgung intraoperativer Komplikationen gesondert kodiert.

3.3.2 Signifikante Prozeduren [P001f]

Alle signifikanten Prozeduren, die während des Aufenthaltes des Patienten durchgeführt wurden und für die ein OPS-Kode existiert, sind zu kodieren. Dies betrifft sowohl diagnostische, therapeutische als auch pflegerische Prozeduren.

Die Definition einer signifikanten Prozedur ist, dass sie entweder

- chirurgischer Natur ist
- ein Eingriffsrisiko birgt
- ein Anästhesierisiko birgt
- Spezialeinrichtungen, -geräte oder eine spezielle Ausbildung erfordert

3.3.3 Nicht vollendete oder unterbrochene Prozedur [P004f]

Prozeduren, die aus welchen Gründen auch immer unterbrochen oder nicht vollständig durchgeführt wurden, sind folgendermaßen zu kodieren:

- Beim Umstieg von einem laparoskopischen/endoskopischen Verfahren auf das „offen chirurgische“ Verfahren ist zunächst zu prüfen, ob ein entsprechender spezifischer OPS-Kode „Umsteigen auf offen chirurgisch“ existiert. Wenn ja, ist dieser zu verwenden. Liegt ein entsprechender Code nicht vor, so ist die offen chirurgische Prozedur zu verwenden. Entsprechende OPS-Kodes existieren jedoch für die HNO-Heilkunde nicht.
- Existiert für die bis zum Zeitpunkt des Abbruchs durchgeführte Prozedur ein spezifischer Code, so ist ausschließlich dieser zu verwenden.

- Ist die geplante Prozedur bis zum Abbruch nahezu vollständig erbracht, so wird die ursprünglich geplante Prozedur kodiert. Der Zusatzcode 5-995 ist in diesem Fall nicht zu verwenden.
- In allen anderen Fällen wird ebenfalls die ursprünglich geplante Prozedur, jedoch unter Verwendung des Zusatzcodes 5-995, kodiert.

Seit 2009 ist klar gestellt, dass die Verwendung des Zusatzcodes 5-995 nur für operative Eingriffe zu verwenden ist. Als operative Eingriffe sind in diesem Zusammenhang alle OPS-Kodes aus dem Kapitel 5 des OPS-Kataloges anzusehen. Daraus folgt, dass bei einem Abbruch rein diagnostischer Endoskopien im HNO-Bereich die diagnostische Endoskopie dennoch kodiert wird.

3.3.4 Multiple/Bilaterale Prozeduren [P005k]

Die Prozedurenkodierung soll, wo es möglich ist, den Aufwand widerspiegeln, und daher sind grundsätzlich multiple Prozeduren so oft zu kodieren, wie sie während der Behandlungsphase durchgeführt wurden. Für diese Regelung gelten die folgenden Ausnahmen:

Multiple Prozeduren an der gleichen Lokalisation, die in derselben Sitzung durchgeführt werden, werden nur einmal kodiert (z. B. Stimm lippen-PEs zur Ausdehnungsbestimmung bei V.a. glott. Larynx-CA).

Prozeduren, die während eines stationären Aufenthaltes generell wiederholt durchgeführt werden, dürfen nur einmal pro stationären Aufenthalt kodiert werden. Bei Prozeduren, die nur einmal pro stationärem Aufenthalt zu kodieren sind, ist die Anzahl der Durchführungen unerheblich (Z. B. phoniatische und pädaudiologische Komplexbehandlung (9-31-), Lagerungsbehandlung (8-390-)).

Ausnahmen sind die Kodierung der Anzahl von Blutprodukten sowie kontinuierlichen Dialysebehandlungen. Z. B. bei Transfusionen ist die Anzahl der transfundierten Einheiten je Zellart am Ende des stationären

Aufenthaltes zu addieren. In Abhängigkeit der resultierenden Summe ist ein unterschiedlicher Prozedurenkode der jeweiligen Prozedurengruppe zu wählen (P012d).

Dies gilt auch für zahlreiche besonders teure Medikamente (z. B. Chemotherapeutika), da hierfür u. U. Zusatzentgelte abgerechnet werden können.

Bei bilateral durchgeführten Prozeduren sind seit 2005 Zusatzkennzeichen für die Seitenlokalisation (R, L, B) zu verwenden. Diese Zusatzkennzeichen sind für Prozeduren an paarigen Organen oder Körperteilen (z. B. Ohren, Kieferhöhlen etc.) verpflichtend. Alle Schlüsselnummern, die mit Zusatzkennzeichen versehen werden müssen, sind sowohl in der Buchausgabe des OPS für 2012 als auch in diesem Leitfaden enthaltenen Auszügen mit einem Doppelpfeil ↔ gekennzeichnet.

Beispiel 1:

Bilaterale Korrektur absteher Ohren:

HD: Q17.5 Absteheres Ohr, beiderseits

PR: 5-184.0B Plastische Korrektur absteher Ohren durch
Korrektur des Ohrknorpels

Beispiel 2:

Parazentese und Paukendrainage beidseitig bei Seromukotympanon bds.

HD: H65.2B Chronische seröse Otitis media (B – beidseitig)

PR: 5-200.5B Parazentese, mit Legen einer Paukendrainage, bds.

Beispiel 3:

Endonasale Kieferhöhlenfensterung beidseits bei chronischer Sinusitis maxillaris beidseits

HD: J32.0B Chronische Sinusitis maxillaris (B – beidseitig)

PR: 5-221.1B Kieferhöhlenfensterung über mittleren Nasengang, bds.

Bei allen übrigen Prozeduren, die mehrfach während eines stationären Aufenthaltes an gleicher/unterschiedlicher Lokalisation in unterschiedlichen Sitzungen durchgeführt werden, ist die mehrfache Kodierung von Prozeduren durchzuführen.

3.3.5 Klinische Untersuchung [P008a]

Dieser Kode „1-100 Klinische Untersuchung in Allgemeinanästhesie“ ist nur zu verwenden, sofern die Allgemeinanästhesie als selbständige Maßnahme, d. h. nicht zusammen mit einem invasiven oder operativen Eingriff durchgeführt wird und kein spezifischer OPS-Kode für die durchgeführte Untersuchung existiert.

3.3.6 Allgemeinanästhesie [P009a]

Die Verwendung der Kodes der Gruppe „8-90- Allgemeinanästhesie“ bleibt auf Ausnahmefälle beschränkt. Zu diesen Ausnahmefällen gehören z. B. Kinder oder andere Patienten, die Maßnahmen in Allgemeinanästhesie erhalten, welche sonst ohne Anästhesieverfahren erfolgen. Sofern ein spezifischer OPS-Kode für die durchgeführte Prozedur
Kodierleitfaden HNO-Heilkunde, Kopf- u. Hals-Chirurgie

vorhanden ist, ist dieser zusammen mit einer Ziffer der Gruppe 8-90- anzugeben, ansonsten ist die Anästhesie alleine anzugeben. Das Monitoring der Atmung und des Kreislaufes ist in diesem Fall bereits impliziert und wird nicht gesondert dokumentiert.

Beispiel:

Bei einem schwerhörigen Kleinkind wird im Rahmen der Voruntersuchung für ein Cochlear-Implant ein CT des Schädels in Narkose durchgeführt.

HD: H90.5 Innohrschwerhörigkeit (angeborene Schwerhörigkeit/Taubheit o.n.A.)

PR: 3-200 Native Computertomographie des Schädels
8-900 intravenöse Anästhesie

Die Kodierung des Anästhesieverfahrens erfolgt nur, weil die Prozedur normalerweise ohne Anästhesie durchgeführt wird!

3.3.7 Wiedereröffnung eines Operationsgebietes/Reoperation [P013k]

Bei der Behandlung einer Komplikation, der Durchführung einer Rezi- divtherapie oder der Durchführung einer anderen Operation im gleichen Operationsgebiet ist - sofern vorhanden - ein spezifischer OPS-Kode zu verwenden, dessen Bezeichnung die o. g. Kriterien beinhaltet. Liegt ein derartiger spezifischer Kode nicht vor, so ist der Kode für die durchge- führte Operation zusammen mit dem Zusatzkode „5-983 Reoperation“ zu verwenden.

Beispiele für spezifische OPS-Kodes für Reoperationen:

- 5-192.-↔ Revision einer Stapedektomie
- 5-285.1 Readenotomie
- 5-289.1 Operative Blutstillung nach Tonsillektomie
- 5-289.2 Operative Blutstillung nach Adenotomie

3.3.8 Nicht zu kodierende Prozeduren [P014e]

(Nicht signifikante) Prozeduren, die routinemäßig bei der Mehrzahl der behandelten Patienten oder mehrfach während eines stationären Aufenthaltes durchgeführt werden, sind nicht zu kodieren.

Der diesbezügliche Aufwand für diese Prozeduren wird durch die Kodierung der Diagnose oder durch die Verwendung anderer Prozeduren miterfasst. Auch die Verwendung von „Restklassen: Andere...“ soll für derartige Prozeduren nicht erfolgen (s. DKR P003d, Hinweise und formale Vereinbarungen für die Benutzung des OPS).

Beispiele für nicht zu kodierende Prozeduren:

- Verbände (außer bei Verbrennungen und aufwendigen Gipsverbänden)
- Ruhe-, Langzeit- oder Belastungs-EKG
- Blutdruckmessung
- Legen einer Magensonde
- Legen eines transurethralen Blasenkatheters
- Subkutane Medikamentengabe
- Blutentnahme
- Aufnahme und Kontrolluntersuchung
- Visite
- Konsiliaruntersuchung
- Konventionelle Röntgenuntersuchung

3.3.9 Zusatzinformationen zu Operationen [P003d]

Der Prozedurenkatalog bietet die Möglichkeit, bestimmte ergänzende Angaben zu einer Operation zusätzlich zu kodieren. Diese Angaben sind in einem speziellen Bereich am Ende des Kapitels 5 des OPS zusammengefasst.

Diese Codes dürfen nicht selbständig benutzt werden, sie sind nur im Sinne einer Zusatzkodierung zulässig, sofern die Zusatzinformation nicht bereits im Operationskode enthalten ist (s. 7.3.26).

3.4 Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus

Bei einer Wiederaufnahme eines Patienten in dasselbe Krankenhaus ist eine Zusammenfassung der Falldaten des vorherigen und des aktuellen Krankenhausaufenthaltes und eine Neueinstufung des Falles unter Berücksichtigung beider Aufenthalte vorzunehmen, wenn bestimmte Bedingungen erfüllt werden (Abbildung 3):

Abbildung 3 Fallzusammenführung bei Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus. Quelle:
Leitsätze des BMGS zur Anwendung der Wiederaufnahmeregelung nach § 2 KFPV 2006 unter www.g-drg.de (oGVD = obere Grenzverweildauer).

Eine differenzierte Darstellung der Wiederaufnahme-Regelungen sprengt den Umfang und die Zielsetzung dieses Kodierleitfadens. Ab 2008 ist zu beachten, dass bei Fallzusammenlegungen bei Wiederaufnahmen aufgrund einer Komplikation eine wesentliche Ergänzung des relevanten § 2 Abs. 3 der Fallpauschalenvereinbarung vorgenommen wurde. Ab 2008 führen Komplikationen, die in den Verantwortungsbe-
reich des Krankenhauses fallen, zu einer Fallzusammenlegung. Die aktuelle Fallpauschalenvereinbarung kann unter <http://www.aok->

gesundheitspartner.de/bundesverband/krankenhaus/drg_system/gdrg/
aus dem Internet heruntergeladen werden.

4 SPEZIELLE KODIERREGELN [lt. DKR]

4.1 Bösartige Neubildungen [0201]

4.1.1 Allgemeines

Die Weiterentwicklung der G-DRG-Systems der letzten Jahre hat in vielen Fällen zu einer gesonderten Gruppierung von Fällen mit der Hauptdiagnose einer bösartigen Neubildung geführt. Zumeist sind solche Fälle nicht nur besser vergütet, sondern unterliegen auch besonderen Regelungen, beispielsweise der Ausnahme von der Wiederaufnahmeregelung (s. 3.4).

Die korrekte Anwendung der Kodierregeln ist für die Verschlüsselung bösartiger Neubildungen von essentieller Bedeutung. Die Festlegung der Hauptdiagnose bei Patienten mit bösartigen Neubildungen (BNB) ist abhängig von der Behandlung, zu welcher der Patient aufgenommen wird:

Das primäre Malignom ist für jeden Krankenhausaufenthalt als Hauptdiagnose zu kodieren, der zur Diagnostik (z. B. Staging!), zur Behandlung (OP, Chemotherapie, Radiatio) und zu notwendigen Folgebehandlungen (z. B. operative Folgeeingriffe) erfolgt, bis die Behandlung des Malignoms endgültig abgeschlossen ist.

Dies bedeutet demnach, dass das Malignom auch dann weiterhin als Hauptdiagnose zu kodieren ist, wenn es bereits operativ entfernt wurde. Das gilt z. B. bei einer notwendigen Folgeoperation oder auch bei adjuvanter Chemotherapie.

Beispiel:

Ein Patient stellt sich mit Schluckbeschwerden aufgrund eines Zungenkarzinoms vor.

HD: C02.0 Bösartige Neubildung der Zunge

ND: R13.9 Sonstige und n.n.bez. Dysphagie,

PR: 5-251.01 Partielle Glossektomie, transoral, Rekonstruktion mit nicht vaskularisiertem Transplantat

5-403.03BFunktionelle Neck dissektion, 4 Regionen

Bei einer erneuten ausgedehnten Exzision im Bereich eines bereits entfernten Tumors, ist der primäre Tumor selbst dann als Hauptdiagnose zu kodieren, wenn der histopathologische Befund bei der erneuten Exzision keinen Hinweis auf Tumorgewebe liefert.

Bei einer Kontroll-Endoskopie mit mehrwöchiger zeitlicher Latenz zur Tumor-OP, z. B. zum Ausschluß einer Tumorpersistenz nach endolaryngealer Kehlkopfteilresektion, muss weiterhin der Primärtumor als Hauptdiagnose verschlüsselt werden.

Auch das Rezidiv eines bereits entfernten primären Malignoms ist wie das primäre Malignom selbst zu verschlüsseln.

4.1.2 Metastasen [0201j]

Metastasen werden als Hauptdiagnose kodiert, sofern die Aufnahme des Patienten ausschließlich zur Metastasenbehandlung erfolgte. Das primäre Malignom ist in diesen Fällen als Nebendiagnose zu kodieren. Dies gilt auch, wenn der primäre Tumor schon Jahre vorher entfernt wurde, da der Patient nach wie vor wegen des Malignoms behandelt wird, aber die Metastasen den Grund für die Behandlung darstellen. Werden sowohl Metastasen als auch Primarius behandelt, so wird die Hauptdiagnose abhängig vom größten Ressourcenverbrauch bestimmt, da in diesen Fällen zwei Diagnosen die Kriterien der Hauptdiagnose

erfüllen (s. 3.2.8). Ausgenommen sind Fälle, die zur systemischen Chemotherapie oder „systemischen“ Strahlentherapie (Radiojodtherapie, Ganzkörperbestrahlung) aufgenommen werden (s. 4.1.6). Hierbei ist grundsätzlich der Primärtumor als Hauptdiagnose zu kodieren.

4.1.3 Unbekannter Primärtumor [0206a]

Ist der Primärtumor unbekannt, wird der Kode „C80 Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation“ als Nebendiagnose zugewiesen. Bei bekannter Primärlokalisierung eines Malignoms wird auch bei Ausbreitung auf Nachbarorgane nur die Primärlokalisierung kodiert. Die Ausbreitung auf Nachbarstrukturen wird nicht verschlüsselt.

Bei unbekannter Primärlokalisierung, die sich auf zwei oder mehr angrenzende Teilbereiche innerhalb einer dreistelligen ICD-Kodegruppe ausbreitet, ist zunächst zu überprüfen, ob ein spezifischer ICD-10-Kode existiert, der die Ausbreitung des Malignoms genau beschreibt. Liegt ein solcher ICD-Kode nicht vor, wird der entsprechende ICD-Kode für das Malignom mit der Endung „8“ („.....mehrere Teilbereiche überlappend“) verwendet (z. B. C31.8 Nasennebenhöhlen, mehrere Teilbereiche überlappend).

Der Begriff „dreistellige ICD-Kodegruppe“ bezieht sich hierbei auf die ersten drei Stellen des ICD-Kodes (z. B. C31 für bösartige Neubildungen der Nasennebenhöhlen). Zwei Teilbereiche der dreistelligen Kodegruppe C31 sind hierbei z. B. C31.1 Sinus ethmoidalis und C31.2 Sinus frontalis. Die o. g. Definition betrifft hierbei z. B. eine unbekannte Primärlokalisierung, die Siebbeinzellen und Stirnhöhle umfasst. Der Begriff „.....mehrere Teilbereiche überlappend“ bezieht sich also ausdrücklich **nicht** auf die klinischen Ausmaße des Malignoms!

Der Kode „C76.- Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisation“ ist nur dann zulässig, wenn keine Information über den Ursprungsort der Neubildung, die sich über benachbarte Gebiete erstreckt, verfügbar ist und die Lokalisation nur ungenau angegeben werden kann. Dieser Kode ist nicht für das CUP-Syndrom (Cancer of unknown primary) zu verwenden. Bei einem CUP-Syndrom wird als Hauptdiagnose C80 kodiert.

4.1.4 Bösartige Neubildung in der Eigenanamnese [0209d]

Nur in solchen Fällen, bei denen die Behandlung des Malignoms endgültig abgeschlossen ist, sollte ein Kode der Gruppe „Z85.- Bösartige Neubildung in der Eigenanamnese“ als Nebendiagnose kodiert werden, sofern die Kriterien der Nebendiagnose erfüllt sind. Die Codes der Gruppe Z85.- sind unzulässige Hauptdiagnosen (s. 3.2.3). Ihre Verwendung als Hauptdiagnose führt demnach in eine Fehler-DRG. Die Codes der Gruppe Z85.- sind ebenfalls nicht zu verwenden, wenn nach einem tumorfreien Intervall ausgehend von der ehemaligen Primärlokalisation Metastasen auftreten. In diesen Fällen ist die Metastase als Hauptdiagnose zu kodieren und das primäre Malignom als Nebendiagnose anzugeben. Im Gegensatz dazu wird bei einem Rezidiv eines primären Malignoms, der Primärtumor als Hauptdiagnose kodiert (s. Folgeabschnitt).

4.1.5 Nachuntersuchung bei Malignom [0209d]

Nachuntersuchungen bei Malignomen können zwei unterschiedliche Ergebnisse liefern. Einerseits kann die Nachuntersuchung keinen Nachweis von Tumorgewebe ergeben, andererseits kann ein Rezidiv oder

ein Residuum des Tumors diagnostiziert werden. In Abhängigkeit des Ergebnisses der Nachuntersuchung ist unterschiedlich zu kodieren.

4.1.5.1 Kein Nachweis von Tumorgewebe

Wenn bei einer Nachuntersuchung eines Malignoms nach Abschluss der Behandlung kein Tumorgewebe nachweisbar ist, ist eine Diagnose der Gruppe

Z08.- Nachuntersuchung nach Behandlung wegen bösartiger Neubildung

die Hauptdiagnose. Da kein Tumorgewebe mehr vorhanden ist und die Behandlung abgeschlossen ist, darf der Primärtumor nicht mehr verschlüsselt werden. Als Nebendiagnose wird ein Kode aus Z85.- verwendet:

Beispiel:

Ein Patient mit Z.n. OP eines Stimmband-Karzinoms befindet sich in der Tumornachsorge. Die aktuelle Nachuntersuchung ist unauffällig.

HD: Z08.0 Nachuntersuchung nach chirurgischem Eingriff wegen bösartiger Neubildung

ND: Z85.2 Bösartige Neubildung des Larynx in der Eigenanamnese

Beispiele für Diagnose-Kodes in der Tumornachsorge:

Z08.0	Nachuntersuchung nach chirurgischem Eingriff wegen bösartiger Neubildung
Z08.1	Nachuntersuchung nach Strahlentherapie wegen bösartiger Neubildung
Z08.2	Nachuntersuchung nach Chemotherapie wegen bösartiger Neubildung
Z08.7	Nachuntersuchung nach Kombinationstherapie wegen bösartiger Neubildung

4.1.5.2 Nachweis von Tumorgewebe

Wird hingegen bei einer Nachuntersuchung (erneut) Tumorgewebe – im Sinne eines Rezidivs oder eines Residuums – gefunden, so ist das Rezidiv / das Residuum wie ein Primärtumor zu verschlüsseln, d. h. als primäres Malignom der angegebenen Region.

Beispiel:

Die Nachuntersuchung zeigt ein Rezidiv eines Hypopharynx-Karzinoms.
HD: C13.2 Bösartige Neubildung, Hinterwand des Hypopharynx

4.1.6 Chemotherapie/Strahlentherapie [0201]

Erfolgt die Aufnahme eines Patienten zu einer systemischen Chemotherapie, so ist als Hauptdiagnose der Primärtumor zu kodieren. Hierbei ist zu beachten, dass die Verschlüsselung von Chemo- und Strahlentherapie nicht mehr durch gesonderte ICD-10-Diagnose-Kodes (z. B. Z51.1 Chemotherapie-Sitzung wegen bösartiger Neubildung), sondern ausschließlich über detaillierte OPS-Kodes dokumentiert wird.

Die OPS-Kodes sind in den folgenden Kapiteln enthalten:

8-52ff	Strahlentherapie
8-53ff	Nuklearmedizinische Therapie
8-54ff	Zytostatische Chemotherapie

Wird die Chemotherapie mit Wirkstoffen durchgeführt, für welche ein Zusatzentgelt abgerechnet werden kann, so ist zusätzlich zum OPS-Kode der Gruppe 8-54- Zytostatische Chemotherapie ein OPS-Kode aus dem neuen Kapitel 6 des OPS-Kataloges anzugeben (s. 7.4.1). Hierbei muss in Abhängigkeit von der gesamten während des stationären Aufenthaltes applizierten Wirkstoffmenge ein spezifischer OPS-Kode gewählt werden.

Aufnahme eines Patienten mit metastasiertem Tonsillen-Karzinom zur systemischen Chemotherapie mit Cisplatin (100 mg/m²) und Paclitaxel (100 mg/m²). (Die gesamte Wirkstoffmenge Paclitaxel beträgt für diesen Aufenthalt bei einer Körperoberfläche von 1,8m² 180mg). Für Paclitaxel existiert ein spezifischer OPS-Kode, da ein Zusatzentgelt abgerechnet werden kann. Cisplatin ist nicht zusatzentgeltfähig. Es erfolgt keine separate OPS-Kodierung:

HD: C09.0	Bösartige Neubildung Tonsille, Fossa tonsillaris
ND: C78.7	Sekundäre bösartige Neubildung der Leber
PR: 8-542	Nicht komplexe Chemotherapie
PR: 6-001.f0	Paclitaxel, parenteral 180 mg bis unter 240 mg

4.1.7 Tumorkachexie

Die Tumorkachexie wird mit dem Code „R64 Kachexie“ kodiert.

4.1.8 Tumoranämie

Tumoranämien sind mit einer Kreuz/Stern-Kombination zu kodieren:

Kreuz-Kode:	ICD-10-Kode des Malignoms
Stern-Kode:	D63* Anämie bei Neubildungen

Speziell für Patienten mit Anämien infolge einer zytostatischen Therapie steht auch der folgende ICD-10-Kode zur Verfügung:

4.1.9 Neubildungen unklarer Dignität

Wenn bei Verdacht auf ein Malignom Untersuchungen vorgenommen wurden, (z. B. Gewebeentnahme zur histologischen Untersuchung) und der Patient bis zur Vorlage des histologischen Ergebnisses nach Hause entlassen wird, so ist das Ergebnis der histologischen Untersuchung abzuwarten und erst dann die Hauptdiagnose in Abhängigkeit des Untersuchungsergebnisses zu kodieren (s. 3.2.2).

4.2 Nebenwirkungen von Arzneimitteln [1917d]

Die Kodierregel 1917d bezieht sich auf unerwünschte Nebenwirkungen von Arzneimitteln, die nach verordnungsgemäßer Einnahme auftreten. In diesen Fällen sind zu kodieren:

- Ein oder mehrere Codes für die Manifestation(en) der Nebenwirkung
- Optional kann der Code Y57.9! Komplikation durch Arzneimittel oder Drogen zusätzlich angegeben werden.

Ein Patient kommt zur Behandlung einer Epistaxis aufgrund einer verordnungsgemäßen ASS Medikation bei KHK.

Die Medikation wird fortgeführt. Die Epistaxis wird durch eine Nasentamponade behandelt.

HD: R04.0	Epistaxis
ND: Y57.9!	Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen
PR: 8-500	Tamponade einer Nasenblutung

Bei diesem Beispiel manifestiert sich die Nebenwirkung der ASS-Medikation in Form von Epistaxis. Die KHK als Ursache der ASS-Medikation ist demnach nicht als Hauptdiagnose anzugeben, allenfalls als Neben-

diagnose, sofern die Nebendiagnosekriterien erfüllt sind (z. B. bei Weiterführung der häuslichen Medikation, sofern der Patient weiterhin stationär überwacht wird).

Sofern jedoch eine über die Behandlung der Manifestation (z. B. Epistaxis) hinausgehende Behandlung der Blutungsursache erfolgt, kann diese als Hauptdiagnose angegeben werden. Die Epistaxis bleibt in diesem Fall Nebendiagnose, da es sich um ein eigenständiges Problem handelt (s. 3.2.6).

Ein Patient kommt zur Behandlung einer Epistaxis unter verordnungsgemäßer Marcumar-Medikation. Als Ursache der Epistaxis wird ein INR-Wert ausserhalb des therapeutischen Bereichs identifiziert.

Neben der lokalen Behandlung der Epistaxis ist nach Laborkontrollen des Quick-Wertes auch eine Modifikation der Marcumar-Therapie erforderlich.

In so gelagerten Fällen wird die Blutungsursache (medikamentöse Antikoagulation) behandelt. Diese kann daher u.E. als Hauptdiagnose kodiert werden.

HD: D68.30	Hämorrhagische Diathese durch Antikoagulanzen
ND: R04.0	Epistaxis
ND: Y57.9!	Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen
PR: 8-500	Tamponade einer Nasenblutung

Hierbei ist zu bemerken, dass alleinige Laborkontrollen (z. B. des Quick-Wertes oder des Hb-Wertes) nicht ausreichen, um die Kodierung der Blutungsursache als Hauptdiagnose zu begründen.

Der ICD-Code D68.3- Hämorrhagische Diathese durch Antikoagulanzen und Antikörper wurde für die Version 2010 erweitert. Zur Kodierung von Blutungen unter Marcumar-Medikation ist daher ab 2010 der Code D68.30 zu verwenden.

Nebenwirkungen nach nicht ordnungsgemäßer Einnahme von Arzneimitteln sind als Vergiftungen zu kodieren (ICD-Codegruppen T36 - T50).

Wird ein Patient stationär aufgenommen und eine bereits vor der Aufnahme begonnene Dauertherapie mit Antikoagulanzen während des stationären Aufenthaltes lediglich weitergeführt, ohne dass es zu Blutungen kommt, so ist der folgende ICD-10-GM-Code als Nebendiagnose zu verwenden:

Z92.1 Dauertherapie (gegenwärtig) mit Antikoagulanzen in der Eigenanamnese

4.3 Hörsturztherapie

Für die Diagnose „Hörsturz“ existiert ein spezifischer ICD-Code:

H91.2 Idiopathischer Hörsturz

In der Praxis ergibt sich häufig das Problem, eine medizinisch indizierte stationäre Durchführung einer Hörsturzbehandlung mit Infusionslösungen zu begründen. In einem Grundsatzgutachten wird die Indikation zu einer stationär durchgeführten Infusionstherapie bei Hörsturz durch den MDK Westfalen-Lippe nur bei Erfüllung einer der folgenden Befundkonstellationen gesehen und deren Kostenübernahme gebilligt:

- Akuter hochgradiger oder vollständiger Hörverlust (ein- oder beidseitig)
- Hörsturz mit Progredienz unter ambulanter Therapie (Audiogrammdokumentation)
- Akuter Hörverlust bei kontralateraler höhergradiger Schwerhörigkeit oder Taubheit
- Hörsturz mit erheblicher vestibulärer Begleitsymptomatik
- Hörsturz mit begleitender Komorbidität, eingeschränkt auf schwere internistische Erkrankungen im Herz- Kreislauf-, oder Stoffwechselfeldbereich oder eine Einschränkung der Mobilität, z. B. durch neurologische Erkrankungen

Diese Kriterien stimmen weitgehend mit den Leitlinien der DGHNOKHC zur stationären Indikation der Hörsturztherapie überein (s. a. www.awmf-online.de).

Bei der Indikationsstellung zur stationären Behandlung eines akuten Hörverlustes („Hörsturz“) kommt es in der Praxis also darauf an, das Vorliegen dieser Kriterien zu prüfen und dies sowohl in Krankenakte und Arztbrief zu dokumentieren.

Darüber hinaus sollten die Nebendiagnosen möglichst bereits im Aufnahme-, auf jeden Fall aber im Entlassungsdatensatz verschlüsselt werden!

Für die Verschlüsselung der o.a. Kriterien als Nebendiagnosen können – neben der Verschlüsselung ggf. vorliegender „schwerer internistischer Erkrankungen“ ggf. folgende Codes eingesetzt werden (Auswahl):

- H82 * Schwindelsyndrome b. andernorts klass. Erkrankungen
- H83.2 Funktionsstörung des Labyrinthes
- H83.3 Sonstige näher bez. Krankheiten des Innenohres
- H90.3 Beidseitiger Hörverlust d. Schallempfindungsschwerh.
- H93.1 Tinnitus aurium

4.4 Infektionskrankheiten

4.4.1 Virushepatitis

Der Zustand, dass ein Patient Träger von Hepatitis-Viren ist und sich der Behandlungsaufwand hierdurch erhöht, kann durch die Verwendung des Codes „Z22.5 Keimträger der Virushepatitis“ ausgedrückt werden. Hierbei ist jedoch zu beachten, daß dieser Code nur für Personen gilt, die über die akute Phase der Erkrankung hinaus bei fortbestehendem Nachweis von Hepatitis-Viren im Blut keine manifesten Krankheits-symptome aufweisen. Durch den Erregernachweis im Blut besteht jedoch eine Infektionsgefahr.

Dieser Kode ist nur als Nebendiagnose zu verwenden. Der alleinige Nachweis eines erhöhten Titers (z. B. nach Impfung) ist nicht ausreichend, um den Kode zu verwenden.

4.4.2 Resistente Erreger

Der ICD-GM Version erlaubt in den Kapiteln U80-U85 Infektionserreger mit Resistenzen gegen bestimmte Antibiotika oder Chemotherapeutika die Kodierung von Erregern und Resistenzen (s. 6.14).

Es finden sich in diesen Kapiteln ausschließlich Ausrufezeichenkodes (s. 3.2.5). Diese sind also nur zusätzlich als Nebendiagnose zu verwenden.

Für MRSA-Stämme gelten die folgenden Codes je nach Resistogramm.

U80.0!	Staphylococcus aureus mit Resistenz gegen Oxacillin, Glykopeptid-Antibiotika, Chinolone, Streptogramine und Oxazolidinone
U81!	Bakterien mit Multiresistenzen gegen Antibiotika Hinw.: Es ist nur noch eine Sensitivität gegen nicht mehr als 2 Antibiotika-Substanzgruppen nachweisbar zu verschlüsseln.

4.5 Psychische und Verhaltensstörungen

4.5.1 Abhängigkeit [0501e]

Bei psychischen Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Drogen, Medikamente, Alkohol und Nikotin) werden die akute Intoxikation (akuter Rausch), der schädliche Gebrauch und Abhängigkeitssyndrome unterschieden. Die folgenden Kode-Gruppen stehen zur Verfügung:

Die vierte Stelle dient der weiteren Differenzierung.

F10.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol

- F11.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide
- F12.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide
- F13.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika
- F14.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain
- F15.- Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein
- F16.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene
- F17.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak
- F18.- Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel
- F19.- Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen

4.5.2 Akute Intoxikation (akuter Rausch)

Die Kodierung einer akuten Intoxikation durch Drogen, Medikamente, Alkohol oder Nikotin erfordert die gemeinsame Kodierung von zwei verschiedenen Codes:

- ein Code der zutreffenden Gruppe F10-F19, wobei an vierter Stelle eine „0“ für den akuten Rausch zu kodieren ist und
- der korrespondierende Code der ausgewählten Gruppe F10-F19 mit der Ziffer „1“ oder „2“ zur Kennzeichnung eines schädlichen Gebrauchs oder eines Abhängigkeitssyndroms.

4.5.2.1 Schädlicher Gebrauch

Schädlicher Gebrauch wird kodiert, wenn gemäß der DKR von einem Zusammenhang zwischen einer/mehreren Erkrankungen und Alkohol-/Nikotin- oder Drogenkonsum ausgegangen werden kann („alkoholinduzierte oder drogenbezogene Diagnosen“).

Der schädliche Gebrauch wird durch die Verwendung der Ziffer „1“ als 4. Stelle der Code-Gruppen F10-F19 gekennzeichnet und im direkten

Anschluss an die im Zusammenhang mit dem Alkohol-/Nikotin- oder Drogenkonsum stehende Erkrankung kodiert.

Ein schädlicher Gebrauch ist nicht bei spezifischen drogen- bzw. alkoholbezogenen Krankheiten zu kodieren, insbesondere bei „Abhängigkeitssyndromen“.

4.5.2.2 Abhängigkeitssyndrom

Ein Abhängigkeitssyndrom wird durch die Ergänzung des zutreffenden Kodes der Codegruppen F10-F19 mit der Ziffer „2“ gekennzeichnet. Zu beachten ist, dass die gleichzeitige Kodierung von Kodes, die den „schädlichen Gebrauch“ und ein „Abhängigkeitssyndrom“ beschreiben, nicht zulässig ist. Die Kriterien der Nebendiagnosekodierung sind zu beachten (s. 3.2.9).

4.5.3 Entzugssyndrom mit Delir

Ein Entzugssyndrom wird durch die Ergänzung des zutreffenden Kodes der Codegruppen F10-F19 mit der Ziffer „3“ gekennzeichnet, ein Entzugssyndrom mit Delir mit der Ziffer „4“.

5 Kodierung häufiger HNO-Fallkonstellationen

5.1 Allergien und Unverträglichkeiten

5.1.1 Inhalative Allergien

Allergische Erkrankungen der oberen Atemwege können durch die folgenden Codes verschlüsselt werden:

- J30.1 Allergische Rhinopathie durch Pollen
- J30.2 Sonstige saisonale allergische Rhinopathie
- J30.3 Sonstige allergische Rhinopathie
- J30.4 Allergische Rhinopathie, n.n.bez.

Für die spezifische Immuntherapie (Hyposensibilisierung) existiert, mit Ausnahme der Behandlung von Bienen- oder Wespengiftallergien, derzeit kein spezifischer OPS-Kode.

- 8-030 Spezifische allergologische Immuntherapie mit Bienen- oder Wespengift (Die Anwendung des Codes setzt die kontinuierliche ärztliche Überwachung in Notfallbereitschaft voraus!)

Bei spezifischer Immuntherapie (Hyposensibilisierung) einer Allergie wird daher die folgende Kodierung nach ICD empfohlen:

HD: Z51.6	Desensibilisierung gegenüber Allergen
-----------	---------------------------------------

Bei Provokationstestung einer Allergie kann wie folgt kodiert werden:

HD: Z01.5	Diagnostische Haut- und Sensibilisierungstests
-----------	--

Seit 2008 existiert ein OPS-Kode für Provokationstestungen

1-700	Spezifische allergologische Provokationstestung
-------	---

Dieser OPS-Kode umfasst sowohl die kutane, orale, nasale, bronchiale, subkutane oder intravenöse allergologische Provokationstestung. Wichtige Voraussetzung für die Kodierung ist die kontinuierliche ärztliche Überwachung in Notfallbereitschaft.

Als Nebendiagnosen wären dann die o.g. ICD-Kodes (J30.-) zu verschlüsseln. Bei gegebenenfalls stationärer Durchführung der spezifischen Immuntherapie kann darüber hinaus die zusätzliche Kodierung von weiteren Nebendiagnosen entscheidend für die Begründung der stationären Leistungserbringung sein:

- J33.8 Polyposis nasi
- J45.0 Allergisches Asthma bronchiale
- J45.1 Nichtallergisches Asthma bronchiale (incl. medikamentös ausgelöstes nicht-allerg. Asthma)

5.1.2 Arzneimittelallergien

Allergien und Unverträglichkeiten gegenüber Arzneimitteln können über die folgenden Codes abgebildet werden. Diese Codes sind ausschließlich als Nebendiagnosen zu kodieren. Es handelt sich um „unzulässige Hauptdiagnosen“ (s. 3.2.3).

- Z88.0 Allergie gegenüber Penizillin in der Eigenanamnese (EA)
- Z88.1 Allergie gegenüber anderen Antibiotika in der EA
- Z88.2 Allergie gegenüber Sulfonamiden in der EA
- Z88.3 Allergie gegenüber anderen Antiinfektiva in der EA
- Z88.4 Allergie gegenüber Anästhetikum in der EA
- Z88.5 Allergie gegenüber Betäubungsmittel in der EA
- Z88.6 Allergie gegenüber Analgetikum in der EA

- Z88.7 Allergie gegenüber Serum oder Impfstoff in der EA
- Z88.8 Allergie gegenüber sonstigen Arzneimitteln, Drogen oder biologisch aktiven Substanzen in der EA
- Z88.9 Allergie gegenüber nicht näher bezeichneten Arzneimitteln, Drogen oder biologisch aktiven Substanzen in der EA

5.1.3 ASS-Intoleranz

Weder für die Diagnose einer ASS-Intoleranz noch für deren konservative Behandlung (adaptive Desaktivierung) existieren bisher spezifische Codes. Derzeit wird folgende Kodierung vorgeschlagen, die sich sowohl für die Hauptdiagnose als auch für die Therapie unspezifischer Diagnosekodes bedient. Falls vorliegend, sind Asthma und Polyposis nasi als Nebendiagnosen zu kodieren.

Auch wenn streng genommen nicht ganz zutreffend, empfehlen wir die Kodierung des OPS-Schlüssels 1-700 falls einleitend zur Diagnose-sicherung eine ASS-Provokation nasal oder oral durchgeführt worden sein sollte:

Bei adaptiver Desaktivierung einer ASS-Intoleranz <u>mit</u> Asthma (Samter-Trias)	
HD: Z51.88	sonst. näher bez. medizinische Behandlung
ND: T88.7	N. n. bez. unerwünschte Nebenwirkung eines Arzneimittels (incl. Idiosynkrasie)
J45.1	Nichtallergisches Asthma bronchiale (incl. medikamentös ausgelöstes nicht-allerg. Asthma)
opt. ND: J33.8	Polyposis nasi
OPS: 1-700	allergologische Provokationstestung

5.2 Eingriffe am äußeren Gehörgang

Obwohl sowohl das Gehörgangschleimhautpolyp (H60.4) als auch Gehörgangsexostosen (H61.8) als Diagnosen eindeutig kodierbar sind, kann-

te ihre chirurgische Behandlung bisher nur unter Verwendung von un-spezifischen OPS-Kodes verschlüsselt werden. Seit 2008 existiert der OPS-Kode 5-181.9↔ Exzision und Destruktion am knöchernen äußeren Gehörgang vor, der als Inklusivum ausdrücklich die Operation eines Gehörgangscholesteatoms bzw. von Gehörgangsexostosen angibt.

5.3 Entnahme von Ohrknorpel zur Transplantation

Im Jahre 2006 wurden spezifische OPS-Kodes für rhinochirurgische Eingriffe unter Verwendung von distalen autogenen Transplantaten eingeführt (z. B. 5-214.71 Plastische Rekonstruktion des Nasenseptums mit distalen autogenen Transplantaten). Als Transplantate kommen am häufigsten autogener Rippen- oder Ohrknorpel zur Anwendung, jedoch ließ sich bisher nur die Entnahme von Rippenknorpel zur Transplantation (5-349.4) als ergänzende Information spezifisch kodieren. Ein vergleichbarer OPS-Kode für die Verwendung von autogenem Ohrknorpel ist in der Katalog-Version 2007 etabliert worden (5-189.0↔ Entnahme von Ohrknorpel zur Transplantation).

5.4 Mittelohrchirurgie

Die Eingriffe am Mittelohr werden im OPS mit den Codegruppen 5-19 ff (mikrochirurgische Operationen am Mittelohr) und 5-20 ff (andere Operationen am Mittelohr und Innenohr) verschlüsselt. Während sich die Codes zu den mikrochirurgischen Operationen am Mittelohr im Wesentlichen auf rekonstruierende bzw. Gehör verbessernde Eingriffe (z. B. Stapesplastik, Tympanoplastiken Typ I-V) beziehen, umfassen die Codes zu den anderen Operationen am Mittelohr und Innenohr eine sehr heterogene Gruppe von Eingriffen von der Parazentese über Eingriffe am Mastoid bis hin zur Cochlea-Implantation.

5.4.1 Kodierung von Mittelohrprothesen

Bei allen Gehör verbessernden Mittelohreingriffen (Stapesplastiken, Tympanoplastiken) ist seit der OPS-Version 2006 die Verwendung von Prothesen systematisch an der letzten Stelle zu kodieren.

Bei den Stapeseingriffen werden Eingriffe ohne Implantation einer Prothese, mit Implantation einer autogenen (z. B. nach Schuknecht) bzw. einer alloplastischen Prothese (z. B. einem Platin-Teflon-Piston) unterschieden (Tabelle 1). Bei den Stapesplastiken wird zudem zwischen Ersteingriffen und Revisionseingriffen differenziert. Seltener Eingriffe wie die Fensterungsoperation des Promontoriums werden hinsichtlich der Verwendung von Prothesen ebenfalls den oben genannten Kriterien unterworfen.

Tabelle 1: Prothesen bei Stapeseingriffen (OPS-Kode-Gruppe 5-197.-)

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Ohne Implantation einer Prothese- Mit Implantation einer autogenen Prothese (z. B. nach Schuknecht)- Mit Implantation einer alloplastischen Prothese (z. B. Piston)- Sonstige |
|--|

Bei den Tympanoplastiken werden Prozeduren ohne Implantation einer Prothese von Prozeduren mit Implantation von autogenen (z. B. Auto-Ossikel), alloplastischen (z. B. Titan- oder Keramik-Prothesen) sowie allogenen bzw. xenogenen Prothesen (z. B. einem konservierten homoio-Ossikel) unterschieden (Tabelle 2).

Tabelle 2: Mittelohrprothesen bei Tympanoplastiken (OPS-Kode-Gruppe 5-195.-)

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Ohne Implantation einer Prothese- Mit Implantation einer autogenen Prothese (z. B. Auto-- Mit Implantation einer alloplastischen Prothese- Mit Implantation einer xenogenen Prothese |
|---|

5.4.2 Kodierung von Eingriffen am Mastoid

Isolierte Eingriffe am Mastoid werden seit 2006 thematisch klar abgegrenzt und graduell zwischen Antrotomien, Attikotomien, einfachen Mastoidektomien, radikalen Mastoidektomien (gemeint ist die Anlage einer Ohrradikalhöhle) sowie partiellen und totalen Resektionen des Felsenbeins unterschieden (s. 7.3.8.10).

Rekonstruktive Eingriffe am Mastoid, wie die Implantation oder Rekonstruktion der hinteren Gehörgangswand sowie eine Erweiterungsplastik von Gehörgangs- oder Radikalhöhleneingang (jeweils als isolierter Eingriff) ergänzen unverändert die vorgenannten Codes.

5.4.3 Kombination von Tympanoplastiken mit Eingriffen am Mastoid

Die Kombination einer tympanoplastischen Maßnahme mit Eingriffen am Mastoid kann durch die systematische Verknüpfung mit den Begriffen Attikotomie, Attiko/Antrotomie, Antrotomie/Mastoidektomie bis hin zur Anlage einer Ohrradikalhöhle strukturiert und jeweils in einem Kode dargestellt werden (s. 7.3.8.4).

5.5 Rhinochirurgie

Für die Gruppierung von Eingriffen an der Nase sind im G-DRG-System seit 2006 sowohl die Hauptdiagnose als auch der Prozedurenkode ausschlaggebend.

Auf der Diagnoseebene werden angeborene und erworbene Nasendeformitäten unterschieden. Unter *erworbenen* Deformitäten versteht man sowohl posttraumatische als auch iatrogene, postoperative Fehlstellun-

gen oder Defekte. Diese sind durchweg mit dem Kode M95.0 zu verschlüsseln. Für *angeborene* Deformitäten bestehen zwei Alternativen: In der Kodegruppe Q30.- „Angeborene Fehlbildungen der Nase“ sind verschiedene Deformitäten näher definiert:

- Q30.0 Choanalatresie/-Stenose
- Q30.1 Agenesie und Unterentwicklung der Nase
- Q30.2 Nasenfurche, Naseneinkerbung und Spaltnase
- Q30.3 Angeborene Perforation des Nasenseptums
- Q30.8 Sonstige angeborene Fehlbildung der Nase
- Q67.4 Sonstige angeborene Deformitäten des Schädels, des Gesichtes und des Kiefers: incl.: angeborene Deviation des Nasenseptums, angeborene Platt- oder Hakennase

Von praktischer Bedeutung ist, dass der Kode Q67.4 in die Hauptdiagnosekategorie (MDC) 08 „Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe“ führt.

Im Zusammenhang mit der Ausdifferenzierung des DRG-Systems war eine systematische, am medizinischen Ressourcenverbrauch orientierte Gliederung der Eingriffe am Nasengerüst (Septumplastiken, Septorhinoplastiken) erforderlich. Analog zur plastischen Chirurgie der Ohrmuschel wird seit 2006 auch bei Septumplastiken und Septorhinoplastiken systematisch zwischen plastischen *Korrekturen* (ohne Aufbau bzw. Transplantate) und plastischen *Rekonstruktionen* unterschieden.

Bei den Septumplastiken (s. 7.3.9.5) existiert zur besseren Abbildung aufwändiger Eingriffe ein Kode für die „Plastische Rekonstruktion des Nasenseptums“ (5-214.7-). Gemeint sind Eingriffe mit Rekonstruktion eines sog. gerüstfreien Septums, z. B. bei Zustand nach submuköser Septumresektion. Die klassische funktionelle Septumplastik z. B. nach Cottle kann – je nach erfolgter oder unterlassener Resektion von (über-

schüssigem) Knorpel mit den Codes 5-214.5 „Plastische Korrektur ohne Resektion“ oder 5-214.6 „Plastische Korrektur mit Resektion“ kodiert werden.

Bei den Septorhinoplastiken (s. 7.3.9.9) gibt es analog den Kode 5-218.4- für die „komplexe plastische Rekonstruktionen der inneren und äußeren Nase“. Gemeint sind vor allem der Aufbau von Sattelnasen, (Revisions-)-Septorhinoplastiken mit komplexen Rekonstruktionen der inneren und äußeren Nase und vergleichbar aufwändige Eingriffe.

Im Falle der Rekonstruktion kann die Verwendung von Transplantaten sowohl bei Septumrekonstruktionen als auch bei Septorhinoplastiken an der 6. Stelle verschlüsselt werden. Unterschieden wird zwischen „lokalen autogenen“, „distalen autogenen“, „allogenen oder xenogenen“ und „sonstigen“ Transplantaten. Die aufwändige Entnahme von autogenem Rippenknorpel kann bereits seit 2005 gesondert kodiert werden (5-349.4). Seit der Version 2007 wurde existiert der Kode 5-189.0 ↔ Entnahme von Ohrknorpel zur Transplantation.

Durch entsprechende Ergänzungen der Inklusiva wurde klargestellt, dass mit durchgeführte Korrekturen an der Nasenspitze oder im Bereich des Vestibulum nasi (Nasenklappe) in den jeweiligen Oberkodes zur Septorhinoplastik enthalten sind. Bei isolierten Eingriffen an der Nasenspitze ist hingegen der Kode 5-217.1 „Plastische Korrektur der äußeren Nase, Nasenflügel“ zu verwenden.

Auch der Verschluss einer Septumperforation mittels lokaler Schleimhaut-Verschiebelappen kann durch einen spezifischen Kode (5-214.4) verschlüsselt werden.

5.6 Schlafapnoe

Der bisher vierstellige ICD-10-Kode G47.3 Schlafapnoe wird seit der Systemversion 2007 als fünfstelliger Code ausdifferenziert. Für die HNO relevant ist in erster Linie eine Untergliederung in ein zentrales (G47.30) und ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (G47.31). Das Pickwick-Syndrom wird weiterhin nicht mit ICD-Kodes aus der Gruppe G47.3, sondern als übermäßige Adipositas mit alveolärer Hypoventilation (E66.2-) kodiert (ab 2008 ist an der 5. Stelle der Body-Mass-Index zusätzlich anzugeben)

Bei der stationären Aufnahme zur operativen Versorgung von unter Schlafapnoe leidenden Patienten ist nicht der pathophysiologische Befund (z. B. die Deviation des Nasenseptums), sondern die Schlafapnoe als Hauptdiagnose anzugeben, sofern mit der operativen Versorgung die Beseitigung der Schlafapnoe intendiert. Dieser Sachverhalt, der auf Nachfrage ausdrücklich vom InEK bestätigt wurde, soll in folgendem Beispiel näher erläutert werden:

Beispiel:

Ein Patient leidet an Schlafstörungen. Während einer stationären Polysomnographie wird ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom diagnostiziert. Als (Teil-)Ursächlich wird eine erhebliche Septumdeviation identifiziert. Die Septumdeviation wird in einem zweiten stationären Aufenthalt operativ behandelt. Es wird wie folgt kodiert:

1. Aufenthalt:

HD: G47.31 obstruktives Schlafapnoe-Syndrom
PR: 1-790 kardiorespiratorische Polysomnographie

2. Aufenthalt:

HD: G47.31 obstruktives Schlafapnoe-Syndrom
PR: 5-214.6 plastische Korrektur des Nasenseptums mit Resektion

5.7 Nasennebenhöhlenchirurgie

Die Verschlüsselung von Operationen an den Nasennebenhöhlen (NNH) erfolgt durch die OPS-Kodes 5-22 ff. (s. 7.3.10). Unterschieden werden Nasennebenhöhlenpunktionen, Eingriffe an einzelnen, dann im OPS näher bezeichneten NNH, Operationen an mehreren NNH, plastische Rekonstruktionen der NNH und „andere“ Operationen an den NNH. Die Mehrzahl der verwendeten Bezeichnungen ist eindeutig und lässt eine sachgerechte Verschlüsselung des durchgeführten Eingriffs zu.

Seit 2006 können simultane Eingriffe an mehreren Nasennebenhöhlen, wie z. B. die häufig standardisiert durchgeführte endonasale Pansinusoperation, durch einen einzigen Code verschlüsselt werden (5-224.63↔) (s. 7.3.10.5). Bei Pansinusoperationen unter Kombination endonasaler und äußerer Zugänge kann ebenfalls ein einzelner Code aus der Gruppe 5-224.7- verwendet werden (s. 7.3.10.5). Die Kombination mehrerer Schlüssel zur Darstellung von simultanen Eingriffen an mehreren Nasennebenhöhlen ist seit 2006 vielfach nicht mehr nötig. In

2008 wurden die bisher noch nicht vorhandenen Codes für Operationen an mehreren NNH mit Versorgung der Schädelbasis ergänzt:

5-224.64 Mehrere NNH, endonasal mit Versorgung der Schädelbasis

5-224.74 Mehrere NNH, kombiniert endonasal und von außen, mit Versorgung der Schädelbasis

Die OPS-Kodes der Gruppe 5-229 ff. für „Revisionen“ wurden ab 2008 gestrichen. Es existiert lediglich weiterhin der Kodestamm 5-229 „Andere Operationen an den NNH“. Bei Durchführung von Reoperationen an den NNH ist der OPS-Kode für die NNH-Operation sowie der Zusatzkode 5-983 Reoperation anzugeben.

5.8 HNO-Onkologie

Im G-DRG-System wird im Fall der Hauptdiagnose einer bösartigen Neubildung (BNB) in vielen Fällen eine höher bewertete Fallgruppe (G-DRG) angesteuert. Daher ist die korrekte Auswahl der Hauptdiagnose in diesen Fällen von besonderer Bedeutung (s.o.).

Dies bezieht sich im HNO-Bereich nicht nur auf ICD-Kodes für BNB, sondern auch auf einzelne Kodes für ein Carcinoma in situ oder auf die Otitis externa maligna. Nachfolgend sei eine Liste solcher Kodes angegeben:

D00.0 Carcinoma in situ Lippe/Mundhöhle/Pharynx
D02.0 Carcinoma in situ Larynx
H60.2 Otitis externa maligna

Nicht eingeschlossen ist hingegen beispielsweise:

D38.5 Sonstige NBUV: Mittelohr, Nasenhöhlen, Nasenknorpel,
Nasennebenhöhlen
Excl: Haut der äußeren Nase + des äußeren Ohres

Von besonderer Bedeutung für die Wahl der Hauptdiagnose bei Patienten mit bösartigen Neubildungen ist, dass auch nach Entlassung eingehende histopathologische Befunde nach Durchführung von Probenentnahmen bei der Kodierung zu berücksichtigen sind (s. 3.2.2). In diesen Fällen dürfen als Hauptdiagnose nicht Codes für Neubildungen unbekanntem oder unsicheren Verhaltens verwendet werden.

Bei Operationen an der Zunge, an Mund und Gesicht sowie im Bereich von Epi-, Oro- und Hypopharynx kann im Falle einer Destruktion von erkranktem Gewebe das verwendete Instrument (Elektrokoagulation, Laserkoagulation, Thermokoagulation, Kryokoagulation, photodynamische Therapie oder Sonstige) an der 6. Stelle kodiert werden (z. B. 7.3.13.4, 7.3.14.5).

Bei der Durchführung zytostatischer Chemotherapien können differenzierte Informationen zu Art und Umfang der Chemotherapie sowie ggf. zu besonders teuren Medikamenten kodiert werden (s. 7.4.1), wobei letzteres insbesondere für die Abrechnung von Zusatzentgelten im Rahmen des G-DRG-Systems von Bedeutung ist.

5.8.1 Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals

Für komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen z. B. nach onkochirurgischen Eingriffen im Kopf-Hals-Gebiet („Lappen“) existiert eine eigene Fallgruppe (Basis-DRG D02). Grundlage der Zuordnung zu dieser G-DRG ist eine Liste mit spezifizierten OPS-Kodes, bei denen es sich zumeist um die Kombination einer Resektion mit einem gestielten Fernlappen oder einem mikrovaskulär-anastomosierten Lappen handelt. Die Basis-DRGs D02 Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals und D24 Komplexe Hautplastiken und große Eingriffe an Kopf und Hals werden in Abhängigkeit von der Durchführung von Kom-

binationseingriffen differenziert. Hierdurch ergibt sich eine Verbindung zwischen beiden Basis-DRGs. Die Höhe der Vergütung wird maßgeblich von einer korrekten und vollständigen Kodierung von Prozeduren und Diagnosen abhängen.

Das Differenzierungskriterium „Kombinationseingriff“ verbunden mit einer PCCL-abhängigen DRG-Differenzierung führt zu einer Aufwertung mehrerer weniger komplexer Eingriffe an multimorbiden Patienten. Eingriffe, die alleine kodiert, nicht in die Basis-DRG D02 gruppiert, sondern in der G-DRG D24B abgebildet werden, können in Kombination mit anderen Eingriffen (z. B. einer Neck-Dissection) und einer vollständigen und korrekten Kodierung vorhandener Nebendiagnosen in die bisher ausschließlich für hochkomplexe Eingriffe an Kopf und Hals „reservierte“ Basis-DRG D02 eingruppiert werden.

Seit der Version 2008 wurden für die Kodierung von ausgedehnten Resektionen am Pharynx sowie für die Laryngektomien mit anschließender Rekonstruktion neue Kombinationskodes etabliert.

Die angewendete Rekonstruktion (lokale Lappen, mikrovaskuläre Transplantate etc.) werden jetzt mit der Resektion in einem 6-stelligen Kode abgebildet.

Pharynxteilresektionen werden mit den Codes 5-295ff, Pharyngektomien mit den Codes 5-296ff und Laryngektomien mit den Codes 5-303 spezifisch verschlüsselt.

Es sei allen **onko- (und schädelbasischirurgisch) tätigen HNO-Kollegen** dringend empfohlen sich mit diesen hoch bewerteten G-DRGs und den zugehörigen Prozedurenlisten anhand der DRG-Definitionshandbücher vertraut zu machen!

5.8.2 Neck dissection

Radikale zervikale Lymphadenektomie [Neck dissection] können mit den Codes 5-403ff spezifisch verschlüsselt werden. Unterschieden wird – gemäß klinischem Sprachgebrauch – zwischen selektiver (funktionaler), radikaler, radikal-modifizierter und radikal-erweiterter Neck dissection.

Das Zusatzkennzeichen für "beidseitig" ist nur zu verwenden bei Entfernung der gleichen Anzahl von Lymphknotenregionen auf beiden Seiten in einer Operation. In allen anderen Fällen ist eine getrennte Kodierung erforderlich.

Die Codes 5-407ff „Radikale Lymphadenektomie im Rahmen einer anderen Operation“ sind nicht zu benutzen, da sie unspezifisch sind und mit den o.g. Codes für die Neck dissection spezifische, organbezogene Codes zur Verfügung stehen!

5.8.3 Trachea, Trachostoma, Stents, Trachealstenose

Bei Patienten mit einem Tracheostoma wird auf ICD-Ebene zwischen dem Vorhandensein eines Tracheostomas und der Versorgung eines Tracheostomas unterschieden.

- Z93.0 Vorhandensein eines Tracheostomas
- Z43.0 Versorgung eines Tracheostomas
- J95.0 Funktionsstörung eines Tracheostomas

Das *Vorhandensein* eines Tracheostomas (Z93.0) ist zu kodieren, wenn das Krankenhaus an der Pflege des Stomas, dem Kanülenwechsel etc. nicht direkt beteiligt ist (Kriterien der Nebendiagnosekodierung beachten!). Dieser Code kann daher keine Hauptdiagnose sein (Fehler-DRG 961Z).

In allen anderen Fällen ist von der *Versorgung* eines Tracheostomas (Z43.0) auszugehen. Dies ist auch eine zulässige Hauptdiagnose.

Die *Funktionsstörung* eines Tracheostomas (J95.0) ist ebenfalls eine zulässige Hauptdiagnose und kann z. B. kodiert werden, wenn bei Stomastenose oder Granulationen eine spezifische Behandlung (Stomaplastik, Bougierung o.ä.) erfolgt.

Im Zusammenhang mit der Behandlung von Verletzungen und Stenosen der Trachea sind die folgenden OPS-Kodes von Bedeutung:

5-319.1-	Dilatation der Trachea (endoskopisch)
.11	Ohne Einlegen einer Schiene (Stent)
.13	Mit Einlegen einer Schiene (Stent), hybrid/dynamisch
.14	Mit Einlegen einer Schiene (Stent), Kunststoff
.15	Mit Einlegen einer Schiene (Stent), Metall
5-319.6	Wechsel einer trachealen Schiene (Stent) (inkl. Dilatation)
.60	Auf eine Schiene (Stent), hybrid/dynamisch
.61	Auf eine Schiene (Stent), Kunststoff
.62	Auf eine Schiene (Stent), Metall

Der therapeutische Aufwand bei Patienten mit Trachealstenosen kann erheblich sein und umfasst sowohl offen-chirurgische als auch endoskopische Verfahren.

Seit 2007 existieren zwei Codes zur differenzierten Verschlüsselung erworbener Trachealstenosen. Trachealstenosen nach medizinischen Maßnahmen sind mit J95.81 und alle übrigen erworbenen Trachealstenosen – mit Ausnahme syphilitischer bzw. tuberkulöser Ursache – sind mit J39.80 zu verschlüsseln. Sofern der Patient mit einem Trachealstent versorgt wird, kann dies über den ICD-10-Kode Z45.85 Anpassung und Handhabung von Trachealstents kodiert werden.

5.8.4 Stimmprothesen

Es können die Anlage einer oesophago-trachealen Fistel (5-429.0) das Einlegen oder der Wechsel einer Stimmprothese (5-319.9) bzw. die Entfernung einer Stimmprothese (5-319.a) und der Verschluss einer chirurgisch angelegten oesophago-trachealen Fistel (5-429.n) kodiert werden. Stimmprothesen sind nicht als selbstexpandierende oder nicht selbstexpandierende Ösophagusprothesen zu kodieren.

5.9 Endoskopien

5.9.1 Allgemeines

Bei den Endoskopien werden diagnostische Endoskopien von endoskopischen Eingriffen unterschieden. Die verschiedenen diagnostischen Endoskopien finden sich im OPS unter den Codes 1-61 bis 1-69 differenziert verschlüsselt (s.u.). In diesen Codes ist eine Foto- und Videodokumentation enthalten (Beispiel 1).

Beispiel 1:

Diagnostische Mikrolaryngoskopie und PE bei glottischem Larynx-Tumor. Multiple Biopsien. Klinisch eindeutig maligner Tumor.

HD: C32.0	BNB Glottis
PR: 1-610.2	Diagnostische Laryngoskopie, Mikrolaryngoskopie
1-421.1	Biopsie ohne Inzision am Larynx, Glottis

Anders verhält es sich bei mikrolaryngoskopischen Eingriffen mit lokaler Exzision eines Tumors. Hier ist ein Code der Gruppe 5-3ff zu verschlüsseln.

Beispiel 2:
Mikrolaryngoskopie und lokale Exzision eines glottischen Larynx-Karzinoms.

HD: C32.0 BNB Glottis
PR: 5-300.2 **Exzision** von erkranktem Gewebe des Larynx,
mikrolaryngoskopisch

Die Unterscheidung von diagnostischen Laryngoskopien und endoskopischen Eingriffen ist sowohl im G-DRG-System als auch im Zusammenhang mit dem ambulanten Operieren nach § 115b von großer Bedeutung!

5.9.2 Endoskopie und Biopsien

In den diagnostischen Endoskopien **nicht** enthalten sind entnommene Gewebeprobe(n) (Biopsien). Diese sind gesondert zu verschlüsseln. Multiple Biopsien sind nur einmal während einer Sitzung zu kodieren, wenn diese bzgl. der Lokalisation an gleicher Stelle kodierbar sind.

Bei den Biopsien werden systematisch solche mit bzw. ohne Inzision unterschieden. Dabei bezieht sich der Zusatz „Inzision“ auf den operativen Zugangsweg. Entsprechend werden im Rahmen diagnostischer Endoskopien gewonnene Biopsien in der Regel als „Biopsien ohne Inzision“ zu kodieren sein (Beispiel 1), während Biopsien über einen äußeren Zugang (z. B. transkutan) als „Biopsie durch Inzision“ kodiert werden können.

Beispiel 1:
Diagnostische Mikrolaryngoskopie und endoskopische PE bei glottischem Larynx-Tumor.

HD: C32.0 BNB Glottis
PR: 1-610.2 Diagnostische Laryngoskopie, Mikrolaryngoskopie
1-421.1 Biopsie *ohne* Inzision am Larynx, Glottis

Beispiel 2:

Diagnostische Mikrolaryngoskopie und PE bei glottischem Larynx-Tumor mit Tumordurchbruch nach präalaryngeal. Der Tumor ist von endolaryngeal nicht eindeutig einzustellen. Daher Biopsie über eine präalaryngeale Inzision.

HD: C32.0 BNB Glottis
PR: 1-610.2 Diagnostische Laryngoskopie, Mikrolaryngoskopie
1-549.1 Biopsie *durch* Inzision am Larynx, Glottis

5.9.3 Panendoskopien [P007a]

Endoskopien mehrerer Gebiete (Panendoskopie) sind nach der DKR P007a nach dem am weitesten eingesehenen bzw. tiefsten Gebiet zu kodieren.

Beispiel:

Diagnostische Panendoskopie, multiple Biopsien im Bereich eines supraglottischen Larynxtumors.

Prozeduren:

1-620.1 Diagnostische Tracheobronchoskopie mit starrem Instrument
1-630.1 Diagnostische Ösophagoskopie mit starrem Instrument
1-610.2 Diagnostische Laryngoskopie, Mikrolaryngoskopie
1-421.0 Biopsie ohne Inzision am Larynx, Supraglottis

Tracheobronchoskopie und Ösophagoskopie markieren demnach das am weitesten eingesehene Gebiet. Eine Hypopharyngoskopie ist in der Ösophagoskopie definitionsgemäß enthalten. Es wird empfohlen, die Mikrolaryngoskopie aufgrund des besonderen apparativen Aufwandes mit zu verschlüsseln, zumal andere Instrumente (Laryngoskop, Mikroskop) verwendet werden als bei der Tracheoskopie.

5.9.4 Endoskopische Fremdkörperentfernungen

Endoskopische Fremdkörperentfernungen werden durch die Codes 8.100ff. verschlüsselt:

8-100	Fremdkörperentfernung durch Endoskopie
8-100.0↔	Durch Otoskopie
8-100.1	Durch Rhinoskopie
8-100.2	Durch Laryngoskopie
8-100.3	Durch Tracheoskopie
8-100.4	Durch Bronchoskopie mit flexiblem Instrument
8-100.5	Durch Bronchoskopie mit starrem Instrument
8-100.6	Durch Ösophagoskopie mit flexiblem Instrument
8-100.7	Durch Ösophagoskopie mit starrem Instrument

5.10 Kombinierte Eingriffe

In der HNO-Heilkunde werden häufig kombinierte Eingriffe an mehreren anatomisch benachbarten Strukturen vorgenommen. Häufige Beispiele sind:

- Adenotomie/Tonsillektomie mit Paukenröhrchen
- Funktionelle Septumplastik mit NNH-Eingriff
- Tumoroperation mit Neck-dissektion
- Endoskopien mit Inzisions-Biopsien

Im OPS ist lediglich für die häufige Kombination von Adenotomie und Tonsillektomie der folgende Kombinationskode vorgesehen:

5-282.0 Tonsillektomie mit Adenotomie mit Dissektionstechnik

In allen anderen Fällen, sind jeweils die einzelnen Prozedurenkodes zu verschlüsseln.

5.11 Verletzungen und Blutungen

Einzelne Verletzungen sind so spezifisch wie möglich bezüglich ihrer Art und Lokalisation zu kodieren. Eine Ausnahme bilden lediglich oberflächliche Verletzungen bei gleichzeitigen schweren Verletzungen an

der selben Lokalisation. Kombinationscodes für multiple Verletzungen an umschriebenen Körperregionen (z. B. S00.7 Multiple oberflächliche Verletzungen des Kopfes) sind zu vermeiden. Die schwerwiegendste Verletzung bzw. die für die Behandlung relevanteste Verletzung ist als Hauptdiagnose zu wählen.

Die Diagnosen, wegen derer eine Weiterbehandlung erfolgt, sollten ebenfalls auch dann dokumentiert werden, wenn der akute Zustand nicht mehr vorliegt

5.11.1 Weichteilverletzungen

Die Kodierung von Weichteilverletzungen (Haut und Unterhaut) erfolgt sehr differenziert in Abhängigkeit des Verletzungstyps, der betroffenen Lokalisation sowie des geschädigten Gewebes. Die einzelnen Codes finden sich in den Abschnitten 6.11ff. Die ggf. vorhandenen zusätzlichen Verletzungen von Blutgefäßen, Nerven, Muskeln etc. sind separat zu kodieren.

Bei Frakturen und Luxationen ist stets ein Sekundärkode zur Beschreibung des Weichteilschadens mit anzugeben, sofern dieser mindestens erstgradig ist (s. 6.11.3 und 6.12.3).

5.11.2 Offene Wunden und Infektionen

Nur bei offenen Wunden kann ein Fremdkörper mit dem Kode

T89.01 Komplikation einer offenen Wunde, Fremdkörper (mit oder ohne Infektion)

zusätzlich kodiert werden.

Die Superinfektion einer offenen Wunde kann mit dem folgenden Kode dokumentiert werden:

T89.02 Komplikation einer offenen Wunde, Infektion

Sofern der Infektionserreger ermittelt werden kann, ist dieser zusätzlich mit einem Kode aus den ICD-Kode-Gruppen B95.-!, B96.-! sowie U80.-! zu dokumentieren.

Eine Tetanus-Immunisierung kann nur mittels des ICD-Kodes

Z23.5 Notwendigkeit der Impfung gegen Tetanus, nicht kombiniert kodiert werden.

Eine kombinierte Impfung kann mit dem folgenden ICD-Kode dokumentiert werden:

Z23.8 Notwendigkeit der Impfung gegen sonstige einzelne bakterielle Krankheiten

5.11.3 Blutungsanämie (D62)

Eine Blutungsanämie (ICD-Kode D62) kann sowohl als Folge von Verletzungen als auch eines außergewöhnlichen intra- bzw. postoperativen Blutverlustes entstanden sein. Bei Vorliegen eines hämorrhagischen Schocks ist dieser als Nebendiagnose mit R57.1 „Hypovolämischer Schock“ zusätzlich zu kodieren.

Da keine absoluten Laborschwellen für den klinischen Befund einer Anämie durch die DKR vorgegeben sind, kann in Grenzfällen keine einheitliche und eindeutig nachvollziehbare Kodierung gewährleistet werden. In Übereinstimmung mit den DKR können jedoch die Durchführung entsprechender Behandlungen wie z. B. Bluttransfusionen, Substitution von Eisen oder Gabe von Erythropoetin und auch operative und interventionelle blutungsstillende Maßnahmen als hinreichende Kriterien für die Kodierung als Nebendiagnose angesehen werden.

6 ICD-10 „HNO“

Nachfolgend wird eine Liste von Diagnosekodes aus dem ICD-10-GM angegeben. Diese Liste enthält die meisten der in HNO-Kliniken und – Abteilungen zur Verschlüsselung von HNO-Erkrankungen anzuwendenden Diagnosekodes. Für die Verschlüsselung von hier dennoch nicht aufgeführten Diagnosen oder Umständen sowie zur Verschlüsselung der fachfremden Nebendiagnosen sei auf die ICD-10 Gesamtausgabe bzw. die verschiedenen EDV-Dokumentationshilfen verwiesen.

Die Liste ist aus Gründen der Übersichtlichkeit gegenüber dem Original ICD-10 um die meisten Kommentare, Inklusiva und Exklusiva gekürzt. Den Nutzern sei daher dringend empfohlen, in Zweifelsfällen die Originalausgabe des ICD-10 zu Rate zu ziehen. Diese kann z. B. bezogen werden über das DIMDI in Köln (downloads unter: www.dimdi.de – „Klassifikationen“).

Die letzte Stelle einiger Kodes ist variabel und beschreibt z. B. Lokalisationsangaben oder Arten von Verletzungen. Sofern ein solcher Kode vorliegt, ist dies mit einem Bindestrich gekennzeichnet: z. B.

J38.0-	Lähmung der Stimmlippen und des Kehlkopfes
.00	Nicht näher bezeichnet
.01	Einseitig, partiell
.02	Einseitig, komplex
.03	Beidseitig, partiell

Die entsprechenden letzten beiden Stellen werden dann jeweils unter den betroffenen Kodes aufgelistet.

Eine alleinige Verschlüsselung des 4-stelligen Kodes J38.0 ist demnach ungültig.

Bei paarigen Organen kann der aufgeführte ICD-Kode durch den Zusatz R (rechts), L (links) und B (beiderseits) erweitert werden.

6.1 Bösartige Neubildungen (Primärtumore)

6.1.1 Bösartige Neubildungen (BN) der Lippe

- C00.0 BN äußere Oberlippe
- C00.1 BN äußere Unterlippe
- C00.2 BN äußere Lippe, nicht näher bezeichnet
- C00.3 BN Oberlippe, Innenseite
- C00.4 BN Unterlippe, Innenseite
- C00.5 BN Lippe, nicht näher bezeichnet, Innenseite
- C00.6 BN Lippenkommissur
- C00.8 BN Lippe, mehrere Teilbereiche überlappend

6.1.2 Bösartige Neubildungen (BN) der Zunge

- C01 Bösartige Neubildung des Zungengrundes
- C02.0 BN Zungenrücken
- C02.1 BN Zungenrand
- C02.2 BN Zungenunterfläche
- C02.3 BN Vordere zwei Drittel der Zunge, Bereich nicht näher bezeichnet
- C02.4 BN Zungentonsille
- C02.8 BN Zunge, mehrere Teilbereiche überlappend

6.1.3 Bösartige Neubildungen des Mundbodens

- C04.0 BN vorderer Teil des Mundbodens
- C04.1 BN seitlicher Teil des Mundbodens
- C04.8 BN Mundboden, mehrere Teilbereiche überlappend

6.1.4 Bösartige Neubildungen des Gaumens

- C05.0 BN harter Gaumen
- C05.1 BN weicher Gaumen
- C05.2 BN Uvula
- C05.8 BN Gaumen, mehrere Teilbereiche überlappend

6.1.5 Bösartige Neubildungen sonst. Mundhöhle

- C06.0 BN Wangenschleimhaut
- C06.1 BN Vestibulum oris
- C06.2 BN Retromolarregion
- C06.8 BN Sonstige und nicht näher bezeichnete Teile des Mundes, mehrere Teilbereiche überlappend
- C06.9 BN Mund, nicht näher bezeichnet

6.1.6 Bösartige Neubildungen Speicheldrüsen

- C07 Bösartige Neubildung der Parotis
- C08.0 BN Glandula submandibularis
- C08.1 BN Glandula sublingualis
- C08.8 BN große Speicheldrüsen, mehrere Teilbereiche überlappend
- C08.9 BN große Speicheldrüsen, nicht näher bezeichnet

6.1.7 Bösartige Neubildung der Tonsille

- C09.0 BN Fossa tonsillaris
- C09.1 BN Gaumenbogen (vorderer) (hinterer)
- C09.8 BN Tonsille, mehrere Teilbereiche überlappend
- C09.9 BN Tonsille, nicht näher bezeichnet

6.1.8 Bösartige Neubildungen des Oropharynx

- C10.0 Vallecula epiglottica
- C10.1 Vorderfläche der Epiglottis
- C10.2 Seitenwand des Oropharynx
- C10.3 Hinterwand des Oropharynx
- C10.4 Kiemengang

- C10.8 Oropharynx, mehrere Teilbereiche überlappend
- C10.9 Oropharynx, nicht näher bezeichnet

6.1.9 Bösartige Neubildungen des Nasopharynx

- C11.0 Obere Wand des Nasopharynx
- C11.1 Hinterwand des Nasopharynx
- C11.2 Seitenwand des Nasopharynx
- C11.3 Vorderwand des Nasopharynx
- C11.8 Nasopharynx, mehrere Teilbereiche überlappend
- C11.9 Nasopharynx, nicht näher bezeichnet

6.1.10 Bösartige Neubildungen des Hypopharynx

- C12 Bösartige Neubildung des Recessus piriformis
- C13.0 Regio postcricoidea
- C13.1 Aryepiglottische Falte, hypopharyngeale Seite
- C13.2 Hinterwand des Hypopharynx
- C13.8 Hypopharynx, mehrere Teilbereiche überlappend
- C13.9 Hypopharynx, nicht näher bezeichnet

6.1.11 Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen der Lippe, der Mundhöhle und des Pharynx

- C14.0 Pharynx, nicht näher bezeichnet
- C14.2 Lymphatischer Rachenring [Waldeyer]
- C14.8 Lippe, Mundhöhle und Pharynx, mehrere Teilbereiche überlappend

6.1.12 Bösartige Neubildung der Nasenhöhle und des Mittelohres

- C30.0 Nasenhöhle
- C30.1 Mittelohr

6.1.13 Bösartige Neubildung der Nasennebenhöhlen

- C31.0 Sinus maxillaris [Kieferhöhle]
- C31.1 Sinus ethmoidalis [Siebbeinzellen]
- C31.2 Sinus frontalis [Stirnhöhle]
- C31.3 Sinus sphenoidalis [Keilbeinhöhle]
- C31.8 Nasennebenhöhlen, mehrere Teilbereiche überlappend

6.1.14 Bösartige Neubildungen von Larynx und Trachea

- C32.0 Glottis
- C32.1 Supraglottis
- C32.2 Subglottis
- C32.3 Larynxknorpel
- C32.8 Larynx, mehrere Teilbereiche überlappend
- C32.9 Larynx, nicht näher bezeichnet
- C33 Bösartige Neubildung der Trachea

6.1.15 Bösartige Neubildung der Schilddrüse

- C73 Bösartige Neubildung der Schilddrüse

6.2 Sekundäre bösartige Neubildungen (Metastasen)

6.2.1 Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Lymphknoten

- C77.0 Lymphknoten des Kopfes, des Gesichtes und des Halses
- C77.1 Intrathorakale Lymphknoten

6.2.2 Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane

- C78.0 Sekundäre bösartige Neubildung der Lunge
- C78.1 Sekundäre bösartige Neubildung des Mediastinums
- C78.7 Sekundäre bösartige Neubildung der Leber
- C79.2 Sekundäre bösartige Neubildung der Haut

6.2.3 Sekundäre bösartige Neubildung sonstige Lokalisation

- C79.3 Sekundäre bösartige Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute
- C79.5 Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes

6.2.4 In-situ-Neubildungen

- D00.0 Carcinoma in situ der Lippe, Mundhöhle und Pharynx
- D02.0 Larynx
- D02.1 Trachea

6.2.5 Gutartige Neubildungen

- D10.0 GN Lippe
- D10.1 GN Zunge
- D10.2 GN Mundboden
- D10.3 GN Sonstige und nicht näher bezeichnete Teile des Mundes
- D10.4 GN Tonsille
- D10.5 GN Sonstige Teile des Oropharynx
- D10.6 GN Nasopharynx
- D10.7 GN Hypopharynx
- D10.9 GN Pharynx, nicht näher bezeichnet
- D11.0 GN Parotis
- D11.7 GN Sonstige große Speicheldrüsen
- D11.9 GN Große Speicheldrüse, nicht näher bezeichnet
- D18.0- GN Hämangiom
- .01 Haut und Unterhaut
- .05 Ohr, Nase, Mund und Rachen
- D18.10 Lymphangiom (Hygroma colli cysticum)
- D21.0 GN Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Kopfes, des Gesichtes und des Halses
- D23.0 Lippenhaut (Exkl.: Lippenrotgrenze (D10.0))
- D23.1 GN Haut des Augenlides, einschließlich Kanthus
- D23.2 GN Haut des Ohres und des äußeren Gehörganges
- D23.3 GN Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes
- D23.4 GN behaarte Kopfhaut und Haut des Halses

6.3 Neubildungen unsicheren oder unbekanntem Verhalten (NBUV)

- D37.0 NBUV Lippe, Mundhöhle und Pharynx
- D38.0 NBUV Larynx
- D38.1 NBUV Trachea, Bronchus und Lunge
- D38.5 Sonstige NBUV: Mittelohr, Nasenhöhlen, Nasenknorpel, Nasennebenhöhlen. nicht äußere Nasenhaut!
- D43.3 NBUV Hirnnerven

6.4 Anämien

- D62 Akute Blutungsanämie (Anämie nach intra- und postoperativer Blutung)
- D63.0* Anämie bei Neubildungen (C00-D48+)
- D61.10 Aplastische Anämie infolge zytostatischer Therapie
- D68.30 Blutung bei Dauertherapie mit Antikoagulantien

6.5 Krankheiten des Nervensystems

- G47.3- Schlafapnoe (*excl. Pickwick-Syndrom (E66.2)*)
 - .30 zentrales Schlafapnoe-Syndrom
 - .31 obstruktives Schlafapnoe-Syndrom
- G50.0 Trigeminusneuralgie
- G50.1 Atypischer Gesichtsschmerz
- G51.0 Fazialisparese (Bell'sche Parese)
- G51.1 Entzündung des Ganglion geniculi
- G51.2 Melkersson-Rosenthal-Syndrom
- G52.0 Krankheiten der Nn. olfactorii [I. Hirnnerv]
- G52.1 Krankheiten des N. glossopharyngeus [IX. Hirnnerv]
- G52.2 Krankheiten des N. vagus [X. Hirnnerv]
- G52.3 Krankheiten des N. hypoglossus [XII. Hirnnerv]
- G52.7 Krankheiten mehrerer Hirnnerven

6.6 Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes

6.6.1 Krankheiten des äußeren Ohres

H60.0	Abszeß des äußeren Ohres
H60.1	Phlegmone des äußeren Ohres
H60.2	Otitis externa maligna
H60.3	Sonstige infektiöse Otitis externa
H60.4	Cholesteatom im äußeren Ohr
H60.5	Akute Otitis externa, nichtinfektiös
H60.8	Sonstige Otitis externa
H61.0	Perichondritis des äußeren Ohres
H61.1	Nichtinfektiöse Krankheiten der Ohrmuschel
H61.2	Zeruminalpfropf
H61.3	Erworbene Stenose des äußeren Gehörganges
H61.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des äußeren Ohres
M95.1	Erworbene Fehlbildung des äußeren Ohres: Blumenkohlohr

6.6.2 Krankheiten des äußeren Ohres bei anderenorts klassifizierten Krankheiten

(Stern-Diagnosen, nur mit Verschlüsselung der Grunderkrankung, siehe auch 3.2.4)

H62.0*	Otitis externa bei anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten (z. B. Erysipel: A46†)
H62.1*	Otitis externa bei anderenorts klassifizierten Viruskrankheiten (z. B. bei Infektion durch Herpesviren: B00.1†, bei Zoster: B02.8†)
H62.2*	Otitis externa bei anderenorts klassifizierten Mykosen (z. B. bei Aspergillose: B44.8†, bei Kandidose: B37.2†, Otomykose ohne nähere Angabe (B36.9†)
H62.3*	Otitis externa bei sonstigen anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten
H62.4*	Otitis externa bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten (z. B. bei Impetigo: L01.- †)
H62.8*	Sonstige Krankheiten des äußeren Ohres bei anderenorts klassifizierten Krankheiten

6.6.3 Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes

- H65.0 Akute seröse Otitis media
- H65.1 Sonstige akute nichteitrigige Otitis media
- H65.2 Chronische seröse Otitis media
- H65.3 Chronische muköse Otitis media
- H65.4 Sonstige chronische nichteitrigige Otitis media
- H65.9 Nichteitrigige Otitis media, nicht näher bezeichnet
- H66.0 Akute eitrigige Otitis media
- H66.1 Chronische mesotympanale eitrigige Otitis media
- H66.2 Chronische epitympanale Otitis media
- H66.3 Sonstige chronische eitrigige Otitis media
- H66.4 Eitrigige Otitis media, nicht näher bezeichnet

6.6.4 Otitis media bei anderenorts klassifizierten Krankheiten

(Stern-Diagnosen, nur mit Verschlüsselung der Grunderkrankung, siehe auch 3.2.4)

- H67.0* Otitis media bei anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten (z. B. bei Scharlach: A38†, bei Tbc: A18.6†)
- H67.1* Otitis media bei anderenorts klassifizierten Viruskrankheiten (z. B. bei Grippe: J10-J11†, bei Masern: B05.3†)
- H67.8* Otitis media bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten

6.6.5 Erkrankungen der Tuba auditiva

- H68.0 Entzündung der Tuba auditiva
- H68.1 Verschuß der Tuba auditiva
- H69.0 Erweiterte Tuba auditiva
- H69.8 Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Tuba auditiva

6.6.6 Mastoiditis und verwandte Zustände

- H70.0 Akute Mastoiditis
- H70.1 Chronische Mastoiditis
- H70.2 Petrositis
- H70.8 Sonstige Mastoiditis und verwandte Zustände

6.6.7 Cholesteatom

- H71 Cholesteatom des Mittelohres
- H95.0 Rezidivierendes Cholesteatom in der Mastoidhöhle nach Mastoidektomie

6.6.8 Erkrankungen des Trommelfells

- H72.0 Zentrale Perforation des Trommelfells
- H72.1 Trommelfellperforation am Recessus epitympanicus
- H72.2 Sonstige randständige Trommelfellperforationen
- H72.8 Sonstige Trommelfellperforationen inkl. Mehrfachperforation, totale Perforation
- H73.0 Akute Myringitis
- H73.1 Chronische Myringitis
- H73.8 Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Trommelfells

6.6.9 Sonstige Mittelohrerkrankungen

- H74.0 Tympanosklerose
- H74.1 Otitis media adhaesiva
- H74.2 Kontinuitätsunterbrechung oder Dislokation der Gehörknöchelchenkette
- H74.3 Sonstige erworbene Anomalien der Gehörknöchelchen
- H74.4 Polyp im Mittelohr
- H74.8 Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
- Z96.2 Vorhandensein von Implantaten im Gehörorgan, Hörgerät für Knochenleitung, Kochlearimplantat, Parazentese-Röhrchen, Stapesersatz, Tuba-Eustachii-Plastik

6.6.10 Sonstige Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes bei anderenorts klassifizierten Krankheiten

(Stern-Diagnosen, nur mit Verschlüsselung der Grunderkrankung, siehe auch 3.2.4)

- H75.0* Mastoiditis bei anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten (z. B. bei Tbc: A18.0†)
- H75.8* Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes bei anderenorts klassifizierten Krankheiten

6.6.11 Otosklerose

- H80.0 Otosklerose mit Beteiligung der Fenestra vestibuli, nichtobliterierend
- H80.1 Otosklerose mit Beteiligung der Fenestra vestibuli, obliterierend
- H80.2 Otosclerosis cochleae
- H80.8 Sonstige Otosklerose

6.6.12 Störungen der Vestibularfunktion

- H81.0 Ménière-Krankheit
- H81.1 Benigner paroxysmaler Schwindel
- H81.2 Neuropathia vestibularis
- H81.3 Sonstiger peripherer Schwindel
- H81.4 Schwindel zentralen Ursprungs
- H81.8 Sonstige Störungen der Vestibularfunktion
- H82* Schwindelsyndrome bei anderenorts klassifizierten Krankheiten

6.6.13 Sonstige Krankheiten des Innenohres

- H83.0 Labyrinthitis
- H83.1 Labyrinthfistel
- H83.2 Funktionsstörung des Labyrinths

- H83.3 Lärmschädigungen des Innenohres (inkl. akustisches Trauma, Lärmschwerhörigkeit)
- H83.8 Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Innenohres

6.6.14 Hörverlust durch Schalleitungs- oder Schallempfindungsstörung

- H90.0 Beidseitiger Hörverlust durch Schalleitungsstörung
- H90.1 Einseitiger Hörverlust durch Schalleitungsstörung bei nicht eingeschränktem Hörvermögen der anderen Seite
- H90.2 Hörverlust durch Schalleitungsstörung, nicht näher bezeichnet
- H90.3 Beidseitiger Hörverlust durch Schallempfindungsstörung
- H90.4 Einseitiger Hörverlust durch Schallempfindungsstörung bei nicht eingeschränktem Hörvermögen der anderen Seite
- H90.5 Hörverlust durch Schallempfindungsstörung, nicht näher bezeichnet
- H90.6 Kombiniertes beidseitiges Hörverlust durch Schalleitungs- und Schallempfindungsstörung
- H90.7 Kombiniertes einseitiges Hörverlust durch Schalleitungs- und Schallempfindungsstörung bei nicht eingeschränktem Hörvermögen der anderen Seite
- H90.8 Kombiniertes Hörverlust durch Schalleitungs- und Schallempfindungsstörung, nicht näher bezeichnet

6.6.15 Sonstiger Hörverlust

- H91.0 Ototoxischer Hörverlust
- H91.1 Presbyakusis
- H91.2 Idiopathischer Hörsturz
- H91.3 Taubstummheit, anderenorts nicht klassifiziert
- H91.8 Sonstiger näher bezeichneter Hörverlust

6.6.16 Otagie und Ohrenfluß

(siehe auch 3.2.6)

- H92.0 Otagie
- H92.1 Otorrhoe
- H92.2 Blutung aus dem äußeren Gehörgang

6.6.17 Sonstige Krankheiten des Ohres, anderenorts nicht klassifiziert

- H93.0 Degenerative und vaskuläre Krankheiten des Ohres
- H93.1 Tinnitus aurium
- H93.2 Sonstige abnorme Hörempfindungen
- H93.3 Krankheiten des N. vestibulocochlearis [VIII. Hirnnerv]
- H93.8 Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Ohres
- H94.0 Entzündung des N. vestibulocochlearis bei anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Erkrankungen
- H94.8 Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Ohres bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
- H95.0 Rezidivierendes Cholesteatom in der Mastoidhöhle nach Mastoidektomie
- H95.1 Sonstige Krankheiten nach Mastoidektomie (inkl. chronische Entzündung, Granulationen, Schleimhautzysten der Mastoidhöhle)
- H95.8 Sonstige Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes nach medizinischen Maßnahmen

6.7 Krankheiten des Atmungssystems

6.7.1 Akute Infektionen der oberen Atemwege

- J00 Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]
- J01.0 Akute Sinusitis maxillaris
- J01.1 Akute Sinusitis frontalis
- J01.2 Akute Sinusitis ethmoidalis
- J01.3 Akute Sinusitis sphenoidalis
- J01.4 Akute Pansinusitis
- J01.8 Sonstige akute Sinusitis

Dieser Kode ist zu verwenden bei einer Beteiligung von mehr als einer Nasennebenhöhle, ausgenommen Pansinusitis

6.7.2 Akute Pharyngitis

- J02.0 Streptokokken-Pharyngitis
- J02.8 Akute Pharyngitis durch sonstige näher bezeichnete Erreger
Dieser Kode ist nicht zu verwenden bei Pharyngitis: durch Herpesviren (B00.2), infektiöse Mononukleose (B27.-), Influenzaviren: J10.1 (nachgewiesen), J11.1 (nicht nachgewiesen)
- J02.9 Akute Pharyngitis, nicht näher bezeichnet

6.7.3 Akute Tonsillitis

- J03.0 Streptokokken-Tonsillitis
- J03.8 Akute Tonsillitis durch sonstige näher bezeichnete Erreger
- J03.9 Akute Tonsillitis, nicht näher bezeichnet (inkl. gangränöse, infektiöse und ulzeröse akute Tonsillitis)

6.7.4 Akute Laryngitis und Tracheitis

- J04.0 Akute Laryngitis
- J04.1 Akute Tracheitis
- J04.2 Akute Laryngotracheitis
- J05.0 Akute obstruktive Laryngitis [Krupp]
- J05.1 Akute Epiglottitis
- J06.0 Akute Laryngopharyngitis
- J06.8 Sonstige akute Infektionen an mehreren Lokalisationen der oberen Atemwege
- J06.9 Akute Infektion der oberen Atemwege, nicht näher bezeichnet (Grippaler Infekt)

6.7.5 Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege

- J30.0 Rhinopathia vasomotorica
- J30.1 Allergische Rhinopathie durch Pollen
- J30.2 Sonstige saisonale allergische Rhinopathie
- J30.3 Sonstige allergische Rhinopathie

6.7.6 Chronische Rhinitis, Rhinopharyngitis und Pharyngitis

- J31.0 Chronische Rhinitis
- J31.1 Chronische Rhinopharyngitis
- J31.2 Chronische Pharyngitis

6.7.7 Chronische Sinusitis

- J32.0 Chronische Sinusitis maxillaris
- J32.1 Chronische Sinusitis frontalis
- J32.2 Chronische Sinusitis ethmoidalis
- J32.3 Chronische Sinusitis sphenoidalis
- J32.4 Chronische Pansinusitis
- J32.8 Sonstige chronische Sinusitis

6.7.8 Polyposis nasi

- J33.0 Polyp der Nasenhöhle
- J33.1 Polyposis nasalis deformans
- J33.8 Sonstige Polypen der Nasennebenhöhlen

6.7.9 Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen

- J34.0 Abszeß, Furunkel und Karbunkel der Nase
- J34.1 Zyste oder Mukozele der Nase und der Nasennebenhöhle
- J34.2 Nasenseptumdeviation
- J34.3 Hypertrophie der Nasenmuscheln
- J34.8 Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen

6.7.10 Erworbene Fehlbildungen der Nase

- M95.0 Erworbene Deformität der Nase

6.7.11 Angeborene Fehlbildungen der Nase

- Q30.0 Choanalatresie/-Stenose
- Q30.1 Agenesie und Unterentwicklung der Nase
- Q30.2 Nasenfurche, Naseneinkerbung und Spaltnase
- Q30.3 Angeborene Perforation des Nasenseptums
- Q30.8 Sonstige angeborene Fehlbildung der Nase
- Q67.4 Sonstige angeborene Deformitäten des Schädels, des Gesichtes und des Kiefers: incl.: angeborene Deviation des Nasenseptums, angeborene Platt- oder Hakennase

6.7.12 Chronische Krankheiten der Gaumenmandel und der Rachenmandel

- J35.0 Chronische Tonsillitis
- J35.1 Hyperplasie der Gaumenmandeln
- J35.2 Hyperplasie der Rachenmandeln – Adenoide Vegetationen
- J35.3 Hyperplasie der Gaumenmandeln mit Hyperplasie der Rachenmandeln
- J35.8 Sonstige chronische Krankheiten der Gaumenmandel und der Rachenmandel

6.7.13 Peritonsillarabszeß

- J36 Peritonsillarabszeß

6.7.14 Chronische Laryngitis und Laryngotracheitis

- J37.0 Chronische Laryngitis
- J37.1 Chronische Laryngotracheitis

6.7.15 Krankheiten der Stimmlippen und des Kehlkopfes, anderenorts nicht klassifiziert

Die Codes .0 sind als 5-Steller zu kodieren:

- J38.0- Lähmung der Stimmlippen und des Kehlkopfes
- .00 Nicht näher bezeichnet

- .01 Einseitig, partiell
- .02 Einseitig, komplex
- .03 Beidseitig, partiell
- J38.1 Polyp der Stimmlippen und des Kehlkopfes
- J38.2 Stimmlippenknötchen
- J38.3 Sonstige Krankheiten der Stimmlippen
- J38.4 Larynxödem
- J38.5 Laryngospasmus
- J38.6 Kehlkopfstenose
- J38.7 Sonstige Krankheiten des Kehlkopfes

6.7.16 Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege

- J39.0 Retropharyngealabszeß und Parapharyngealabszeß
- J39.1 Sonstiger Abszeß des Rachenraumes
- J39.2 Sonstige Krankheiten des Rachenraumes
- J39.3 Hypersensitivitätsreaktion der oberen Atemwege, Lokalisation nicht näher bezeichnet
- J39.8- Sonstige näher bezeichnete Krankheiten d. oberen Atemwege
 - .80 Erworbene Stenose der Trachea (Exkl.: Stenose der Trachea: angeboren (Q32.1), nach medizinischen Maßnahmen (J95.81), syphilitisch (A52.7), tuberkulös a.n.k. (A16.4), J39.88 Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der oberen Atemwege)
 - .88 Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der oberen Atemwege)

6.7.17 Sonstige Krankheiten des Atmungssystems

- Z93.0 Vorhandensein eines Tracheostomas
- Z96.81 Vorhandensein eines Trachealstents
- Z45.85 Anpassung und Handhabung eines Trachealstents
- J95.0 Funktionsstörung eines Tracheostomas
- J95.5 Subglottische Stenose nach medizinischen Maßnahmen
- J95.81 Stenose der Trachea nach medizinischen Maßnahmen (Exkl.: Stenose der Trachea angeboren (Q32.1), erworben (J39.80), syphilitisch (A52.7), tuberkulös a.n.k. (A16.4), o.n.A. (J39.80)

6.8 Krankheiten des Verdauungssystems

6.8.1 Krankheiten der Speicheldrüsen

- K11.0 Speicheldrüsenatrophie
- K11.1 Speicheldrüsenhypertrophie
- K11.2 Sialadenitis
- K11.3 Speicheldrüsenabszess
- K11.4 Speicheldrüsenfistel
Exkl.: Angeborene Speicheldrüsenfistel (Q38.4)
- K11.5 Sialolithiasis
- K11.6 Speicheldrüsenzysten, -Mukozelen, Ranula
- K11.7 Störungen der Speichelsekretion, Xerostomie
Exkl.: Mundtrockenheit o.n.A. (R68.2)
- M35.0 Sjögren-Syndrom

6.8.2 Stomatitis und verwandte Krankheiten

- B00.2 Gingivostomatitis herpetica
- K12.0 Rezidivierende orale Aphthen
- K12.1 Sonstige Formen der Stomatitis
- K12.20 Mund- (Boden-) Phlegmone
- K12.21 Submandibularabszess ohne Angabe einer Ausbreitung nach mediastinal, parapharyngeal oder zervikal
- K12.22 Submandibularabszess mit Ausbreitung nach mediastinal, parapharyngeal oder zervikal
- K12.23 Wangenabszess (Hinweis: ein Abszess der Wangenhaut ist mit L02.0 zu kodieren)

6.8.3 Sonstige Krankheiten der Lippe und der Mundschleimhaut

- K13.0 Krankheiten der Lippen
- K13.1 Wangen- und Lippenbiss
- K13.2 Leukoplakie und sonstige Affektionen des Mundhöhlenepithels, einschließlich Zunge
- K13.3 Haarleukoplakie
- K13.4 Granulom und granulomähnliche Läsionen der Mundschleimhaut
- K13.5 Orale submuköse Fibrose

K13.6 Irritative Hyperplasie der Mundschleimhaut

6.8.4 Krankheiten der Zunge

- Q38.2 Makroglossie (angeboren)
- K14.0 Glossitis
- K14.1 Lingua geographica, Exfoliatio areata linguae, Glossitis migrans benigna, Glossitis rhombica mediana
- K14.3 Hypertrophie der Zungenpapillen, Belegte Zunge, Hypertrophie der Papillae foliatae, Schwarze Haarzunge
- K14.4 Atrophie der Zungenpapillen
- K14.5 Lingua plicata
- K14.6 Glossodynie

6.9 Angeborene Fehlbildungen des Auges, des Ohres, des Gesichtes und des Halses

- Q16.0 Angeborenes Fehlen der Ohrmuschel
- Q16.1 Angeborene(s) Fehlen, Atresie und Striktur des (äußeren) Gehörganges, Atresie oder Striktur des knöchernen Gehörganges
- Q16.2 Fehlen der Tuba auditiva (angeboren)
- Q16.3 Angeborene Fehlbildung der Gehörknöchelchen
- Q16.4 Sonstige angeborene Fehlbildungen des Mittelohres
- Q16.5 Angeborene Fehlbildung des Innenohres
- Q16.9 Angeborene Fehlbildung des Ohres als Ursache einer Beeinträchtigung des Hörvermögens, nicht näher bezeichnet
- Q17.0 Akzessorische Ohrmuschel
- Q17.1 Makrotie
- Q17.2 Mikrotie
- Q17.3 Sonstiges fehlgebildetes Ohr
- Q17.4 Lageanomalie des Ohres
- Q17.5 Abstehendes Ohr
- Q17.8 Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen des Ohres
- Q17.9 Angeborene Fehlbildung des Ohres, nicht näher bezeichnet
- Q18.0 Branchiogene(r) Sinus, Fistel und Zyste
- Q18.1 Präaurikuläre(r) Sinus und Zyste, -Fistel
- Q18.2 Sonstige branchiogene Fehlbildungen
- Q18.8 Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen des Gesichtes und des Halses, mediane Halszyste/-fistel

6.10 Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind

(siehe auch 3.2.6)

6.10.1 Blutung aus den Atemwegen

- R04.0 Epistaxis
- R04.1 Blutung aus dem Rachen
- R04.2 Hämoptoe
- R04.8 Blutung aus sonstigen Lokalisationen in den Atemwegen
- R04.9 Blutung aus den Atemwegen, nicht näher bezeichnet

6.10.2 Sonstige Symptome

- R05 Husten
- R06.0 Dyspnoe
- R06.1 Stridor
- R06.5 Mundatmung/Schnarchen
- R06.6 Singultus
- R06.7 Niesen
- R07.0 Halsschmerzen
- R07.1 Brustschmerzen bei der Atmung
- R13.0 Dysphagie mit Beaufsichtigungspflicht während der Nahrungsaufnahme
- R13.1 Dysphagie bei absaugpflichtigem Tracheostoma mit (teilweise) geblockter Trachealkanüle
- R13.9 Sonstige und nicht näher bezeichnete Dysphagie
- R19.6 Mundgeruch
- R42 Schwindel und Taumel
- R43.0 Anosmie
- R43.1 Parosmie
- R43.2 Parageusie
- R43.8 Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Geruchs- und Geschmackssinnes
- R49.0 Dysphonie
- R49.1 Aphonie
- R49.2 Rhinophonia (aperta) (clausa)
- R49.8 Sonstige und n. n. bez. Störungen der Stimme
- R59.0 Lymphknotenvergrößerung, umschrieben
- R59.1 Lymphknotenvergrößerung, generalisiert

R59.9 Lymphknotenvergrößerung, nicht näher bezeichnet

Lymphknotenabszesse des Halses können nicht spezifisch kodiert werden, sondern sind mit L04.0 Akute Lymphadenitis an Gesicht, Kopf und Hals zu verschlüsseln.

6.11 Verletzungen des Kopfes

6.11.1 Oberflächliche Verletzungen

Die Codes .0, .2, .3, .4, .5, .8 und .9 sind als 5-Steller nach folgender Liste zu kodieren: Die erlaubten Ziffern für die fünfte Stelle sind jeweils bei den einzelnen Codes in eckigen Klammern angegeben.

- 0 Art der Verletzung nicht näher bezeichnet
- 1 Schürfwunde
- 2 Blasenbildung (nichtthermisch)
- 3 Insektenbiß oder -stich (ungiftig)
- 4 Oberflächlicher Fremdkörper (Splitter)
- 5 Prellung
- 8 Sonstige

- S00.0- [0-5,8] Oberflächliche Verletzung der behaarten Kopfhaut
- S00.1 Prellung des Augenlides und der Periokularregion
- S00.2- [0-4,8] Sonstige oberflächliche Verletzungen des Augenlides und der Periokularregion
- S00.3- [0-5,8] Oberflächliche Verletzung der Nase
- S00.4- [0-5,8] Oberflächliche Verletzung des Ohres
- S00.5- [0-5,8] Oberflächliche Verletzung der Lippe und der Mundhöhle
- S00.7 Multiple oberflächliche Verletzungen des Kopfes
- S00.8- [0-5,8] Oberflächliche Verletzung sonstiger Teile des Kopfes
- S00.9- [0-5,8] Oberflächliche Verletzung des Kopfes, Teil nicht näher bezeichnet

6.11.2 Offene Wunden des Kopfes

- S01.0 Offene Wunde der behaarten Kopfhaut
- S01.1 Offene Wunde des Augenlides und der Periokularregion
- S01.2- Offene Wunde der Nase
 - .20 Teil nicht näher bezeichnet
 - .21 Äußere Haut der Nase
 - .22 Nasenlöcher
 - .23 Nasenseptum
 - .29 Sonstige und mehrere Teile der Nase
- S01.3- Offene Wunde des Ohres und der Gehörstrukturen
 - .30 Teil nicht näher bezeichnet, Ohr o.n.A.
 - .31 Ohrmuschel
 - .33 Tragus
 - .34 Äußerer Gehörgang
 - .35 Tuba auditiva
 - .36 Gehörknöchelchen
 - .37 Trommelfell, exkl.: Traumatische Trommelfellruptur (S09.2)
 - .38 Innenohr, Cochlea
 - .39 Sonstige u. mehrere Teile des Ohres u. der Gehörstrukturen
- S01.4- Offene Wunde der Wange und der Temporomandibularregion
 - .41 Wange
 - .42 Oberkieferregion
 - .43 Unterkieferregion
 - .49 Sonstige und mehrere Teile der Wange und der Temporomandibularregion
- S01.5- Offene Wunde der Lippe und der Mundhöhle, exkl.: Zahnfraktur (S02.5), Zahnluxation (S03.2)
 - .50 Mund, Teil nicht näher bezeichnet
 - .51 Lippe
 - .52 Wangenschleimhaut
 - .53 Zahnfleisch (Processus alveolaris)
 - .54 Zunge und Mundboden
 - .55 Gaumen
 - .59 Sonstige und mehrere Teile der Lippe und der Mundhöhle
- S01.7 Multiple offene Wunden des Kopfes

6.11.3 Offene Wunde sonstiger Teile des Kopfes

Hinw.: Bei den Schlüsselnummern S01.84 bis S01.89 erfolgt die Einteilung anhand des Weichteilschadens nach Tscherne und Oestern. Kodiere jeweils zuerst die Fraktur (S02.-) oder die Luxation (S03.-).

- S01.8- Offene Wunde sonstiger Teile des Kopfes
- .80 Nicht näher bezeichnete offene Wunde sonstiger Teile des Kopfes, Gesicht o.n.A., Kinn, Schädel, Stirn o.n.A.
- .83! Offene Wunde (jeder Teil des Kopfes) mit Verbindung zu einer intrakraniellen Verletzung. Kodiere zuerst die intrakranielle Verletzung (S06.-)
- .84! Geschlossene Fraktur oder Luxation I. Grades des Kopfes. Oberflächliche Schürfung, einfache bis mittelschwere Bruchform. Hinw.: Geschlossene Frakturen oder Luxationen 0. Grades (geringer Weichteilschaden, einfache Bruchform) oder nicht näher bezeichneten Grades erhalten keine zusätzliche Schlüsselnummer.
- .85! Geschlossene Fraktur oder Luxation II. Grades des Kopfes. Tiefe kontaminierte Schürfung, lokalisierte Haut- und Muskelkontusion, alle Bruchformen
- .86! Geschlossene Fraktur oder Luxation III. Grades des Kopfes. Ausgedehnte Hautkontusion, Hautquetschung oder Zerstörung der Muskulatur, subkutanes Décollement, dekompensiertes Kompartmentsyndrom
- .87! Offene Fraktur oder Luxation I. Grades des Kopfes. Fehlende oder geringe Kontusion, unbedeutende bakterielle Kontamination, einfache bis mittelschwere Bruchformen. Offene Fraktur oder Luxation nicht näher bezeichneten Grades
- .88! Offene Fraktur oder Luxation II. Grades des Kopfes. Umschrieben Haut- und Weichteilkontusion, mittelschwere Kontamination
- .89! Offene Fraktur oder Luxation III. Grades des Kopfes. Ausgedehnte Weichteildestruktion, häufig zusätzliche Gefäß- und Nervenverletzungen, starke Wundkontamination. Hinw.: Offene Frakturen IV. Grades (subtotale und totale Amputation) werden als Amputation nach deren Lokalisation kodiert.
- S01.9 Offene Wunde des Kopfes, Teil nicht näher bezeichnet

6.11.4 Frakturen

Hinw.: Benutze eine zusätzliche Schlüsselnummer aus S01.84-S01.89 zusammen mit S02, um den Schweregrad einer Fraktur zu verschlüsseln. Dies gilt nicht, wenn die Fraktur mit einer intrakraniellen Verletzung einhergeht. In diesem Fall ist S01.83 zu verwenden.

Ein Bewußtseinsverlust bei einer Schädelfraktur ist mit einer zusätzlichen Schlüsselnummer aus S06.7 zu verschlüsseln.

S02.0	Schädeldachfraktur
S02.1	Schädelbasisfraktur
S02.2	Nasenbeinfraktur
S02.3	Fraktur des Orbitabodens
S02.4	Fraktur des Jochbeins und des Oberkiefers
S02.5	Zahnfraktur
S02.6-	Unterkieferfraktur
.60	Teil nicht näher bezeichnet
.61	Processus condylaris
.62	Subkondylär
.63	Processus coronoideus
.64	Ramus mandibulae, nicht näher bezeichnet
.65	Angulus mandibulae
.66	Symphysis mandibulae
.67	Pars alveolaris
.68	Corpus mandibulae, sonstige und nicht näher bezeichnete Teile
.69	Mehrere Teile
S02.7	Multiple Frakturen der Schädel- und Gesichtsschädelknochen
S02.8	Frakturen sonstiger Schädel- und Gesichtsschädelknochen

6.11.5 Verletzung von Hirnnerven

S04.0	Sehnerv- und Sehbahnenverletzung
S04.1	Verletzung des N. oculomotorius
S04.2	Verletzung des N. trochlearis
S04.3	Verletzung des N. trigeminus
S04.4	Verletzung des N. abducens
S04.5	Verletzung des N. facialis

- S04.6 Verletzung des N. vestibulocochlearis
- S04.7 Verletzung des N. accessorius
- S04.8 Verletzung sonstiger Hirnnerven (N. I, IX, X, XII)
- S04.9 Verletzung eines nicht näher bezeichneten Hirnnervs
- S06.0 Gehirnerschütterung

6.11.6 Zerquetschung des Kopfes

- S07.0 Zerquetschung des Gesichtes
- S07.1 Zerquetschung des Schädels
- S07.8 Zerquetschung sonstiger Teile des Kopfes
- S07.9 Zerquetschung des Kopfes, Teil nicht näher bezeichnet
- S08.0 Skalpierungsverletzung

6.11.7 Traumatische Amputation von Teilen des Kopfes

- S08.1 Traumatische Amputation des Ohres
- S08.8 Traumatische Amputation sonstiger Teile des Kopfes

6.11.8 Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen des Kopfes

- S09.2 Traumatische Trommelfellruptur
- S09.7 Multiple Verletzungen des Kopfes
- S09.8 Sonstige näher bezeichnete Verletzungen des Kopfes

6.12 Verletzungen des Halses

6.12.1 Oberflächliche Verletzung des Halses

Die Codes .1, .8 und .9 sind als 5-Steller nach folgender Liste zu kodieren: Die erlaubten Ziffern für die fünfte Stelle sind jeweils bei den einzelnen Codes in eckigen Klammern angegeben.

- 0 Art der Verletzung nicht näher bezeichnet
- 1 Schürfwunde
- 2 Blasenbildung (nichtthermisch)

- 3 Insektenbiß oder -stich (ungiftig)
- 4 Oberflächlicher Fremdkörper (Splitter)
- 5 Prellung
- 8 Sonstige

- S10.0 Prellung des Rachens/Larynx
- S10.1- [0-4,8] Sonstige und nicht näher bezeichnete oberflächliche Verletzungen des Rachens
- S10.7 Multiple oberflächliche Verletzungen des Halses
- S10.8- [0-5,8] Oberflächliche Verletzung sonstiger Teile des Halses
- S10.9- [0-5,8] Oberflächliche Verletzung des Halses, Teil nicht näher bezeichnet

6.12.2 Offene Wunden des Halses

- S11.0- Offene Wunde mit Beteiligung des Kehlkopfes und der Trachea
 - .01 Kehlkopf
 - .02 Trachea, Pars cervicalis (exkl. Pars thoracica, S27.5)
- S11.1 Offene Wunde mit Beteiligung der Schilddrüse
- S11.2- Offene Wunde mit Beteiligung des Rachens und des Ösophagus, Pars cervicalis
 - .21 Rachen
 - .22 Ösophagus, Pars cervicalis
- S11.7 Multiple offene Wunden des Halses

6.12.3 Offene Wunde sonstiger Teile des Halses

Hinw.: Bei den Schlüsselnummern S11.84 bis S11.89 erfolgt die Einteilung anhand des Weichteilschadens nach Tscherne und Oestern. Kodiere jeweils zuerst die Fraktur (S12.-) oder die Luxation (S13. -).

- S11.80 Nicht näher bezeichnete offene Wunde sonstiger Teile des Halses, Epiglottis, Hals o.n.A., Supraklavikularregion
- S11.84! Geschlossene Fraktur oder Luxation I. Grades des Halses, oberflächliche Schürfung, einfache bis mittelschwere Bruchform, Hinw.: Geschlossene Frakturen oder Luxationen 0. Grades (geringer Weichteilschaden, einfache Bruchform) oder nicht näher bezeichneten Grades erhalten keine zusätzliche Schlüsselnummer.

- S11.85! Geschlossene Fraktur oder Luxation II. Grades des Halses tiefe kontaminierte Schürfung, lokalisierte Haut- und Muskelkontusion, alle Bruchformen
- S11.86! Geschlossene Fraktur oder Luxation III. Grades des Halses ausgedehnte Hautkontusion, Hautquetschung oder Zerstörung der Muskulatur, subkutanes Décollement, dekompensiertes Kompartmentsyndrom
- S11.87! Offene Fraktur oder Luxation I. Grades des Halses fehlende oder geringe Kontusion, unbedeutende bakterielle Kontamination, einfache bis mittelschwere Bruchformen offene Fraktur oder Luxation nicht näher bezeichneten Grades
- S11.88! Offene Fraktur oder Luxation II. Grades des Halses Umschriebene Haut- und Weichteilkontusion, mittelschwere Kontamination
- S11.89! Offene Fraktur oder Luxation III. Grades des Halses Ausgedehnte Weichteildestruktion, häufig zusätzliche Gefäß- und Nervenverletzungen, starke Wundkontamination, Hinw.: Offene Frakturen IV. Grades (subtotale und totale Amputation) werden als Amputation nach deren Lokalisation kodiert.
- S11.9 Offene Wunde des Halses, Teil nicht näher bezeichnet

6.12.4 Sonstige Verletzungen von Halsorganen

- S15.0- Verletzung der A. carotis
- .00 A. carotis, Teil nicht näher bezeichnet
- .01 A. carotis communis
- .02 A. carotis externa
- .03 A. carotis interna
- S15.1 Verletzung der A. vertebralis
- S15.2 Verletzung der V. jugularis externa
- S15.3 Verletzung der V. jugularis interna
- S15.7 Verletzung mehrerer Blutgefäße in Höhe des Halses
- S17.0 Zerquetschung des Kehlkopfes und der Trachea
- S17.8 Zerquetschung sonstiger Teile des Halses
- S17.9 Zerquetschung des Halses, Teil nicht näher bezeichnet

6.13 Folgen des Eindringens eines Fremdkörpers durch eine natürliche Körperöffnung

- T16 Fremdkörper im Ohr
- T17.0 Fremdkörper in einer Nasennebenhöhle

- T17.1 Fremdkörper im Nasenloch
- T17.2 Fremdkörper im Rachen
- T17.3 Fremdkörper im Kehlkopf
- T17.4 Fremdkörper in der Trachea
- T17.5 Fremdkörper im Bronchus
- T17.8 Fremdkörper an sonstigen und mehreren Lokalisationen der Atemwege
- T17.9 Fremdkörper in den Atemwegen, Teil nicht näher bezeichnet
- T18.0 Fremdkörper im Mund
- T18.1 Fremdkörper im Ösophagus
- T81.0 Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert

6.14 Erregerresistenzen

6.14.1 Erreger mit bestimmten Antibiotikaresistenzen, die besondere therapeutische oder hygienische Maßnahmen erfordern

- U80.-! Erreger mit bestimmten Antibiotikaresistenzen, die besondere therapeutische oder hygienische Maßnahmen erfordern
- U80.0! Staphylococcus aureus mit Resistenz gegen Oxacillin, Glykopeptid-Antibiotika, Chinolone, Streptogramine oder Oxazolidinone (inkl. Staphylococcus aureus mit Resistenz gegen Meticillin)
- U80.1! Streptococcus pneumoniae mit Resistenz gegen Penizillin, Oxacillin, Makrolid-Antibiotika, Oxazolidinone oder Streptogramine
- U80.2! Enterococcus faecalis mit Resistenz gegen Glykopeptid-Antibiotika, Oxazolidinone, oder mit High-Level-Aminoglykosid-Resistenz
- U80.3! Enterococcus faecium mit Resistenz gegen Glykopeptid-Antibiotika, Oxazolidinone, Streptogramine, oder mit High-Level-Aminoglykosid-Resistenz
- U80.4! Escherichia, Klebsiella und Proteus mit Resistenz gegen Chinolone, Carbapeneme, Amikacin, oder mit nachgewiesener Resistenz gegen alle Beta-Lactam-Antibiotika [ESBL-Resistenz]
- U80.5! Enterobacter, Citrobacter und Serratia mit Resistenz gegen Carbapeneme, Chinolone oder Amikacin

- U80.6! Pseudomonas aeruginosa und andere Nonfermenter mit Resistenz gegen Carbapeneme, Chinolone, Amikacin, Ceftazidim oder Piperacillin/Tazobactam Exkl.: Burkholderia (U80.7), Stenotrophomonas (U80.7)
- U80.7! Burkholderia und Stenotrophomonas mit Resistenz gegen Chinolone, Amikacin, Ceftazidim, Piperacillin/Tazobactam oder Cotrimoxazol

6.14.2 Bakterien mit Multiresistenz gegen Antibiotika

- U81! Bakterien mit Multiresistenz gegen Antibiotika Hinw.: Es ist nur noch eine Sensitivität gegen nicht mehr als zwei Antibiotika-Substanzgruppen nachweisbar. Exkl.: Mykobakterien (U82.-)

6.14.3 Mykobakterien mit Resistenz gegen Antituberkulotika (Erststrangmedikamente)

- U82.-! Mykobakterien mit Resistenz gegen Antituberkulotika (Erststrangmedikamente)
- U82.0! Mycobacterium tuberculosis mit Resistenz gegen ein oder mehrere Erststrangmedikamente Exkl.: Resistenz sowohl gegen Isoniazid als auch gegen Rifampicin sowie gegebenenfalls gegen weitere Erststrangmedikamente (U82.1)
- U82.1! Multi-Drug Resistant Tuberculosis [MDR-TB] Hinw.: Resistenz sowohl gegen Isoniazid als auch gegen Rifampicin sowie gegebenenfalls gegen weitere Erststrangmedikamente
- U82.2! Atypische Mykobakterien oder Nocardia mit Resistenz gegen ein oder mehrere Erststrangmedikamente

6.14.4 Candida mit Resistenz gegen Fluconazol oder Voriconazol

- U83! Candida mit Resistenz gegen Fluconazol oder Voriconazol

6.14.5 Herpesviren mit Resistenz gegen Virustatika

- U84! Herpesviren mit Resistenz gegen Virustatika

6.14.6 Humanes Immundefizienz-Virus mit Resistenz gegen Virustatika oder Proteinaseinhibitoren

U85! Humanes Immundefizienz-Virus mit Resistenz gegen Virustatika oder Proteinaseinhibitoren

6.15 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen

6.15.1 Diagnostik

Z01.1 Hörprüfung und Untersuchung der Ohren

Z01.5 Diagnostische Haut- und Sensibilisierungstestung (Allergentestung, Hauttests auf:

- bakterielle Krankheit
- Hypersensitivität)

6.15.2 Nachuntersuchung nach Behandlung wegen bösartiger Neubildung u.a. (s. 4.1.5)

Inkl.: Medizinische Überwachung im Anschluß an die Behandlung.

Exkl.: Medizinische Nachbetreuung und Rekonvaleszenz (Z42-Z51, Z54.-)

Z08.0 Nachuntersuchung nach chirurgischem Eingriff wegen bösartiger Neubildung

Z08.1 Nachuntersuchung nach Strahlentherapie wegen bösartiger Neubildung (Exkl.: Strahlentherapie-Sitzung (Z51.0))

Z08.2 Nachuntersuchung nach Chemotherapie wegen bösartiger Neubildung (Exkl.: Chemotherapie-Sitzung (Z51.1))

Z08.7 Nachuntersuchung nach Kombinationstherapie wegen bösartiger Neubildung

Z08.8 Nachuntersuchung nach sonstiger Behandlung wegen bösartiger Neubildung

Z08.9 Nachuntersuchung nach nicht näher bezeichneter Behandlung wegen bösartiger Neubildung

- Z42.0 Nachbehandlung unter Anwendung plastischer Chirurgie des Kopfes oder des Halses
- Z43.0 Versorgung eines Tracheostomas
- Z45.3 Anpassung und Handhabung eines implantierten Hörgerätes (Gerät für das Innenohr, Gerät für Knochenleitung)
- Z46.1 Versorgen mit und Anpassen eines Hörgerätes
- Z48.0 Kontrolle von Verbänden und Nähten (Entfernung von Nahtmaterial, Verbandwechsel)

6.15.3 Sonstige medizinische Behandlung

Exkl.: Nachuntersuchung nach Behandlung (Z08-Z09)

- Z51.5 Palliativbehandlung
- Z51.6 Desensibilisierung gegenüber Allergenen
- Z51.81 Apherese
- Z53 Personen, die Einrichtungen des Gesundheitswesens wegen spezifischer Maßnahmen aufgesucht haben, die aber nicht durchgeführt wurden (s. 3.2.14)

6.15.4 Sonstige Umstände/Besonderheiten

- Z76.3 Gesunde Begleitperson einer kranken Person
- Z92.1 Dauertherapie (gegenwärtig) mit Antikoagulanzen in der Eigenanamnese
- Z92.2 Dauertherapie (gegenwärtig) mit anderen Arzneimitteln in der Eigenanamnese (Azetylsalizylsäure)
- Z92.3 Bestrahlung in der Eigenanamnese (Therapeutische Bestrahlung)
- Z93.0 Vorhandensein eines Tracheostomas
- Z96.2 Vorhandensein von Implantaten im Gehörorgan
 - Hörgerät für Knochenleitung
 - Kochlearimplantat
 - Parazentese-Röhrchen
 - Stapesersatz
 - Tuba-Eustachii-Plastik

7 HNO-relevante OPS-Kodes

Der optionale OPS-Katalog wurde im Zuge der Weiterentwicklung 2009 gestrichen. Ein Teil der bisher optional zu verwendenden OPS-Kodes wurde in den amtlichen Katalog übernommen. Alle nachfolgend aufgeführten OPS-Kodes sind amtliche Kodes.

7.1 DIAGNOSTISCHE MASSNAHMEN

7.1.1 Klinische Untersuchung in Allgemeinanästhesie

1-100 Klinische Untersuchung in Allgemeinanästhesie (s. 3.3.6)

7.1.2 Untersuchungen im HNO-Bereich

- 1-208.0 Akustisch (AEP)
- 1-208.1 Früh-akustisch (FAEP/BERA)
- 1-208.5 Spät-akustisch (CERA)
- 1-208.8 Otoakustische Emissionen
- 1-242 Audiometrie
- 1-243 Phoniatrie
- 1-245 Rhinomanometrie
- 1-247 Olfaktometrie und Gustometrie
- 1-613 Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop
- 1-683↔ Diagnostische Sialendoskopie der Glandula submandibularis oder der Glandula parotis
- 1-790 Kardiorespiratorische Polysomnographie
- 1-791 Kardiorespiratorische Polygraphie

Hinweis: Die beiden OPS-Kodes 1-613 und 1-683 sind 2010 neu in den OPS-Katalog aufgenommen worden (s. auch OPS-Kode 5-269.2 therapeutische Sialendoskopie).

7.1.3 Biopsien ohne Inzision

- 1-410↔ Ohrmuschel
- 1-411↔ Äußerer Gehörgang durch Otoskopie
- 1-414.0 Naseninnenraum
- 1-414.1 Nasennebenhöhlen
- 1-415 Gesichtshaut/Kopfhaut
- 1-420.0 Lippe
- 1-420.1 Zunge
- 1-420.2 Gaumen
- 1-420.3 Gingiva
- 1-420.4 Alveolarkamm
- 1-420.5 Wangenschleimhaut
- 1-420.6 Mundboden
- 1-420.7↔ Speicheldrüse und Speicheldrüsenausführungsgang
- 1-421.0 Larynx, Supraglottis
- 1-421.1 Larynx, Glottis
- 1-421.2 Larynx, Subglottis

Die Codes .0 sind als 6-Steller zu kodieren:

- 1-422.0- Oropharynx
- .00 Uvula
- .01↔ Tonsillen
- .0x↔ Sonstige
- 1-422.1 Hypopharynx
- 1-422.2 Nasopharynx
- 1-425.0↔ Perkutane Nadelbiopsie Lymphknoten, zervikal
- 1-426.0↔ Ultraschallgesteuerte PE - Lymphknoten, zervikal

7.1.4 Endoskopische Biopsien an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas

- 1-440.a 1-5 Biopsien
- 1-440.9 Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt (>5 Biopsien)

7.1.5 Biopsie durch Inzision

Hinw.: Die Bezeichnung "durch Inzision" bezieht sich auf die Art des Zuganges

- 1-500.0 Hals, Haut
- 1-502.0 Hals, Muskel und/oder Weichteile
- 1-529.7↔ Orbita
- 1-529.8↔ Tränenwege
- 1-530↔ Ohrmuschel
- 1-531↔ Äußerer Gehörgang
- 1-532.0↔ Mittelohr
- 1-532.1↔ Innenohr
- 1-537 Naseninnenraum
- 1-538↔ Nasennebenhöhlen
- 1-539 Andere Teile der Nase
- 1-540 Lippe
- 1-541 Zunge
- 1-542↔ Speicheldrüse und Speicheldrüsenausführungsgang
- 1-543 Vestibulum oris
- 1-544 Gaumen
- 1-545.0 Gingiva
- 1-545.1 Alveolarkamm
- 1-545.2 Wangenschleimhaut
- 1-545.3 Mundboden
- 1-546.0 Uvula
- 1-546.1↔ Tonsillen
- 1-547 Hypopharynx
- 1-548 Nasopharynx
- 1-549.0 Larynx - Supraglottis
- 1-549.1 Larynx - Glottis
- 1-549.2 Larynx - Subglottis
- 1-559.0 Ösophagus
- 1-586.0↔ Zervikale Lymphknoten
- 1-587.0↔ Gefäße Kopf und Hals, extrakraniell

7.1.6 Diagnostische Endoskopie

Inkl.: Foto- und Videodokumentation, Exkl.: Endoskopische Fremdkörperentfernung (8-100), Hinw.: Eine durchgeführte endoskopische Biopsie ist gesondert zu kodieren (1-40 ff.)

- 1-610.0 Direkte Laryngoskopie
- 1-610.1 Indirekte Laryngoskopie
- 1-610.2 Mikrolaryngoskopie
- 1-611.0 Direkte Pharyngoskopie
- 1-611.1 Indirekte Pharyngoskopie
- 1-612 Diagnostische Rhinoskopie
- 1-613 Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop
- 1-620.0 Diagn. Tracheobronchoskopie mit flexiblem Instrument
 - .00 Ohne weitere Maßnahmen
 - .01 Mit bronchoalveolärer Lavage
 - .02 Mit Alveoloskopie
- 1-620.1 Diagn. Tracheobronchoskopie mit starrem Instrument
- 1-620.2 Diagn. Tracheobronchoskopie mit Autofluoreszenzlicht
- 1-630.0 Diagnostische Ösophagoskopie Mit flexiblem Instrument
- 1-630.1 Diagnostische Ösophagoskopie Mit starrem Instrument
- 1-683↔ Diagnostische Sialendoskopie der Glandula submandibularis oder der Glandula parotis

Hinweis: Die beiden OPS-Kodes 1-613 und 1-683 sind 2010 neu in den OPS-Katalog aufgenommen worden (s. auch OPS-Kode 5-269.2 therapeutische Sialendoskopie).

7.1.7 Spezifische allergologische Provokationstestung

Hinw.: kontinuierliche ärztl. Überwachung in Notfallbereitschaft notwendig

- 1-700 Spezifische allergologische Provokationstestung

7.2 Bildgebende Diagnostik - Ultraschalluntersuchungen

Hinw.: Die Anwendung von 3D-Technik und die intraoperative Anwendung der Verfahren sind gesondert zu kodieren (3-99). Die zusätzliche quantitative Bestimmung von Parametern ist gesondert zu kodieren (3-993).

Die mittels Ultraschalltechnik durchgeführten Prozeduren sind im jeweiligen Kapitel gesondert zu kodieren (z. B. Drainagen, Biopsien, Punktionen...).

7.2.1 Endosonographie

Hinw.: Es ist das Zielorgan der Untersuchung zu kodieren. Inkl. Duplexsonographie

- 3-050 Endosonographie von Mundhöhle und Hypopharynx
- 3-051 Endosonographie des Ösophagus

7.3 OPERATIONEN

7.3.1 Zugänge zur Schädelbasis

- 5-011.0 Transorbital
- 5-011.1 Transethmoidal
- 5-011.2 Transsphenoidal
- 5-011.3 Transoral
- 5-011.4 Transoral mit Spaltung des weichen Gaumens
- 5-011.5 Transoral mit Spaltung des weichen und harten Gaumens
- 5-011.6 Transpyramidal
- 5-011.7 Le-Fort-I-Osteotomie
- 5-011.8 Transkondylär
- 5-011.9 Translabyrinthär
- 5-011.a Transmastoidal
- 5-011.x Sonstige

7.3.2 Kraniotomien

- 5-012.0 Dekompression
- 5-012.1 Drainage epiduraler Flüssigkeit (inkl. Drainage)
- 5-012.2 Entleerung eines epiduralen Hämatoms (inkl. Drainage)
- 5-012.3 Entleerung eines epiduralen Emphyems (inkl. Drainage)
- 5-012.4 Entfernung eines Fremdkörpers aus einem Schädelknochen
- 5-012.5 Entfernung von alloplastischem Material aus einem Schädelknochen

7.3.3 Andere Operationen an Schädel, Gehirn und Hirnhäuten

Inkl.: Rekonstruktion, Verschluss und sonstige Operationen an intrakraniellen Blutgefäßen: Hinw.: Der Zugang ist gesondert zu kodieren (5-010, 5-011).

7.3.3.1 Kranioplastik

Hinw.: Die Entnahme eines Knochentransplantates ist gesondert zu kodieren (5-783).

- 5-020.4 Schädelbasis
 - Exkl.: Rekonstruktion der Stirnhöhlenvorder- und Stirnhöhlenhinterwand (5-225.1, 5-225.2)
- 5-020.6 Rekonstruktion von Hirn- und Gesichtsschädel oder Gesichtsschädel, allein
 - .60 Mit Transplantation
 - .61 Mit einfachem Implantat (z. B. Knochenzement)
 - .65 Rekonstruktion des Gesichtsschädels ohne Beteiligung des Hirnschädels (bis zu 2 Regionen) mit computerassistent vorgefertigtem Implantat [CAD-Implantat]
 - .66 Rekonstruktion des Gesichtsschädels ohne Beteiligung des Hirnschädels (ab 3 Regionen) mit computerassistent vorgefertigtem Implantat [CAD-Implantat]
 - .67 Rekonstruktion des Gehirnschädels mit Beteiligung von Orbita, Temporalregion oder frontalem Sinus (bis zu 2 Regionen) mit computerassistent vorgefertigtem Implantat [CAD-Implantat]

- .68 Rekonstruktion des Gehirnschädels mit Beteiligung multipler Regionen des Gesichtsschädels (ab 3 Regionen) mit computerassistent vorgefertigtem Implantat [CAD-Implantat]
- 5-020.7 Rekonstruktion des Hirnschädels ohne Beteiligung des Gesichtsschädels, mit alloplastischem Material
- .70 Mit einfachem Implantat (z. B. Knochenzement)
- .71 Mit computerassistent vorgefertigtem Implantat (CAD-Implantat), einfacher Defekt
- .72 Mit computerassistent vorgefertigtem Implantat (CAD-Implantat), großer oder komplexer Defekt

7.3.3.2 Rekonstruktion der Hirnhäute

Hinw.: Die Entnahme eines Knochentransplantates ist gesondert zu kodieren (5-783).

- 5-021.1 Duraplastik, laterobasal
- 5-021.2 Duraplastik, frontobasal, inkl.: Verschuß einer Liquorfistel
- 5-021.3 Duraplastik am kraniozervikalen Übergang

7.3.4 Operationen an den Tränenwegen

7.3.4.1 Inzision von Tränensack und sonstigen Tränenwegen

Die Kodes .0 und .1 sind als 6-Steller zu kodieren:

- 5-084.0- Inzision des Tränensacks
- .00↔ Ohne weitere Maßnahmen
- .01↔ Entfernung eines Fremdkörpers oder Steines
- .02↔ Drainage
- .0x↔ Sonstige
- 5-084.1- Inzision sonstige Tränenwege
- .10↔ Ohne weitere Maßnahmen
- .11↔ Entfernung eines Fremdkörpers oder Steines
- .12↔ Drainage
- .1x↔ Sonstige

7.3.4.2 Andere Rekonstruktion der Tränenwege

- 5-088.2↔ Rekonstruktion des Ductus nasolacrimalis
- 5-088.3↔ Endoskopische Rekonstruktion
- 5-088.4↔ Stent-Implantation

7.3.5 Operationen an Orbita und Augapfel

Exkl.: Offene Reposition einer Orbitafraktur (5-766)

7.3.5.1 Orbitotomie

- 5-160.0↔ Lateraler transossärer Zugang
- 5-160.1↔ Transfrontaler Zugang
- 5-160.2↔ Transkonjunktivaler anteriorer Zugang
- 5-160.3↔ Transkutaner anteriorer Zugang
- 5-160.4↔ Transethmoidaler Zugang
- 5-161.0↔ Entfernung eines Fremdkörpers Orbita, mit Magnet
- 5-161.2↔ Entfernung eines Fremdkörpers Orbita, durch Inzision

Die Codes .3 und .4 sind als 6-Steller zu kodieren:

- 5-162.0↔ Entfernung des Augeninhaltes [Eviszeration] ohne Einführung eines Orbitaimplantates
- 5-163.0↔ Entfernung des Augapfels [Enukleation] ohne Einführung eines Orbitaimplantates
- 5-164.3- Exenteration der Orbita mit Erhalt der Lidhaut
 - .30↔ Ohne Einführung v. Gewebe oder alloplastischem Material
 - .31↔ Mit Hauttransplantation
 - .32↔ Mit Transplantation / Transposition v. sonstigem Gewebe
 - .33↔ Mit Einführung v. alloplastischem Material
 - .3x↔ Sonstige
- 5-164.4- Exenteration der Orbita ohne Erhalt der Lidhaut
 - .40↔ Ohne Einführung v. Gewebe oder alloplastischem Material
 - .41↔ Mit Hauttransplantation
 - .42↔ Mit Transplantation / Transposition v. sonstigem Gewebe
 - .43↔ Mit Einführung v. alloplastischem Material
 - .4x↔ Sonstige
- 5-169.0- Knöcherner Dekompression der Orbita
 - .00↔ Eine Wand
 - .01↔ Zwei Wände
 - .02↔ Drei Wände

5-169.1↔ Resektion von Fettgewebe aus der Orbita

7.3.6 Operationen am N. opticus

5-168.0↔ Optikusscheidenfensterung

5-168.1↔ Exzision von erkranktem Gewebe des N. opticus

7.3.7 Operationen an Ohrmuschel und äußerem Gehörgang

Exkl.: Operationen bei Verbrennungen am äußeren Ohr (5-92).

7.3.7.1 Inzision am äußeren Ohr

5-180.0↔ Ohrmuschel

5-180.1↔ Äußerer Gehörgang

5-180.2↔ Präaurikulär

5-180.3↔ Retroaurikulär

7.3.7.2 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des äußeren Ohres

5-181.0↔ Exzision an der Ohrmuschel

5-181.1↔ Exzision an der Ohrmuschel, histographisch kontrolliert
(mikrographische Chirurgie)

5-181.2↔ Hämatomausräumung

5-181.3↔ Exzision präaurikulär

5-181.4↔ Exzision präaurikulär, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie)

5-181.5↔ Exzision retroaurikulär

5-181.6↔ Exzision retroaurikulär, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie)

5-181.7↔ Exzision am äußeren Gehörgang (Exkl. Exzision und Destruktion am äußeren Gehörgang (5-181.9))

5-181.8↔ Destruktion (Exkl. Exzision und Destruktion am äußeren Gehörgang (5-181.9))

5-181.9↔ Exzision und Destruktion am äußeren Gehörgang (Inkl. Operation eines Gehörgangscholesteatoms, Operation von Gehörgangsexostosen)

7.3.7.3 Resektion der Ohrmuschel

5-182.0 ↔ Partiiell

5-182.1 ↔ Partiiell, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie)

5-182.2 ↔ Total

5-182.3 ↔ Total, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie)

7.3.7.4 Wundversorgung am äußeren Ohr

5-183.0 ↔ Naht (nach Verletzung)

5-183.1 ↔ Replantation

7.3.7.5 Plastische Korrektur absteherender Ohren

5-184.0 ↔ Durch Korrektur des Ohrknorpels

5-184.1 ↔ Durch Exzision von Weichteilen

5-184.2 ↔ Durch Korrektur des Ohrknorpels und Exzision von Weichteilen

5-184.3 ↔ Concharotation

7.3.7.6 Konstruktion und Rekonstruktion des äußeren Gehörganges

5-185.0 ↔ Erweiterung (z. B. bei Gehörgangsstenose)

5-185.1 ↔ Konstruktion eines (nicht bestehenden) äußeren Gehörganges (z. B. bei Atresie)

5-185.2 ↔ Rekonstruktion eines (bestehenden) äußeren Gehörganges

7.3.7.7 Plastische Rekonstruktion von Teilen der Ohrmuschel

Exkl.: Plastische Rekonstruktion der Ohrmuschel bei Verbrennungen (5-92).

5-186.0 ↔ Mit Gewebeexpander

5-186.1 ↔ Mit Galea-Lappen

5-186.2 ↔ Mit Knorpeltransplantat

5-186.3↔ Mit mikrovaskulärem Lappen

7.3.7.8 Plastische Rekonstruktion der gesamten Ohrmuschel

Exkl.: Plastische Rekonstruktion der Ohrmuschel bei Verbrennungen (5-92).

5-187.0↔ Mit Gewebeexpander

5-187.1↔ Mit Galea-Lappen

5-187.2↔ Mit Knorpeltransplantat

5-187.3↔ Mit mikrovaskulärem Lappen

5-187.4↔ Mit alloplastischem Material

7.3.7.9 Andere Rekonstruktion des äußeren Ohres

5-188.0↔ Reduktionsplastik (z. B. bei Makrotie)

5-188.1↔ Korrektur eines Schneckenhohres

5-188.2↔ Korrektur eines Stahlohres

5-188.3↔ Plastik des Ohrläppchens

7.3.7.10 Andere Operationen am äußeren Ohr

5-189.0↔ Entnahme von Ohrknorpel zur Transplantation

7.3.8 Mikrochirurgische Operationen am Mittelohr

7.3.8.1 Stapesoperationen

5-192 Revision einer Stapedotomie

5-192.0 Ohne Wiedereröffnung des ovalen Fensters

.00↔ Ohne Implantation einer Prothese

.01↔ Mit Implantation einer autogenen Prothese (z. B. nach Schuknecht)

.02↔ Mit Implantation einer alloplastischen Prothese (z. B. Piston)

5-192.1 Mit Wiedereröffnung des ovalen Fensters

.10↔ Ohne Implantation einer Prothese

.11↔ Mit Implantation einer autogenen Prothese (z. B. nach Schuknecht)

.12↔ Mit Implantation einer alloplastischen Prothese (z. B. Piston)

5-192.y N.n.bez.

7.3.8.2 Andere Operationen an den Gehörknöchelchen

(siehe auch andere Operationen an Mittel- und Innenohr (5-20))

5-193 Andere Operationen an den Gehörknöchelchen

7.3.8.3 Myringoplastik [Tympanoplastik Typ I]

Hinw.: Die Entnahme von Temporalisfaszie ist gesondert zu kodieren (5-852.g), siehe auch andere Operationen an Mittel- und Innenohr (5-20).

5-194.0↔ Endaural

5-194.1↔ Retroaurikulär

5-194.2↔ Aufrichtung des Trommelfells (bei frischer Verletzung)

7.3.8.4 Tympanoplastik (Verschluß einer Trommelfellperforation und Rekonstruktion der Gehörknöchelchen)

Hinw.: S. a. andere Operationen an Mittel- und Innenohr (5-20). Die Entnahme von Temporalisfaszie ist gesondert zu kodieren (5-852.g).

5-195.9 Tympanoplastik Typ II bis V

.90↔ Ohne Implantation einer Prothese

.91↔ Mit Implantation einer autogenen Prothese (z. B. Auto-Ossikel)

.92↔ Mit Implantation einer alloplastischen Prothese

.93↔ Mit Implantation einer allogenen oder xenogenen Prothese (z. B. Homoio-Ossikel)

5-195.a Tympanoplastik mit Attikotomie oder Attikoantrotomie

.a0↔ Ohne Implantation einer Prothese

.a1↔ Mit Implantation einer autogenen Prothese (z. B. Auto-Ossikel)

.a2↔ Mit Implantation einer alloplastischen Prothese

.a3↔ Mit Implantation einer allogenen oder xenogenen Prothese (z. B. Homoio-Ossikel)

5-195.b Tympanoplastik mit Antrotomie oder Mastoidektomie

- (inkl. Tympanoplastik mit posteriorem Zugang)
- .b0↔ Ohne Implantation einer Prothese
- .b1↔ Mit Implantation einer autogenen Prothese (z. B. Auto-Ossikel)
- .b2↔ Mit Implantation einer alloplastischen Prothese
- .b3↔ Mit Implantation einer allogenen oder xenogenen Prothese (z. B. Homoio-Ossikel)
- 5-195.c Tympanoplastik mit Anlage einer Ohrradikalhöhle
- .c0↔ Ohne Implantation einer Prothese
- .c1↔ Mit Implantation einer autogenen Prothese (z. B. Auto-Ossikel)
- .c2↔ Mit Implantation einer alloplastischen Prothese
- .c3↔ Mit Implantation einer allogenen oder xenogenen Prothese (z. B. Homoio-Ossikel)
- 5-195.x↔ Sonstige

7.3.8.5 Stapesplastik

(inkl. Stapedotomie, Stapedektomie)

- 5-197.0↔ Ohne Implantation einer Prothese
- 5-197.1↔ Mit Implantation einer autogenen Prothese (z. B. nach Schuknecht)
- 5-197.2↔ Mit Implantation einer alloplastischen Prothese (z. B. Piston)
- 5-197.x↔ Sonstige

7.3.8.6 Fensterungsoperation des Promontoriums

- 5-198.0↔ Ohne Implantation einer Prothese
- 5-198.1↔ Mit Implantation einer autogenen Prothese (z. B. nach Schuknecht)
- 5-198.2↔ Mit Implantation einer alloplastischen Prothese (z. B. Piston)
- 5-198.x↔ Sonstige

7.3.8.7 Andere mikrochirurgische Operationen am Mittelohr

- 5-199 Andere mikrochirurgische Operationen am Mittelohr

7.3.8.8 Andere Operationen an Mittel- und Innenohr

- 5-200 Parazentese [Myringotomie]

Hinw.: Die Durchführung mit Lasertechnik ist gesondert zu kodieren (5-985)

5-200.4↔ Parazentese [Myringotomie], ohne Legen einer Paukendrainage

5-200.5↔ Parazentese [Myringotomie], mit Einlegen einer Paukendrainage

5-201↔ Entfernung einer Paukendrainage,

7.3.8.9 Inzision an Warzenfortsatz und Mittelohr

5-202.0↔ Antrotomie

5-202.1↔ Attikotomie

5-202.2↔ Explorative Tympanotomie

5-202.5↔ Tympanotomie mit Abdichtung der runden und/oder ovalen Fenstermembran

7.3.8.10 Mastoidektomie

Exkl.: Remastoidektomie (5-209.6), Mastoidektomie mit Tympanoplastik (5-195), Resektion des Os temporale (5-016.2, 5-016.3)

Die Codes .7 sind als 6-Steller zu kodieren:

5-203.0↔ Einfache Mastoidektomie

5-203.1↔ Radikale Mastoidektomie

5-203.7- Mastoidektomie mit Freilegung des Fazialiskanals

.70↔ Ohne Dekompression des Nerven

.71↔ Mit Dekompression des Nerven

5-203.9↔ Totale Resektion des Felsenbeins [Petrosektomie]

5-203.a↔ Partielle Resektion des Felsenbeins

5-203.x↔ Sonstige

7.3.8.11 Rekonstruktion des Mittelohres

Hinw.: Die Rekonstruktion des N. facialis ist unter 5-04 zu kodieren

5-204.0↔ Verkleinerung der Radikalhöhle

5-204.1↔ Reimplantation der hinteren Gehörgangswand

5-204.2↔ Rekonstruktion der hinteren Gehörgangswand

- 5-204.3↔ Erweiterungsplastik des Gehörgangs oder Radikalhöhleneingangs
- 5-204.x↔ Sonstige

7.3.8.12 Andere Exzisionen an Mittel- und Innenohr

Inkl.: Cholesteatom- und Tumorentfernung

Exkl.: Exzision am Glomus tympanicum (5-041)

- 5-205.0↔ An der Paukenhöhle
- 5-205.1↔ Am Labyrinth
- 5-205.2↔ An der Pyramidenspitze
- 5-205.3↔ An der Otobasis
- 5-205.4↔ Am Mastoid
- 5-205.x↔ Sonstige

7.3.8.13 Inzision und Destruktion des Innenohres

- 5-208.0↔ Kochleosaccotomie
- 5-208.1↔ Dekompression oder Drainage des Saccus endolymphaticus (mit Shunt)
- 5-208.2↔ Labyrinthektomie, transtympanal
- 5-208.3↔ Labyrinthektomie, transmastoidal
- 5-208.4↔ Labyrinthdestruktion, transtympanal
- 5-208.5↔ Labyrinthdestruktion, transmastoidal

7.3.8.14 Andere Operationen am Mittel- und Innenohr

Die Codes .2, .9 und .a sind als 6-Steller zu kodieren:

- 5-209.0↔ Tympanosympathektomie
- 5-209.1↔ Operation an der Tuba auditiva
- 5-209.2- Einführung eines Kochleaimplantates
 - .23↔ Mit mehreren Elektroden (z. B. Doppel-Array)
 - .24↔ Mit Einzelelektrode, nicht gehörerhaltend
 - .25↔ Mit Einzelelektrode, nicht gehörerhaltend
 - .2x↔ Sonstige
- 5-209.3↔ Implantation von Knochenankern zur Befestigung eines Hörgerätes

- .30↔ Ohne Befestigung einer Kupplung am Knochenanker
- .31↔ Mit Befestigung einer Kupplung am Knochenanker
- 5-209.4↔ Verschuß einer Labyrinthfistel
- 5-209.5↔ Verschuß einer Mastoidfistel
- 5-209.6↔ Remastoidektomie
- 5-209.7↔ Wechsel eines Kochleaimplantates
- 5-209.8↔ Entfernung eines Kochleaimplantates
- 5-209.9- Einführung eines teilimplantierbaren Hörgerätes
- .90↔ Ohne Unterbrechung der Gehörknöchelchenkette
- .91↔ Mit Unterbrechung der Gehörknöchelchenkette
- 5-209.a- Einführung eines vollimplantierbaren Hörgerätes
- .a0↔ Ohne Unterbrechung der Gehörknöchelchenkette
- .a1↔ Mit Unterbrechung der Gehörknöchelchenkette
- 5-209.b↔ Wechsel eines implantierbaren Hörgerätes
- 5-209.c↔ Entfernung eines implantierbaren Hörgerätes
- 5-209.d↔ Befestigung einer Kupplung an einem bereits implantierten Knochenanker als selbständiger Eingriff

Hinweis: Die OPS-Kodes 5-209.22 Einführung eines Kochleaimplantates mit Einzelelektrode wurde 2010 in die beiden neuen OPS-Kodes 5-209.24 und 5-209.25 (s. o.) aufgespalten.

7.3.9 Operationen an der Nase

7.3.9.1 Operative Behandlung einer Nasenblutung

Hinw.: Exkl. Operationen an der Nase bei Verbrennungen (5-92)

- 5-210.0 Operative Behandlung einer Nasenblutung - Ätzung oder Kaustik
- 5-210.1 Operative Behandlung einer Nasenblutung - Elektrokoagulation
- 5-210.2 Operative Behandlung einer Nasenblutung - Kryokoagulation
- 5-210.3 Operative Behandlung einer Nasenblutung - Laserkoagulation
- 5-210.4 Ligatur einer Arterie (A. maxillaris oder A. ethmoidalis)

- 5-210.5 Operative Behandlung einer Nasenblutung, Dermatoplastik am Vestibulum nasi (exkl. Verschluss einer Septumperforation mit Schleimhaut-Verschiebelappen (5-214.4))
- 8-500 Tamponade einer Nasenblutung

7.3.9.2 Inzision und Drainage der Nase

Die Kodes .1, .2 und .4 sind als 6-Steller zu kodieren:

- 5-211.0 Drainage eines Septumhämatoms
- 5-211.1- Drainage eines Hämatoms sonstiger Teile der Nase
 - .10 Ohne Einnähen von Septumstützfolien
 - .11 Mit Einnähen von Septumstützfolien
- 5-211.2- Drainage eines Septumabszesses
 - .20 Ohne Einnähen von Septumstützfolien
 - .21 Mit Einnähen von Septumstützfolien
- 5-211.3 Drainage eines Abszesses sonstiger Teile der Nase
- 5-211.4- Durchtrennung von Synechien, exkl. Durchtrennung von Synechien bei Verbrennungen (5-927)
 - .40 Ohne Einnähen von Septumstützfolien
 - .41 Mit Einnähen von Septumstützfolien

7.3.9.3 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase

- 5-212.0 Exzision an der äußeren Nase, inkl.: Dermabrasion, Shaving
Hinw.: Eine zusätzlich durchgeführte Hauttransplantation oder Hauttransposition ist gesondert zu kodieren (5-902ff, 5-903ff, 5-905ff, 5-906ff)
- 5-212.1 Exzision an der äußeren Nase, histographisch kontrolliert
Hinw.: Eine zusätzlich durchgeführte Hauttransplantation oder Hauttransposition ist gesondert zu kodieren (5-902ff, 5-903ff, 5-905ff, 5-906ff)
- 5-212.2 Exzision an der inneren Nase, endonasal
- 5-212.3 Exzision an der inneren Nase durch laterale Rhinotomie
- 5-212.4 Exzision an der inneren Nase mit Midfacedegloving
- 5-212.5 Destruktion an der äußeren Nase
- 5-212.6 Destruktion an der inneren Nase

7.3.9.4 Resektion der Nase

- 5-213.0 Partiiell

- 5-213.1 Partiiell, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie)
- 5-213.2 Subtotal
- 5-213.3 Subtotal, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie)
- 5-213.4 Total [Ablatio nasi]
- 5-213.5 Total, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie)

7.3.9.5 Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums

Hinw.: Die Entnahme von Rippenknorpel (5-349.4) / von Ohrknorpel ist gesondert zu kodieren (5-189.0)

- 5-214.0 Submuköse Resektion
- 5-214.3 Septumunterfütterung (z. B. bei Ozaena)
- 5-214.4 Verschluss einer Septumperforation mit Schleimhaut-Verschiebelappen (exkl. Dermatoplastik am Vestibulum nasi (5-210.5))
- 5-214.5 Plastische Korrektur ohne Resektion
- 5-214.6 Plastische Korrektur mit Resektion
- 5-214.7 Plastische Rekonstruktion des Nasenseptums
 - .70 mit lokalen autogenen Transplantaten (Austauschplastik)
 - .71 mit distalen autogenen Transplantaten (z. B. Rippenknorpel)
 - .72 mit allogenen und xenogenen Transplantaten
 - .7x Sonstige

7.3.9.6 Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]

Der Kode .0, ist als 6-Steller zu kodieren:

- 5-215.0- Destruktion
 - .00↔ Diathermie
 - .01↔ Kryokoagulation
 - .02↔ Laserkoagulation
- 5-215.1↔ Konchotomie und Abtragung von hinteren Enden
- 5-215.2↔ Konchektomie
- 5-215.3↔ Submuköse Resektion
- 5-215.4↔ Lateralisation
- 5-215.5↔ Medialisation

7.3.9.7 Reposition einer Nasenfraktur

- 5-216.0 Geschlossen
- 5-216.1 Offen, endonasal
- 5-216.2 Offen, von außen

7.3.9.8 Plastische Rekonstruktion der äußeren Nase

Exkl.: Plastische Rekonstruktion der äußeren Nase bei Verbrennungen (5-92), Plastische Rekonstruktion der Nasenhaut (5-90)

Hinw.: Die Entnahme von Ohrknorpel ist gesondert zu kodieren (5-189.0)

- 5-217.0 Nasensteg, Exkl.: Nasenstegverlängerung bei Lippen-Kiefer-Gaumenspalte (5-218.0)
- 5-217.1 Nasenflügel (inkl. isolierte Nasenspitzenplastik)
- 5-217.2 Nasenrücken
- 5-217.3 Mehrere Teile der Nase

7.3.9.9 Plastische Rekonstruktion der inneren und äußeren Nase [Septorhinoplastik]

Exkl.: Plastische Rekonstruktion der äußeren Nase bei Verbrennungen (5-92).

5-218.0 Septorhinoplastik mit Korrektur des Knorpels

Hinw: Die Entnahme von Rippenknorpel (5-349.4) / von Ohrknorpel ist gesondert zu kodieren (5-189.0). Eine gleichzeitige Nasenspitzenkorrektur und/oder Nasenklappenkorrektur ist im Code enthalten.

- .00 mit lokalen autogenen Transplantaten
- .01 mit distalen autogenen Transplantaten
- .02 mit allogenen und xenogenen Transplantaten

5-218.1 Septorhinoplastik mit Korrektur des Knochens

- .10 mit lokalen autogenen Transplantaten
- .11 mit distalen autogenen Transplantaten
- .12 mit allogenen und xenogenen Transplantaten

5.218.2 Septorhinoplastik mit Korrektur des Knorpels und Knochens

Hinw.: Die Entnahme von Rippenknorpel (5-349.4) / von Ohrknorpel ist gesondert zu kodieren (5-189.0). Eine gleichzeitige Nasenspitzenkorrektur und/oder Nasenklappenkorrektur ist im Code enthalten.

- .20 mit lokalen autogenen Transplantaten
- .21 mit distalen autogenen Transplantaten
- .22 mit allogenen und xenogenen Transplantaten

5-218.3 Septorhinoplastik mit lokalen oder distalen Lappen

Hinw.: Die verwendeten Transplantate sind gesondert zu kodieren

5-218.4 Komplexe plastische Rekonstruktion der inneren und äußeren Nase

Inkl.: Aufbau einer komplexen Sattelnase, Revisions-Septorhinoplastik mit komplexer Rekonstruktion der inneren und äußeren Nase

Hinw.: Die Entnahme von Rippenknorpel (5-349.4) / von Ohrknorpel ist gesondert zu kodieren (5-189.0).

- .40 mit lokalen autogenen Transplantaten
- .41 mit distalen autogenen Transplantaten
- .42 mit allogenen und xenogenen Transplantaten

7.3.9.10 Andere Operationen an der Nase

5-219.0 Exstirpation einer Nasenfistel

5-219.1↔ Resektion einer Choanalatresie, transpalatinal

5-219.2↔ Resektion einer Choanalatresie, endonasal

7.3.10 Operationen an den Nasennebenhöhlen

7.3.10.1 Nasennebenhöhlenpunktion

5-220.0↔ Scharfe Kieferhöhlenpunktion (über unteren Nasengang), inkl. Spülung und Drainage

5-220.1↔ Stumpfe Kieferhöhlenpunktion (über mittleren Nasengang), inkl. Spülung und Drainage

5-220.2↔ Kieferhöhlenpunktion über Fossa canina

- 5-220.3↔ Stirnhöhlenpunktion nach Beck
- 5-220.4 Keilbeinhöhlenpunktion, transnasal

7.3.10.2 Operationen an der Kieferhöhle

Hinw.: Inkl. Polypenentfernung, exkl. Fistelverschluss (5-225.4, 5-225.5), Transoral entspricht Zugang nach Caldwell-Luc.

- 5-221.0↔ Fensterung über unteren Nasengang
- 5-221.1↔ Fensterung über mittleren Nasengang
- 5-221.4↔ Radikaloperation (z. B. Operation nach Caldwell-Luc)
- 5-221.6↔ Endonasal
- 5-211.7↔ Osteoplastische Operation, transoral

7.3.10.3 Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle

Inkl.: Polypenentfernung, Elektrokoagulation von Blutungen

Exkl.: Dakryozystorhinostomie (5-087), Ethmoidspheenoidektomie (5-224.3)

Hinw.: Die Codes .1, .2, .3, .5, und .7 sind als 6-Steller zu kodieren:

- 5-222.0↔ Infundibulotomie
- 5-222.1 Ethmoidektomie von außen
 - .10↔ Ohne Darstellung der Schädelbasis
 - .11↔ Mit Darstellung der Schädelbasis
- 5-222.2↔ Ethmoidektomie, endonasal, inkl. Infundibulotomie
 - .20↔ Ohne Darstellung der Schädelbasis
 - .21↔ Mit Darstellung der Schädelbasis
- 5-222.3- Ethmoidektomie, transmaxillär
 - .30↔ Ohne Darstellung der Schädelbasis
 - .31↔ Mit Darstellung der Schädelbasis
- 5-222.4↔ Sphenoidotomie, endonasal
- 5-222.5- Sphenoidektomie von außen
 - .50↔ Ohne Darstellung der Schädelbasis
 - .51↔ Mit Darstellung der Schädelbasis
- 5-222.6↔ Sphenoidektomie, transseptal
- 5-222.7 Sphenoidektomie, transmaxilloethmoidal
 - .70↔ Ohne Darstellung der Schädelbasis
 - .71↔ Mit Darstellung der Schädelbasis
- 5-222.8↔ Ballondilatation des Eingangs der Keilbeinhöhle

Hinweis: Der OPS-Kode 5-222.8 wurde 2010 neu in den OPS-Katalog aufgenommen.

7.3.10.4 Operationen an der Stirnhöhle

Hinw.: Inkl. Polypentfernung

- 5-223.0↔ Von außen mit Fensterung des Stirnhöhlenbodens (OP nach Ritter-Jansen)
- 5-223.1↔ Von außen mit Fensterung des Stirnhöhlenbodens und der Stirnhöhlenvorderwand (OP nach Killian)
- 5-223.2↔ Radikaloperation von außen mit Resektion des Stirnhöhlenbodens und der Stirnhöhlenvorderwand (OP nach Riedel)
- 5-223.3↔ Osteoplastische Operation
- 5-223.5↔ Endonasale Strinhöhlenoperation
Exkl. 5-223.7 Ballondilatation des Eingangs der Stirnhöhle
- 5-223.6 Anlage einer Mediandrainage
- 5-223.7↔ Ballondilatation des Eingangs der Stirnhöhle

Hinweis: Der OPS-Kode 5-223.7 wurde 2010 neu in den OPS-Katalog aufgenommen.

7.3.10.5 Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen

Hinw.: Die Kodes .6, und .7 sind als 6-Steller zu kodieren:

- 5-224.0↔ Sanierung der Sinus maxillaris et ethmoidalis, kombiniert transnasal und transtrantral (Luc-de Lima)
- 5-224.1↔ Sanierung der Sinus frontalis et ethmoidalis, kombiniert transnasal und von außen (nach Lynch, osteoplastische Operation)
- 5-224.2↔ Sanierung der Sinus maxillaris, ethmoidalis et sphenoidalis, transmaxillo-ethmoidal
- 5-224.3↔ Ethmoidspheenoidektomie, endonasal
- 5-224.4↔ Mehrere Nasennebenhöhlen, radikal

- 5-224.5↔ Mehrere Nasennebenhöhlen, radikal mit Einbruch in die Flügelgaumengrube, kombiniert transfazial und transmandibulär
Inkl. Nasenrachen und Einbruch in die Orbita
- 5-224.6- Mehrere Nasennebenhöhlen, endonasal
 - .60↔ Mit Teilentfernung der Lamina papyracea
 - .61↔ Mit Schlitzung der Periorbita
 - .62↔ Mit Entlastung eines Abszesses
 - .63↔ Mit Darstellung der Schädelbasis (endonasale Pansinusoperation)
 - .64↔ Mit Versorgung der Schädelbasis
 - .6x↔ Sonstige
- 5-224.7- Mehrere Nasennebenhöhlen, kombiniert transnasal und von außen
 - .70↔ Mit Teilentfernung der Lamina papyracea
 - .71↔ Mit Schlitzung der Periorbita
 - .72↔ Mit Entlastung eines Abszesses
 - .73↔ Mit Darstellung der Schädelbasis
 - .74↔ Mit Versorgung der Schädelbasis
 - .7x↔ Sonstige
- 5-224.8↔ Ballondilatation des Eingangs mehrerer Nasennebenhöhlen

Hinweis: Der OPS-Kode 5-224.8 wurde 2010 neu in den OPS-Katalog aufgenommen.

7.3.10.6 Plastische Rekonstruktion der Nasennebenhöhlen

Exkl. Kranioplastik (5-020)

- 5-225.0 Durch Rekonstruktion des Stirnbeins
- 5-225.1 Rekonstruktion der Stirnhöhlenvorderwand
- 5-225.2 Rekonstruktion der Stirnhöhlenhinterwand
- 5-225.3 Kranialisierung der Stirnhöhle
- 5-225.4↔ Verschluss einer alveoloantralen Fistel
- 5-225.5↔ Verschluss einer oroantralen Fistel

7.3.10.7 Andere Operationen an den Nasennebenhöhlen

- 5-229 Andere Operationen an den Nasennebenhöhlen

7.3.11 Operationen an der Zunge

7.3.11.1 Inzision, Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Zunge

Hinw.: Der Kode .3 ist als 6-Steller zu kodieren:

- 5-250.0 Inzision am Zungenrand
- 5-250.1 Inzision am Zungenkörper
- 5-250.2 Exzision
- 5-250.3 Destruktion
 - .30 Elektrokoagulation
 - .31 Lasekoagulation
 - .32 Thermokoagulation
 - .33 Kryokoagulation
 - .34 Photodynamische Therapie

7.3.11.2 Partielle Glossektomie

Hinw.: Die Art der Rekonstruktion ist für die Codes 5-251 und 5-252 nach folgender Liste zu kodieren:

- 0 Rekonstruktion mit gestieltem regionalen Lappen
- 1 Rekonstruktion mit nicht vaskularisiertem Transplantat
- 2 Rekonstruktion mit freiem mikrovasculär-anastomosierten Transplantat
- 3 Rekonstruktion mit gestieltem Fernlappen
- x Sonstige

Eine durchgeführte Neck dissection ist gesondert zu kodieren (5-403).

Die Anwendung von Lasertechnik ist gesondert zu kodieren (5-985).

Die Entnahme eines Transplantates ist gesondert zu kodieren (5-242.5, 5-242.6, 5-858, 5-901, 5-904).

Eine partielle Resektion der Mandibula und deren Rekonstruktion ist gesondert zu kodieren (5-772, 5-775).

Die Art der Rekonstruktion ist in der 6. Stelle nach vorstehender Liste zu kodieren.

- 5-251.0- Transoral
- 5-251.1- Durch temporäre Mandibulotomie
- 5-251.2- Durch Pharyngotomie

7.3.11.3 Glossektomie

Hinw.: Die Art der Rekonstruktion ist für die Codes 5-251 und 5-252 nach folgender Liste zu kodieren:

- 0 Rekonstruktion mit gestieltem regionalen Lappen
- 1 Rekonstruktion mit nicht vaskularisiertem Transplantat
- 2 Rekonstruktion mit freiem mikrovaskulär-anastomosierten Transplantat
- 3 Rekonstruktion mit gestieltem Fernlappen
- x Sonstige

Eine durchgeführte Neck dissection ist gesondert zu kodieren (5-403).

Die Entnahme eines Transplantates ist gesondert zu kodieren (5-242.5, 5-242.6, 5-858, 5-901, 5-904).

Die Art der Rekonstruktion ist in der 6. Stelle nach vorstehender Liste zu kodieren:

- 5-252.0- Transoral
- 5-252.1- Durch temporäre Mandibulotomie
- 5-252.2- Durch Pharyngotomie
- 5-252.3- Mit Resektion der Mandibula, partiell, ohne Kontinuitätsdurchtrennung
- 5-252.4- Mit Resektion der Mandibula, partiell, mit Kontinuitätsdurchtrennung

7.3.11.4 Rekonstruktion der Zunge

- 5-253.0 Naht (nach Verletzung)
- 5-253.1 Plastische Rekonstruktion
- 5-253.2 Reduktionsplastik

7.3.11.5 Andere Operationen an der Zunge

- 5-259.0 Verlagerung der Zungenaufhängung
- 5-259.1 Durchtrennung des Frenulum linguae
- 5-259.2 Plastik des Frenulum linguae

7.3.12 Operationen an Speicheldrüsen und Speicheldrüsenausführungsgängen

7.3.12.1 Inzision und Schlitzung einer Speicheldrüse und eines Speicheldrüsenausführungsganges

Hinw.: Die Codes .1, und .2 sind als 6-Steller zu kodieren:

- 5-260.0↔ Ohne weitere Maßnahmen
- 5-260.1 Drainage
 - .10↔ Speicheldrüse
 - .11↔ Ausführungsgang
- 5-260.2 Entfernung eines Speichelsteines
 - .20↔ Speicheldrüse
 - .21↔ Ausführungsgang
 - .2x↔ Sonstige

7.3.12.2 Exzision von erkranktem Gewebe einer Speicheldrüse und eines Speicheldrüsenausführungsganges

- 5-261.0↔ Marsupialisation des Ductus parotideus (Stenon-Gang)
- 5-261.1↔ Marsupialisation des Ductus submandibularis (Warthongang)
- 5-261.2↔ Marsupialisation an der Glandula sublingualis (Ranula)
- 5-261.3↔ Exzision an der Glandula parotis
- 5-261.4↔ Exzision an der Glandula submandibularis
- 5-261.5↔ Exzision an der Glandula sublingualis (Ranula)
- 5-261.6 Exzision an den kleinen Speicheldrüsen

7.3.12.3 Resektion einer Speicheldrüse

Hinw.: Eine Neck dissection ist gesondert zu kodieren (5-403);
Die Codes .0, .1, .2 und .4 sind als 6-Steller zu kodieren:

- 5-262.0- Parotidektomie, partiell
 - .00↔ Ohne intraoperatives Fazialismonitoring
 - .01↔ Mit intraoperativem Fazialismonitoring
- 5-262.1- Parotidektomie, komplett mit Erhalt des N. facialis
 - .10↔ Ohne intraoperatives Fazialismonitoring
 - .11↔ Mit intraoperativem Fazialismonitoring
- 5-262.2- Parotidektomie, komplett mit Resektion des N. facialis
 - .20↔ Mit Teilresektion des N. facialis
 - .21↔ Mit Resektion des N. facialis
- 5-262.3↔ Parotidektomie, komplett mit Resektion und Rekonstruktion des N. facialis
- 5-262.4- Glandula submandibularis
 - .40↔ Ohne intraoperatives Monitoring des Ramus marginalis N. facialis
 - .41↔ Mit intraoperativem Monitoring des Ramus marginalis N. facialis
- 5-262.5↔ Glandula sublingualis
- 5-262.6 Kleine Speicheldrüsen

7.3.12.4 Rekonstruktion einer Speicheldrüse und eines Speicheldrüsenausführungsganges

Hinw.: Die Codes sind als 6-Steller zu kodieren:

- 5-263.0- Naht (nach Verletzung)
 - .00↔ Speicheldrüse
 - .01↔ Ausführungsgang
- 5-263.1- Verschluss einer Fistel
 - .10↔ Speicheldrüse
 - .11↔ Ausführungsgang
- 5-236.2↔ Verlagerung eines Speicheldrüsenausführungsganges

7.3.12.5 Andere Operationen an Speicheldrüse und Speicheldrüsenausführungsgang

- 5-269.0↔ Unterbindung des Ductus parotideus (Stenon-Gang)
- 5-269.1↔ Destruktion einer Speicheldrüse
- 5-269.2↔ Sialendoskopie der Glandula submandibularis oder der Glandula parotis
 - .20↔ Mit Dilatation
 - .21↔ Mit Entfernung eines Fremdkörpers

- .22↔ Mit intraduktaler Lithotripsie und Entfernung eines Steines
- .2x↔ Sonstige

Hinweis: Die OPS-Kodes 5-269.2- sind 2010 neu in den OPS-Katalog aufgenommen worden (s. auch OPS-Kode 1-683 diagnostische Sialendoskopie).

7.3.13 Andere Operationen an Mund und Gesicht

7.3.13.1 Äußere Inzision und Drainage im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich

Inkl.: Inzision von Logenabszessen, Fremdkörperentfernung. Exkl.: Inzision in der Mundhöhle (5-273)

- 5-270.0↔ Temporal
- 5-270.1↔ Periorbital
- 5-270.2↔ Paranasal, inkl. Fossa canina
- 5-270.3↔ Wangenbereich, inkl. Oberlippe
- 5-270.4↔ Parotisregion
- 5-270.5 Submandibulär
- 5-270.6↔ Submandibulär, kieferwinkelnahe
- 5-270.7 Submental
- 5-270.8 Zungengrund, inkl.: Inzision einer Mundbodenphlegmone von außen
- 5-270.9↔ Bereich des M. sternocleidomastoideus

7.3.13.2 Inzision des harten und weichen Gaumens

- 5-271.0 Ohne weitere Maßnahmen
- 5-271.1 Drainage
- 5-271.2 Uvulotomie

7.3.13.3 Exzision und Destruktion des (erkrankten) harten und weichen Gaumens

- 5-272.0 Exzision, lokal
- 5-272.1 Exzision, partiell
- 5-272.2 Exstirpation, total, transoral
- 5-272.3 Exzision, radikal [En-bloc-Resektion], transmandibulär
- 5-272.4 Exzision, radikal [En-bloc-Resektion], transfazial
- 5-272.5 Uvulektomie
- 5-272.6 Destruktion
 - .60 Elektrokoagulation
 - .61 Lasekoagulation
 - .62 Thermokoagulation
 - .63 Kryokoagulation
 - .64 Photodynamische Therapie
 - .6x Sonstige

7.3.13.4 Inzision, Exzision und Destruktion in der Mundhöhle

Hinw.: Der Kode .9 ist als 6-Steller zu kodieren:

- 5-273.0 Inzision und Drainage, vestibulär submukös
- 5-273.1 Inzision und Drainage, vestibulär subperiostal
- 5-273.2 Inzision und Drainage, sublingual
- 5-273.3 Exzision, lokal, Mundboden
- 5-273.4↔ Exzision, lokal, Wange
- 5-273.5 Exzision, lokal, Lippe
- 5-273.6 Exzision, partiell, Mundboden
- 5-273.7↔ Exzision, partiell, Wange
- 5-273.8 Exzision, partiell, Lippe
- 5-273.9 Destruktion
 - .90 Elektrokoagulation
 - .91 Lasekoagulation
 - .92 Thermokoagulation
 - .93 Kryokoagulation
 - .94 Photodynamische Therapie
 - .9x Sonstige

7.3.13.5 Mundbodenplastik

Exkl.: Mundbodensenkung (5-244.1, 5-244.3)

- 5-274.0 Naht (nach Verletzung)
- 5-274.1 Plastische Rekonstruktion
- 5-274.2 Verschuß einer Fistel

7.3.13.6 Palatoplastik

Exkl.: Palatopharyngoplastik (5-294.4)

- 5-275.0 Naht (nach Verletzung)
- 5-275.1 Primäre Hartgaumenplastik ohne Knochentransplantat
- 5-275.2 Primäre Hartgaumenplastik mit Knochentransplantat (Hinw. Die Entnahme eines Knochentransplantates ist gesondert zu kodieren (5-783))
- 5-275.3 Sekundäre Hartgaumenplastik ohne Knochentransplantat
- 5-275.4 Sekundäre Hartgaumenplastik mit Knochentransplantat (Hinw. Die Entnahme eines Knochentransplantates ist gesondert zu kodieren (5-783))
- 5-275.7 Velopharyngolyse
- 5-275.8 Velopharyngoplastik
- 5-275.9 Primäre Segelplastik, inkl.: Uvulaplastik
- 5-275.a Sekundäre Segelplastik, inkl.: Uvulaplastik

7.3.13.7 Resektion des Mundbodens mit plastischer Rekonstruktion

Exkl.: Partielle Exzision des Mundbodens ohne Rekonstruktion (5-273.6), lokale Exzision des Mundbodens ohne Rekonstruktion (5-273.3). Die Entnahme eines Transplantates ist gesondert zu kodieren (5-242.5, 5-242.6, 5-858, 5-901). Eine durchgeführte Neck dissection ist gesondert zu kodieren (5-403). Die Art der Rekonstruktion ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:

- 0 Rekonstruktion mit gestieltem regionalen Lappen
- 1 Rekonstruktion mit nicht vaskularisiertem Transplantat
- 2 Rekonstruktion mit freiem mikrovaskulär-anastomosierten Transplantat
- 3 Rekonstruktion mit gestieltem Fernlappen

5-277.0- Transoral

- 5-277.1- Durch temporäre Mandibulotomie
- 5-277.2- Mit Resektion der Mandibula, partiell, ohne Kontinuitätsdurchtrennung
- 5-277.3- Mit Resektion der Mandibula, partiell, mit Kontinuitätsdurchtrennung
- 5-277.x- Sonstige

7.3.13.8 Resektion der Wange mit plastischer Rekonstruktion

Exkl.: Partielle Exzision der Wange ohne Rekonstruktion (5-273.7), lokale Exzision der Wange ohne Rekonstruktion (5-273.4). Eine durchgeführte Neck dissection ist gesondert zu kodieren (5-403).

Die Entnahme eines Transplantates ist gesondert zu kodieren (5-242.5, 5-242.6, 5-858, 5-901).

Die Art der Rekonstruktion ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:

- 0↔ Rekonstruktion mit gestieltem regionalen Lappen
- 1↔ Rekonstruktion mit nicht vaskularisiertem Transplantat
- 2↔ Rekonstruktion mit einem freien mikrovaskulär-anastomosierten Transplantat
- 3↔ Rekonstruktion mit gestieltem Fernlappen
- 4↔ Rekonstruktion mit zwei freien mikrovaskulär-anastomosierten Transplantaten
- 5↔ Rekonstruktion mit einer Kombination aus gestielten und mikrovaskulär-anastomosierten Lappen
- x↔ Sonstige
- 5-278.0- Transoral
- 5-278.1- Durch temporäre Mandibulotomie
- 5-278.2- Mit Resektion der Mandibula, partiell, ohne Kontinuitätsdurchtrennung
- 5-278.3- Mit Teilresektion der Mandibula, mit Kontinuitätsdurchtrennung
- 5-278.x Sonstige

7.3.13.9 Andere Operationen am Mund

- 5-279.0 Operative Blutstillung
- 5-279.1 Frenulotomie

7.3.14 Operationen im Bereich des Naso- und Oropharynx

7.3.14.1 Transorale Inzision und Drainage eines pharyngealen oder parapharyngealen Abszesses

- 5-280.0 (Peri)tonsillär
- 5-280.1 Parapharyngeal
- 5-280.2 Retropharyngeal
- 5-280.3 Im Bereich des Zungengrundes

7.3.14.2 Tonsillektomie (ohne Adenotomie)

Exkl.: Operative Blutstillung nach Tonsillektomie (5-289.1)

- 5-281.0 Mit Dissektionstechnik
- 5-281.1 Abszeßtonsillektomie
- 5-281.2 Radikal, transoral
- 5-281.3 Radikal, durch Pharyngotomie
- 5-281.4 Rest-Tonsillektomie
- 5-281.5 Partiiell, transoral

7.3.14.3 Tonsillektomie mit Adenotomie

- 5-282.0 Mit Dissektionstechnik
- 5-282.x Sonstige

7.3.14.4 Adenotomie (ohne Tonsillektomie)

Exkl.: Operative Blutstillung nach Adenotomie (5-289.2)

- 5-285.0 Primäreingriff
- 5-285.1 Readenotomie

7.3.14.5 Andere Operationen an Gaumen- und Rachenmandeln

Hinw.: Der Kode .0 ist als 6-Steller zu kodieren:

- 5-289.0 Destruktion von erkranktem Gewebe

- .00 Elektrokoagulation
- .01 Lasekoagulation
- .02 Thermokoagulation
- .03 Kryokoagulation
- .04 Photodynamische Therapie
- .0x Sonstige

- 5-289.1 Operative Blutstillung nach Tonsillektomie
- 5-289.2 Operative Blutstillung nach Adenotomie
- 5-289.3 Narbenexzision
- 5-289.4 Exzision von erkranktem Gewebe

7.3.15 Operationen am Pharynx

7.3.15.1 Pharyngotomie

Hinw.: Hier ist nur die isolierte Pharyngotomie zu kodieren. Die Pharyngotomie als Zugang im Rahmen einer nachfolgenden Operation ist unter dem jeweiligen Eingriff zu kodieren. Eine durchgeführte Neck dissection ist gesondert zu kodieren (5-403).

- 5-290.0 Median
- 5-290.1 Median, translingual
- 5-290.2 Median, transhyoidal
- 5-290.3 Lateral

7.3.15.2 Operationen an Kiemengangsresten

- 5-291.0 Inzision
- 5-291.1 Exzision einer lateralen Halszyste
- 5-291.2 Exzision einer lateralen Halsfistel
- 5-291.3 Sekundärer Eingriff

7.3.15.3 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Pharynx

Hinw.: Eine Neck dissection ist gesondert zu kodieren (5-403)

- 5-292.0 Exzision, lokal
- 5-292.3 Destruktion
 - .30 Elektrokoagulation
 - .31 Laserkoagulation
 - .32 Thermokoagulation
 - .33 Kryokoagulation
 - .34 Photodynamische Therapie
 - .3x Sonstige

7.3.15.4 Pharyngoplastik

5-293 Pharyngoplastik

Exkl.: Partielle Resektion des Pharynx mit Rekonstruktion (5-295 ff.)

Radikale Resektion des Pharynx mit Rekonstruktion (5-296 ff.)

Hinw.: Dieser Kode ist für die alleinige Pharyngoplastik ohne Resektion des Pharynx zu verwenden

7.3.15.5 Pharynxteilresektionen

Hinw.: Eine Neck dissection ist gesondert zu kodieren (5-403)

Die Art der Rekonstruktion ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:

- 0↔ Ohne Rekonstruktion
- 1↔ Rekonstruktion mit lokaler Schleimhaut
- 2↔ Rekonstruktion mit gestieltem regionalen Lappen
- 3↔ Rekonstruktion mit nicht vaskularisiertem Transplantat
- 4↔ Rekonstruktion mit freiem mikrovask.-anastom. Transplantat
- 5↔ Rekonstruktion mit gestieltem Fernlappen
- x↔ Sonstige
- ** 5-295.0 Transoral
- ** 5-295.1 Durch Pharyngotomie
- ** 5-295.2 Durch Spaltung des weichen und/oder harten Gaumens
- ** 5-295.3 Transmandibulär
- ** 5-295.x Sonstige

7.3.15.6 Pharyngektomie

Hinw.: Eine Neck dissection ist gesondert zu kodieren (5-403)

Die Art der Rekonstruktion ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:

- 0↔ Ohne Rekonstruktion
- 1↔ Rekonstruktion mit lokaler Schleimhaut
- 2↔ Rekonstruktion mit gestieltem regionalen Lappen
- 3↔ Rekonstruktion mit nicht vaskularisiertem Transplantat
- 4↔ Rekonstruktion mit freiem mikrovask.-anastom. Transplantat
- 5↔ Rekonstruktion mit gestieltem Fernlappen
- 6↔ Rekonstruktion mit freiem Darmtransplantat
- 7↔ Rekonstruktion mit Magenhochzug
- x↔ Sonstige

- ** 5-296.0 Transoral
- ** 5-296.1 Durch Pharyngotomie
- ** 5-296.2 Durch Spaltung des weichen und/oder harten Gaumens
- ** 5-296.3 Transmandibulär
- ** 5-296.x Sonstige

7.3.15.7 Andere Operationen am Pharynx

Hinw.: Der Kode .0 ist als 6-Steller zu kodieren:

- 5-299.0- Myotomie des M. constrictor pharyngis
 - .00 Ohne Pharyngotomie
 - .01 Mit Pharyngotomie
- 5-299.1 Ausstopfen eines Zenker-Divertikels, endoskopisch
- 5-299.2 Schwellendurchtrennung eines Zenker-Divertikels

7.3.16 Operationen am Larynx

7.3.16.1 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx

Hinw.: Der Kode .3 ist als 6-Steller zu kodieren:

- 5-300.0 Exzision, endolaryngeal (inkl.: Exzision einer Laryngozele)
- 5-300.1 Exzision, laryngoskopisch
- 5-300.2 Exzision, mikrolaryngoskopisch

- 5-300.3 Destruktion
 - .30 Elektrokoagulation
 - .31 Lasekoagulation
 - .32 Thermokoagulation
 - .33 Kryokoagulation
 - .34 Photodynamische Therapie
 - .3x Sonstige
- 5-300.4 Dekortikation einer Stimmlippe, durch Thyreotomie
- 5-300.5 Dekortikation einer Stimmlippe, mikrolaryngoskopisch
- 5-300.6 Stripping einer Stimmlippe, durch Thyreotomie
- 5-300.7 Stripping einer Stimmlippe, mikrolaryngoskopisch

7.3.16.2 Hemilaryngektomie

Hinw.: Eine durchgeführte Neck dissection ist gesondert zu kodieren (5-403).

- 5-301.0 Horizontal, supraglottisch
- 5-301.1 Horizontal, supraglottisch mit Zungengrundresektion
- 5-301.2 Vertikal, modifiziert (Hautant)
- 5-301.3 Vertikal, komplett (Gluck-Sörensen)

7.3.16.3 Andere partielle Laryngektomie

Hinw.: Eine durchgeführte Neck dissection ist gesondert zu kodieren (5-403).

- 5-302.0 Epiglottektomie, endolaryngeal
- 5-302.1 Chordektomie, endolaryngeal
- 5-302.2 Chordektomie durch Thyreotomie
- 5-302.3 Cricothyreoidektomie
- 5-302.4 Partielle Larynx-Pharynx-Resektion
- 5-302.5 Endoskopische Laserresektion
- 5-302.6 Teilresektion, frontal (Huet)
- 5-302.7 Teilresektion, frontolateral (Leroux-Robert)
- 5-302.8 Arytenoidektomie, laryngoskopisch
- 5-302.9 Arytenoidektomie, mikrolaryngoskopisch

7.3.16.4 Laryngektomie

Hinw.: Eine Neck dissection ist gesondert zu kodieren (5-403).

Die Art der Rekonstruktion ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:

- 0↔ Ohne Rekonstruktion
- 1↔ Rekonstruktion mit lokaler Schleimhaut
- 2↔ Rekonstruktion mit gestieltem regionalen Lappen
- 3↔ Rekonstruktion mit nicht vaskularisiertem Transplantat
- 4↔ Rekonstruktion mit freiem mikrovask.-anastom. Transplantat
- 5↔ Rekonstruktion mit gestieltem Fernlappen
- 6↔ Rekonstruktion mit freiem Darmtransplantat
- 7↔ Rekonstruktion mit Magenhochzug
- x↔ Sonstige

- ** 5-303.0 Einfache Laryngektomie
- ** 5-303.1 Mit Pharyngektomie
- ** 5-303.2 Mit Pharyngektomie und Schilddrüsenresektion
- ** 5-303.x Sonstige

7.3.16.5 Larynxverengende Eingriffe

- 5-310.0 Injektion in die Stimmlippen (z. B. zur Verschmälerung der Stimmlitze)
- 5-310.1 Injektion in die Taschenfalten
- 5-310.2 Thyroplastik

7.3.16.6 Temporäre Tracheostomie

Hinw.: Inkl. Notfalltracheotomie

- 5-311.0 Tracheotomie
- 5-311.1 Punktionstracheotomie
- 5-311.2 Minitracheotomie
- 5-311.3 Koniotomie [Interkrikothyreotomie]

7.3.16.7 Permanente Tracheostomie

Exkl.: Erweiterungsplastik eines Tracheostoma (5-316.3), sternale Tracheostomie bei Resektion der Trachea (5-314.1):

- 5-312.0 Tracheotomie
- 5-312.1 Re-Tracheotomie
- 5-312.2 Tracheotomie mit mukokutaner Anastomose

7.3.16.8 Inzision des Larynx und andere Inzisionen der Trachea

- 5-313.0 Larynx, endolaryngeal, inkl.: Thyreotomie, Laryngofissur
- 5-313.1 Larynx, laryngoskopisch
- 5-313.2 Larynx, mikrolaryngoskopisch
- 5-313.3 Trachea

7.3.16.9 Exzision, Resektion und Destruktion (von erkranktem Gewebe) der Trachea

- 5-314.0 Exzision
 - .00 Offen chirurgisch
 - .01 Thorakoskopisch
 - .02 Tracheobronchoskopisch
 - .0x Sonstige

- 5-314.1 Resektion
 - .11 Mit End-zu-End-Anastomose
 - .12 Mit Anlegen eines Tracheostoma
 - .13 Mit Plastik (Stent)
 - .1x Sonstige

- 5-314.2 Destruktion
 - .20 Offen chirurgisch
 - .21 Thorakoskopisch
 - .22 Tracheobronchoskopisch
 - .2x Sonstige

5-314.x Sonstige

7.3.16.10 Rekonstruktion des Larynx

Exkl. Dilatation des Larynx (5-319.0)

- 5-315.0 Naht (nach Verletzung), inkl. Larynxfraktur
- 5-315.1 Verschluss einer Fistel

- 5-315.2 Erweiterungsplastik der Glottis (endolaryngeal)
- 5-315.3 Konstruktion einer Neoglottis
- 5-315.4 Erweiterungsplastik des Larynx
- 5-315.5 Plastische Rekonstruktion des Larynx
Exkl.: Laryngektomie mit Rekonstruktion (5-303 ff.)
- 5-315.6 Plastische Rekonstruktion einer Stimmlippe
- 5-315.7 Revision einer Neoglottis
- 5-315.8 Revision einer Stimmlippenplastik
- 5-315.9 Lateralfixation der Stimmlippen von außen

7.3.16.11 Rekonstruktion der Trachea

Exkl. Dilatation der Trachea (5-319.1)

Hinw.: Die Codes .5 und .6 sind als 6-Steller zu kodieren:

- 5-316.0 Naht (nach Verletzung)
- 5-316.1 Verschuß einer Fistel (Exkl.: Verschuß einer erworbenen Ösophagotrachealfistel (5-429.4))
- 5-316.2 Verschuß eines Tracheostoma
- 5-316.3 Erweiterungsplastik eines Tracheostoma
- 5-316.4 Resektion mit Implantation einer Prothese
- 5-316.5- Plastische Rekonstruktion (Tracheatransplantation)
 - .50 Zervikal
 - .51 Zervikal mit Tracheostomie
 - .52 Intrathorakal
 - .5x Sonstige
- 5-316.6- Beseitigung einer Trachealstenose
 - .60 Mit End-zu-End-Anastomose
 - .61 Mit Plastik (Stent)
 - .6x Sonstige
- 5-316.7 Tracheopexie
- 5-316.8 End-zu-End-Anastomose (bei Ruptur)

7.3.16.12 Andere Operationen an Larynx und Trachea

Hinw.: Die Codes .1 und .6 sind als 6-Steller zu kodieren:

- 5-319.0 Dilatation des Larynx
 - 5-319.1- Dilatation der Trachea (endoskopisch)
- Die Anwendung von Lasertechnik ist gesondert zu kodieren

- .11 Ohne Einlegen einer Schiene (Stent)
- .13 Mit Einlegen einer Schiene (Stent), hybrid/dynamisch
- .14 Mit Einlegen einer Schiene (Stent), Kunststoff
- .15 Mit Einlegen einer Schiene (Stent), Metall
- 5-319.2 Adhäsiolyse
- 5-319.3 Wechsel einer Prothese (Platzhalter) nach Larynxrekonstruktion
- 5-319.4 Entfernung einer Prothese (Platzhalter) nach Larynxrekonstruktion
- 5-319.6 Wechsel einer trachealen Schiene (Stent) (inkl. Dilatation)
- .60 Auf eine Schiene (Stent), hybrid/dynamisch
- .61 Auf eine Schiene (Stent), Kunststoff
- .62 Auf eine Schiene (Stent), Metall
- 5-319.7 Entfernung einer trachealen Schiene (Stent)
- 5-319.9 Einlegen oder Wechsel einer Stimmprothese

(Hinw.: Die Anlage einer ösophago-trachealen Fistel ist gesondert zu kodieren (5-429.0))

5-319.a Entfernung einer Stimmprothese

(Hinw.: Der Verschluss einer ösophago-trachealen Fistel ist gesondert zu kodieren (5-429.n))

5-319.b Endoskopische Injektion in die Trachea (Inkl. Injektion von Fibrinkleber)

7.3.17 Operationen am Lymphgewebe

5-400 Inzision von Lymphknoten und Lymphgefäßen

Hinw.: Die Codes 5-401.- sind als 6-Steller zu kodieren. Bei Verwendung mehrerer Markierungsverfahren ist jedes Verfahren gesondert zu kodieren:

- 5-401.0- Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße, zervikal
- .00↔ Ohne Markierung
- .01↔ Mit Radionuklidmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)
- .02↔ Mit Farbmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)

Hinw.: Der folgende Kode ist als 5-Steller zu kodieren

5-402.0 Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) als selbständiger Eingriff, zervikal

7.3.18 Radikale zervikale Lymphadenektomie [Neck dissection]

Hinw.: Das Zusatzkennzeichen für „beidseitig“ ist nur zu verwenden bei Entfernung der gleichen Anzahl von Lymphknotenregionen auf beiden Seiten in einer Operation. In allen anderen Fällen ist eine getrennte Kodierung erforderlich. Die Codes sind als 6-Steller zu kodieren:

5-403.0- Selektiv (funktionell)

- .00↔ 1 Region
- .01↔ 2 Regionen
- .02↔ 3 Regionen
- .03↔ 4 Regionen
- .04↔ 5 Regionen
- .05↔ 6 Regionen

5-403.1- Radikal

- .10↔ 4 Regionen
- .11↔ 5 Regionen
- .12↔ 6 Regionen

5-403.2- Radikal, modifiziert

- .20↔ 4 Regionen
- .21↔ 5 Regionen
- .22↔ 6 Regionen

5-403.3- Radikal, erweitert

- .30↔ 4 Regionen
- .31↔ 5 Regionen
- .32↔ 6 Regionen

7.3.19 Operationen am Ductus thoracicus

5-405.0 Verschluss einer Chylusfistel, offen chirurgisch

5-405.1 Verschluss einer Chylusfistel, thorakoskopisch

7.3.20 Operationen am Ösophagus (Auszug!)

7.3.20.1 Inzision des Ösophagus

Inkl.: Entfernung eines Fremdkörpers.

Hinw.: Der Zugang ist an der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:

0	offen chirurgisch abdominal
1	offen chirurgisch thorakal
2	laparoskopisch
3	thorakoskopisch
4	Umsteigen laparoskopisch – offen chirurgisch
5	Umsteigen thorakoskopisch – offen chirurgisch
6	endoskopisch
x	sonstige

5-420.0- Ösophagomyotomie

5-420.1- Ösophagomyotomie, pharyngozerikal

7.3.20.2 Exzision Zenker-Divertikel

5-422.0 Exzision Zenker-Divertikel, offen chirurgisch

5-422.2 Exzision Zenker-Divertikel, endoskopisch

7.3.20.3 Andere Operationen am Ösophagus

Hinw.: Der Kode .4 ist als 6-Steller zu kodieren:

5-429.0 Anlegen einer ösophago-trachealen Fistel (Inkl.: Zum Einlegen einer Stimmprothese)

5-429.4 Naht, primär (Inkl.: Verschluss einer erworbenen ösophago-trachealen Fistel, exkl. Verschluss einer kongenitalen ösophago-trachealen Fistel (5-428))

- .40 offen chirurgisch
- .41 endoskopisch
- 5-429.8 Bougierung
- 5-429.n Verschluss einer chirurgisch angelegten ösophagotrachealen
Fistel

7.3.21 Operationen bei Gesichtsschädelfrakturen

Hinw.: Die Entnahme eines Transplantates zur mikrovaskulären Anastomosierung ist gesondert zu kodieren (5-858). Die Osteosynthese ist für die Kodes 5-760 bis 5-765 nach folgender Liste zu kodieren:

Exkl.: Reposition einer Nasenbeinfraktur (5-216), Rekonstruktion der Weichteile im Gesicht (5-778).

- 0↔ Externe Fixation
- 1↔ Osteosynthese durch Draht
- 2↔ Osteosynthese durch Schraube
- 3↔ Osteosynthese durch Platte
- 4↔ Osteosynthese durch Materialkombinationen
- x↔ Sonstige

7.3.21.1 Reposition einer lateralen Mittelgesichtsfraktur

Hinw.: Die Art der Osteosynthese ist für die Subkodes .1, .2, .4 und 6 in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-760 zu kodieren.

- 5-760.0↔ Jochbeinkörper, geschlossen (inkl. externe Fixation)
- 5-760.1- Jochbeinkörper, offen, Einfachfraktur
- 5-760.2- Jochbeinkörper, offen, Mehrfachfraktur
- 5-760.3↔ Jochbogen, geschlossen (inkl. externe Fixation)
- 5-760.4- Jochbogen, offen
- 5-760.5↔ Jochbeinkörper und Jochbogen, geschlossen, (inkl.: externe
Fixation)
- 5-760.6- Jochbeinkörper und Jochbogen, offen

7.3.21.2 Reposition einer zentralen Mittelgesichtsfraktur

Hinw.: Die Art der Osteosynthese ist für die Subkodes .1, .3, .4 in der 6. Stelle nach der folgenden Liste zu kodieren.

- 0 Externe Fixation
- 1 Osteosynthese durch Draht
- 2 Osteosynthese durch Schraube
- 3 Osteosynthese durch Platte
- 4 Osteosynthese durch Materialkombinationen
- x Sonstige

- 5-761.0 Maxilla, geschlossen (inkl. externe Fixation)
- 5-761.1- Maxilla, offen
- 5-761.2 Processus alveolaris maxillae, geschlossen
- 5-761.3- Processus alveolaris maxillae, offen
- 5-761.4- Nasoethmoidal, offen (Exkl.: Rekonstruktion der Hirnhäute (5-021), Rekonstruktion des Tränenkanales (5-086), Operationen am Kanthus/Epikanthus (5-092), Operationen an den Nasennebenhöhlen (5-22))

7.3.21.3 Reposition einer zentrolateralen Mittelgesichtsfraktur

Hinw.: Die Art der Osteosynthese ist für die Subkodes .1 und in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-761 zu kodieren.

- 5-762.0 Geschlossen (inkl. externe Fixation)
- 5-762.1- Offen

7.3.21.4 Reposition anderer kombinierter Mittelgesichtsfrakturen (Mehrfachfraktur)

Hinw.: Die Art der Osteosynthese ist für die Subkodes .1, .3, .5, .7 und in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-761 zu kodieren

- 5-763.0 Kombiniert zentrolateral und zentrolateral, geschlossen (inkl. externe Fixation)
- 5-763.1- Kombiniert zentrolateral und zentrolateral, offen
- 5-763.2 Kombiniert zentrolateral und lateral, geschlossen (inkl. externe Fixation)
- 5-763.3- Kombiniert zentrolateral und lateral, offen
- 5-763.4 Kombiniert zentrolateral und zentral, geschlossen (inkl. externe Fixation)
- 5-763.5- Kombiniert zentrolateral und zentral, offen
- 5-763.6 Kombiniert zentrolateral und andere, geschlossen (inkl. externe Fixation)

5-763.7- Kombiniert zentrolateral und andere, offen

7.3.21.5 Reposition einer Orbitafraktur

Inkl.: Osteosynthese, Membran, Folien

5-766.0↔ Orbitadach, offen

5-766.1↔ Orbitawand, lateral, offen

5-766.2↔ Orbitawand, medial, offen

5-766.3↔ Orbitaboden, offen, von außen

5-766.4↔ Orbitaboden, offen, transantral

5-766.5↔ Orbitaboden, offen, transkonjunktival

5-766.6↔ Orbitaboden, offen, kombiniert

7.3.21.6 Reposition einer Stirnhöhlenwandfraktur

Inkl.: Osteosynthese

Exkl.: Kranioplastik (5-020), Rekonstruktion der Schädelbasis (5-020.4), Rekonstruktion der Hirnhäute (5-021), Operation am Sinus frontalis (5-223)

5-767.0 Vorderwand, offen

5-767.1 Vorderwand, endoskopisch

5-767.2 Vorderwand, Heben einer Impressionsfraktur

5-767.3 Hinterwand, offen

5-767.4 Hinterwand und Vorderwand, offen

7.3.21.7 Reosteotomien disloziert verheilte Gesichtsschädelfrakturen

Inkl.: Osteosynthese

Exkl.: Primäre Versorgung von Gesichtsschädelfrakturen (5-760 ff.)

5-768.0↔ Im lateralen Mittelgesicht

5-768.1 Im zentralen Mittelgesicht

5-768.2 Im zentrolateralen Mittelgesicht

5-768.3↔ An der Mandibula

7.3.22 Rekonstruktion der Weichteile im Gesicht

Exkl.: Plastische Operationen an Lippe und Mundwinkel (5-908)

- 5-778.0 Naht (nach Verletzung), einschichtig
- 5-778.1 Naht (nach Verletzung), mehrschichtig
- 5-778.2 Plastische Sofortrekonstruktion

7.3.23 Implantatversorgung für die Rekonstruktion mit Gesichtsepithesen

5-77a.0↔ Einführung der Implantate

Exkl.: Rekonstruktion der Orbitawand mit Metallplatten oder Implantaten (5-167.1)

- .00↔ Ohr (Mastoid)
- .01↔ Orbita
- .02 Nase
- .03↔ Mehrere Teilbereiche des Gesichts
- .0x↔ Sonstige (inkl. Ober- und Unterkiefer, Stirn)
- 5-77.a.1↔ Entfernung der Implantate
- 5-77.a.2↔ Freilegung der Implantate und Fixation einer Distanzhülse
- 5.77a.x Sonstige

7.3.24 Lappenplastiken

7.3.24.1 Entnahme und Transplantation von Muskel, Sehne und Faszie mit mikrovaskulärer Anastomosierung

Inkl.: Vorbereitung der Empfängerregion

Die Deckung des Entnahmedefektes ist gesondert zu kodieren (5-90).

Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach der nachfolgenden Liste zu kodieren.

- 0↔ Kopf und Hals
- 1↔ Schulter und Axilla
- 2↔ Oberarm und Ellenbogen
- 3↔ Unterarm

- 4↔ Hand
- 5↔ Brustwand und Rücken
- 6↔ Bauchregion
- 7↔ Leisten- und Genitalregion und Gesäß
- 8↔ Oberschenkel und Knie
- 9↔ Unterschenkel
- a↔ Fuß
- x↔ Sonstige

- 5-858.0- Entnahme eines fasziokutanen Lappens
- 5-858.1- Entnahme eines septokutanen Lappens
- 5-858.2- Entnahme eines myokutanen Lappens
- 5-858.3- Entnahme eines osteomyokutanen oder osteofasziokutanen Lappens
- 5-858.4- Entnahme eines sonstigen Transplantates
- 5-858.5- Transplantation eines fasziokutanen Lappens
- 5-858.6- Transplantation eines septokutanen Lappens
- 5-858.7- Transplantation eines myokutanen Lappens
- 5-858.8- Transplantation eines osteomyokutanen oder osteofasziokutanen Lappens
- 5-858.9- Transplantation eines sonstigen Transplantates

7.3.25 Operative Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut

Hinw.: Die Lokalisation ist für die Codes 5-900 bis 5-907 und 5-909 nach folgender Liste zu kodieren:

- 0 Lippe
- 4 Sonstige Teile Kopf
- 5 Hals

7.3.25.1 Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut

Inkl.: Wundrandexzision nach Friedrich, Wundreinigung (Spülung, Kürettage)

Exkl.: Rekonstruktion der Weichteile im Gesicht (5-778 ff.), Wunddebridement (5-893 ff., 5-850 ff., 5-869.1)

Hinw.: Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach vorstehender Liste zu kodieren.

5-900.0- Primärnaht

5-900.1- Sekundärnaht

7.3.25.2 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 nach der Liste vor Kode 5-900 zu kodieren.

5-901.0- Spalthaut (Inkl.: Meshgraft)

5-901.1- Vollhaut

5-901.2- Composite graft

7.3.25.3 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

Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-900 zu kodieren.

5-902.0- Spalthaut, kleinflächig (Meshgraft)

- 5-902.1- Spalthaut auf granulierendes Hautareal, kleinflächig (Mesh-graft)
- 5-902.2- Vollhaut, kleinflächig
- 5-902.3- Composite graft, kleinflächig
- 5-902.4- Spalthaut, großflächig (Meshgraft)
- 5-902.5- Spalthaut auf granulierendes Hautareal, großflächig (Mesh-graft)
- 5-902.6- Vollhaut, großflächig
- 5-902.7- Composite graft, großflächig
- 5-902.8- Permanenter Hautersatz durch Dermisersatzmaterial
- 5-902.9 Epithelzellsuspension nach Aufbereitung mit Bedside-Kit
- 5-902.a Epithelzellsuspension nach labortechnischer Aufbereitung im Schnellverfahren

7.3.25.4 Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut

Hinw.: Kleinflächig entspricht einer Fläche bis 4 cm²

Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-900 zu kodieren

- 5-903.0- Dehnungsplastik, kleinflächig
- 5-903.1- Verschiebe-Rotationsplastik, kleinflächig
- 5-903.2- Transpositionsplastik, kleinflächig, inkl. VY-Plastik
- 5-903.3- Insellappenplastik, kleinflächig
- 5-903.4- Z-Plastik, kleinflächig
- 5-903.5- Dehnungsplastik, großflächig
- 5-903.6- Verschiebe-Rotationsplastik, großflächig
- 5-903.7- Transpositionsplastik, großflächig, inkl. VY-Plastik
- 5-903.8- Insellappenplastik, großflächig
- 5-903.9- Z-Plastik, großflächig

7.3.25.5 Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Entnahmestelle

Hinw.: Die Entnahme des Transplantates ist nur anzugeben, wenn dieser Eingriff in einer gesonderten Sitzung erfolgt

Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-900 zu kodieren.

- 5-904.0- Freier Lappen mit mikrovaskulärer Anastomosierung
- 5-904.1- Gestielter regionaler Lappen

5-904.2- Gestielter Fernlappen

7.3.25.6 Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Empfängerstelle

Hinw.: Die Entnahme des Transplantates ist nur anzugeben, wenn dieser Eingriff in einer gesonderten Sitzung erfolgt

Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-900 zu kodieren.

5-905.0- Freier Lappen mit mikrovaskulärer Anastomosierung

5-905.1- Gestielter regionaler Lappen

5-905.2- Gestielter Fernlappen

7.3.25.7 Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut

Inkl.: Durchtrennung von Synechien

Exkl.: Einzelne lokale Lappenplastiken (5-903)

Hinw.: Die Entnahme des Transplantates ist nur anzugeben, wenn dieser Eingriff in einer gesonderten Sitzung erfolgt Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-900 zu kodieren.

5-906.0- Kombinierte Lappenplastiken, Butterfly-Plastik, Jumping-man-Plastik

5-906.1- Kombination von Lappenplastiken und freiem Hauttransplantat

5-906.2- Gestielter regionaler Lappen mit Fernlappen

5-906.3- Gestielter regionaler Lappen, Fernlappen und freies Hauttransplantat

7.3.25.8 Revision einer Hautplastik

Inkl.: Ausdünnung eines Lappens

Hinw.: Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-900 zu kodieren

5-907.0- Narbenkorrektur (nach Hautplastik)

5-907.1- Revision eines freien Hauttransplantates

- 5-907.2- Revision einer lokalen Lappenplastik
- 5-907.3- Revision eines gestielten regionalen Lappens
- 5-907.4- Revision eines gestielten Fernlappens
- 5-907.5- Revision eines freien Lappens mit mikrovaskulärer Anastomosierung

7.3.25.9 Plastische Operation an Lippe und Mundwinkel

Exkl.: Korrektur einer Lippenspalte (5-276)

- 5-908.0 Naht (nach Verletzung)
- 5-908.1 Plastische Rekonstruktion der Oberlippe
- 5-908.2 Plastische Rekonstruktion der Unterlippe (inkl. Vermilionektomie)
- 5-908.3↔ Plastische Rekonstruktion des Mundwinkels

7.3.25.10 Andere Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut

Hinw.: Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-900 zu kodieren

- 5-909.0- Implantation eines Hautexpanders
- 5-909.1- Explantation eines Hautexpanders
- 5-909.2- Lappenstieldurchtrennung (inkl. Einarbeitung des Lappens in die Umgebung)

7.3.26 Zusatzinformationen zu Operationen

Hinw.: Die folgenden Positionen sind ausschließlich zur Kodierung von Zusatzinformationen zu Operationen zu benutzen, sofern sie nicht schon im Kode selbst enthalten sind.

Sie dürfen nicht selbständig benutzt werden und sind nur im Sinne einer Zusatzkodierung zulässig.

- 5-981 Versorgung bei Mehrfachverletzung
Hinw.: Dieser Zusatzkode ist nur für die Versorgung von

- Patienten anzuwenden, bei denen als Unfallfolge eine Mehrfachverletzung vorliegt, aber **keine** Lebensgefahr besteht
- 5-982.- Versorgung bei Polytrauma
Hinw.: Die Zusatzkodes dieser Gruppe sind nur für die Versorgung von Patienten anzuwenden, bei denen als Unfallfolge eine Verletzung mehrerer Organsysteme **mit akuter Lebensgefahr** besteht
- 5-982.0 Operationen an Bewegungsorganen
- 5-982.1 Operationen an Bewegungsorganen, an Organen des Bauchraumes u. Thoraxraumes und am Gesichtsschädel
- 5-982.2 Operationen an Bewegungsorganen, an Organen des Bauchraumes und Thoraxraumes und am ZNS
- 5-982.x Sonstige
- 5-983 Reoperation
- 5-984 Mikrochirurgische Technik
- 5-985 Lasertechnik
- .0↔ Argon- oder frequenzgedoppelter YAG-Laser
- .1 CO₂-Laser
- .2 Dioden-Laser
- .3 Erbium-YAG-Laser
- .4 Excimer-Laser
- .5 Femtosekunden-Laser
- .6 Neodym-YAG-Laser
- .x Sonstige
- .y N. n. bez.
- 5-986 Minimalinvasive Technik
- 5-987 Anwendung eines OP-Roboters
- 5-988 Anwendung eines Navigationssystems
- 5-989 Fluoreszenzgestützte Resektionsverfahren
- 5-995 Vorzeitiger Abbruch einer Operation (Eingriff nicht komplett durchgeführt)

7.4 NICHTOPERATIVE THERAPEUTISCHE MASSNAHMEN

7.4.1 Applikation von Medikamenten

Für definierte Wirkstoffe können im G-DRG-System Zusatzentgelte abgerechnet werden, die über OPS-Kodes zu kodieren sind. Die nach-

folgende Liste zeigt eine Auswahl dieser definierten Wirkstoffe. Für eine vollständige Liste aller zusatzentgeltfähigen Wirkstoffe und Verfahren sei auf die Anlagen des Fallpauschalen-Kataloges verwiesen. Die letzte Stelle des Codes definiert die gesamte während des stationären Aufenthaltes des Patienten verabreichte Wirkstoffmenge, wobei für jeden Wirkstoff eine Schwellenmenge definiert wurde, die überschritten sein muss, um den entsprechenden OPS-Code kodieren zu dürfen. Für die beispielhafte Kodierung eines Patienten zur systemischen Chemotherapie mit Paclitaxel s. 4.1.6.

Auswahl an verfügbaren Wirkstoffen

- 6-001.0- Alemtuzumab, parenteral
- 6-001.1- Gemcitabin, parenteral
- 6-001.2- Gemtuzumab Ozogamicin, parenteral
- 6-001.3- Irinotecan, parenteral
- 6-001.4- Sargramostim, parenteral
- 6-001.6- Rituximab, parenteral
- 6-001.7- Trastuzumab, parenteral
- 6-001.8 Aldesleukin, parenteral
- 6-001.9 Bortezomib, parenteral
- 6-001.a Cetuximab, parenteral
- 6-001.b Liposomales Doxorubicin, parenteral
- 6-001.c Pemetrexed, parenteral
- 6-001.d- Adalimumab, parenteral
- 6-001.e- Infliximab, parenteral
- 6-001.f- Paclitaxel, parenteral
- 6-001.g Imatinib, oral
- 6-002.0- Caspofungin, parenteral
- 6-002.1- Filgastrim, parenteral
- 6-002.2- Lenograstim, parenteral
- 6-002.3- Liposomales Amphotericin B, parenteral
- 6-002.4- Topotecan, parenteral
- 6-002.5- Voriconazol, oral
- 6-002.6- Voriconazol, parenteral
- 6-002.7 Pegfilgrastim, parenteral
- 6-002.8 Pegyliertes liposomales Doxorubicin, parenteral
- 6-002.9 Bevacizumab, parenteral
- 6-002.a liposomales Cytarabin, intrathekal

- 6-002.b Etanercept, parenteral
- 6-002.c Itraconazol, parenteral
- 6-002.d Busulfan, parenteral
- 6-002.e Temozolomid, parenteral
- 6-002.f Bosentan, parenteral
- 6-002.h- Docetaxel, parenteral
- 6-003.8 Botulinum Toxin

Beispielhafte Darstellung der Differenzierung des OPS-Kodes 6-001.f- in Abhängigkeit der gesamten während eines stationären Aufenthaltes verabreichten Wirkstoffmenge:

Paclitaxel, parenteral

- 6-001.f0 180 mg bis unter 240 mg
- 6-001.f1 240 mg bis unter 360 mg
- 6-001.f2 360 mg bis unter 480 mg
- 6-001.f3 480 mg bis unter 600 mg
- 6-001.f4 600 mg bis unter 720 mg
- 6-001.f5 720 mg bis unter 840 mg
- 6-001.f6 840 mg und mehr

7.4.2 Enterale Ernährung als medizinische Hauptbehandlung

Hinw.: Die Erstellung eines Behandlungsplanes ist im Kode enthalten

- 8-015.0 Über eine Sonde
- 8-015.1 Über ein Stoma
- 8-015.2 Therapeutische Hyperalimentation

7.4.3 Parenterale Ernährung als medizinische Hauptbehandlung

Hinw.: Die Erstellung eines Behandlungsplanes ist im Kode enthalten

- 8-016 Parenterale Ernährung als medizinische Hauptbehandlung

7.4.4 Fremdkörperentfernung

7.4.4.1 Fremdkörperentfernung durch Endoskopie

Inkl.: Entfernung eines Konkrementes

- 8-100.0↔ Durch Otoskopie
- 8-100.1 Durch Rhinoskopie
- 8-100.2 Durch Laryngoskopie
- 8-100.3 Durch Tracheoskopie
- 8-100.4 Durch Bronchoskopie mit flexiblem Instrument
- 8-100.5 Durch Bronchoskopie mit starrem Instrument
- 8-100.6 Durch Ösophagoskopie mit flexiblem Instrument
- 8-100.7 Durch Ösophagoskopie mit starrem Instrument

7.4.4.2 Fremdkörperentfernung ohne Inzision

Exkl.: Fremdkörperentfernung durch Endoskopie (8-100)

- 8-101.3↔ Aus dem äußeren Gehörgang
- 8-101.4 Aus der Nase
- 8-101.5 Aus dem Pharynx

7.4.4.3 Fremdkörperentfernung aus der Haut ohne Inzision

- 8-102.0 Lippe
- 8-102.1 Gesicht
- 8-102.2 Kopf und Hals

7.4.5 Therapeutische Spülungen (Lavage)

- 8-171.0↔ Äußerer Gehörgang
- 8-171.1↔ Mittelohr
- 8-172↔ Nasennebenhöhlen (exkl. Spülung durch Kieferhöhlenpunktion s. 5-220.0, 5-220.1)

7.4.6 Nasentamponaden

8-500 Tamponade einer Nasenblutung (exkl. operative Behandlung einer Nasenblutung (s. 5-210))

7.4.7 Hyperbare Oxygenation [HBO]

Hinw.: Der Kode ist für jede einzelne Behandlung anzugeben.

- 8-721.0 Behandlungsdauer bis 145 min. ohne Intensivüberwachung
- 8-721.1 Behandlungsdauer bis 145 min. mit Intensivüberwachung
- 8-721.2 Behandlungsdauer von 145-280 min. mit Intensivüberwachung
- 8-721.3 Behandlungsdauer über 280 min. mit Intensivüberwachung
- 8-721.4 Behandlungsdauer von 145-280 min. ohne Intensivüberwachung
- 8-721.x Sonstige

7.4.8 Transfusionen

Hinw.: Für die nachfolgenden Einzeltransfusionen gleichen Typs ist nur ein Kode pro stationärem Aufenthalt anzugeben, d. h. die Anzahl der verabreichten Transfusionseinheiten ist am Ende des stationären Aufenthaltes zu addieren und der mit der errechneten Anzahl (6. Stelle) korrespondierende OPS-Kode zu wählen.

Vollblut, 1-5 TE	8-800.0
Vollblut, mehr als 5 TE	8-800.1
Erythrozytenkonzentrate	8-800.7 ff
Thrombozytenkonzentrate (TKs)	8-800.b ff
Patientenbezogen TKs	8-800.6 ff
Apherese-Thrombozytenkonzentrate	8-800.9 ff

Für die Transfusion von Blutprodukten können Zusatzentgelte abgerechnet werden, sofern eine spezifisch definierte Schwellenmenge pro stationärem Aufenthalt überschritten wird:

- > 6 Erythrozytenkonzentrate bei Patienten < 15 Jahre
- >15 Erythrozytenkonzentrate bei Patienten > 14 Jahre
- >4 Thrombozytenkonzentrate bei Patienten > 14 Jahre
- > 2 Apherese-Thrombozytenkonzentrat bei Patienten > 14 Jahre
- Patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate: ab dem ersten Konzentrat

7.4.9 Allgemeinanästhesie

Hinw.: Dieser Kode ist ein Zusatzkode. Er ist nur zu verwenden, wenn das Anästhesieverfahren bei Behandlungen angewendet wurde, die normalerweise ohne Anästhesie durchgeführt werden (z. B. bei Kindern), (s. 3.2.5).

- 8-900 Intravenöse Anästhesie
- 8-901 Inhalationsanästhesie
- 8-902 Balancierte Anästhesie
- 8-903 (Analgo-)Sedierung (nur für Patienten bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres anzugeben)

7.5 Phoniatriche und pädaudiologische Therapie

Hinw.: Ein Kode aus diesem Bereich ist nur einmal pro stationärem Aufenthalt anzugeben. Zur Verwendung dieser Kodes sind die umfang-

reichen Hinweise in der Buchversion des OPS-Kataloges der Version heranzuziehen.

- 9-310 Phoniatische Komplexbehandlung organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens
- 9-311 Integrierte phoniatisch-psycho somatische Komplexbehandlung von Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens und des Hörens
- 9-312 Integrierte pädaudiologische Komplexbehandlung (inkl. Behandlung v. Kindern und Erwachsenen mit Cochlea-Implantaten)

8.1 Literaturverzeichnis

1. Alberty, J, Franz, D (2006) HNO-relevante Änderungen des Operations- und Prozedurenschlüssels (OPS) ab 2006. Laryngorhinotologie 2006; 85: 435-440
2. Alberty, J, Franz, D (2009) Auswirkungen der DRG-Einführung auf die HNO-Heilkunde. In Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland: Standortbestimmung und Perspektiven. Hrsg.: Rau, F, Roeder, N, Hensen, P. Kohlhammer Verlag
3. Basiswissen Kodieren, Hrsg.: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
4. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), 2011: ICD-10-GM Version 2012, Köln, Kohlhammer
5. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), 2011: OPS Version 2012, Köln, Kohlhammer
6. Franz, D, Roeder, N, Hörmann, K, Alberty J (2008) Die HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie im G-DRG-System 2008. HNO 56:874-880
7. Franz, D, Roeder, N, Hörmann, K, Alberty J (2007) Die HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie im G-DRG-System 2007. HNO 55:532-537
8. Franz, D, Franz, K, Roeder, N, Hörmann, K, Fischer, RJ, Alberty, J (2007) Die Abbildungsqualität großer operativer Eingriffe an Kopf und Hals in den G-DRG-Systemen 2004 bis 2007. Was hat

die Weiterentwicklung der Fallpauschalen gebracht? HNO 55:538–545

9. Franz, D, Roeder, N, Hörmann, K, Alberty, J (2006) Möglichkeiten und Grenzen einer Abbildung der HNO-Heilkunde im G-DRG-System. HNO 54:179-189
10. Franz, D, Roeder, N, Hörmann, K, Alberty, J (2006) Das G-DRG-System 2006 und seine Auswirkungen auf die Abbildungsqualität der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie. HNO 54:267-276
11. Franz, D, Roeder, N, Alberty, J (2005) DRG-Evaluationsprojekt Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie: Abbildungsqualität stationärer Therapien der HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie und Anpassungsbedarf des G-DRG-Systems, Schöningh-Verlag, Münster, ISBN: 3-865-23-035-0
12. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH (InEK), 2011: G-DRG German Diagnosis Related Groups, Version 2012, Definitions-Handbuch Band 1-5, Siegburg, verfügbar unter www.g-drg.de
13. PKV, GKV, DKG (2011): Deutsche Kodierrichtlinien, Version 2012, Düsseldorf, Deutsche Krankenhaus Verlagsanstalt
14. Roeder N (2008), Anpassungsbedarf der Vergütung von Krankenhausleistungen für 2009. Gutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft / Norbert Roeder - Münster: DRG-Research-Group

8.2 Interessante Internet-Links

DRG Kommission der Deutschen Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie	http://www.hno.org/drg
Bundesministerium für Gesundheit	www.bmg.bund.de
DRG-Research-Group, Universitätsklinikum Münster	http://drg.uni-muenster.de
Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information	www.dimdi.de
Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH (InEK)	www.g-drg.de
Allgemeine Ortskrankenkassen	www.krankenhaus-aok.de
Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften	www.awmf-online.de
Deutsche Krankenhausgesellschaft	www.dkgev.de
myDRG	www.mydrg.de
medinfoweb	www.medinfoweb.de

8.3 Index

Abbruch einer Operation	34	Caspofungin	164
Adalimumab	164	CERA	112
Adenotomie	143	Chemotherapeutika	36
Blutstillung nach	39	Chemotherapie	48
Alemtuzumab	164	systemisch	45
Allergie	57	Cholesteatom	126
Allergie gegenüber Arzneimitteln	30	CuP-Syndrom <i>Siehe</i> Primärtumor, unbekannt	
Allgemeinanästhesie	37, 168	Desaktivierung, adaptive	59
Amputation, traumatisch	104	Diagnose	9
Anämie		Anamnestische Diagnose	30
Blutungsanämie	21, 77	Ausrufezeichen-Diagnose	16
Tumoranämie	49	Hauptdiagnose	12
Antrotomie	62, 125	Kreuz-Stern (†/*) - Diagnose	14
Attikotomie	62, 125	Nebendiagnose	22
Audiometrie	112	Unspezifische Diagnose	11
Befund, abnormer	23	Unzulässige Hauptdiagnose	13
BERA	112	Verdachtsdiagnose	27
Biopsie	73	<u>Dialysebehandlung</u>	35
Blutprodukte <i>Siehe Transfusionen</i>		Docetaxel	165
Bösartige Neubildung		DRG	3
Malignom in der Eigenanamnese	46	DRG-Zuordnung	5
Metastasen	44	Fehler-DRG	10
Nachuntersuchung bei Malignom	46	Ductus thoracicus	153
Primärtumor, unbekannt	45	Duraplastik	118
Cancer of unknown primary <i>Siehe</i> Primärtumor, unbekannt		Endoskopie	72
		Epistaxis	50, 51
		Ernährung	

enteral	165	Gehörgang, äußerer	120
parenteral	165	Gehörgangscholsteatom	59, 120
Ethmoidsphektomie	133	Gehörgangsexostose	120
Extremitätenverlust	30	Gehörgangsexostosen	59
Fallpauschalenvereinbarung	40	Gemcitabin	164
Fazialismonitoring	138	Gesichtsepithesen	157
Fernlappen, gestielt	68	Glossektomie	
Filgastrim	164	partiell	135
Fistel, ösophago-tracheal	72	Rekonstruktion	136
Folgeeingriff	25	Gustometrie	112
Folgezustand	24	Halsfistel, lateral	144
Follow-Up-Untersuchung	<i>Siehe</i>	Halszyste, lateral	144
Nachuntersuchung bei Malignom		Hauptdiagnosekategorie	6
Fraktur	102	Häusliche Medikation,	
Gesichtsschädel	154	Weiterführung	23
Jochbein	103	Hautplastik, Revision	161
Mittelgesicht, lateral, Reposition	154	Hauttransplantation, frei	159
Mittelgesicht, zentral, Reposition	154	Hirnnervenverletzung	103
Mittelgesichtsfraktur,		Hörgerät	
Mehrfachfraktur	155	implantierbar	127
Nasen	130	teilimplantierbar	127
Nasenbein	103	Hörsturz, MDK	
Orbita, Reposition	156	Grundsatzgutachten	52
Orbitaboden	103	Hörsturztherapie	
Fremdkörperentfernung	166	Leitlinie der DGHNOKHC	52
Fremdkörperentfernung,		Hyperbare Oxygenation	167
endoskopisch	74	Hypopharyngoskopie	74
Frenulotomie	142	ICD-10-GM-Kode	<i>Siehe</i> Diagnose
Ganzkörperbestrahlung	45	ICD-Kode-Zusätze	
		Exklusiva	10

Hinweise	10	Liquorfistel, postoperativ	20
Inklusiva	10	Major Diagnostic Category	<i>Siehe</i>
Infliximab	164	Hauptdiagnosekategorie	
Irinotecan	164	Marsupialisation	137
Keilbeinhöhle	132	Mastoidektomie	125
Kieferhöhle	132	einfach	62
Klinische Untersuchung	37	radikal	62
Knochenanker, Implantation	126	MDC	<i>Siehe</i> Hauptdiagnosekategorie
Kochleaimplantat		Mehrere Lokalisationen	29
Einführung	126	Mikrolaryngoskopie	72, 74
Wechsel	127	Mittelohr, Rekonstruktion	125
Komplikation	20, 40	Mittelohrprothesen	61
Kranioplastik	117	MRSA	54
Kraniotomie	117	Mundbodenplastik	140
Labyrinth		Myringoplastik	123
Destruktion	126	Nachblutung nach Tonsillektomie	
Ektomie	126		21
Lappen, mikrovasculär-		Nasenblutung, Tamponade	128
anastomosiert	68	Nasendeformität	
Lappenplastik	157	angeboren	63
lokal	160	erworben	63
Laryngektomie	147	Nasenmuschel, untere	129
Hemilaryngektomie	147	Nasennebenhöhlenchirurgie	66
partiell	147	Nasennebenhöhlenpunktion	131
Larynx		Nasenseptum	129
Dilatation	150	Nebenwirkungen von	
Laryngoskopie	72	Arzneimitteln	50
Rekonstruktion	149	Neck dissection	70, 152
Lavage	166	Neubildung	
Lenograstim	164	unklare Dignität	50
Liposomales Amphotericin B	164		

Neues Untersuchungs- und Behandlungsverfahren	31	Polygraphie, kardiorespiratorisch	112
Ohrknorpel, Entnahme zur Transplantation	60	Polysomnographie, kardiorespiratorisch	112
Ohrmuschel	120	Primärdokumentation	9
Ohrradikalhöhle	62	Provokationstestung, allergologische	58
Olfaktometrie	112	Prozedur	31
Operation nicht durchgeführt	26	Prozedur bilateral	35
Orbitotomie	119	Prozedur unterbrochen	34
Ösophagoskopie	74	Signifikante Prozedur	34
Otoakustische Emissionen	112	Psychische Verhaltensstörungen	
Paclitaxel	164	Abhängigkeit	54
Pädaudiologie	168	Abhängigkeitssyndrom	56
Palatoplastik	141	Akute Intoxikation	55
Panendoskopie	74	Akuter Rausch	55
Pansinusoperation	66	Entzugssyndrom	56
Parazentese	125	Schädlicher Gebrauch	55
Parotidektomie	138	Radiojodtherapie	45
Patientenbezogene Komorbiditäts- und Komplexitäts- Stufe	7	Readenotomie	39
Paukenröhrchen	125	Reoperation	38
PCCL <i>Siehe</i> patientenbezogene Komorbiditäts- und Komplexitäts- Stufe		Rezidiv	44
Pharyngotomie	144	Rhinomanometrie	112
Phoniatische Therapie	168	Rhinoplastik	62
Pickwick-Syndrom	65	Rippenknorpel, Entnahme zur Transplantation	60
		Rituximab	164
		Sargramostim	164
		Schlafapnoe	65
		Schluckevaluation	112, 115
		Septorhinoplastik	63, 130

Septumabszess, Drainage	128	Trachea	
Septumhämatom, Drainage	128	Dilatation	71
Septumplastik	63	Einlegen einer Schiene	71
Septumstützfolien	128	Rekonstruktion	150
Sialendoskopie, diagnostisch		Wechsel einer Schiene	71
	112, 115	Trachealstenose	70
Sialendoskopie, therapeutisch		erworben	71
	138	nach medizinischen Maßnahmen	71
Sonographie		Tracheobronchoskopie	74
Endosonographie	116	Tracheostomie	
Spätfolge	24, <i>Siehe</i> Folgezustand	permanent	148
Speicheldrüsen	137	temporär	148
Speicheldrüsenausführungsgang		Trachostoma	70
e	137	Tränenwege	118
Stapedektomie, Revision	39	Transfusion	167
Stapesoperation	122	Erythrozytenkonzentrat	168
Stapesplastik	61	Thrombozytenkonzent	168
Stimmprothese	72	Thrombozytenkonzentrat, Apherese	168
Stirnhöhle		Thrombozytenkonzentrat, patientenbezogen	168
Hinterwand, Rekonstruktion	134	Trastuzumab	164
Vorderwand, Rekonstruktion	134	Trommelfellruptur, traumatisch	
Stoma			104
Plastik	71	Tumoranämie	49
Stenose	71	Tumorkachexie	49
Strahlentherapie	48	Tympanoplastik	61
Symptom	17	Kombination mit Mastoideingriff	62
Syndrome	23	Tympanotomie, explorativ	125
Tonsillektomie	143	Virushepatitis	53
Blutstillung nach	39	Voriconazol	164
Topotecan	164		

Wange, Resektion und		Exzision	153
plastische Rekonstruktion	142	Zunge	135
Wiederaufnahme	40	Zusatzentgelt	31, 36
Zenker-Divertikel		Zusatzkennzeichen	32
endoskopisch	146	Zustand nach Transplantation	30

