

Kodierhilfe 2011

Wunden

ICD, OPS, EBM und GOÄ
für Ärzte, Medizincontroller
und Kodierassistenten

8. Auflage



Ein zuverlässiger Partner ist unverzichtbar – gerade für eine bessere Wundversorgung.

Jeder Patient und jede Wunde ist anders. Daher bieten wir eine Unterstützung rund um die Uhr und 7 Tage in der Woche durch ein engagiertes Team aus Fachkräften.

www.kci-medical.com



Vorwort

Die Kodierhilfe Wunden erfreut sich großer Beliebtheit bei all denen, die sich mit der korrekten Kodierung von Wunden und deren Therapie beschäftigen: Ärzte in Kliniken, Niederlassung, bei den Krankenkassen oder dem MDK, aber auch viele nicht-ärztliche Medizincontroller, Verwalter und andere Manager im Gesundheitswesen.

Durch das DIMDI wurden für 2011 die Codes für die V.A.C.® Therapy einerseits und für die chirurgische Wundtoilette an Haut und Unterhaut andererseits völlig neu geordnet. Hierdurch ergeben sich neue erlösrelevante Konstellationen. Wir bitten Sie diese neue Kodierung zu beachten.

Mit der Kodierhilfe 2010 haben wir wegen der Komplexizität des DRG-Systems und den seitherigen Veränderungen und Aktualisierungen auf die Darstellung der DRGs verzichtet. Es hat sich in der Praxis gezeigt, dass eine solche beispielhaft dargestellte ‚mini-grouper‘-Funktion dem individuellen Patientenfall nicht gerecht werden kann und die Realität nicht abbildet.

Wegen der zunehmenden Fragen zur Kodierung aus dem ambulanten Bereich haben wir vermehrt darauf Wert gelegt, auch die ambulante Kodierung und Abrechnung darzustellen. Wie bereits 2010 hat dieses Kapitel Frau B.Roth, Fachanwältin für Medizinrecht erstellt. Hierfür und für die Unterstützung bei den anderen notwendigen Anpassungen danken wir ihr herzlich.

Aus vielen Gesprächen und den Beratungen der Nutzer der Kodierhilfe haben wir gelernt, dass Kodierungen oft allein deshalb fehlerhaft durchgeführt werden, weil klinisch behandelnde Ärzte und Kodierende unterschiedliche Terminologien verwenden. Das führt häufig zu erlöstechnisch relevanten Missverständnissen (Beispiel „AVK“ -I73.9 und „Atherosklerose mit...“-I70.2ff). Besonders die Kodierung des „chirurgischen Debridements“ gab Anlass zur Diskussion. Hier helfen die Neuerungen und Klarstellungen im OPS 2011 nur bedingt. So wurde der Code für die chirurgische Wundtoilette an der Haut und Unterhaut komplett verändert. Nach wie vor gibt es aber das Systemproblem der Kodierung des schichtenübergreifenden Debridements, das für die Bewegungsorgane zu kodieren ist, an Rumpf und Thorax jedoch weiterhin fehlt. Dem Wunsch der Anwender der Kodierhilfe folgend, sind wir zusätzlich dazu übergegangen zu erklären, welche klinischen Begriffe und anatomischen Strukturen zu welchen Kodierungen führen sollten.

Wir hoffen, Ihnen als Leser mit dieser Darstellung eine kleine Hilfestellung leisten zu können.

Ihr



Dr. med. Nikolai von Schroeders



Dr. med. Walter Wetzel-Roth

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	1
Wundkodierung allgemein	3
Kodierung der Vakuumtherapie	4
Komplexe Vakuumbehandlung	8
Häufige Nebendiagnosen	10
Debridements	15
Arterielle Erkrankungen	18
Venöse Ulcera	20
Dekubitus	22
Amputationen	24
Diabetische Wunden	26
Hauttransplantationen	29
Entzündungen, Abszesse und andere Infektionen	30
Thorakale Erkrankungen + Komplikationen	32
Gelenk- + Knochenkrankungen	34
Chirurgische Komplexbehandlung	37
MRE Komplexbehandlung	38
ORSA / MRSA Infektionen	39
Ambulante Abrechnung EBM	40
Ambulante Abrechnung GOÄ	43
Abrechnungsbeispiele ambulanter Wundversorgung nach GOÄ / EBM	44
LifeCell™	53

Wundkodierung allgemein

Hauptdiagnose

Die Wahl der Hauptdiagnose ist abhängig von der Aufnahmesituation des Patienten:

- A) Eine Wunde die als solche im ICD klassifiziert werden kann und die ursächlich die stationäre Behandlung veranlasst wird direkt kodiert. Z.B. Druckulzera (Dekubitus), traumatische Wunden, Verbrennungen oder spezielle Hautkrankheiten wie das Pyoderma gangränosum.
- B) Die Wunde ist Komplikation oder Folge einer Krankheit die zur Aufnahme führte:
Zur Aufnahme führende Krankheit ist Hauptdiagnose, als Nebendiagnosen sind (wenn möglich)
 - die Wunde
 - ein Komplikationskode
 - ggf. bakterielle Besiedelungen
 zu kodieren.
- C) Eine Wunde i.S. einer Komplikation führte zur Aufnahme (z.B. Wundinfektion nach post OP):
Der Komplikationskode (aus dem Kapitel „T“) ist Hauptdiagnose, Wunde und Keim werden wenn möglich als Nebendiagnose kodiert.

Nebendiagnosen

Wunden sind häufig Begleit- oder Folgeerkrankung der die stationäre Behandlung erforderlich machenden Haupterkrankung (und damit Hauptdiagnose). Damit ist die Wunde selbst häufig Nebendiagnose. Oft führt die Nebendiagnose „Wunde“ (ohnein sehr schlecht kodierbar) selbst zu keinerlei Veränderung der DRG-Situation obwohl die Wundversorgung ganz erhebliche Zusatzaufwände verursacht. Dann ist es umso wichtiger, mit der Wunde einhergehende oder mit der Genese der Wunde in Verbindung stehende Nebendiagnosen zu kodieren.

In 2010 wurde bei der Definition von Nebendiagnosen in den Kodierrichtlinien eine Vereinheitlichung der Symptomkodierung aufgenommen. Es sind nun alle Symptome als Nebendiagnosen zu kodieren die einen Aufwand erzeugen. Ob Symptome dabei Folge oder Bestandteil der Haupterkrankung sind, ist nicht mehr relevant.

Zu beachten ist, dass mit Wundsituationen häufig in Verbindung stehende Probleme (wie z.B. Gefäßprobleme, Infektionen, ...) sorgfältig mitcodiert werden.

Prozeduren

Die Behandlung von Wunden wird oft in der Kodierung nur unzureichend berücksichtigt. Dabei führen viele Prozedurenkodes hier zu deutlichen Erlöseffekten. Dies sind z.B. Wundreinigung, Wundrandexzisionen und natürlich die operative Anlage der Vakuumtherapie. Fachspezifische Informationen dazu finden Sie auf den Seiten der jeweiligen Fachgebiete.

Medizinische Kodierung der Vakuumversiegelung

Kodes im Detail

Das V.A.C.® Therapy System ist ein integriertes System zur Wundversorgung, das durch die Kombination von kontrolliertem Unterdruck und Schaumstoffen einen nachgewiesenen positiven Einfluss auf die Perfusion und Wundheilung hat. Es entspricht und genügt als Komplettsystem den Anforderungen und Voraussetzungen des MPG und den Kriterien zur Kodierung mit dem OPS-Kode 5-916.a-.

Vakuumversiegelung		
5-916.a	Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung Inkl.: Bei Verbrennungen	
	.a0	An Haut und Unterhaut
	.a1↔	Tiefreichend, subfaszial oder an Knochen und Gelenken der Extremitäten
komplizierende Prozedur	.a2	Tiefreichend, an Thorax, Mediastinum und Sternum Inkl.: Vakuumversiegelung nach Herzoperation
	.a3	Am offenen Abdomen. Exkl.: Anlage eines Laparostomas
	.a4	Endorektal Inkl.: Endorektale Vakuumtherapie zur Behandlung von Anastomoseninsuffizienzen nach tiefer anteriorer Rektumresektion bei lokaler Peritonitis mit einspiegelbarer Wundhöhle
	.ax	Sonstige. Inkl. Retroperitoneum

Hinweis

Die Angabe dieses Kodes ist an die Durchführung unter Operationsbedingungen mit Anästhesie gebunden. Die Dauer der Anwendung der Vakuumversiegelung ist stets gesondert zu kodieren. Die Anwendung der Vakuumtherapie ohne operative Bedingungen wird nur einmal pro stationärem Aufenthalt mit einem Kode aus 8-190.1- verschlüsselt.

Kombination der V.A.C.® Kodes mit oder ohne operative Bedingungen

Anlage der Vakuumtherapie unter operativen Bedingungen	Anlage der Vakuumtherapie ohne operative Bedingungen
5-916.a- (pro Anlage / Wechsel)	8-190.1- (einmal pro stationärem Aufenthalt)
+	
8-190.1- (einmal pro stationärem Aufenthalt)	
+	
Entfernung der Vakuumtherapie mit gleichzeitigem Wunddebridement (Details siehe separate Seite „Wunddebridement“)	Entfernung der Vakuumtherapie ohne Wunddebridement
5-896.0- kleinflächig	8-192.0 kleinflächig
5-896.1- großflächig	8-192.1 großflächig

Wichtig

Auf Grund der veränderten Kodes, besonders der geänderten Suffizies ergibt sich für die klinische Situation häufig die Notwendigkeit die Debridements mit zu verschlüsseln. Diese sind häufig erlösrelevant. Bitte beachten Sie dazu das Kapitel über die Debridements.

Kodierung der Anwendungsdauer

8-190.1-*	Kontinuierliche Sogbehandlung bei einer Vakuumversiegelung. Inkl.: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung ohne Operationsbedingungen und Anästhesie, Wechsel des Sogsystems	
.10	Bis 7 Tage	
.11	8 bis 14 Tage	
.12	15 bis 21 Tage	
.13	Mehr als 21 Tage	

- * gekennzeichnete Codes dürfen nur einmal pro Aufenthalt verschlüsselt werden

Wichtig

Bei JEDEM Fall mit einer Vakuumversiegelung ist die Dauer der Anwendung über einen Kode aus 8-190.1- einmal anzugeben. Bei einer Unterbrechung und Wiederaufnahme der Therapie sind die Zeiten zusammenzuzählen und in EINEM Kode anzugeben.

Die Entfernung der Vakuumversiegelung wird wie folgt kodiert:

Bei gleichzeitiger Durchführung eines Debridements:

5-896 Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut		
Inkl.:	Entfernung eines Systems zur Vakuumversiegelung mit gleichzeitigem Wunddebridement	
Exkl.:	5-850	Wunddebridement, auf Muskel, Sehne oder Faszie beschränkt Schichtenübergreifendes Wunddebridement
	5-869.1	Schichtenübergreifendes Wunddebridement Lokale Exzision oder lokale Kürettage von Schweißdrüsen

Hinweis

Die Lokalisation der Entfernung ist jeweils in der 6. Stelle zu differenzieren.

Die alleinige Entfernung eines Systems zur Vakuumversiegelung ohne Anästhesie und Debridement ist als Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde 8-192ff. zu kodieren.

8-192 Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde	
Inkl.:	Entfernung von Fibrinbelegen
	Entfernung eines Systems zur Vakuumversiegelung ohne Anästhesie und Debridement
8-192.0**	Kleinflächig (Länge bis 3 cm oder Fläche bis 4 cm ²)
8-192.1**	Großflächig

Hinweis

Eine Entfernung der Vakuumversiegelung mit Debridement wird bei jeder Durchführung einzeln kodiert. Die Entfernung ohne Debridement wird nur einmal pro stationärem Aufenthalt kodiert.



Demnächst verfügbar!

V.A.C. Ultra™ ermöglicht mit einer einfachen und intuitiven Touchscreen-Bedienung die Wahl zwischen der bewährten V.A.C.® Therapy und der volumetrisch gesteuerten und kontrollierten Instillation von Lösungen in das Wundbett.

 www.kci-medical.com

© 2010 KCI Licensing, Inc. Alle Rechte vorbehalten. Alle hierin genannten Marken sind Eigentum von KCI, deren Tochterunternehmen und Lizenzgebern. Marken mit dem Symbol „®“ oder „TM“ sind in mindestens einem Land registriert, in welchem dieses Produkt/dessen Herstellung kommerzialisiert ist, jedoch nicht notwendigerweise in allen diesen Ländern. Viele der den KCI Produkten zu Grunde liegenden Erfindungen sind patentiert oder zur Eintragung als Patent angemeldet.



Die Verwendung der V.A.C. Instill® kann mit folgenden Codes verschlüsselt werden:

5-341.22	Inzision des Mediastinums Extrapleural, durch Spülung		
5-345.6	Pleurodese durch Instillation		
5-521.2	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Pankreas - Destruktion mit Spülung		
5-800.1	Offen chirurgische Revision eines Gelenks, Gelenkspülung mit Drainage, aseptisch		
5-800.2	Offen chirurgische Revision eines Gelenks, Gelenkspülung mit Drainage, septisch		
5-844.2	Revision an Gelenken der Hand, Gelenkspülung mit Drainage		
5-780 Inzision am Knochen, septisch und aseptisch, inkl. Saug-Spül-Drainage			
.6	Debridement	Subklassifikation	
.7	Sequesteromie, inkl. Debridement		
8-173.1 Therapeutische Spülung (Lavage) der Lunge und der Pleurahöhle			
8-173.10	1 bis 7 Spülungen	<i>Bei kontinuierlichen Spülungen der Pleurahöhle ist für jeden Tag eine Spülung zu zählen. Diskontinuierliche Spülungen sind immer dann einzeln zu zählen, wenn zwischen 2 Spülungen ein zeitlicher Abstand von mindestens 4 Stunden liegt</i>	
8-173.11	2 bis 7 Spülungen		
8-173.12	3 bis 7 Spülungen		
8-173.13	4 bis 7 Spülungen		
8-176 Therapeutische Spülung des Bauchraumes bei liegender Drainage und temporärem Bauchdeckenverschluss			
8-176.0	Bei liegender Drainage (geschlossene Lavage)	<i>z.B. Instillation über Abdominal foam oder ABThera-System bei zusätzlicher Instillation in dorsoventraler Richtung mit Absaugung über Abdominal foam / ABThera-System</i>	
8-176.1	Bei temporärem Bauchdeckenverschluss (programmierte Lavage)		
8-176.2	Am offenen Abdomen (dorsoventrale Lavage)		
8-177 Therapeutische Spülung des Retroperitonealraumes bei liegender Drainage und temporärem Bauchdeckenverschluss			
8-177.0	Bei liegender Drainage (geschlossene Lavage)	<i>z.B. Instillation über Abdominal foam oder ABThera-System bei zusätzlicher Instillation in dorsoventraler Richtung mit Absaugung über Abdominal foam / ABThera-System</i>	
8-177.1	Bei temporärem Wundverschluss (programmierte Lavage)		
8-177.2	Am offenen Retroperitoneum		
8-178 Therapeutische Spülung eines Gelenkes			
8-178.g	Hüftgelenk	8-178.k	Oberes Sprunggelenk
8-178.h	Kniegelenk	8-178.m	Unteres Sprunggelenk

DRGs die mit der Logik „Komplexe Vakuumbehandlung“ angesteuert werden

DRG	Partition	Bezeichnung	Bewertungs- relation bei Hauptabteilung	Erlös	Mittlere Verweildauer 1)	Untere Grenzverweildauer Erster Tag mit Abschlag 2), 5)	Obere Grenzverweildauer Erster Tag zus. Entgelt 3), 5)
G35Z	O	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	9,583	28.310,77 €	46,2	14	64
I02B	O	Gewebe- / Hauttransplantation, auß. an d. Hand, m. kompliz. Konstellation, Eingr. an mehr. Lokal. od. schw. Weichteilschaden, m. äuß. schwer. CC od. kompl. OR-Proz. oder mit hochkompl. Gewebetransplantation oder bei bösart. Neub. und kompl. OR-Prozedur	7,435	21.965,00 €	40,8	13	59
I98Z	O	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	6,265	18.508,50 €	41,3	13	59
J35Z	O	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	5,875	17.356,34 €	40,4	12	58
W01A	O	Polytrauma mit Beatmung oder bestimmten Eingriffen, mit Frührehabilitation					
W01B	O	Polytrauma mit Beatmung oder bestimmten Eingriffen, ohne Frührehabilitation, ohne endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, mit Beatmung > 263 Stunden oder mit komplexer Vakuumbehandlung	14,066	41.554,76 €	26,2	8	44

Baserate:

2.954,27 €

Logik der Zuordnung „Komplexen Vakuumbehandlung“ (nur bezogen auf Patienten mit Vakuumtherapie)

- 1.) Operative Anlage der Vakuumversiegelung → 5-916.a-
- 2.) Dauer der Vakuumversiegelung mindestens 8 Tage → 8-190.1-
- 3.) Operative Behandlung des Patienten an mindetens 4 verschiedenen Tagen, dabei Prozeduren aus der Liste „bestimmte OR Prozeduren“

G35Z, J35Z, I98Z

- 1.) Hauptdiagnose aus der jeweiligen MDC (z.B. bei der der G35Z beliebige Diagnose aus „Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane“)
- 2.) Komplexe Vakuumbehandlung

I02B

- 1.) Hauptdiagnose aus der MDC 08 Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, nicht jedoch an der Hand.
- 2.) Prozedur „Komplexe Gewebetransplantation“.
- 3.) PCCL = 4 oder andere erschwerende Faktoren (z.B. Mehrfacheingriffe, komplexe Konstellationen, schwere Weichteilschäden).
- 4.) Komplexe Vakuumbehandlung.

Ohne HD Erworbene Erkrankungen der Hand (I02-1)	PCCL > 2	Komplexe Vakuumbehandlung	Pr Komplexe Gewebetransplantationen (I02-5)	Dg Schwere Weichteilschäden (I02-2)
				Eingriffe an mehreren Lokalisationen
				Komplizierende Konstellationen I
Pr Verschiedene plastische Eingriffe am Bindegewebe (I02-4)	PCCL > 3	Pr Komplexe Gewebetransplantationen (I02-5)	Komplexe OR-Prozeduren	
			Komplexe Vakuumbehandlung	

W01A, W01B

- 1.) Polytrauma (2 Diagnosen Verletzungen verschiedener Körperregionen).
- 2.) Beatmung > 24h ODER diverse Eingriffe.
- 3.) Komplexe Vakuumentherapie.

W02B

Beatmung > 263 Std				
Komplexe Vakuumbehandlung	Beatmung > 24 Std			
	Pr Neurochirurgische Eingriffe, komplexe Strahlentherapien (W01-1)			
	Pr Tracheostomie (W01-2)			
	Pr Eingriffe an unterer Extremität. WS. komplexe abdominelle Eingriffe bei Polytrauma (W01-3)	Ohne Pr Frührehabilitation (ab 14 Tagen) (W01-4)		Eingriff an mehreren Lokalisationen
				Komplizierende Konstellationen I

Häufige Nebendiagnosen

Erlösrelevante Nebendiagnosen haben Einfluss auf den patientenbezogenen Schweregrad (= PCCL = Patient Complication and Comorbidity-Level).

Anämie		DRG-Hinweise	Kodierhinweise
D50.0	Eisenmangelanämie	<i>Erlösrelevant!</i>	nachgewiesene Anämie, Substitution von Blutprodukten oder Eisen
D62	Akute Blutungsanämie	<i>Erlösrelevant!</i>	nachgewiesene Anämie, Substitution von Blutprodukten oder Eisen
D63.0*	Anämie bei Neubildungen (C00 -, D48+)	<i>Erlösrelevant!</i>	nachgewiesene Anämie, Therapie
D64.-	Sonstige Anämie, <i>in 4. Stelle zu differenzieren</i>	<i>Erlösrelevant! nur D64.0 bis -.3</i>	nachgewiesene Anämie, Therapie
Herz-Kreislaufsystem		DRG-Hinweise	Kodierhinweise
I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: ohne Angabe einer hypertensiven Krise		Medikamente
I11.90	Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz ohne Angabe einer hypertensiven Krise		
I11.91	Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz mit Angabe einer hypertensiven Krise		
I25.1-	Atherosklerotische Herzkrankheit, <i>in 5.Stelle zu differenzieren</i>		Koro, Medikamente
I25.9	Chronische ischämische Herzkrankheit, nnb.		Medikamente
I47.--	Paroxysmale Tachykardie	<i>Erlösrelevant! nur I47.1, -.2 und -.9</i>	EKG-Nachweis, Therapie
I48.--	Vorhofflattern / -flimmern	<i>Erlösrelevant! nur I48.00, -.01 und -.09</i>	EKG-Nachweis, Therapie
I49.--	Sonstige kardiale Arrhythmien	<i>Erlösrelevant! nur I49.0</i>	EKG-Nachweis, Therapie
Herzinsuffizienz		DRG-Hinweise	<i>alle „Herzkodes“ sind nebeneinander kodierbar</i>
I50.1- Linksherzinsuffizienz:			
I50.11	ohne Beschwerden (NYHA I)		Symptomdokumentation, Diagnostik/Therapie
I50.12	mit Beschwerden bei stärkerer Belastung (NYHA II)		
I50.13	mit Beschwerden bei leichterer Belastung (NYHA III)	<i>Erlösrelevant!</i>	
I50.14	mit Beschwerden in Ruhe (NYHA IV)	<i>Erlösrelevant!</i>	Stadium incl. akutes Lungenödem
I50.0- Rechtsherzinsuffizienz:			
I50.00	primär	<i>Erlösrelevant!</i>	Symptomdokumentation, Therapie
I50.01	sekundär (Globale Herzinsuffizienz)	<i>Erlösrelevant!</i>	

Herzinsuffizienz		DRG-Hinweise	<i>alle „Herzkodes“ sind nebeneinander kodierbar</i>
I11.0- Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz:			
I11.00	ohne Angabe einer hypertensiven Krise	<i>Erlösrelevant!</i>	Medikamente, Untersuchung mit Nachweis einer hypentensiven Herzinsuffizienz
I11.01	mit Angabe einer hypertensiven Krise	<i>Erlösrelevant!</i>	
Gefäßkrankheiten		DRG-Hinweise	Kodierhinweise
I70.20	Atherosklerose der Extremitätenarterien: sonstige und nnb.		Antikoagulantien, spezifische Untersuchungen
I70.23	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	<i>Erlösrelevant!</i>	
I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	<i>Erlösrelevant!</i>	
I73.9	Periphere Gefäßkrankheit, nnb.		
I87.0	Postthrombotisches Syndrom		
Atemwege		DRG-Hinweise	Kodierhinweise
J45.9	Asthma bronchiale, nnb.		Medikamente
J44.- Chronisch obstruktive Lungenkrankheit			
J44.0-	COPD mit akuter Infektion unterer Atemwege	<i>Erlösrelevant!</i>	
J44.1-	COPD mit akuter Exazerbation	<i>Erlösrelevant!</i>	
J44.8-	Sonstige näher bezeichnete COPD	<i>Erlösrelevant! nur-80 und -81</i>	
jeweils mit Angabe des Grades der Obstruktion:			
J44.-0	FEV1 < 35%		
J44.-1	FEV1 >= 35% und < 50%		
J44.-2	FEV1 >= 50% und < 70%		
J44.-3	FEV1 >= 70%		
J44.-9	FEV1 nnb		
Verdauungssystem		DRG-Hinweise	Kodierhinweise
K92.2	Gastrointestinale Blutung, nnb.	<i>Erlösrelevant!</i>	wenn keine Blutungsquelle zu identifizieren
Stoffwechsel, Endokrinologie		DRG-Hinweise	Kodierhinweise
E66.--	Adipositas		Dokumentation, spezieller Mehraufwand, BMI
E66.0-	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr		
E66.1-	Arzneimittelinduzierte Adipositas		
E66.2-	Übermäßige Adipositas mt alveolärer Hypoventilation		
E66.8-	Sonstige Adipositas		
jeweils mit Angabe des BMI:			
E66.-0	BMI von 30 bis unter 35		

Stoffwechsel, Endokrinologie		DRG-Hinweise	Kodierhinweise
jeweils mit Angabe des BMI:			
E66.-1	BMI von 35 bis unter 40		
E66.-2	BMI von 40 und mehr		
E66.-9	BMI nicht näher bezeichnet		
E78.5	Hyperlipidämie, nnb.		Medikamente
E79.0	Hyperurikämie ohne Zeichen von entzündlicher Arthritis oder tophischer Gicht		Medikamente
E05.0 bis E05.5	Hyperthyreose	<i>Erlösrelevant!</i>	spezifische Untersuchung: Sono, Labor, Medikamente
E10.--	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-I-Diabetes]	<i>Erlösrelevant!</i>	
E11.--	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-II-Diabetes]	<i>Erlösrelevant! nicht bei E11.90</i>	
E86	Volumenmangel		Volumenmangel
E87.5	Hyperkaliämie	<i>Erlösrelevant!</i>	Medikamente, Dokumentation
E87.6	Hypokaliämie	<i>Erlösrelevant!</i>	Medikamente, Dokumentation
E83.5-	Störungen des Kalziumstoffwechsels		
Harnwege		DRG-Hinweise	Kodierhinweise
N18.--	Chronische Niereninsuffizienz	<i>Erlösrelevant!</i>	Stadium nach GFR
N08.3*	Glomeruläre Krankheiten bei Diabetes mellitus		Nachweis von Glukose u./od. Eiweiß
N39.0	Harnwegsinfektion, nnb. Lokalisation		Erreger bekannt, dann kodieren, Therapie
Neurologie		DRG-Hinweise	Kodierhinweise
G63.2*	Diabetische Polyneuropathie		Medikamente, spezifische Untersuchung
I69.4	Folgen eine zerebrovaskulären Krankheit		Bestehende Folgen zu kodieren
Pflege		DRG-Hinweise	Kodierhinweise
Inkontinenz:			Versorgung, Dokumentation
R32	Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz		
R15	Stuhlinkontinenz	<i>Erlösrelevant!</i>	
N39.3 N39.4-	Harninkontinenz	<i>Erlösrelevant!</i>	Dokumentation der Versorgung
L89.-- Dekubitus:			Wundversorgung, Fotodokumentation
L89.0	1. Grades	<i>Erlösrelevant!</i>	
L89.1	2. Grades	<i>Erlösrelevant!</i>	
L89.2	3. Grades	<i>Erlösrelevant!</i>	
L89.3	4. Grades	<i>Erlösrelevant!</i>	
L89.9-	Grad nicht näher bezeichnet	<i>Erlösrelevant!</i>	

sonstiges		DRG-Hinweise	Kodierhinweise
Z22.-	Keimträger von Infektionskrankheiten	<i>Erlösrelevant!</i>	Keimträger bakterieller Krankheit durch z.B.: Meningo-/Staphylo- u./od. Streptokokken
Z29.0	Isolierung als prophylaktische Maßnahme		
Z89.-	Extremitätenverlust, <i>in 4. Stelle zu differenzieren</i>		
Z92.1	Dauertherapie (gegenwärtig) mit Antikoagulanzen in der Eigenanamnese		
Z96.6	Vorhandensein von orthopädischen Gelenkimplantaten		
Komplikationen		DRG-Hinweise	Kodierhinweise
A46	Erysipel [Wundrose]		
D68.3	Hämorrhagische Diathese durch Antikoagulanzen und Antikörper		Dokumentation, Blutuntersuchungen
T81.-	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert		Dokumentation
T82.-	Komplikation durch Prothesen, Implantate o. Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	<i>Erlösrelevant!</i>	Dokumentation



Diese Revolution ist leicht und leise.

Das neue V.A.C.Via™ Einmalsystem für die Wundheilung.

Die bewährten Vorteile der V.A.C.™ Therapie jetzt mit nur einem Knopfdruck und zu jeder Zeit. Das V.A.C.Via™ System bietet sichere Therapie bei einfachster Bedienung. Durch die neue Vortis™ Pumpentechnologie arbeitet das V.A.C.Via™ Einmalsystem besonders leise und diskret. Höchste Leistung für Patienten mit leichten und mittelschweren Wunden.

V.A.C.Via™. Einmalig klein.



Kodierung von Debridements

Unter chirurgischem Debridement wird die operative Entfernung von erkranktem Gewebe bis in gesundes Gewebe hinein verstanden. Einen Kode für ein Schichten übergreifendes Debridement existiert nur für die Bewegungsorgane.

Wird im Rahmen einer septischen abdominalen Erkrankung die Bauchdecke debridiert, gibt es für diese Situation keine Möglichkeit, ein Schichten übergreifendes Debridement zu kodieren. Gleiches gilt am Thorax.

Damit ist es bei Debridements am Rumpf (Thorax und Abdomen) und am Kopf notwendig, auf die Debridement-Kodes der Körperoberfläche und an der Körperhülle, inklusive Bindegewebe und Stützapparat (Muskel, Sehne, Faszie und Knochen) zurückzugreifen.

In den Organhöhlen wird der Begriff „Debridement“ nicht ausdrücklich aufgeführt, er ist aber sinngemäß zu übertragen.

Analoge Begriffe sind: „radikale Exzision“, „Debulking“ (bei malignen Erkrankungen) u.ä.

Es kann bei Debridement-Maßnahmen in den Körperhöhlen z.B. bei septischen Krankheitsbildern außerdem erforderlich sein, spezifische Maßnahmen zu beschreiben (z.B. Pleurektomie).

Wird hierbei als vorübergehender Defekt- und Höhlenverschluss die V.A.C.[®] Therapie eingesetzt, so sind die spezifischen V.A.C.[®]-Therapiekodes anzuwenden.

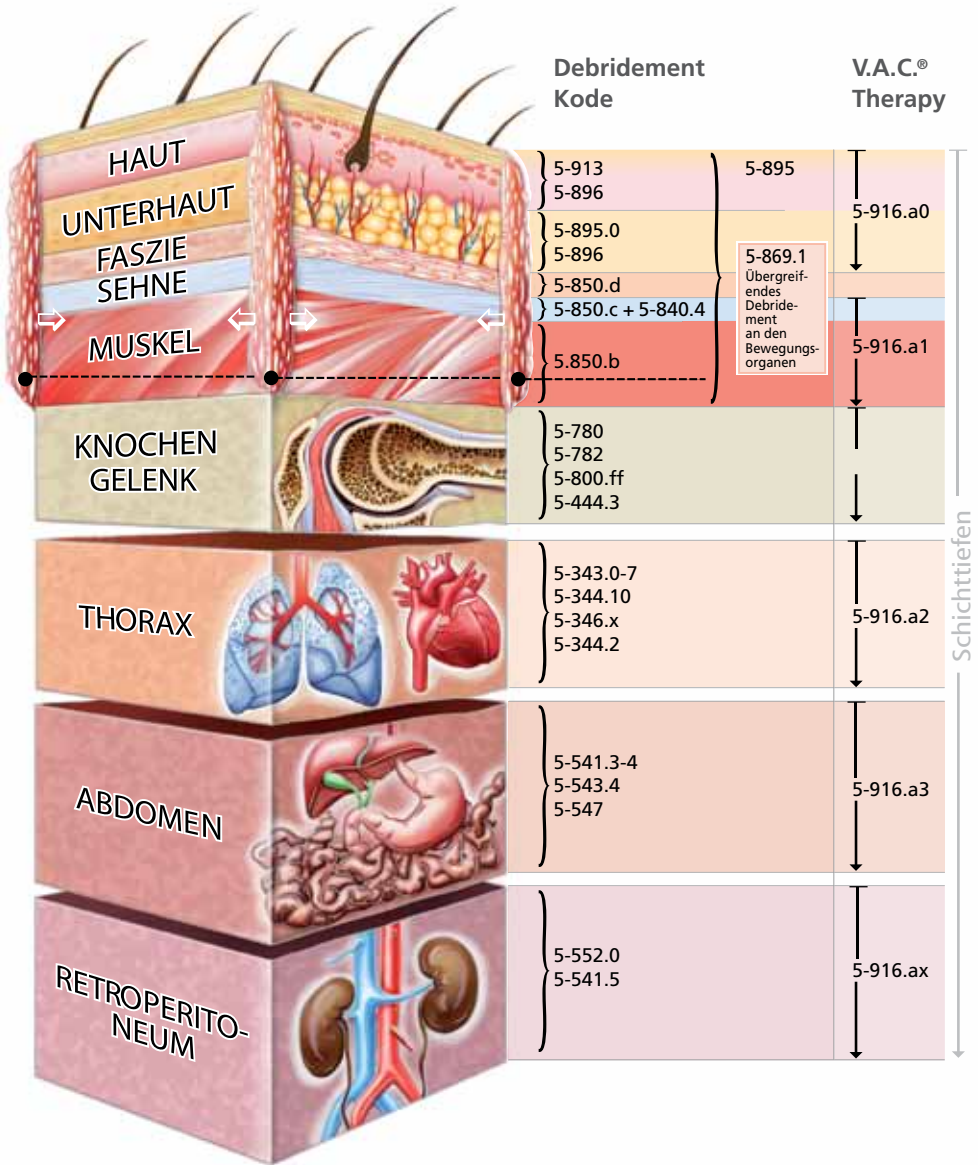
Wechsel der V.A.C.[®] Therapie können mit Revisionskodes verbunden sein.

Ganz deutlich wird dies bei der programmierten Etappenlavage mit Wechsel des Systems zur Vakuumversiegelung bei septischen Abdominalerkrankungen.

Das erklärt, dass zur korrekten Abbildung einer Operation mehrere Kodes erforderlich werden.

In dem Schichtenmodell wird aus diesen Gründen nur beispielhaft auf einige Schlüssel hingewiesen, die im Zusammenhang mit Wunden neben einer Vielzahl anderer möglicher Schlüssel, zur Anwendung kommen können.

Schichttiefe der Gewebe & Organe





5-913 Entfernung oberflächlicher Hautschichten		Subklassifikation beachten
5-896 Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut		Ein Wunddebridement ist ein chirurgisches Vorgehen mit „Einschneiden“ in erkranktes Gewebe bis in gesundes Gewebe. Es setzt in der Regel (Ausnahme ist eine neurologisch bedingte Analgesie) eine Allgemein-, Regional- oder Lokalanästhesie voraus
.0	kleinflächig (länge bis 3 /Fläche bis 4 cm2)	Subklassifikation beachten
.1	Großflächig	
.2	Großflächig, mit Einlegen eines Medikamententrägers	
.x	Sonstige	
5-895 Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut		
.0	ohne primären Wundverschluss	Subklassifikation beachten
.1	ohne primären Wundverschluss, histographisch kontrolliert	
5-850 Inzision an Muskel, Sehne und Faszie, Debridement, auf Muskel, Sehne oder Faszie beschränkt		
.b	Debridement eines Muskels	Subklassifikation beachten
.c	Debridement einer Sehne, exkl. Arthroskopisch	
.d	Debridement einer Faszie	
.x	Sonstige	
5-840 Operationen an Sehnen der Hand		
.4	Debridement	Subklassifikation beachten
5-780 Inzision am Knochen, septisch und aseptisch, inkl. Saug-Spül-Drainage		
.6	Debridement	Subklassifikation beachten
.7	Sequesterotomie, inkl. Debridement	
.8	Sequesterotomie mit Einlegen eines Medikamententrägers, inkl. Debridement	
5-844 Revision an Gelenken der Hand, exkl. Revision am Handgelenk		
.3	Debridement	Subklassifikation beachten
5-782 Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe		Subklassifikation beachten
5-800 Offen chirurgische Revision eines Gelenkes, inkl. Handgelenk, exkl. an Gelenken der Hand		
.3	Debridement	Subklassifikation (5) beachten

Kodierung von Arterielle Erkrankungen

ICD	Hauptdiagnose
I70.--	Atherosklerose
I73.-	Sonstige periphere Gefäßkrankheiten
I74.-	Arterielle Embolie und Thrombose
I77.6	Arteriitis, nicht näher bezeichnet
M31.4	Aortenbogen-Syndrom (Takayasu-Syndrom)

Das chronische, nicht traumatische Kompartmentsyndrom ist mit dem gleichen ICD Schlüssel M62.2 kodiert, wie der Ischämische Muskelfarkt. Bei beiden Erkrankungen, kann sowohl eine Fasziotomie, als auch eine Exzision notwendig werden.

Hinweis

In der vorliegenden Kodierhilfe sind diejenigen OPS-Ziffern, die auch ambulant abgerechnet werden können und im Anhang 2 abgebildet sind, durch die Farbe  gekennzeichnet. Bei einigen Ziffern bitten wir Sie, im Anhang 2 zu kontrollieren, ob auch die Subspezifikationen enthalten ist. Diese Ziffern sind mit der Farbe  gekennzeichnet.

Behandlung	OPS			
operativ	5-896.-- Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut (Details zu diesem Kode finden Sie auf der Seite „Debridements“)			
	5-896.0-	Kleinflächig (Länge bis 3 cm oder Fläche bis 4 cm ²)		
	5-896.1-	Großflächig		
	5-916.a- Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung			
	5-901.-- Freie Hauttransplantation: Entnahmestelle			
	5-902.-- Freie Hauttransplantation: Empfängerstelle			
	5-902.0/.4	Spalthaut, kleinflächig / großflächig		
	5-902.1/.5	Spalthaut auf granulierendes Hautareal, kleinflächig / großflächig		
	5-902.2/.6	Vollhaut, kleinflächig / großflächig		
	5-902.3/.7	Composite graft, kleinflächig / großflächig		
	5-902.b/.c	Hautersatz durch kultivierte Keratinozyten, kleinflächig / großflächig		
	5-902.d /.e	Permanenter Hautersatz durch Dermisersatzmaterial, kleinflächig / großflächig		
	5-903.-- Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut			
	5-903.1-/2-	Verschiebe-Rotations- und Transpositionsplastik, kleinflächig		
	5-903.5-/6-/7-/8-/9-	Dehnungs-, Verschiebe-Rotations-, Transpositions-, Insellappen-, Z-Plastik, großflächig	5-903.0-/.3-/4-/x-	Dehnungs-, Insellappen-, Z-Plastik, kleinflächig; Sonstige
	5-903.a-	W-Plastik, kleinflächig	5-903.b-	W-Plastik, großflächig
	5-394 Revision einer Blutgefäßoperation			
	5-394.0 bis .5 und .6 .x /.y	Revision einer Blutgefäßoperation		
	5-394.0/.1/.2/.3/.4/.5	op. Behandlung einer Blutung nach Gefäßoperation; Revison Anastomose, Revision, Wechsel od. Entfernung eines vaskulären Implantates		
	5-394.6/.x/.y	Verschluss arteriovenöser Shunt, Sonstige, nnb.		
	5-380 Inzision, Embolektomie, Thrombektomie			
	5-380.11-	Arterien Schulter und Oberarm: A. axillaris		
	5-380.12/.13/.1x/.2-	Arterien Schulter, Oberarm, Unterarm und Hand		
	5-380.5-	Arterien abdominal und pelvin		
	5-380.70 /.71	A. femoralis, A. profunda femoris		
	5-380.72/.73/.7x /.8-	A. poplitea, Gefäßprothese, Sonstige, Arterien am Unterschenkel		
	5-381 Enderarteriektomie			
	5-381.1-/2-	Obere Extremität		
	5-381.7-/8-	Arterien Oberschenkel, Unterschenkel und Fuß		
	konservativ	8-190.1-	Kontinuierliche Sogbehandlung bei einer Vakuumversiegelung	
8-191.5		Hydrokolloidverband		
8-192.3		Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie bei Vorliegen einer Wunde, Großflächig, mit Anwendung biochirurgischer Verfahren (Anwendung von Fliegenmaden)		
8-390.0		Lagerungsbehandlung im Spezialbett		

Kodierung von Venöse Ulcera

ICD	Hauptdiagnose
I80.-	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis
I83.0	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration
-1	Varizen der unteren Extremitäten mit Entzündung
-2	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration und Entzündung
-9	Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung
I87.0	Postthrombotisches Syndrom (inkl. Dermatolipofaszioklerose Typ IV nach Hach)
I87.2	Chronisch venöse Insuffizienz (peripher)
M62.2-	Ischämischer Muskelfarkt / Nichttraumatisches Kompartmentsyndrom

Ulcus cruris mixtum

Wenn die venöse Therapie führend I83.0, wenn Therapie des arteriellen Schenkels führend I70.23.

Die Dermatolipofaszioklerose kann zu einem chronischen, nicht-traumatischen Kompartementsyndrom führen. Dieses ist als M62.2 zu verschlüsseln. Im ICD steht der gleiche Kode auch für den ischämischen Muskelfarkt. Das führt oft zur Verwirrung.

Bei radikaler Entfernung der Dermatolipofaszioklerose mit Fasziektomie (5-852.ff) ist diese zu verschlüsseln.

Ulcus arteriosum

Siehe unter arterielle Erkrankungen.

Behandlung	OPS
operativ	5-896.-- Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut (Details zu diesem Kode finden Sie auf der Seite „Debridements“)
	5-896.0- Kleinflächig (Länge bis 3 cm oder Fläche bis 4 cm ²)
	5-896.1- Großflächig
	5-916.a- Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung
	5-901.-- Freie Hauttransplantation: Entnahmestelle
	5-902.-- Freie Hauttransplantation: Empfängerstelle
	5-902.0/.4 Spalthaut, kleinflächig / großflächig
	5-902.1/.5 Spalthaut auf granulierendes Hautareal, kleinflächig / großflächig
	5-902.2/.6 Vollhaut, kleinflächig / großflächig
	5-902.3/.7 Composite graft, kleinflächig / großflächig
	5-902.b/.c Hautersatz durch kultivierte Keratinozyten, kleinflächig / großflächig
	5-902.d /e Permanenter Hautersatz durch Dermisersatzmaterial, kleinflächig / großflächig
	5-903.-- Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut
	5-903.1-/2- Verschiebe-Rotations- und Transpositionsplastik, kleinflächig
	5-903.5-/6-/7-/8-/9- Dehnungs-, Verschiebe-Rotations-, Transpositions-, Insellappen-, Z-Plastik, großflächig
	5-903.0-/3-/4-/x- Dehnungs-, Insellappen-, Z-Plastik, kleinflächig; Sonstige
	5-903.a- W-Plastik, kleinflächig
	5-903.b- W-Plastik, großflächig
	5-904.-- Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Entnahmestelle
	5-864.2 bis .9/.a Amputation und Exartikulation untere Extremität (OS oder US)
5-865.0 bis .6 Amputation und Exartikulation Fuß	
5-865.7/.8/.x/.y Amputation und Exartikulation Zehe (Zehen oder Zehenstrahl)	
konservativ	8-190.1- Kontinuierliche Sogbehandlung bei einer Vakuumversiegelung
	8-191.5 Hydrokolloidverband
	8-192.3 Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie bei Vorliegen einer Wunde, Großflächig, mit Anwendung biochirurgischer Verfahren (Anwendung von Fliegenmaden)
	8-390.0 Lagerungsbehandlung im Spezialbett

Kodierung von Dekubitus

ICD	Hauptdiagnose
L97	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert
L89.--	Dekubitalgeschwür
L.89.0-	Dekubitus Grad 1
L.89.1-	Dekubitus Grad 2
L.89.2-	Dekubitus Grad 3
L.89.3-	Dekubitus Grad 4
L98.4	Chronisches Ulkus der Haut, anderenorts nicht klassifiziert

Kommentar

Der Schlüssel L97 erfasst alle Ulcera, die nicht einer varikösen („I83.0 Varizen der unteren Extremitäten mit Ulceration“) oder einer atherosklerotischen („I70.23 Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ mit Ulceration“) Ätiologie zuzuordnen sind.

Hinweis

Es ist sinnvoll, eine Wunddokumentation mit Foto durchzuführen. Diese sollte direkt bei Aufnahme und in regelmäßigen Abständen während des stationären Aufenthaltes bis zur Entlassung erfolgen.

Bei erfolgtem Keimnachweis bitte an die Kodierung der Erreger mit den Codes „B95.- Streptokokken und Staphylokokken als Ursache von Krankheiten“ und „B96.- Sonstige Erreger als Ursache von Krankheiten“ denken und den zusätzlichen Behandlungsaufwand dokumentieren.

Behandlung	OPS	
operativ	5-913.b-	Entfernung oberflächlicher Hautschichten: Shaving, großflächig
	5-896.--	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut (Details zu diesem Kode finden Sie auf der Seite „Debridements“)
	5-896.0-	Kleinflächig (Länge bis 3 cm oder Fläche bis 4 cm ²)
	5-896.1-	Großflächig
	5-894.--	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
	5-895.0-/2-	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
	5-895.0-	ohne primären Wundverschluss
	5-895.2-	mit primärem Wundverschluss
	5-869.1	Weichteildebridement, schichtenübergreifend
	5-915.0- bis .3-	Destruktion erkrankten Gewebes an Haut / Unterhaut kleinflächig (bis 4cm ²)
	5-915.4- bis .7-	Destruktion erkrankten Gewebes an Haut / Unterhaut großflächig (über 4cm ²)
	5-916.a-	Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung (operativ)
	5-901.--	Freie Hauttransplantation: Entnahmestelle
	5-902.--	Freie Hauttransplantation: Empfängerstelle
	5-902.0/.4	Spalthaut, kleinflächig / großflächig
	5-902.1/.5	Spalthaut auf granulierendes Hautareal, kleinflächig / großflächig
	5-902.2/.6	Vollhaut, kleinflächig / großflächig
	5-902.3/.7	Composite graft, kleinflächig / großflächig
	5-902.b/.c	Hautersatz durch kultivierte Keratinozyten, kleinflächig / großflächig
	5-902.d /e	Permanenter Hautersatz durch Dermisersatzmaterial, kleinflächig / großflächig
	5-903.--	Lokale Lappenplastiken an Haut und Unterhaut
	5-903.a-	W-Plastik, kleinflächig
	5-903.b-	W-Plastik, großflächig
	5-904.--	Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Entnahmestelle
	5-864.-	Amputation und Exartikulation untere Extremität
	5-865.-	Amputation und Exartikulation Fuß
	konservativ	8-190.1-
8-191.5		Hydrokolloidverband
8-390.0		Lagerungsbehandlung im Spezialbett

Kodierung von Amputationen

ICD	Hauptdiagnose
T87.0 bis .2	Komplikation einer Replantation
T87.3	Neurom des Amputationsstumpfes
T87.4 bis .6	Komplikationen am Amputationsstumpf

Behandlung	OPS
operativ	5-896.-- Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut (Details zu diesem Kode finden Sie auf der Seite „Debridements“)
	5-896.0- Kleinflächig (Länge bis 3 cm oder Fläche bis 4 cm ²)
	5-896.1- Großflächig
	5-916.a- Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung (operativ)
	5-901.-- Freie Hauttransplantation: Entnahmestelle
	5-902.-- Freie Hauttransplantation: Empfängerstelle
	5-902.0/.4 Spalthaut, kleinflächig / großflächig
	5-902.1/.5 Spalthaut auf granulierendes Hautareal, kleinflächig / großflächig
	5-902.2/.6 Vollhaut, kleinflächig / großflächig
	5-902.3/.7 Composite graft, kleinflächig / großflächig
	5-902.b/.c Hautersatz durch kultivierte Keratinozyten, kleinflächig / großflächig
	5-902.d /.e Permanenter Hautersatz durch Dermisersatzmaterial, kleinflächig / großflächig
	5-903.-- Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut
	5-903.a- W-Plastik, kleinflächig
	5-903.b- W-Plastik, großflächig
	5-866.- Revision eines Amputationsgebietes
	5-86.-- Amputation
	5-862.- Amputation und Exartikulation obere Extremität
	5-863.0/.1/.2/.a Amputation und Exartikulation Mittelhand oder Hand
	5-863.3/.4/.5/.6 Amputation und Exartikulation Finger
5-864.2 bis .9/.a Amputation und Exartikulation untere Extremität (OS bis US)	
5-865.7/.8/.x/.y Amputation und Exartikulation Fuß (Zehe bis Zehenstrahl)	
konservativ	8-190.1- Kontinuierliche Sogbehandlung bei einer Vakuumversiegelung
	8-191.5 Hydrokolloidverband
	8-390.0 Lagerungsbehandlung im Spezialbett

Kodierung von Diabetische Wunden

ICD	Hauptdiagnose
E10.-	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-I-Diabetes)
E11.-	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-II-Diabetes)
	4. Stelle
--5-	mit peripheren vaskulären Komplikationen
--6-	mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen
	5. Stelle
	--0 nicht entgleist
	--1 entgleist
--7-	mit multiplen Komplikationen
	5. Stelle
	--2 mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet
	--3 mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet
	--4 mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet
	--5 mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet
	relevante Sekundärkodes
*M14.6	Neuropathische Arthropathie (Charcot-Fuß)
*N08.3	Diabetische Glomerulopathie
*G59.0	Diabetische Mononeuropathie
*G63.2	Diabetische Polyneuropathie
*G73.0	Myastheniesyndrome bei endokrinen Krankheiten (Diabetische Amyotrophie)
*I79.2	Periphere Angiopathie
	und häufige Nebendiagnosen
I 70.2-	Atherosklerose der Extremitätenarterien (Stadium beachten!)
N18.0	Terminale Niereninsuffizienz
N18.8-	Sonstige chronische Niereninsuffizienz

Kommentar

E12, E13, E14 sollten in der Regel nicht verwendet werden.

Kommentar zu Relevante Sekundärkodes

Die mit * gekennzeichneten Nebendiagnosen sind Sterndiagnosen und stets mit den Kodes E10.- / E11.-zu verwenden.

Kommentar zu Relevante Sekundärkodes

Alle DRG-Zuordnungen beziehen sich auf diabetische Wunden an der unteren Extremität.

Behandlung	OPS
	5-896.-- Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut (Details zu diesem Kode finden Sie auf der Seite „Debridements“)
	5-896.0- Kleinflächig (Länge bis 3 cm oder Fläche bis 4 cm ²)
	5-896.1- Großflächig
	5-869.1 Weichteildebridement, schichtenübergreifend
	5-916.a1 Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung tiefreichend, an Knochen und Gelenken der Extremitäten (operativ)
	5-901.-- Freie Hauttransplantation, Entnahmestelle
	5-902.-- Freie Hauttransplantation: Empfängerstelle
operativ	5-902.0/.4 Spalthaut, kleinflächig / großflächig
	5-902.1/.5 Spalthaut auf granulierendes Hautareal, kleinflächig / großflächig
	5-902.2/.6 Vollhaut, kleinflächig / großflächig
	5-902.3/.7 Composite graft, kleinflächig / großflächig
	5-902.b/.c Hautersatz durch kultivierte Keratinozyten, kleinflächig / großflächig
	5-902.d /.e Permanenter Hautersatz durch Dermisersatzmaterial, kleinflächig / großflächig
	5-864.2 bis -9/-a Amputation und Exartikulation untere Extremität
	5-865.0 bis -6 Amputation Fuß (tiefer Unterschenkel bis transmetatarsal)
	5-865.7/-8/-x/-y Amputation und Exartikulation Fuß (Zehe bis Zehenstrahl)
	8-190.1- Kontinuierliche Sogbehandlung bei einer Vakuumversiegelung
konservativ	8-191.5 Hydrokolloidverband
	8-390.0 Lagerung im Spezialbett

Kodierung von Hauttransplantationen

OPS	
Entnahmestellencodierung (falls in separater Sitzung erfolgt):	
5-901 Freie Hauttransplantation, Entnahmestelle	
5-901.0-	Spalthaut
5-901.1-	Vollhaut
5-901.2-	Composite graft
5-901.x-	Sonstige
Empfängerstellencodierung	
5-902 Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle	
5-902.0-	Spalthaut, kleinflächig, Inkl. Meshgraft
5-902.1-	Spalthaut auf granulierendes Hautareal, kleinflächig (Inkl. Meshgraft)
5-902.2-	Vollhaut, kleinflächig
5-902.3-	Composite graft, kleinflächig
5-902.4-	Spalthaut, großflächig (Inkl. Meshgraft)
5-902.5-	Spalthaut auf granulierendes Hautareal, großflächig (Inkl. Meshgraft)
5-902.6-	Vollhaut, großflächig
5-902.7-	Composite graft, großflächig
5-902.8-	Permanenter Hautersatz durch Dermisersatzmaterial
5-902.9-	Epithelzellsuspension nach Aufbereitung mit Bedside-Kit
5-902.a-	Epithelzellsuspension nach labortechnischer Aufbereitung im Schnellverfahren
5-902.b-	Hautersatz durch kultivierte Keratinozyten, kleinflächig
5-902.c-	Hautersatz durch kultivierte Keratinozyten, großflächig
5-902.x-	Sonstige
5-903 Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	
5-903.0-	Dehnungsplastik, kleinflächig
5-903.1-	Verschiebe-Rotationsplastik, kleinflächig
5-903.2-	Transpositionsplastik, kleinflächig
5-903.3-	Insellappenplastik, kleinflächig (Inkl. VY-Plastik)
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
5-903.a-	W-Plastik, kleinflächig
5-903.b-	W-Plastik, großflächig

Kodierung von Entzündungen, Abszesse und andere Infektionen

ICD	Hauptdiagnose
A46	Erysipel [Wundrose]
L03.-	Phlegmone (inkl. akute Lymphangitis)
-01	Finger
-02	Zehen
-10	Obere Extremität
-11	Untere Extremität
-2	Gesicht
-3	Rumpf
L02.-	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel
-0	Gesicht
-1	Hals
-2	Rumpf
-3	Gesäß
-4	Extremitäten
L08.0	Pyodermie
L08.9	Lokale Infektion der Haut und der Unterhaut, nnb.
L05.0/.9	Pilonidalzyste mit Abszess /ohne Abszess
M72.6-	Nekrotisierende Fasziiitis (Fourniersche Gangrän)
N75.1	Bartholin-Abszess

Kommentar

Lt. ICD 10 ist die akute Lymphangitis über die L03 (Phlegmone) zu kodieren. I89.- ist für die Kodierung des Lymphödems oder der subakuten bis chronischen Zustände vorgesehen.

Kommentar

Die Aufstellung beschränkt sich auf Erkrankungen der Haut und Unterhaut. Tiefe Abszesse sind als Entzündungen der entsprechenden Organe zu kodieren. Bsp. N75.1 / K61.1

Behandlung	OPS	
operativ	5-896.-- Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut (Details zu diesem Kode finden Sie auf der Seite „Debridements“)	
	5-896.0-	Kleinflächig (Länge bis 3 cm oder Fläche bis 4 cm ²)
	5-896.1-	Großflächig
	5-894.-- Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	
	5-895.-- Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	
	5-895.0-	ohne primären Wundverschluss
	5-895.2-	mit primärem Wundverschluss
	5-916.a- Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung (operativ)	
	5-901.--	Freie Hauttransplantation, Entnahmestelle
	5-902.5-	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle Spalthaut auf granulierendes Hautareal, großflächig
	5-902.6-	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle, Vollhaut, großflächig
	5-903.-- Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	
	5-903.a-	W-Plastik, kleinflächig
	5-903.b-	W-Plastik, großflächig
konservativ	8-190.1-	Kontinuierliche Sogbehandlung bei einer Vakuumversiegelung
	8-191.5	Hydrokolloidverband
	8-390.0	Lagerung im Spezialbett
Spezielles		
operativ	5-891	Inzision eines Sinus pilonidalis
	5-897.1	Exzision / Rekonstruktion Sinus pilonidalis: Plastische Rekonstruktion
	5-711.1	Operation an der Bartholin-Drüse (Zyste): Marsupialisation

Kodierung von Thorakale Erkrankungen + Komplikationen

ICD		Diagnosen unabhängig von OP
J85.3	Abszess des Mediastinums	
J86.0	Pyothorax mit Fistel	
J86.9	Pyothorax ohne Fistel	
M86.11	Sonstige [nicht hämatogene] akute Osteomyelitis der Schulterregion	<i>relevant insbesondere bei Infektion des Sternoklavikulargelenks</i>
M86.21	Subakute Osteomyelitis der Schulterregion	
M86.41	Chronische Osteomyelitis der Schulterregion	
J98.50	Mediastinitis	
R65.1!	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiöser Genese mit Organkomplikationen	<i>Sepsis mit Organkomplikationen</i>
Verletzungen, offene Wunden		
S21.9	Offene Wunde des Thorax (mit Komplikation)	<i>idR im Rahmen eines traumatischen Geschehens, z.B. bei Messerstichverletzung</i>
S21.1	Offene Wunde vordere Thoraxwand	
S21.2	Offene Wunde hintere Thoraxwand	
S21.83	Offene Wunde mit Verbindung zu einer intrathorakalen Verletzung	<i>Hier muss zusätzlich die Verletzung (S26.- des Herzens / S27.- sonstiger intrathorakaler Organe) kodiert werden</i>
S22.2	Sternumfraktur	
S26.0	Traumatisches Hämoperikard	
S27.7	Multiple Verletzungen intrathorakaler Organe	
S27.0	Traumatischer Pneumothorax mit offener Wunde in die Brusthöhle	
S27.1	Traumatischer Hämatothorax mit offener Wunde in die Brusthöhle	
S28.0	Brustkorbzerquetschung	
S28.1	Traumatische Amputation eines Teiles des Thorax	
S29.7	Multiple Verletzungen des Thorax	
Komplikationen		
M96.80	Elektiv offen belassenes Sternum nach thoraxchirurgischem Eingriff	
M96.81	Instabiler Thorax nach thoraxchirurgischem Eingriff	
T81.3	Aufreißen einer Operationswunde, anderenorts nicht klassifiziert	<i>z.B. nach Sternotomie oder Thorakotomie</i>
T81.4	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	
T84.6	Infektion und entzündl. Reaktion durch eine innere Osteosynthesevorrichtung	
T82.7	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	<i>z.B. bei Schrittmachertascheninfektion</i>
T82.1	Mechanische Komplikation durch ein kardiales elektronisches Gerät	<i>z.B. Schrittmachertaschenkomplikation</i>
T82.9	Nicht näher bezeichnete Komplikation durch Prothese, Implantat oder Transplantat im Herzen und in den Gefäßen	<i>z.B. Komplikation durch Gefäßkatheter</i>

Behandlung	OPS		
operativ	5-896.1	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut (Details zu diesem Kode finden Sie auf der Seite „Debridements“)	
	5-896.1a	Großflächig: Brustwand und Rücken	
	5-896.1c	Großflächig: Leisten- und Genitalregion	
	5-896.1e	Großflächig: Oberschenkel	<i>z.B. Venenentnahmestelle</i>
	5-896.1f	Großflächig: Unterschenkel	
	5-869.1	Weichteildebridement, schichtenübergreifend	<i>Nur gültig an den Bewegungsorganen!</i>
	5-916.a- Operative Anlage oder Wechsel einer Vakuumversiegelung		<i>Siehe separates Registerblatt „Vakuumtherapie“</i>
	5-916.a0	Vakuumversiegelung: An Haut und Unterhaut	<i>an der Leiste / an der Venenentnahmestelle</i>
	5-916.a2	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung: Tiefreichend, an Thorax, Mediastinum und Sternum	<i>nach Sternotomie, bei Thoraxwunden</i>
	5-346.-- Plastische Rekonstruktion der Brustwand		
	5-346.91	Plastische Rekonstruktion der Brustwand: Thorakoplastik: Komplett	
	5-346.90	Plastische Rekonstruktion der Brustwand: Thorakoplastik: Partiiell	
	5-346.5	Stabilisierung der Thoraxwand offen chirurgisch	
	5-346.6x	Resektion am knöchernen Thorax mit Rekonstruktion	
	5-349.3	Entfernung von Osteosynthesematerial am Thorax	
5-378.0-	Aggregatentfernung Schrittmacher	<i>Der Systemtyp ist an der 6. Stelle zu kodieren</i>	
5-378.2-	Aggregatentfernung Schrittmacher und Elektroden		
5-900.1- Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Sekundärnaht			
5-900.1a	Brustwand und Rücken		
5-900.1c	Leisten- und Genitalregion		
5-900.1e	Oberschenkel		
5-900.1f	Unterschenkel		
Freie Hauttransplantation			
5-901.--	Entnahmestelle	<i>Details zur Kodierung der Hauttransplantationen in separatem Registerblatt „Hauttransplantationen“</i>	
5-902.--	Empfängerstelle		
konservativ	8-190.--	Kontinuierliche Sogbehandlung bei einer Vakuumversiegelung	
	8-191.5	Hydrokolloidverband	
	8-390.-	Lagerung im Spezialbett (Weitere Informationen entnehmen Sie bitte der Kodierhilfe 2011 Speziallagerungssysteme)	

Kodierung von Gelenk- + Knochenkrankungen

ICD	Hauptdiagnose
M16.-	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]
M17.-	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]
M86.1	Akute Osteomyelitis
S71.-	Offene Wunde der Hüfte und des Oberschenkels
S72.-	Fraktur des Femurs
S72.0-	Schenkelhalsfraktur
S72.1-	Petrochantäre Fraktur
S72.2	Subtrochantäre Fraktur
S72.3	Fraktur des Femurschaftes
S72.4-	Distale Fraktur des Femurs
S81.-	Offene Wunde des Unterschenkels
S82.-	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes
	Komplikationen
T81.3	Aufreißen einer Operationswunde, andernorts nicht klassifiziert
T81.4	Infektion nach einem Eingriff, andernorts nicht klassifiziert
T84.1	Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an Extremitätenknochen
T84.5	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese
T84.6	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine interne Osteosynthesevorrichtung [jede Lokalisation]
T84.7	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate
T87.4	Infektion des Amputationsstumpfes
T87.5	Nekrose des Amputationsstumpfes
T88.9	Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, nnb.

Behandlung	Revision		
operativ	5-866.-	Revision eines Amputationsgebietes	
	5-86.- Amputation		
	5-862.-	Amputation und Exartikulation obere Extremität	
	5-863.0/ -.1/-2/-a	Amputation und Exartikulation Mittelhand oder Hand	
	5-863.3/ -.4/-5/-6	Amputation und Exartikulation Finger	
	5-864.2 bis -.9/-a	Amputation und Exartikulation untere Extremität (OS bis US)	
5-864.7/-8/ -.x/-y	Amputation und Exartikulation Fuß (Zehe bis Zehenstrahl)		
Behandlung	OPS		
operativ	5-869.1	Weichteildebridement, schichtenübergreifend (an den Bewegungsorganen)	
	5-896.--	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	
	5-894.--	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	
	5-895.--	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	
	5-916.a-	Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung (operativ)	<i>Verweis auf separates Blatt wie bei anderen Fächern auch</i>
	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	
	5-901.--	Freie Hauttransplantation, Entnahmestelle	<i>Verweis auf separates Blatt wie bei anderen Fächern auch</i>
	5-902.--	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle	<i>Verweis auf separates Blatt wie bei anderen Fächern auch</i>
	5-903.--	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	<i>Verweis auf separates Blatt wie bei anderen Fächern auch</i>
	5-780.--	Inzision am Knochen, septisch/aseptisch [inkl. Saug-Spüldrainage]	
	5-782.--	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe	
	5-800	Offen chirurgische Revision eines Gelenkes	
	5-800.2-	Gelenkspülung mit Drainage, septisch	
	5-800.3-	Debridement	
	5-800.a	Einlegen eines Medikamententrägers	
	5-800.b-	Entfernen eines Medikamententrägers	
	5-820.--	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	
	5-821.--	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk	
	5-822.--	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	
	5-823.--	Revision, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk	
konservativ	8-190.--	Kontinuierliche Sogbehandlung bei einer Vakuumversiegelung	
	8-191.5	Hydrokolloidverband	
	8-390.-	Lagerung im Spezialbett (Weitere Informationen entnehmen Sie bitte der Kodierhilfe 2011 Speziallagerungssysteme)	



NUR WEIL EINE
NAHT
EINFACH BEGINNT,
MUSS SIE NICHT
EINFACH VERHEILEN.



Komplikationen wie postoperative Wundinfektionen, Dehizensz oder sogar ein Hämatom und Serom können für Risikopatienten zu Problemen werden. Das **PREVENA™ INCISION MANAGEMENT SYSTEM** ist das erste und einzige Unterdruckprodukt, das eigens für das Management von Incisionen gedacht ist, bei denen die Gefahr postoperativer Komplikationen besteht. Das Prevena™ System hilft dabei, die Schnittkanten zusammenzuziehen, und kann die Wahrscheinlichkeit postoperativer Wundinfektionen und Dehizensz reduzieren, während es die Perfusion stimuliert und als ein Hindernis für die äußeren Infektionsquellen wirkt. Von KCI, führend im Bereich Unterdrucktherapie.



Mehr Informationen erhalten Sie unter
www.kci-medical.com
24h Hotline 0800 783 3524

HINWEIS: Es gibt spezielle Angaben, Warnhinweise, Vorsichtsmaßnahmen und Sicherheitshinweise für das PREVENA™ Schnittmanagementsystem. Bitte fragen Sie einen Arzt und lesen Sie die Gebrauchsanweisung des Produkts, bevor Sie es anwenden.

©2010 KCI Licensing, Inc. Alle Rechte vorbehalten. PREVENA und KCI sind Marken von KCI Licensing, Inc. Das PREVENA™ Schnittmanagementsystem ist durch ein oder mehrere der folgenden Patente geschützt: US 6,951,553, 6,936,037. Andere Patente sind angemeldet. Diese Materialien sind für das Gesundheitspersonal bestimmt. DSL#10-0030.EMEA.S (1/10)

Chirurgische Komplexbehandlung

8-989.- Chirurgische Komplexbehandlung bei schweren Infektionen.

Inkl.: Septische Komplikation

8-989.0	Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage
8-989.1	Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage
8-989.2	Mindestens 21 bis höchstens 27 Behandlungstage
8-989.3	Mindestens 28 bis höchstens 34 Behandlungstage
8-989.4	Mindestens 35 bis höchstens 41 Behandlungstage
8-989.5	Mindestens 42 bis höchstens 48 Behandlungstage
8-989.6	Mindestens 49 Behandlungstage

Eventuell zusätzlich durchgeführte, mit dem OPS Katalog kodierbare Maßnahmen sind gesondert zu kodieren, wie z.B.:

8-980.-	Intensivmedizinische Komplexbehandlung
8-987.-	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]
5-916.a-	Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung (operativ)
8-390.-	Lagerungstherapie
8-80.-	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat

Ebenso sind durchgeführte Operationen gesondert zu kodieren.

Mindestmerkmale:

- Leitung der chirurgischen Komplexbehandlung durch einen Facharzt einer chirurgischen Disziplin
- Mehrzeitiges operatives Vorgehen in Narkose oder Regionalanästhesie zur Therapie der Infektion und/oder Sicherung der Behandlungsergebnisse (inkl. Revisions- und Folgeeingriffe)
- Einsatz aufwändiger Versorgungsformen an jedem Behandlungstag (durchschnittlich 30 Minuten/Tag) wie z.B.:
 - durchgeführte Operationen
 - aufwändige Verbandwechsel
 - offene Wundbehandlung oder Debridement-Bad
 - Spül-(Saug-)Drainage
 - Anwendung einer Vakuumversiegelung
- Möglichkeit zum Hygiene- bzw. Infektionsmonitoring mit 24-stündigem Zugriff (auch extern) auf Leistungen und Befunde.

MRE Komplexbehandlung

8-987

Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]

Exkl. Isolation bei Verdacht auf Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern mit anschließendem negativen Befund.

Mindestmerkmale:

- Behandlung durch speziell eingewiesenes medizinisches Personal in Zusammenarbeit mit dem Krankenhaushygieniker und/oder der/dem Krankenschwester/-pfleger für Krankenhaushygiene (Hygienefachkraft) unter Aufsicht des Krankenhaushygienikers unter Berücksichtigung aktueller Behandlungs- und Pflegestandards
- Durchführung von speziellen Untersuchungen zur Feststellung der Trägerschaft von multiresistenten Erregern (ICD-10-GM-Kodes U80 - U82) bzw. der erfolgreichen Sanierung der Kolonisierung bzw. Infektion sowie zur Prävention einer Weiterverbreitung
- Durchführung von strikter Isolierung (Einzel- oder Kohortenisolierung) mit eigenem Sanitärbereich oder Bettstuhl bei entsprechender hygienischer Indikation (Vermeidung von Kreuzinfektionen). Die Isolierung wird aufrechterhalten, bis in drei negativen Abstrichen/Proben von Prädilektionsstellen der MRE nicht mehr nachweisbar ist. Die Abstriche/Proben dürfen nicht am gleichen Tag entnommen sein. Die jeweils aktuellen Richtlinien des Robert-Koch-Instituts sind zu berücksichtigen.

Es muss ein dokumentierter durchschnittlicher Mehraufwand von mindestens 2 Stunden täglich während der Behandlungstage mit strikter Isolierung entstehen.

Dazu gehören neben den oben beschriebenen Maßnahmen z.B.:

- Einsatz von erregerspezifischen Chemotherapeutika/Antibiotika
- Mindestens tägliche lokale antiseptische Behandlung der betroffenen Areale (z.B. Rachen- oder Wundsanierung; antiseptische Sanierung anderer betroffener Körperteile/Organe)
- Antiseptische Ganzkörperwäsche, bei intakter Haut mindestens täglich
- Täglicher Wechsel von Bettwäsche, Bekleidung und Utensilien der Körperpflege (Waschlappen u.ä.)
- Schutzmaßnahmen bei Betreten und Verlassen des Zimmers (zimmerbezogener Schutzkittel, Handschuhe, ggf. Mund-Nasen-Schutz, Einschleusen, Ausschleusen etc.)
- Ggf. mehrmals tägliche Desinfektion patientennaher Flächen
- Mindestens tägliche Fußbodendesinfektion und Schlussdesinfektion
- Patienten- und Angehörigengespräche zum Umgang mit MRE
- Durchführung der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen unter besonderen räumlich-organisatorischen Bedingungen (z.B. im Patientenzimmer anstelle im Funktionsbereich; wenn in Funktionsbereichen, dann mit unmittelbar anschließender Schlussdesinfektion).

8-987 Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]

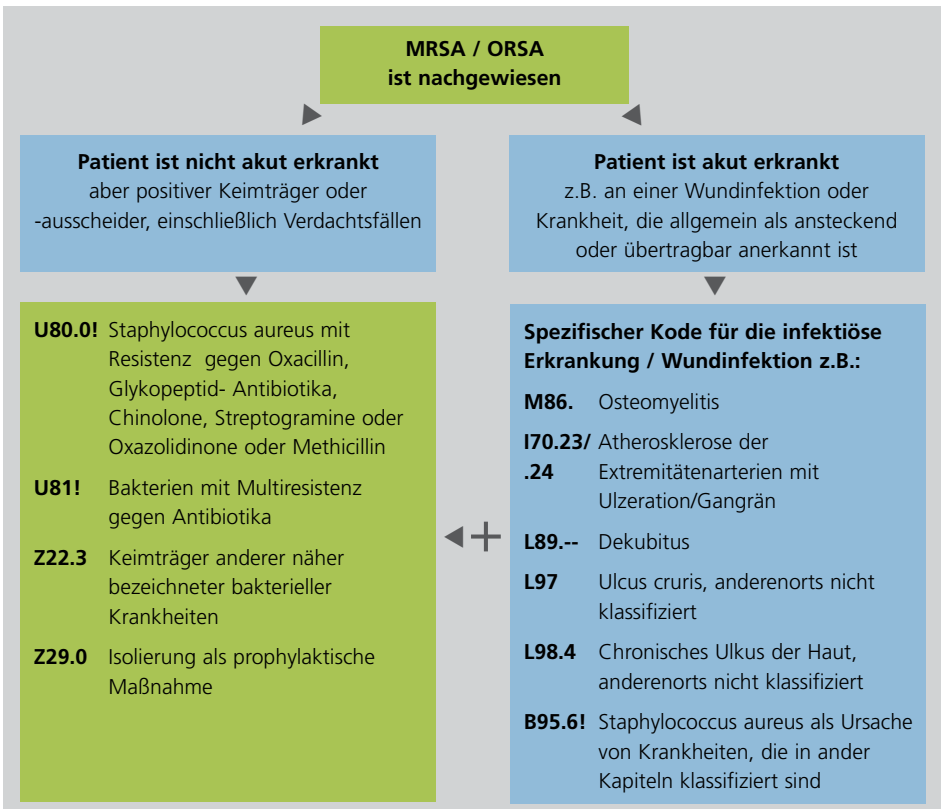
8-987.0-*	Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit
8-987.1-	Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit

- Eine spezielle Isoliereinheit (eigenständige Infekt-Isolierstation) ist räumlich und organisatorisch von den restlichen Pflegeeinheiten des Krankenhauses getrennt. Jedes Zimmer ist über eine eigene Schleuse zu betreten.

Die Dauer der Behandlung ist in der 6. Stelle wie folgt zu kodieren:

-.0	Bis zu 6 Behandlungstage
-.1	Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage
-.2	Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage
-.3	Mindestens 21 Behandlungstage

Kodierung von ORSA / MRSA Patienten



Ambulante Abrechnung EBM

Die Abrechnung der ambulanten Wundbehandlung ist außerhalb der operativen Eingriffe in wenigen Ziffern dargestellt:

Im Bereich der arztgruppenübergreifenden Behandlung, d.h. in den Bereichen, die zur Abrechnung allen niedergelassenen Ärzten offenstehen, sind die Abrechnungsziffern im Kapitel der kleinchirurgischen Eingriffe aufgeführt:

02310	Behandlung einer/eines/von sekundär heilenden Wunde(n) und/oder Decubitalulcus (-ulcera) – mindestens 3 Arzt-Patientenkontakte
02311	Behandlung des diabetischen Fußes – je Bein, je Sitzung
02312	Behandlungskomplex eines oder mehrerer chronisch venöser Ulcera cruris – je Bein, je Sitzung max. 12.000 Punkte/Quartal
02313	Kompressionstherapie bei der chronisch venösen Insuffizienz, beim postthrombotischen Syndrom, bei oberflächlichen und tiefen Beinvenenthrombosen und/oder beim Lymphödem – je Bein, je Sitzung max. 12.000 Punkte/Quartal

Eingeschränkt ist lediglich die Abrechnung der Behandlung des diabetischen Fußes. Diese setzt voraus, dass der Arzt eine Genehmigung beantragt, die ihm erteilt wird, wenn er in den 4 vorhergehenden Quartalen mindestens 100 Patienten mit Diabetes mellitus (nicht diabetischen Füßen!) behandelt hat und die Qualifikation zur Durchführung von programmierten Schulungen für Diabetiker nachweisen kann. Fachärzte für Chirurgie, Orthopädie und Dermatologie benötigen diese Zusatzqualifikation hinsichtlich der Schulungen nicht.

Diese Fachärzte können statt der Ziffer 02310 mit 3 Arzt-Patienten-Kontakten, die höher bewerteten Ziffern aus Ihrem jeweiligen Facharzt-Kapitel (07340, 10330, 18340) abrechnen, die jeweils 5 Arzt-Patienten-Kontakte voraussetzen.

Ambulante operative Leistungen

Die Abrechnung von operativen Leistungen im Zusammenhang mit der Behandlung chronischer Wunden setzt voraus, dass der Arzt die notwendigen sachlichen und personellen Bedingungen erfüllt und gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung seine Teilnahme am Vertrag gemäß § 115b SGB V erklärt hat.

Im EBM ist die ambulante operative Leistung in zwei unterschiedlichen Möglichkeiten definiert:

Eine Definition ist die chirurgisch-instrumentelle Eröffnung der Haut und/oder Schleimhaut oder der Wundverschluss von eröffneten Strukturen der Haut und/oder Schleimhaut mindestens in Oberflächenanästhesie (Abrechnungsmöglichkeiten über die Kleinchirurgischen Eingriffe), die andere Möglichkeit ist, dass es sich bei dem Eingriff um eine Leistung entsprechend den OPS-301-Prozeduren des Anhangs 2 handelt. Dabei sind eingriffsbezogene Verbandleistungen eingeschlossen.

Was sich eigentlich schon aus der Definition heraus ergibt, stellt der Text des EBM noch einmal besonders heraus, dass nämlich Punktionen mit Nadeln, Kanülen und Biopsienadeln, und Kürettagen der Haut und Shave-Biopsien der Haut nicht unter die Definition eines operativen Eingriffs fallen.

Die Abrechnungsziffern der operativen Leistungen sind im Kapitel 31.2. aufgeführt. In 12 Untergruppen sind die Ziffern nach Organsystem, OP-Ausstattung und Art des Eingriffs unterteilt. Sie können von allen Arztgruppen erbracht werden, die nach Weiterbildungsordnung und Zulassung dazu berechtigt sind. Es können nur die Operationen abgerechnet werden, die im Anhang 2 aufgeführt sind.

Im Jahr 2011 wird erstmals auch die großflächige chirurgische Wundtoilette (5-896 ff) als operativer Eingriff abrechnungsfähig.

Die Abrechenbarkeit anderer Leistungen ist 3 Tage nach einem operativen Eingriff eingeschränkt. Werden Revisionseingriffe oder Zweiteingriffe wegen Wundinfektionen oder postoperativer Komplikationen erforderlich, können diese unter Angabe des Erst-OP-Datums abgerechnet werden. Zusätzlich muss die aufgetretene Komplikation mit dem ICD-Code angegeben werden. Hier gibt der Text des Anhangs 2 in seiner Präambel die möglichen Komplikationen vor:

T79.3	Posttraumatische Wundinfektion, anderenorts nicht klassifiziert
T81.0	Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert
T81.1	Schock während oder als Folge eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert
T81.2	Versehentliche Stich- oder Risswunde während eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert
T81.3	Aufreißen einer Operationswunde, anderenorts nicht klassifiziert
T81.4	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert
T81.5	Fremdkörper, der versehentlich nach einem Eingriff in einer Körperhöhle oder Operationswunde zurückgeblieben ist
T81.6	akute Reaktion auf eine während eines Eingriffes versehentlich zurückgebliebene Fremdschubstanz
T81.7	Gefäßkomplikationen nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert
T84.5	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendothese
T84.6	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine interne Osteosynthesvorrichtung [jede Lokalisation]
T84.7	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate
T85.1	Mechanische Komplikation durch einen implantierten elektronischen Stimulator des Nervensystems
T85.2	Mechanische Komplikation durch eine intraokulare Linse
T85.3	Mechanische Komplikation durch sonstige Augenprothesen, -implantate oder -transplantate
T85.4	Mechanische Komplikation durch Mammoprothese oder -implantat
T85.5	Mechanische Komplikation durch gastrointestinale Prothesen, Implantate oder Transplantate
T85.6	Mechanische Komplikation durch sonstige näher bezeichnete interne Prothesen, Implantate oder Transplantate
T85.7	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate
T85.8	Sonstige Komplikationen durch interne Prothesen, Implantate oder Transplantate, anderenorts nicht klassifiziert

Postoperative Behandlungskomplexe

Die postoperative Leistung des Kapitels 31.4 sollte erst am Ende der postoperativen Versorgung und eventuell notwendiger Revisionen oder sekundärer Eingriffe abgerechnet werden, denn 21 Tage nach Abrechnung dieser postoperativen Ziffern ist eine weitere Abrechnung der meisten EBM-Leistungen ausgeschlossen. Auch bei mehreren operativen Eingriffen ist in diesem Zeitraum nur einmal eine postoperative Leistung abzurechnen!

**Die Experten für Schnittstellen
zwischen Ökonomie und Medizin**

→ **Medizinische Strategieentwicklung**

Medizinische Due Diligence
Strukturberatung
Qualitätsmanagement
Lean-Medizincontrolling

**Ihr Ziel sind reibungslose Abläufe.
Unser interdisziplinäres Team aus Medizinern
und Ökonomen erarbeitet praxistaugliche Lösungen.
Deren Umsetzung erfolgt mit Ihnen Hand in Hand.**

Ambulante Abrechnung GOÄ

Die Abrechnung der Wundversorgung im Rahmen der GOÄ beschränkt sich ebenfalls auf einige wenige Ziffern. Allerdings eröffnet § 6 der GOÄ die Möglichkeit, Leistungen, die nicht in der GOÄ explizit aufgeführt sind, über eine analoge Anwendung von Ziffern, die nach Aufwand und Inhalt der Leistung nahe kommen, zu berechnen.

Eine Abrechnungsempfehlung der Bundesärztekammer im Hinblick auf die Anlage eines Systems zur Vakuumversiegelung gibt es bis heute leider nicht. So ist es dem Arzt überlassen, eine eigene Analog-Ziffer zu bilden, die nach der Art der Anlage am ehesten geeignet erscheint.

Ein Beispiel gibt die Falldarstellung im Weiteren.

Abrechnungsbeispiel ambulante Wundversorgung nach GOÄ + EBM – Fall 1

Beispiel fachärztliche Versorgung (Chirurgie) - Wundbehandlung

Patient: 69- Jahre

Diagnose: Ulcus cruris bds. (ICD 183.0)
Chronisch venöse Insuffizienz (I87.2)

Abrechnungsmöglichkeiten EBM (fett gedruckte Punktwerte liegen im Regelleistungsvolumen)

1. Beispieltag / 1. Tag der Abrechnung im Behandlungsfall		
Behandlung: Diagnostik, Farbdoppler, Therapie (Nekroseabtragung, Spülung Octenisept, Kompressionsverband, Wundauflege) umfassende Beratung, Fotodokumentation, Arztbrief		
07212	Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres	720 Punkte
33072 ¹	Sonographische Untersuchung der Extremitätenver- und / oder entsorgenden Gefäße mittels Duplex Verfahren	735 Punkte
02312 ²	Behandlungskomplex eines oder mehrerer chronisch venöser Ulcera cruris je Bein, je Sitzung (bds. = 2)	155 Punkte
		155 Punkte
40120	Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax	0,55 €
2. Beispieltag / 5. Tag der Abrechnung im Behandlungsfall		
Behandlung: -Ulcus re: i.V. Regionalanästhesie, tiefreichendes Debridement (Faszie), Verband, Kompression -Ulcus li: Säubern mit Octenisept, Nekroseabtragung, Verband, Op-/Arztbericht an HA		
31122 (5-850.d9R)	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement einer Faszie: Unterschenkel	4360 Punkte
31503	Postoperative Überwachung	1450 Punkte
31800	Regionalanästhesie durch den Operateur, der einen ambulanten Eingriff nach Abschnitt 31.2 erbringt	1070 Punkte
40120	Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax	0,55 €

Fortsetzung nächste Seite

¹ setzt die Genehmigung nach der Ultraschallverordnung voraus.

² Höchstpunktzahl im Quartal 12.000 = 77,5 Behandlungen/Arzt.

Abrechnungsmöglichkeiten GOÄ (die €- Werte beziehen sich jeweils auf den 1-fachen Satz)

1. Beispieltag / 1. Tag der Abrechnung im Behandlungsfall			
1		Beratung – auch mittels Fernsprecher	4,66 €
7		Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines Organsystems	9,33 €
410		Ultraschaluntersuchung eines Organs	11,66 €
401		Zuschlag zu den sonographischen Leistungen nach den Nummern 410 bis 418 bei zusätzlicher Anwendung des Duplex-Verfahrens	23,31 €
420		Ultraschaluntersuchung von bis zu drei weiteren Organen	4,66 €
2006		Behandlung einer Wunde, die nicht primär heilt	3,67 €
209		Großflächiges Auftragen von Externa	8,74 €
204	2x	stabilisierender Verband, Kompressionsverband (5,54€)	11,08 €
200		Verband - ausgenommen Schnell- und Sprühverbände	2,62 €
MAT ³		gem. § 10 Abs. 1 GOÄ - gesondert berechnungsfähig (z.B. Einmalbesteck, OP-Abdeckungen, Wundauflagen)	
75		ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbereich	0,58 €
Porto			0,55 €
2. Beispieltag / 5. Tag der Abrechnung im Behandlungsfall			
5		Symptom bezogene Untersuchung	4,66 €
478		Intravenöse Anästhesie einer Extremität, bis zu einer Stunde Dauer	13,41 €
446		Zuschlag bei ambulanter Durchführung von Anästhesieleistungen	17,49 €
2064		re. US: Sehnen-, Faszien- oder Muskelverlängerung/plastische Ausschneidung	53,86 €
444		Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen	128,23 €
209		Großflächiges Auftragen von Externa	8,74 €
204	2x	2 x stabilisierender Verband, Kompressionsverband (5,54€)	11,08 €
2006		li. US: Behandlung einer Wunde die nicht primär heilt	3,67 €
200		li. US: Verband - ausgenommen Schnell- und Sprühverbände	2,62 €
MAT		gem. § 10 Abs. 1 GOÄ - gesondert berechnungsfähig (z.B. Wundaufgabe, Einmalbesteck u.ä.)	

Fortsetzung nächste Seite

³ übersteigt der Betrag der einzelnen Auslage 25,56 Euro, ist der Beleg oder ein sonstiger Nachweis beizufügen (§ 12 GOÄ).

Abrechnungsbeispiel ambulante Wundversorgung nach GOÄ + EBM – Fall 1

Abrechnungsmöglichkeiten EBM (fett gedruckte Punktwerte liegen im Regelleistungsvolumen)

3. Beispieltag / 9. Tag der Abrechnung im Behandlungsfall		
Behandlung: -Ulcus re: i.V. Regionalanästhesie, Chirurgisches Debridement, feuchte Wundauflage, Kompression -Ulcus li: Säuberung mit Octenisept, Verband, Kompression		
31102 (5-896.1f)	Chirurgisches Wunddebridement (Unterschenkel)	4065 Punkte
31503	Postoperative Überwachung	1450 Punkte
31800	Regionalanästhesie durch den Operateur, der einen ambulanten Eingriff nach Abschnitt 31.2 erbringt	1070 Punkte
4. Beispieltag / 13. Tag der Abrechnung im Behandlungsfall		
Behandlung: -Ulcus re: Nekroseabtragung, Verbandswechsel, Kompression -Ulcus li: Nekroseabtragung, Spülung m. Octenisept, Wundverband, Kompression bds.		
02312	2x Behandlungskomplex eines oder mehrerer chronisch venöser Ulcera cruris je Bein, je Sitzung (bds. = 2)	155 Punkte
		155 Punkte
5. Beispieltag / 15. Tag der Abrechnung im Behandlungsfall		
Behandlung: -Ulcus re: i.V. Regionalanästhesie, Chirurgisches Debridement, feuchte Wundauflage, Kompression -Ulcus li: Säuberung mit Octenisept, Verband, Kompression		
31102 (5-896.1f)	Chirurgisches Wunddebridement (Unterschenkel)	4065 Punkte
31503	Postoperative Überwachung	1450 Punkte
31800	Regionalanästhesie durch den Operateur, der einen ambulanten Eingriff nach Abschnitt 31.2 erbringt	1070 Punkte
6. Beispieltag / 18. Tag der Abrechnung im Behandlungsfall		
Behandlung: -Ulcus re: Verbandswechsel, Kompression -Ulcus li: Reinigung, Verbandswechsel, Kompression, Fotodok., bds. Befundbesprechung, Abschlussbericht an HA		
31615 ⁴ (5-896.1f)	Postoperative Behandlung (3. Beispieltag / 9. Abrechnungstag)	295 Punkte
40120	Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax	0,55 €

⁴ Die postoperative Behandlung ist erst abzurechnen, wenn auch notwendige Revisionseingriffe oder erneute Debridements in diesem Abrechnungszeitraum abgeschlossen sind. Die Ziffern kann sich nach dem am höchsten bewerteten Eingriff richten.

Abrechnungsmöglichkeiten GOÄ (die €- Werte beziehen sich jeweils auf den 1-fachen Satz)

3. Beispieltag / 9. Tag der Abrechnung im Behandlungsfall			
2065		re. US: Abtragung ausgedehnter Nekrosen im Hand- oder Fußbereich, je Sitzung	14,57 €
442		Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen	23,31 €
491		Infiltrationsanästhesie großer Bezirk	7,05 €
204	2x	stabilisierender Verband, Kompressionsverband (5,54€)	11,08 €
2006		li. US: Behandlung einer Wunde die nicht primär heilt	3,67 €
200		li. US: Verband – ausgenommen Schnell- und Sprühverbände	2,62 €
MAT		gem. § 10 Abs. 1 GOÄ - gesondert berechnungsfähig	
209		Großflächiges Auftragen von Externa	8,74 €
4. Beispieltag / 13. Tag der Abrechnung im Behandlungsfall			
2006		li. US: Behandlung einer Wunde die nicht primär heilt	3,67 €
2006		re. US: Behandlung einer Wunde die nicht primär heilt	3,67 €
209		li. US: Großflächiges Auftragen von Externa	8,74 €
200	2x	bds. Verband - ausgenommen Schnell- und Sprühverbände	5,24 €
204	2x	stabilisierender Verband, Kompressionsverband (5,54€)	11,08 €
5. Beispieltag / 15. Tag der Abrechnung im Behandlungsfall			
2065		re. US: Abtragung ausgedehnter Nekrosen im Hand- oder Fußbereich, je Sitzung	14,57 €
442		Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen	23,31 €
491		Infiltrationsanästhesie großer Bezirk	7,05 €
204	2x	stabilisierender Verband, Kompressionsverband (5,54€)	11,08 €
2006		li. US: Behandlung einer Wunde die nicht primär heilt	3,67 €
200		li. US: Verband - ausgenommen Schnell- und Sprühverbände	2,62 €
MAT		gem. § 10 Abs. 1 GOÄ - gesondert berechnungsfähig	
209		Großflächiges Auftragen von Externa	8,74 €
6. Beispieltag / 18. Tag der Abrechnung im Behandlungsfall			
200	2x	bds. Verband - ausgenommen Schnell- und Sprühverbände	5,24 €
2006		li. US: Behandlung einer Wunde die nicht primär heilt	3,67 €
204	2x	stabilisierender Verband, Kompressionsverband (5,54€)	11,08 €
75		ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbereich	0,58 €
Porto			0,55 €

Abrechnungsbeispiel ambulante Wundversorgung nach GOÄ + EBM – Fall 2

Beispiel fachärztliche Versorgung (Chirurgie) - Wundbehandlung mit Vakuumtherapie

Patient: 62- Jahre - stationäre belegärztliche Behandlung

Diagnose: Diabetischer Fuß bei Typ 2 Diabetes mellitus (E11.74 RG)
 Malum perforans pedis (L98.4 RG)
 Z.n. Osteomyelitis (M86.99 + RZ)

Abrechnungsmöglichkeiten EBM (fett gedruckte Punktwerte liegen im Regelleistungsvolumen)

1. Beispieltag / 1. Tag der Abrechnung im Behandlungsfall - belegärztlich		
Visite, Thromboseprophylaxe, radikales Debridement an den Metatarsalen, i.V. Lokalanästhesie, Anlage eines Systems zur Vakuumversiegelung, Zweitvisite zur postoperativen Kontrolle		
07212	Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres	720 Punkte
01414	Visite auf der Belegstation, je Patient	245 Punkte
40190	Entfernungspauschale	
36132 (5-780.6v)	Eingriff D2: Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Debridement: Metatarsale	3335 Punkte
36502	Postoperative Überwachung	170 Punkte
01414	Zweitvisite	245 Punkte
2. Beispieltag / 2. Tag der Abrechnung im Behandlungsfall - belegärztlich		
Visite, Kontrolle Vakuumversiegelung, Thromboseprophylaxe		
01414	Visite auf der Belegstation, je Patient	245 Punkte
40190	Entfernungspauschale	
3. Beispieltag / 3. Tag der Abrechnung im Behandlungsfall - belegärztlich		
Visite, Kontrolle Vakuumversiegelung, Thromboseprophylaxe		
01414	Visite auf der Belegstation, je Patient	245 Punkte
40190	Entfernungspauschale	
4. Beispieltag / 4. Tag der Abrechnung im Behandlungsfall - belegärztlich		
Visite, Wechsel des Systems zur Vakuumversiegelung, Debridement, ENTLASSUNG IN DIE AMBULANTE VERSORGUNG		
01414	Visite auf der Belegstation, je Patient	245 Punkte
40190	Entfernungspauschale	
36102 (5-896.1g)	Chirurgisches Wunddebridement (Fuß)	2610 Punkte
36503	Postoperative Überwachung	170 Punkte

Fortsetzung nächste Seite

Abrechnungsmöglichkeiten GOÄ (die €- Werte beziehen sich jeweils auf den 1-fachen Satz)

1. Beispieltag / 1. Tag der Abrechnung im Behandlungsfall - belegärztlich		
45	Visite im Krankenhaus	4,08 €
J	Bereitschaftspauschale Belegarzt, je Tag	4,66 €
252	Injektion subkutan, submukös	2,33 €
478	IV-Anästhesie einer Extremität, bis zu einer Stunde Dauer	13,41 €
2256	Knochenaufmeißelung oder Nekrotomie bei kleinen Knochen	26,99 €
2032A	Anlegen einer Spül-Saugdrainage - entsprechend hier: System zur Vakuumversiegelung	14,57 €
209	Großflächiges Auftragen von Externa	8,74 €
204	stabilisierender Verband, Kompressionsverband	5,54 €
46	Zweitvisite (postoperativ)	2,91 €
2. Beispieltag / 2. Tag der Abrechnung im Behandlungsfall - belegärztlich		
45	Visite im Krankenhaus	4,08 €
J	Bereitschaftspauschale Belegarzt, je Tag	4,66 €
252	Injektion subkutan, submukös	2,33 €
3. Beispieltag / 3. Tag der Abrechnung im Behandlungsfall - belegärztlich		
45	Visite im Krankenhaus	4,08 €
J	Bereitschaftspauschale Belegarzt, je Tag	4,66 €
252	Injektion subkutan, submukös	2,33 €
4. Beispieltag / 4. Tag der Abrechnung im Behandlungsfall - belegärztlich		
45	Visite im Krankenhaus	4,08 €
J	Bereitschaftspauschale Belegarzt, je Tag	4,66 €
252	Injektion subkutan, submukös	2,33 €
2065	Abtragung ausgedehnter Nekrosen im Hand- oder Fußbereich	14,57 €
2032A	Anlegen einer Spül-Saugdrainage - entsprechend hier: System zur Vakuumversiegelung	14,57 €
209	Großflächiges Auftragen von Externa	8,74 €
204	stabilisierender Verband, Kompressionsverband	5,54 €

Fortsetzung nächste Seite

Abrechnungsbeispiel ambulante Wundversorgung nach GOÄ + EBM – Fall 2

Abrechnungsmöglichkeiten EBM (fett gedruckte Punktwerte liegen im Regelleistungsvolumen)

5. Beispieltag / 1. Tag der Abrechnung im Behandlungsfall - ambulant		
Wechsel des Systems zur Vakuumversiegelung, Debridement, Spülen mit Octenisept, Kompressionsverband		
07212 ⁵	Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres	360 Punkte
31102 (5-896.1g)	Chirurgisches Wunddebridement (Fuß)	4065 Punkte
31503	Postoperative Überwachung	1450 Punkte
6. Beispieltag / 4. Tag der Abrechnung im Behandlungsfall - ambulant		
Xylonest (über Schwamm), Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung, Spülen, Reinigen, Kompression		
02311	Behandlung diab. Fuß	395 Punkte
7. Beispieltag / 7. Tag der Abrechnung im Behandlungsfall - ambulant		
Xylonest (über Schwamm), Entfernung des Systems zur Vakuumversiegelung, Spülen, Debridement, feuchte Wundauflage, Kompression		
31102 (5-896.1g)	Chirurgisches Wunddebridement (Fuß)	4065 Punkte
31503	Postoperative Überwachung	1450 Punkte
8. Beispieltag / 9. Tag der Abrechnung im Behandlungsfall - ambulant		
Kontrolle, Reinigen mit Octenisept, Verband, Kompression		
31609 ⁶ (5806.1g)	Postoperative Behandlung (OP vom 7. Beispieltag)	490 Punkte
40120	Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax	0,55 €

⁵ Die Grundpauschale wird um 50 % gekürzt wenn der Patient sowohl belegärztlich als auch ambulant im selben Abrechnungszeitraum versorgt wird.

⁶ Trotz mehrfacher Operationen wird die postoperative Behandlung nur 1 x am Ende des Behandlungsfalles abgerechnet.

Abrechnungsmöglichkeiten GOÄ (die €- Werte beziehen sich jeweils auf den 1-fachen Satz)

5. Beispieltag / 1. Tag der Abrechnung im Behandlungsfall - ambulant		
1	Beratung - auch mittels Fernsprecher	4,66 €
7	Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines Organsystems	9,33 €
2065	Abtragung ausgedehnter Nekrosen im Hand- oder Fußbereich	14,57 €
2032A	Anlegen einer Spül-Saugdrainage - entsprechend hier: System zur Vakuumversiegelung	14,57 €
442	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen	23,31 €
209	Großflächiges Auftragen von Externa	8,74 €
204	stabilisierender Verband, Kompressionsverband	5,54 €
MAT	gem. § 10 Abs. 1 GOÄ - gesondert berechnungsfähig	
6. Beispieltag / 4. Tag der Abrechnung im Behandlungsfall - ambulant		
2032A	Anlegen einer Spül-Saugdrainage - entsprechend hier: System zur Vakuumversiegelung	14,57 €
2006	Behandlung einer Wunde, die nicht primär heilt	3,67 €
442	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen	23,31 €
491	Infiltrationsanästhesie große Bezirke	7,05 €
209	Großflächiges Auftragen von Externa	8,74 €
204	stabilisierender Verband, Kompressionsverband	5,54 €
MAT	gem. § 10 Abs. 1 GOÄ - gesondert berechnungsfähig	
7. Beispieltag / 7. Tag der Abrechnung im Behandlungsfall - ambulant		
2065	Abtragung ausgedehnter Nekrosen im Hand- oder Fußbereich	14,57 €
2032A	Anlegen einer Spül-Saugdrainage - entsprechend hier: System zur Vakuumversiegelung	14,57 €
491	Infiltrationsanästhesie große Bezirke	7,05 €
442	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen	23,31 €
209	Großflächiges Auftragen von Externa	8,74 €
204	stabilisierender Verband, Kompressionsverband	5,54 €
8. Beispieltag / 9. Tag der Abrechnung im Behandlungsfall - ambulant		
5	Symptom bezogene Untersuchung	4,66 €
209	Großflächiges Auftragen von Externa	8,74 €
204	stabilisierender Verband, Kompressionsverband	5,54 €
200	Verband - ausgenommen Schnell- und Sprühverbände	2,62 €
MAT	gem. § 10 Abs. 1 GOÄ - gesondert berechnungsfähig	



Übernehmen Sie die Kontrolle beim offenen Abdomen



ABThera™ Therapiesystem –
hilft Ihnen, das Ziel des
primären Faszienverschlusses
zu erreichen.

Weitere Informationen zum ABThera™ System
erhalten Sie unter:

 0800 783 3524  www.kci-medical.com



Neue Methoden beim Management von Bauchwanddefekten



Nach der Implantation von Strattice™ bei der Bauchwandrekonstruktion codieren Sie bitte den folgenden Zusatzcode:

5-932.11

Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: (Teil-)resorbierbares Material: Biologisch, inkl. Xenogenes Material, Kollagen

Durch die Angabe der Ziffer 5-932.11 wird ein Zusammenhang zwischen dem Material und dem Eingriff erstellt, und damit die Integration des Produktes in das künftige G-DRG System unterstützt.

Hinweis: Die durchgeführten organspezifischen Eingriffe sind gesondert zu kodieren.

Wenn Sie weitere Fragen haben, oder Informationen über das Produkt wünschen, dann melden Sie sich bitte unter der Telefonnummer: 0611 / 33544 0.