



G-DRG 2019

November 2018

Inhalt

1	Einleitung	4
2	G-DRG	4
2.1	Wichtige Änderungen der G-DRG 2019	4
2.1.1	Verbesserte Abbildung bei der Behandlung von Kindern.....	4
2.1.2	Aufwertung von Fällen mit Alterssplit nach DRG und MDC	5
2.1.3	Neuzuordnung bei der Behandlung von Kindern.....	5
2.1.4	Überarbeitung der MDC 24.....	5
2.1.5	Anpassungen der Funktionen „Komplizierenden Konstellationen (KK)“	6
2.1.6	Aufwertung von Extremkostenfällen (n=18).....	7
2.1.7	Weiterentwicklung in der Abbildung von Pflegeleistungen	7
2.2	DKR - Deutsche Kodierrichtlinien, Version 2019	8
2.2.1	Änderungen Allgemeine Kodierrichtlinien für Krankheiten	8
2.2.2	Änderungen Spezielle Kodierrichtlinien für Krankheiten	8
2.2.3	Änderungen Allgemeine Kodierrichtlinien für Prozeduren.....	9
2.2.4	Änderungen Spezielle Kodierrichtlinien für Prozeduren	10
2.3	CCL-Matrix.....	10
2.4	FPV und Abrechnungsbestimmungen	10
2.4.1	Fallzusammenführungen „Ausnahme von Wiederaufnahme“	11
2.4.2	DRGs mit Kennzeichnung „Ausnahme von Wiederaufnahme“	11
2.5	Zusatzentgelte 2019	12
2.5.1	Zusammenfassung der Auf- und Abwertungen/ Neuaufnahmen der Zusatzentgelte	13
2.5.2	Auflistungen der Zusatzentgelte nach ihren Bewertungen	14
2.6	NUB	17
3	ICD-10 2019	18
3.1	Kapitel I.....	19
3.2	Kapitel V.....	20
3.3	Kapitel VI.....	20
3.4	Kapitel IX.....	21
3.5	Kapitel XI.....	21
3.6	Kapitel XII.....	23
3.7	Kapitel XIII.....	23
3.8	Kapitel XIV	23
3.9	Kapitel XVI	24
3.10	Kapitel XIX	24
4	OPS 2019	24
4.1	Kapitel 1 Diagnostische Maßnahmen	25
4.2	Kapitel 3 Bildgebende Diagnostik	25
4.3	Kapitel 5 Operationen	26
4.4	Kapitel 6 Medikamente	29
4.5	Kapitel 8 Nicht operative Therapeutische Maßnahmen.....	29
4.6	Kapitel 9 Ergänzende Maßnahmen	32
4.7	Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKMS).....	32
	- für alle Altersgruppen	32
4.7.1	PKMS-E für Erwachsene	33
4.7.2	PKMS-J für Kinder und Jugendliche	33
5	Impressum	35

1 Einleitung

Die Firma ID GmbH Co. KG hat Ihnen, wie schon in den vergangenen Jahren, sämtliche Änderungen und Neuerungen im G-DRG-System für das Jahr 2019 zusammengestellt. Wir betrachten dies als Dienstleistung für unsere Kunden.

Das Dokument beinhaltet Änderungen und Neuerungen im Entgeltbereich der DRG mit den Klassifikationen ICD-10-GM 2019 und OPS 2019.

In diesem Jahr haben wir auf die Auflistung der Änderungen in der ICD-10-GM und im OPS-Bereich anhand der Hauptdiagnosegruppen (MDC) verzichtet und stellen Ihnen die Änderungen nun anhand der betroffenen Kapitel aus beiden Katalogen dar.

Wir wünschen Ihnen viel Erfolg bei der Fallbearbeitung im Jahr 2019.

2 G-DRG

Die Schwerpunkte im Rahmen der Weiterentwicklung der G-DRG Fallpauschalen 2019 lagen in der verbesserten Abbildung bei der Behandlung von Kindern, der Überarbeitung der MDC 24 „Sonstige DRGs“, den Anpassungen der Funktionen „Komplizierenden Konstellationen (KK)“, der Aufwertung von Extremkostenfällen und der Weiterentwicklung in der Abbildung von Pflegeleistungen.

Gegenüberstellung der Anzahl der DRG-Fallgruppen 2019 zu 2018

		Veränderung zum Vorjahr (2018)
Gesamte DRG-Fallgruppen	1.318	+ 26
davon im FP-Katalog, Hauptabteilung	1.271	+ 26
davon nicht bewertet (Anlage 3a)	42	--
davon rein teilstationäre DRGs	5	--
davon bewertet	2	--
Ein-Belegungstag-DRGs		
explizit	24	--
implizit	397	--

(Quelle InEK)

2.1 Wichtige Änderungen der G-DRG 2019

2.1.1 Verbesserte Abbildung bei der Behandlung von Kindern

Im Rahmen der verbesserten Abbildung bei der Behandlung von Kindern wurden 29 neue „Kindersplits“ umgesetzt. Darüber hinaus wurden neue Kindersplits i. R. der intensivmedizinischen Komplexbehandlung im Kindesalter in den DRGs B20B und F03C aufgenommen. Weiter erfolgte die Aufwertung von Fällen mit „äußerst schweren“ und „schweren CC“ in Verbindung mit einer Altersbedingung in insgesamt zwölf DRGs in sechs MDCs.

2.1.2 Aufwertung von Fällen mit Alterssplit nach DRG und MDC

Alter	DRG (n= 12)	MDC (n = 6)
< 18 Jahre	E76B, I13B, I13C, I13D, I13F, I23A, I30A, J11B, L63E	04 Atmungsorgane; 08 Muskel-Skelett-System; 09 Haut, Unterhaut, Mamma; 11 Harnorgane
> 14 Jahre	E79C, G24B, M04C	04 Atmungsorgane; 06 Verdauungsorgane 12 männl. Geschlechtsorgane

(Quelle InEK)

2.1.3 Neuordnung bei der Behandlung von Kindern

Inhalt	Jetzt enthalten in DRGs
Eingriff bei Ösophagusatresie	P02B, P02C
Temporärer Verschluss angeborener Bauchwanddefekt	P06A/B, P05A/B, P04A
Pulmonalarterielles Banding	P06A, P06B
Kürzere Beatmungszeit	P63Z, P64Z, P05B, P06B
PCCL > 2 und Altersbedingung	E76B, E79C, G24B, I13B, I13C, I13D, I13F, I23A, I30A, J11B, L63E, M04C

(Quelle InEK)

2.1.4 Überarbeitung der MDC 24

Die inhomogene Zusammensetzung der „sonstigen DRGs“ in der MDC 24 wurde im Rahmen der Überarbeitung analysiert. Für bestimmte typische Fallkonstellationen wurde neu eine von der Hauptdiagnose unabhängige Zuordnung zu den MDCs mit Organbezug hergestellt. Zusätzlich erfolgte die Zuordnung weiterer operativer Prozeduren zu den operativen DRGs der MDCs, in denen diese bisher nicht abgebildet waren, aber häufig vorkommen.

Neu werden Fälle mit Implantation eines Herzschrittmachers und einer eher kurzen bzw. normalen Verweildauer (< 11 Tage) und keiner hohen Erkrankungsschwere, d.h. PCCL < 4 der MDC 05, zugeordnet. Die länger liegenden Fälle, oder solche mit hohem Schweregrad, hingegen verbleiben weiterhin in der MDC 24.

Fälle mit diagnostischer Thorakoskopie oder thorakoskopischer Pleurolyse, die typischerweise in die MDC 04 Atmungsorgane gruppiert werden, sind neu, z. B. bei der Hauptdiagnose Rechtsherzinsuffizienz der Basis-DRG F21 „Andere OR-Prozeduren bei Kreislaufkrankungen“, in der MDC 05 zugeordnet.

Diese Vorgehensweise in 2019 reduziert die Anzahl der Fälle der MDC 24 deutlich und erhöht entsprechend die Anzahl der Fälle in den MDCs mit Organbezug.

2.1.5 Anpassungen der Funktionen „Komplizierenden Konstellationen (KK)“

Für das G-DRG-System 2019 erfolgte die Überarbeitung der Funktionen „Komplizierenden Konstellationen (KK)“. Die KK dienen der Berücksichtigung der individuellen Erkrankungsschwere und sind ein wichtiges Instrument im Rahmen der Abbildung von Extremkostenfällen.

→ Faktoren (mindestens zwei je Fall) zur Abbildung von KK

Dialyse und vergleichbare Verfahren
Gabe von Blutprodukten und Plasma
Chemotherapie und Strahlentherapie
Drainagen und invasives Monitoring
Schwerste Gerinnungsstörungen
SIRS mit Organkomplikationen
Bestimmte besondere Lagerungsbehandlungen
U.U. Evaluation zur Organtransplantation
Schrittmacherimplantation
Anlage eines Ports

(Quelle InEK)

Im DRG-System 2019 wurden 16 weitere individuell angepasste Funktionen eingerichtet.

→ „Komplizierenden Konstellationen (KK)“

MDC	Krankheiten und Störungen	KKDRG
Prä MDC		KKA11, KKA13, KKA13_2
MDC 01	Nervensystem	KKB02
MDC 04	Atmungsorgane	KKE77
MDC 05	Kreislaufsystem	KKF03, KKF03_2, KKF07, KKF08, KKF15
MDC 06	Verdauungsorgane	KKG38, KKG40
MDC 07	Hepatobiliäres System, Pankreas	KKH38
MDC 08	Muskel-Skelett-System, Bindegew.	KKI06, KKI66
MDC 17	Hämatologische und solide NB	KKR61

(Quelle InEK)

2.1.6 Aufwertung von Extremkostenfällen (n=18)

MDC	Krankheiten und Störungen	DRG	Bemerkung
01	Nervensystem	B02A	Kraniotomie
03	Mund, Kiefer; Gesicht	D04A	Gesichtsfrakturen
04	Atmungsorgane	E01B	Große Lungen OP
05	Kreislaufsystem	F17A	Aggregatwechsel
06	Verdauungsorgane	G40A	Endoskopie und KK
07	Hepatobiliäres System und Pankreas	H38A	OP Pankreas und Hepatobiliäres System
08	Muskel-Skelett-System, Bindegewebe	I07A	Amputation
08	Muskel-Skelett-System, Bindegewebe	I23A	Metallentfernung
08	Muskel-Skelett-System, Bindegewebe	I24A	Kleine Eingriffe an den Extremitäten
08	Muskel-Skelett-System, Bindegewebe	I28A	Eingriffe an der Thoraxwand
08	Muskel-Skelett-System, Bindegewebe	I95A	Tumorendoprothese
10	Endokrine, Ernährungs- u. Stoffwechsel-Krankheiten	K62B	Stoffwechselerkrankungen
11	Harnorgane	L36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung
12	männliche Geschlechtsorgane	M10B	Therapie mit Lutetium 177-PSMA
13	weibliche Geschlechtsorgane	N07A	Andere Eingriffe an weibl. Geschlechtsorganen
14	Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett	O05A	Intrauteriner Verschluss des offenen Rückens
17	Hämatologische und solide Neubildungen	R63D	Leukämie mit KK
21A	Polytrauma	W04C	Bestimmte Eingriffe bei Polytrauma

(Quelle InEK)

2.1.7 Weiterentwicklung in der Abbildung von Pflegeleistungen

Der erhöhte Pflegeaufwand wird auch in der Version 2019 des DRG Entgeltkatalogs über die ZE 162 und ZE 163 abgebildet. Hierbei kommt die gleiche Methodik bei der Berechnung zur Anwendung. Der Vergleich mit den Vorjahreswerten ist damit möglich.

Die Höhe der Zusatzentgelte ist mit 106,06 € für das ZE 162 (Vorjahr 107,14 €) und 228,59 € für das ZE 163 (Vorjahr 219,56 €) auf gleichbleibendem Niveau.

2.2 DKR - Deutsche Kodierrichtlinien, Version 2019

Kodierrichtlinien, die eine Modifizierung oder Ergänzung erfahren haben, werden in der fortlaufenden Nummerierung der DKR in der Version 2019 mit dem Buchstaben „q“ gekennzeichnet. Darüber hinaus werden die wesentlichen Änderungen im Vergleich zur Vorversion im Anhang der DKR dargestellt.

Folgende Änderungen in den allgemeinen und speziellen Kodierrichtlinien für Krankheiten wurden angepasst:

Allgemeine Kodierrichtlinien für. Krankheiten	Spezielle Kodierrichtlinien für. Krankheiten
D012i Mehrfachkodierung	Kapitel 11 1105d Gastrointestinale Blutung
D013C im Syst. Verzeichnis verwendete formale Vereinbarungen	Kapital 19 Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen 1911r Mehrfachverletzungen

2.2.1 Änderungen Allgemeine Kodierrichtlinien für Krankheiten

Buchstabe	Änderung
D012i Mehrfachkodierung	Aufnahme neu in die ICD-10-GM aufgenommenen Codebereiche K74.7-! Klinische Stadien der Leberzirrhose, L40.7-! Schweregrad der Psoriasis U69.0-! Anderenorts klassifizierte im Krankenhaus erworbene Pneumonie
D013c Im Systematischen Verzeichnis verwendete formale Vereinbarungen	Streichung des Beispielscodes I62.0- Subdurale Blutung (nichttraumatisch) in dem Absatz „Runde Klammern“, da in der ICD-10-GM Version 2019 der Zusatz „nichttraumatisch“ bei dem Code I62.0- nicht mehr geklammert ist. Zusätzliches Exklusivum bei der Diagnose J16.- mit dem neuen Code B48.5 Plasmazelluläre interstitielle Pneumonie

2.2.2 Änderungen Spezielle Kodierrichtlinien für Krankheiten

Kapitel	Änderung
11 - 1105d Gastrointestinale Blutung	Aufnahme der Codes K25.0 Ulcus ventriculi, akut, mit Blutung K22.81 Ösophagusblutung
19 - 1911r Mehrfachverletzungen	Kombinationskategorien für Mehrfachverletzungen (T00–T07 Verletzungen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen) und Codes aus S00–S99, die z.B. mit einer „7“ an vierter Stelle multiple Verletzungen codieren, sind nur dann zu verwenden, wenn die Anzahl der zu codierenden Verletzungen die maximale Zahl der übermittelbaren Diagnosen überschreitet.

2.2.3 Änderungen Allgemeine Kodierrichtlinien für Prozeduren

Buchstabe	Änderung
<p>P003q Hinweise und formale Vereinbarungen für die Benutzung der OPS</p>	<p>Neuformulierung des DIMDI in den Hinweisen für die Benutzung des OPS in dem Absatz „Eingeschränkte Gültigkeit von Codes“ und in Beispiel 7.</p>
<p>P015r Organentnahme und Transplantation</p>	<p>Anpassung der Formulierung bei dem OPS-Code 5-410.11 Entnahme von hämatopoetischen Stammzellen aus peripherem Blut zur Transplantation: Zur allogenen Spende (verwandt oder nicht verwandt) in Beispiel 2 und Ergänzung in dem Beispieltext, dass die Entnahme der Stammzellen aus peripherem Blut erfolgte. Zusätzlich Ergänzung der neu in den OPS-Katalog, Version 2019 aufgenommenen Codes für die Entnahme und Transfusion von Lymphozyten in Tabelle 1.</p>
<p>P016q Verbringung</p>	<p>Austausch des Begriffes „Klinik“ in „Krankenhaus“ Klarstellung, dass sich Zusatzcodes auch an anderen Stellen im OPS außerhalb des Kapitels 5-93...5-99 Zusatzinformation zu Operationen befinden. Zusätzlich Neuformulierung des DIMDI zu Einschlussbemerkungen ("Inkl.:") und Ausschlussbemerkungen ("Exkl.:") in den Hinweisen für die Benutzung des OPS. Ebenso Aufnahme des neuen Codebereiches 5-448.f Magenplikatur in das Beispiel zur Darstellung von OPS-Codes in der Buchausgabe sowie Anpassung von Beispiel 4 an die geänderte Formulierung des OPS-Codes 5-784.0d Transplantation von Spongiosa, autogen: Becken.</p>
<p>P005k Multiple Prozeduren/Prozeduren, unterschieden auf der Basis von Größe, Zeit oder Anzahl Bilaterale Prozeduren</p>	<p>Anpassung von Beispiel 1 an die geänderte Formulierung bei dem OPS-Code 8-837.k0 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen, Einlegen eines nicht medikamenten-freisetzenden Stents, ein Stent in eine Koronararterie.</p>
<p>P017q Klinische Obduktion bzw. Obduktion zur Qualitätssicherung</p>	<p>neue Kodierrichtlinie, welche die Angabe des Leistungsdatums für die Codierung der Obduktion regelt.</p>

2.2.4 Änderungen Spezielle Kodierrichtlinien für Prozeduren

Kapitel	Änderung
1 - 0103f Bakteriämie, Sepsis, SIRS und Neutropenie	Anpassung der Inklusiva bei dem Code R65.1! Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiöser Genese mit Organkomplikation
1 - 0215q Lymphom	Angleichung der Formulierung des Absatzes zur Codierung eines Befalls der Hirnhäute oder des Gehirns an die Formulierung des Absatzes zur Codierung einer Knochenbeteiligung . Aufnahme eines Verweises auf DKR 0201 Auswahl und Reihenfolge der Codes bezüglich der Festlegung der Haupt- bzw. Nebendiagnosen bei Lymphomen mit Knochenbeteiligung bzw. mit Beteiligung des Gehirns oder der Hirnhäute.

2.3 CCL-Matrix

Nachfolgend ist die Entwicklung der Anzahl veränderter Diagnosen für 2019 in der CCL-Matrix dargestellt.

Anzahl veränderter Diagnosen 2019 zu 2018	2019	2018
		553
Abwertung in 3-9 Basis-DRGs:	514	50
Abwertung in 10-29 Basis-DRGs	208	16
Abwertung > 29 Basis-DRGs	16	171
Abwertungen aus dem Vorschlagsverfahren	22	18
Aufwertungen aus dem Vorschlagsverfahren	0	1
Weitere Aufwertungen	0	11
Gesamt	1487*	827*
Neu aufgenommene Codes	1	7

*inkl. Doppelnennungen (Quelle InEK)

2.4 FPV und Abrechnungsbestimmungen

In der Fallpauschalenverordnung (FPV) für 2019 erfolgte im §1 (5) eine Präzisierung.

Die Änderung ist *fett-kursiv* hervorgehoben.

§1 (5) Abrechnung von Fallpauschalen

⁹ Erfolgt ein Verbleib der gesunden Mutter aufgrund des krankheitsbedingt behandlungsbedürftigen Neugeborenen **oder des Neugeborenen in der DRG-Fallpauschale P67D**, so ist ab Erreichen der abgerundeten mittleren Verweildauer der vollstationären DRG-Fallpauschale für die Mutter der Zuschlag für Begleitpersonen abzurechnen. §1 Abs. 2 findet in diesem Fall für die Fallpauschale der gesunden Mutter keine Anwendung.

2.4.1 Fallzusammenführungen „Ausnahme von Wiederaufnahme“

Beim Vergleich mit dem FP-Katalog 2018 sind im FP-Katalog 2019 2 DRGs **nicht mehr** mit „Ausnahme von Wiederaufnahme“ gekennzeichnet.

DRG	Inhalt	Bemerkung
M10B	Radioligandentherapie mit Lutetium-177-PSMA-Liganden	ehemaliges NUB in 2018. Keine Ausnahme von Wiederaufnahme.
R36Z (2018)	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 784 / 828 / 828 Aufwandspunkte bei hämatologischen und soliden Neubildungen	DRG ist in 2019 ersatzlos gestrichen worden.

2.4.2 DRGs mit Kennzeichnung „Ausnahme von Wiederaufnahme“

Neu hinzugekommen sind folgende DRGs mit Kennzeichnung „Ausnahme von Wiederaufnahme“

DRG	Inhalt	Bemerkung
L36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 828 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane	Hervorgegangen aus L36Z in 2018
L36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / - / 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane	Hervorgegangen aus L36Z in 2018
M10C	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als acht Tagen oder interstitielle Brachytherapie	Übernahme aus M10B in 2018
O05D	Bestimmte OR-Prozeduren in der Schwangerschaft, ein Belegungstag oder ohne Cerclage, Muttermundverschluss, komplexe OR-Prozedur und bestimmte intrauterine Operation am Feten, mit wenig aufwendigem Eingriff oder intrauterine Therapie des Feten	Neue DRG 2019 Erweiterung Basis-DRG
R63I	Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC	Neue DRG 2019 Erweiterung Basis-DRG
R63J	Andere akute Leukämie ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst	Neue DRG 2019 Erweiterung Basis-DRG

2.5 Zusatzentgelte 2019

Hinweise zur Leistungsplanung / Budgetverhandlung (G-DRG)

Das InEK bringt jährlich den neuen Fallpauschalenkatalog heraus. In diesem Katalog werden die Leistungen über die geänderten Zusatzentgelte (ZE) angezeigt.

Der nachfolgende Link führt Sie zu der Übersicht der neuen Zusatzentgelte von 2019.

→ [Hinweise zur Leistungsplanung / Budgetverhandlung für 2019 / Punkt 4: Zusatzentgelte](#)

In der Fallpauschalenvereinbarung 2019 (FPV 2019) werden Leistungen aufgeführt, die im Jahr 2019 neu über Zusatzentgelte vergütet werden.

Allgemeines

Zusatzentgelte werden zur Fallpauschalenvergütung über das G-DRG System für stationär erbrachte Krankenhausleistungen durch die Kostenträger vergütet.

Diese Entgelte werden üblicherweise über eine OPS- Codierung angesteuert. Gelistet sind sie im Fallpauschalenkatalog (FP-K), welcher jährlich durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) fortgeschrieben wird.

Zusatzentgelte werden in den jährlichen Budgetverhandlungen zwischen Krankenhäusern und Kostenträgern in Bezug auf deren geschätzte Anzahl verhandelt. Handelt es sich um ein sogenanntes unbepreistes ZE, so ist neben der zu erwartenden Menge zusätzlich die Höhe des Entgeltes zu verhandeln.

Fallpauschalenkatalog 2019

Mit Hilfe des Links werden Sie zu dem aktuellen Fallpauschalenkatalog 2019 weitergeleitet.

→ [Fallpauschalen-Katalog 2019](#)

In diesem Fallpauschalenkatalog wird Ihnen die aktuelle Liste der Zusatzentgelte der G-DRG Version 2019 angezeigt.

Fallpauschalenvereinbarung 2019

Mit dem nachfolgenden Link gelangen Sie zu der Fallpauschalenvereinbarung von 2019.

→ [Fallpauschalenvereinbarung 2019](#)

2.5.1 Zusammenfassung der Auf- und Abwertungen/ Neuaufnahmen der Zusatzentgelte

Nachfolgend haben wir Ihnen eine Gegenüberstellung über die Aufwertungen, Abwertungen und neu aufgenommen Zusatzentgelte für das Jahr 2019 gegenüber dem Vorjahr aufgelistet.

Aufgewertete Zusatzentgelte

Zusatzentgelt		Aufwertung	Betrag
ZE01.01	Hämodialyse, intermittierend, Alter > 14 Jahre	Leichte Aufwertung	+ 5,66€
ZE02	Hämodiafiltration, intermittierend	Leichte Aufwertung	+ 1,47€
ZE10	Künstlicher Blasenschließmuskel	Aufwertung	+72,97€
ZE56	Vollimplantierbare Medikamentenpumpe mit konstanter Flussrate	Aufwertung	+112,88€
ZE58	Hydraulische Penisprothesen	Leichte Aufwertung	+12,05€
ZE62	Hämofiltration, intermittierend	Leichte Aufwertung	+4,33€
ZE122	Peritonealdialyse, intermittierend, maschinell unterstützt (IPD)	Leichte Aufwertung	+3,96€
ZE134	Verschiedene Harnkontinenztherapien	Aufwertung	+17,92€
ZE163	Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten (DRG-Tabelle 2)	Leichte Aufwertung	+9,03€

Abwertungen der Zusatzentgelte

Zusatzentgelt		Abwertung	Betrag
		Abwertung	-63,19€
ZE37	Extrakorporale Photopherese	Leichte Abwertung	-0,61€
ZE61	LDL-Apherese	Leichte Abwertung	-3,64€
ZE126	Autogene / Autologe matrixinduzierte Chondrozytentransplantation	Abwertung	-100,97€
ZE138	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Einkanalstimulator, mit Sondenimplantation	Abwertung	-329,72€
ZE139	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Einkanalstimulator, ohne Sondenimplantation	Abwertung	-448,21€
ZE140	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, nicht wiederaufladbar, mit Sondenimplantation	Abwertung	-387,10€
ZE141	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren	Abwertung	-609,69€

	Nervensystems, Mehrkanalstimulator, nicht wiederaufladbar, ohne Sondenimplantation		
ZE153	Zügeloperation mit alloplastischem Material, adjustierbar	Leichte Abwertung	-7,26€
ZE159	Vagusnervstimulationssysteme, mit Sondenimplantation	Abwertung	-417,41€
ZE161	Radiofrequenzablation Ösophagus	Leichte Abwertung	-13,72€
ZE162	Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten (DRG-Tabelle)	Leichte Abwertung	-1,08€

Neu aufgenommene Zusatzentgelte

Zusatzentgelt		OPS
ZE166	Gabe von Posaconazol, oral, Tabletten	6-007.p-
ZE167	Gabe von Ipilimumab, parenteral	6-006.h-

2.5.2 Auflistungen der Zusatzentgelte nach ihren Bewertungen

→ Auflistung der unbewerteten Zusatzentgelte

Ein Teil dieser Leistungen ist über OPS-Codes definiert, die in den Daten des Jahres 2017 oder 2018 noch nicht oder nicht in der erforderlichen Differenzierung vorlagen.

Dies trifft insbesondere für die Leistung Gabe von *Nusinersen, intrathekal*, zu, für die erst ab dem OPS, Version 2019, ein spezifischer Code zur Verfügung stehen wird.

Für die Leistungsplanung 2019 müssen somit ggf. über die per OPS verschlüsselten Prozeduren hinausgehende Informationen herangezogen werden.

Auflistung der unbewerteten Zusatzentgelte:

Zusatzentgelt	Bezeichnung
ZE2019-156	Gabe von Posaconazol, parenteral
ZE2019-157	Gabe von Pixantron, parenteral
ZE2019-158	Gabe von Pertuzumab, parenteral
ZE2019-159	Gabe von Blinatumomab, parenteral
ZE2019-160	Gabe von Pembrolizumab, parenteral
ZE2019-161	Gabe von Nivolumab, parenteral
ZE2019-162	Gabe von Carfilzomib, parenteral
ZE2019-163	Gabe von Macitentan, oral
ZE2019-164	Gabe von Riociguat, oral
ZE2019-165	Gabe von Nusinersen, intrathekal

Stand: 06.November 2018

Quelle: InEK

➔ **Änderung der unbewerteten in bewertete Zusatzentgelte**

In der Fallpauschalenvereinbarung für 2019 wurden für die in 2018 nachfolgend gelisteten unbewerteten Zusatzentgelte bewertete Zusatzentgelte etabliert:

Auflistung unbewertete in bewertete Zusatzentgelte:

FPV 2018 (Anlage 4 und 6)	FPV 2019 (Anlage 2 und 5)
ZE2018-105 Gabe von Posaconazol, oral, Tabletten	ZE166 Gabe von Posaconazol, oral, Tabletten
ZE2018-126 Gabe von Ipilimumab, parenteral	ZE167 Gabe von Ipilimumab, parenteral

Stand: 06.November 2018

Quelle: InEK

➔ **Änderung von bewerteten in unbewertete Zusatzentgelte**

In der Fallpauschalenvereinbarung für 2019 wurden die in 2018 nachfolgend gelisteten, bewerteten Zusatzentgelte zu unbewerteten Zusatzentgelten.

Vormals drei bewertete Zusatzentgelte sind für 2019 als unbewertet eingestuft worden und in der Anlage 4 und 6 des Fallpauschalenkataloges 2019 aufgeführt.

Auflistung von bewerteten in unbewertete Zusatzentgelte:

FPV 2018 (Anlage 2 und 5)	FPV 2019 (Anlage 4 und 6)	OPS
ZE95 Gabe von Palifermin, parenteral	ZE2019-155 Gabe von Palifermin, parenteral	6-003.2-
ZE149 Gabe von Trastuzumab, intravenös	ZE2019-153 Gabe von Trastuzumab, intravenös	6-001.k-
ZE115 Gabe von Anidulafungin, parenteral	ZE2019-154 Gabe von Anidulafungin, parenteral	6-003.k-

Stand: 06.November 2018

Quelle: InEK

Für Leistungen, die bereits beim Wechsel vom FP-Katalog 2017 zum FP-Katalog auf 2018 von bewerteten Entgelten in unbewertete Entgelte überführt wurden, gilt erstmals eine neue Regelung, dass – bei Nichtvorliegen einer Budgetvereinbarung zum 1.1.2019 – der ZE-Betrag aus 2017 nicht mehr zu 100%, sondern zu 70% abzurechnen ist.

Dies gilt für fünf Zusatzentgelte, die im FP-Katalog mit einer entsprechenden Fußnote gekennzeichnet sind:

- **ZE2019-147** *Gabe von Bortezomib, parenteral*
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2019 ist für dieses Zusatzentgelt das bisher krankenhausesindividuell vereinbarte Entgelt der Höhe nach bis zum Beginn des Wirksamwerdens der Budgetvereinbarung 2019 weiter zu erheben. Bei fehlender Budgetvereinbarung 2018 ist für dieses Zusatzentgelt das bewertete Zusatzentgelt ZE49 in Höhe von 70 Prozent der im DRG-Katalog 2017 bewerteten Höhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der Budgetvereinbarung 2018 weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Codes erfolgt sein sollte.
- **ZE2019-148** *Gabe von Adalimumab, parenteral*
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2019 ist für dieses Zusatzentgelt das bisher krankenhausesindividuell vereinbarte Entgelt der Höhe nach bis zum Beginn des Wirksamwerdens der Budgetvereinbarung 2019 weiter zu erheben. Bei fehlender Budgetvereinbarung 2018 ist für dieses Zusatzentgelt das bewertete Zusatzentgelt ZE66 in Höhe von 70 Prozent der im DRG-Katalog 2017 bewerteten Höhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der Budgetvereinbarung 2018 weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Codes erfolgt sein sollte.
- **ZE2019-149** *Gabe von Infliximab, parenteral*
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2019 ist für dieses Zusatzentgelt das bisher krankenhausesindividuell vereinbarte Entgelt der Höhe nach bis zum Beginn des Wirksamwerdens der Budgetvereinbarung

2019 weiter zu erheben. Bei fehlender Budgetvereinbarung 2018 ist für dieses Zusatzentgelt das bewertete Zusatzentgelt ZE68 in Höhe von 70 Prozent der im DRG-Katalog 2017 bewerteten Höhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der Budgetvereinbarung 2018 weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Codes erfolgt sein sollte.

- **ZE2019-150** *Gabe von Busulfan, parenteral*
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2019 ist für dieses Zusatzentgelt das bisher krankenhausesindividuell vereinbarte Entgelt der Höhe nach bis zum Beginn des Wirksamwerdens der Budgetvereinbarung 2019 weiter zu erheben. Bei fehlender Budgetvereinbarung 2018 ist für dieses Zusatzentgelt das bewertete Zusatzentgelt ZE79 in Höhe von 70 Prozent der im DRG-Katalog 2017 bewerteten Höhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der Budgetvereinbarung 2018 weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Codes erfolgt sein sollte.
- **ZE2019-151** *Gabe von Rituximab, intravenös*
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2019 ist für dieses Zusatzentgelt das bisher krankenhausesindividuell vereinbarte Entgelt der Höhe nach bis zum Beginn des Wirksamwerdens der Budgetvereinbarung 2019 weiter zu erheben. Bei fehlender Budgetvereinbarung 2018 ist für dieses Zusatzentgelt das bewertete Zusatzentgelt ZE148 in Höhe von 70 Prozent der im DRG-Katalog 2017 bewerteten Höhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der Budgetvereinbarung 2018 weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Codes erfolgt sein sollte.

→ Änderung von bewerteten Zusatzentgelten

Für zwei bewertete Zusatzentgelte wurde eine Differenzierung bezüglich der Erweiterung von Dosisklassen vorgenommen. Das betrifft die ZE 154 Gabe von Eculizumab, parenteral und ZE50 Gabe von Trabectedin, parenteral.

- **ZE117** *Gabe von Trabectedin, parenteral*
Zusätzlich neun Dosisklassen und damit Erweiterung der Dosisklassen von maximal „6,00 mg oder mehr“ auf „24,00 mg oder mehr“
- **ZE154** *Gabe von Eculizumab, parenteral*
Zusätzlich zehn Dosisklassen und damit Erweiterung der Dosisklassen von maximal „6.000 mg oder mehr“ auf „25.200 mg oder mehr“

→ Änderungen von unbewerteten Zusatzentgelten

Für 2019 wurden die beiden Zusatzentgelte **ZE2019-97** *Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren* und **ZE2019-139** *Gabe von Blutgerinnungsfaktoren* jeweils um die Leistung „Transfusion von Plasmatischem Faktor X“ (OPS-Code: 8-812.a*) erweitert.

→ Differenzierung von Zusatzentgelt-definierenden OPS-Codes

Wenn bei OPS-Codes, die ein Zusatzentgelt des Fallpauschalenkataloges definieren, eine weitere Ausdifferenzierung vom DIMDI vorgenommen wird, erfolgt typischerweise auch eine Aufnahme der entsprechenden differenzierten Codes in die Zusatzentgelt-Anlagen des Fallpauschalenkataloges an entsprechender Stelle.

Ein Beispiel hierfür aus den Vorjahren ist die im OPS 2009 vorgenommene Ausdifferenzierung der Codes für die *intermittierende Hämodialyse* mit der Schaffung eines neuen Codes für Hämodialyse: Verlängert intermittierend, zur Elimination von Proteinen mit einer Molekularmasse bis 60.000 (8-854.8).

Da diese Leistung zuvor nicht spezifisch codierbar war, konnte sie nur als "*intermittierende Hämodialyse*" verschlüsselt werden. Entsprechend wurden die neuen Codes auch – analog dem Vorgängercodex – den Zusatzentgelten *ZE01.01 Hämodialyse, intermittierend, Alter > 14 Jahre* sowie *ZE01.02 Hämodialyse, intermittierend, Alter < 15 Jahre*, zugeordnet.

(Dies galt bis 2014, seit 2015 sind diese Codes einem eigenen unbewerteten Zusatzentgelt ZE201X109 Dialyse mit High-Cut-off-Dialysemembran zugeordnet.)

Aus einer solchen (durch eine klassifikatorische Überleitung bedingten) Aufnahme neuer Codes in ein Zusatzentgelt ist jedoch kein automatischer Rückschluss auf die Sachgerechtigkeit der Abbildung und damit etwa auf einen zukünftigen NUB-Status der bezeichneten Leistung möglich. Sofern eine solche Leistung zukünftig den NUB-Status 1 (angefragte Methoden/Leistungen, welche die Kriterien der NUB-Vereinbarung der Vertragsparteien erfüllen) erhalte und somit zusätzlich ein krankenhausesindividuelles Entgelt für Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden für die Erbringung dieser Leistung vereinbart werden könnte, wäre der bereits über Zusatzentgelte vergütete Betrag in Form einer Differenzkostenrechnung zu berücksichtigen.

Bewertung des Zusatzentgeltes ZE2019-41 Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems:

In den Anlagen 4 und 6 des Fallpauschalenkataloges ist seit 2006 ein Zusatzentgelt für die Leistung Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems ausgewiesen. Aufgrund von Rückfragen zur Vorgehensweise bei der Vereinbarung dieses Zusatzentgeltes vor Ort enthält der Fallpauschalenkatalog 2019 folgenden Hinweis zu ZE2019-41:

„Die Bewertung des Zusatzentgeltes mittels einer Differenzkostenbetrachtung hat in Abhängigkeit der abzurechnenden DRG-Fallpauschalen zu erfolgen.“

Mittels Zusatzentgelten soll für bestimmte Leistungen der Mehraufwand vergütet werden, der über die typischen Aufwendungen der DRG, der ein Fall mit einer solchen Leistung zugeordnet wird, hinausgeht. Im Abschlussbericht zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2005, der Definition und Kalkulation von Zusatzentgelten detailliert darstellt, ist dazu (im Hinblick auf die im Fallpauschalenkatalog einheitlich bewerteten Zusatzentgelte) beschrieben:

„Die Kalkulation der mit der untersuchten Leistung verbundenen Kosten erfolgt durch eine Differenzkostenberechnung zwischen Fällen mit und Fällen ohne betrachtete Leistung. Für die Differenzkostenberechnung [ist] die Verteilung der Fälle auf die betroffenen DRG-Fallgruppen ausschlaggebend. Der Vergütungsbetrag eines Zusatzentgeltes entspricht damit dem gewichteten Mittelwert der Differenzkosten über die betroffenen DRGs.“

Aus Sicht des InEK ist die dargestellte Differenzkostenbetrachtung auch bei einer krankenhausesindividuellen Bewertung des Zusatzentgeltes ZE2019-41 als sachgerecht anzusehen. Somit ist für die zu ermittelnde Höhe des Zusatzentgeltes die DRG-Zuordnung der Fälle mit ausschlaggebend.

Es ist z. B. vorstellbar, dass der Mehraufwand, der durch die Leistungserbringung gemäß der Definition des Zusatzentgeltes Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems entsteht, im Vergleich zu DRGs der Basis-DRG I68 „Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich [...]“ höher ist, als der ZE-bedingte Mehraufwand, der im Vergleich zu DRGs der Basis-DRG I42 „Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe“ anfällt. Ein möglicher Grund für diesen Unterschied ist darin zu sehen, dass die letztgenannten DRGs einen höheren Anteil der für die Erbringung des ZE2019-41 typischen Leistungen bereits als Bestandteil der jeweiligen DRG enthalten könnten.

2.6 NUB

Zusatzentgelte NUB mit Status 1 aus 2018

Neue, unbewertete Zusatzentgelte ergeben sich auch aus der Überleitung von zehn NUB-Medikamenten mit Status 1 aus 2018. Sie sind in Anlage 4 und 6 des Fallpauschalenkataloges aufgeführt.

Neue ZE, unbewertet	Bezeichnung	Verabreichungsart	OPS-Kode
ZE2019-156 ⁴⁾	Posaconazol	parenteral	6-007.k*
ZE2019-157 ⁴⁾	Pixantron	parenteral	6-006.e*
ZE2019-158 ⁴⁾	Pertuzumab	parenteral	6-007.9*
ZE2019-159 ⁴⁾	Blinatumomab	parenteral	6-008.7
ZE2019-160 ⁴⁾	Pembrolizumab	parenteral	6-009.3*
ZE2019-161 ⁴⁾	Nivolumab	parenteral	6-008.m*
ZE2019-162 ⁴⁾	Carfilzomib	parenteral	6-008.9*
ZE2019-163 ⁴⁾	Macitentan	oral	6-007.h*
ZE2019-164 ⁴⁾	Riociguat	oral	6-008.0*
ZE2019-165 ⁴⁾	Nusinersen	intrathekal	6-00a.d*

4) Nach §5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2019 ist für diese Zusatzentgelte das bisher krankenhaushausindividuell vereinbarte Entgelt der Höhe nach bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Codes erfolgt sein sollte.

*) gilt für alle entsprechenden 5-Steller oder 6-Steller des angegebenen OPS-Codes

Zwei weitere NUB-Verfahren mit Status 1 sind nun in der DRG 2019 enthalten. Hier fallen die bisherigen NUB-Entgelte durch Integration in den Fallpauschalenkatalog 2019 weg:

Die Basis-DRG M10 wurde durch die Integration des ehemaligen NUB-Verfahrens „Radioligandentherapie mit Lutetium-177 PSMA-Liganden“ umgebaut. Die Codierung dieser Therapie mit dem OPS-Code 8-530.d0 führt in die DRG M10B.

Die NUB-Prozedur „Mitralklappenanulographie mit Spange“ (OPS-Code 5-35a.20) wurde integriert in die BasisDRG F98.

NUB-Verfahren	DRG 2019 ²⁾	OPS	Bezeichnung
Radionuklidtherapie mit Lutetium-177-markiertem prostataspezifischen Membranantigen (PSMA) bei Prostatakarzinom	M10B	8-530.d0	Radioligandentherapie mit Lutetium-177-PSMA-Liganden
Perkutane Mitralklappenanulographie mit Spange	F98C	5-35a.45	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen [...] ohne sehr komplexen Eingriff

²⁾ Im Einzelfall können derartige Fälle einer abweichenden DRG zugeordnet werden

3 ICD-10 2019

Aus nachfolgender Gegenüberstellung der Finalversion des ICD-10-GM, Version 2019, mit der Vorab-Version 2019 ergibt sich, dass kein wesentlicher Umbau stattgefunden hat.

	Final	Vorab	zzgl. Textänderungen
Gelöschte Codes	8	7	
Neuaufgenommene Codes	68	61	
Textänderungen bei Codes	6	6	
Umkodierungen	20	19	1
Code-Aufspreizungen	12	11	1
Code-Zusammenfassungen	2	2	keine
Code-Umkodierungen	6	6	

Dennoch sind in verschiedenen Kapiteln Neuerungen und Änderungen vorgenommen worden. Besonders hervorzuheben sind:

- **Aufmerksamkeitsstörung:** Aufnahme einer neuen Schlüsselnummer zur spezifischen Abbildung einer Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität mit Beginn in der Kindheit und Jugend
 - **Komplexes regionales Schmerzsyndrom:** Aufnahme neuer Schlüsselnummern zur Differenzierung nach Typen
 - **Reizdarmsyndrom und Obstipation:** Aufnahme neuer Schlüsselnummern zur weiteren Spezifizierung der Symptomatik
- Die Darstellung wichtiger neuer und/oder geänderter Schlüssel-Nummern sind entsprechend der betreffenden Kapitel nachfolgend aufgelistet.

3.1 Kapitel I

A00-B99 Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten

- **Zika-Viruskrankheit**

Von der WHO wurde für die Zika-Viruskrankheit ein eigener 4-Steller (A92.5) eingeführt. Die vorläufige Zuordnung zur nicht belegten Schlüsselnummer U06.- im Kapitel XXII wurde gestrichen.

- **Chronische Virushepatitis**

Im Rahmen einer für Belange der ICD-10-GM modifiziert umgesetzten WHO-Anpassung wurden nach Beratungen mit Experten aus Fachgesellschaften und Organisationen der Selbstverwaltung bei B18.1 Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus 5-Steller zur spezifischen Codierung der Phase der Infektionskrankheit eingeführt.

- **Pneumozystose**

Bedingt durch die Einführung eines neuen 4-Stellers (B48.5†) für die Pneumozystose im Bereich Mykosen (B35-B49) durch die WHO wurde B59† im Bereich Protozoenkrankheiten (B50-B64) gestrichen und der Inhalt in den neuen Code verlagert, um der heutigen wissenschaftlichen Einordnung der Infektionskrankheit Rechnung zu tragen.

Tabellarische übersichtliche Darstellungen der Änderungen

Krankheit/Störung	Geänderte Codes	Neue Codes	Bemerkung
Zika-Viruskrankheit		A92.5	U06.- gestrichen (Kap. XXII)
Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus	B18.1	B18.11 B18.12 B18.13 B18.14 B18.19	Phase 1 bis 4
Pneumozystose		B48.5	Neuer Zusatzcode zu J17.2* B59 gestrichen

3.2 Kapitel V

F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen

- **Aufmerksamkeitsstörung**

Nach Beratungen mit Experten aus Fachgesellschaften und Organisationen der Selbstverwaltung wurden bei F98.8 Sonstige näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend 5-Steller eingeführt, um die Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität mit Beginn in der Kindheit und Jugend spezifisch abbilden zu können. Zur Abgrenzung gegenüber dem Aufmerksamkeitsdefizit bei hyperaktivem Syndrom wurde bei F90.0 ein entsprechendes Exklusivum eingeführt. Diese Änderung erfolgte in Anlehnung an die Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien.

Tabellarische übersichtliche Darstellungen der Änderungen

Krankheit/Störung	Geänderte Codes	Neue Codes	Bemerkung
Aufmerksamkeitsstörung	F90.0	F98.80 F98.88	neues Exklusivum, Hinweis auf F98.80 Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität

3.3 Kapitel VI

G00-G99 Krankheiten des Nervensystems

- **Zentrale faziale Parese**

Von der WHO wurde eine neue 4-stellige Kategorie eingeführt (G83.6), um eine zentrale faziale Parese durch Läsion des oberen Motoneurons spezifisch codieren zu können. Zur Abgrenzung von der Fazialisparese durch Läsion des unteren Motoneurons wurden sowohl bei dem neu aufgenommenen Code als auch bei G51.0 Fazialisparese entsprechende Exklusiva aufgenommen.

- **Komplexes regionales Schmerzsyndrom**

Zur Anpassung der Klassifikation an den aktuellen medizinischen Wissensstand wurden von der WHO mit Unterstützung des Fachbereichs drei neue 4-stellige Kategorien (G90.5-G90.7) eingeführt, um das komplexe regionale Schmerzsyndrom nach Typen differenziert abbilden zu können. Um die erforderliche Differenzierung der Inhalte nach Lokalisation zu erreichen, wurden in der ICD-10-GM bei allen 4-stelligen Kategorien neue 5-Steller eingeführt. Durch diese Anpassung ändert sich auch die Zuordnung der Sudeck-Knochenatrophie, die bisher mit M89.0- codiert wurde und jetzt G90.5- Komplexes regionales Schmerzsyndrom, Typ I zugeordnet ist. Der Code G56.4 Kausalgie wurde gestrichen und die Kausalgie bei G90.6- Komplexes regionales Schmerzsyndrom, Typ II verortet.

- **Enzephalopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten**

Von der WHO wurde eine neue 4-stellige Sternschlüsselnummer eingeführt (G94.3*), um eine Enzephalopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten spezifisch codieren zu können.

Tabellarische übersichtliche Darstellungen der Änderungen

Krankheit/Störung	Geänderte Codes	Neue Codes	Bemerkung
Zentrale faziale Parese	G51.0	G83.6	Fazialisparese (durch Läsion des unteren Motoneurons
Komplexes regionales Schmerzsyndrom		G90.50 bis G90.59 G90.60 bis G90.69 G90.70 bis G90.79	Differenz. nach Typen M89.0- Sudeck-Knochenatrophie - jetzt Zuordnung in G90.5- G56.4 Kausalgie - jetzt Zuordnung in G90.6-
Enzephalopathie bei sonst. andernorts klassifizierten KH		G94.3*	neuer Zusatzcode

3.4 Kapitel IX

I00-I99 Krankheiten des Kreislaufsystems

- **Jugularvenenthrombose**

Bei der Schlüsselnummer I82.8- Embolie und Thrombose sonstiger näher bezeichneter Venen wurde ein neuer 5-Steller eingeführt, um Embolien und Thrombosen der V. jugularis spezifisch codieren zu können.

Tabellarische übersichtliche Darstellungen der Änderungen

Krankheit/Störung	Geänderte Codes	neue Codes	Bemerkung
Jugularvenenthrombose		I82.81	

3.5 Kapitel XI

K00-K93 Krankheiten des Verdauungssystems

- **Ösophagusblutung**

Auf Antrag des Fachbereichs wurde unter der Kategorie K22.8- Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Ösophagus ein neuer 5-Steller eingeführt, um eine Ösophagusblutung spezifisch codieren zu können.

- **Femoralhernien**

Analog zu dem Code K40.- Hernia inguinalis wurden auf Antrag des Fachbereichs bei K41.- Hernia femoralis neue 5-Steller eingeführt, um Rezidivhernien spezifisch abbilden zu können.

- **Angiodysplasien des Dünndarmes**

Bedingt durch die Einführung einer neuen Schlüsselnummer für die Angiodysplasie des Dünndarmes (K55.3) durch die WHO wurden die 5-Steller K55.81 und K55.82 gestrichen und die Inhalte in den auf 5. Stelle ausdifferenzierten neuen Code verlagert. Die Restklasse K55.88 wurde durch diese Änderung obsolet.

- **Reizdarmsyndrom**

Von der WHO wurden neue 4-stellige Kategorien unter K58.- eingeführt, um das Reizdarmsyndrom differenzierter als bisher codieren zu können. Die bisher verwendeten Schlüsselnummern (K58.0 und K58.9) wurden gestrichen.

- **Obstipation**

Auf Antrag des Fachbereichs wurden unter der Kategorie K59.0 Obstipation neue 5-Steller eingeführt, um eine Obstipation entsprechend ihrer Ätiologie spezifisch codieren zu können.

- **Retroperitonealfibrose**

Von der WHO wurde eine neue 4-stellige Kategorie eingeführt (K66.2), um die Retroperitonealfibrose (Morbus Ormond) spezifisch codieren zu können.

- **Leberzirrhose**

Auf Antrag des Fachbereichs wurde unter der Kategorie K74.- Fibrose und Zirrhose der Leber eine neue 4-stellige sekundäre Schlüsselnummer (K74.7-!) eingeführt und auf 5. Stelle weiter ausdifferenziert, um die klinischen Stadien der Leberzirrhose spezifisch codieren zu können.

Tabellarische übersichtliche Darstellungen der Änderungen

Krankheit/Störung	Geänderte Codes	Neue Codes	Bemerkung
Ösophagusblutung		K22.81	
Femoralthernien	K41.-	K41.0 bis .K41.4 K41.9	5. Stelle 0 Nicht als Rezidivhernie bezeichnet
Angiodysplasie des Dünndarms		K55.31 K55.32	gestrichen K55.81, K55.82, K55.88
Reizdarmsyndrom (RDS)	K58.-	K58.1 K58.2 K58.3 K58.8	Gestrichen K58.0, K58.9
Obstipation	K59.-	K59.00 K59.01 K59.02 K59.09	spezifischere Ätiologie
Retroperitonealfibrose		K66.2	Morbus Ormond
Leberzirrhose		K74.7-! K74.70! K74.71! K74.72!	klinische Stadien der Leberzirrhose

3.6 Kapitel XII

L00-L99 Krankheiten der Haut und der Unterhaut

- **Psoriasis**

Mit Unterstützung von Experten aus den Fachgesellschaften und Organisationen der Selbstverwaltung wurde bei L40.- Psoriasis eine neue 4-stellige sekundäre Schlüsselnummer (L40.7-!) eingeführt und auf 5. Stelle weiter ausdifferenziert, um eine mittelschwere bis schwere Psoriasis erfassen zu können.

Tabellarische übersichtliche Darstellungen der Änderungen

Krankheit/Störung	Geänderte Codes	Neue Codes	Bemerkung
Psoriasis		L40.70!	In Verbindung mit L40.0, L40.4, L40.8

3.7 Kapitel XIII

M00-M99 Krankheiten des Muskel-Skelett- Systems und des Bindegewebes

- **Schulterläsionen**

Von der WHO wurde eine neue 4-stellige Kategorie eingeführt (M75.6), um eine Läsion des Labrums bei degenerativer Veränderung des Schultergelenkes spezifisch codieren zu können.

Tabellarische übersichtliche Darstellungen der Änderungen

Krankheit/Störung	Geänderte Codes	Neue Codes	Bemerkung
Schulterläsionen		M75.6	

3.8 Kapitel XIV

N00-N99 Krankheiten des Urogenitaltraktes

- **Fornixruptur**

Auf Antrag des Fachbereichs wurden bei N28.8 Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Niere und des Ureters neue 5-stellige Schlüsselnummern eingeführt, um die nichttraumatische Ruptur eines Nierenkelches spezifisch codieren zu können.

Tabellarische übersichtliche Darstellungen der Änderungen

Krankheit/Störung	Geänderte Codes	Neue Codes	Bemerkung
Fornixruptur		N28.80 N28.88	

3.9 Kapitel XVI

P00-P96 Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben

- **Angeborene Zika-Viruskrankheit**

Von der WHO wurde für die angeborene Zika-Viruskrankheit ein eigener 4-Steller (P35.4) eingeführt. Die vorläufig vergebene Schlüsselnummer im Kapitel XXII (U06.-) wurde gestrichen (s.a. oben).

Tabellarische übersichtliche Darstellungen der Änderungen

Krankheit/Störung	Geänderte Codes	Neue Codes	Bemerkung
angeborene Zika-Viruskrankheit		P35.4	U06.- Kapitel XXII gestrichen

3.10 Kapitel XIX

S00-T98 Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen

- **Komplikationen durch interne Prothesen, Implantate oder Transplantate**

Auf Antrag des Fachbereichs wurden bei T85.5 Mechanische Komplikation durch gastrointestinale Prothesen, Implantate oder Transplantate und T85.7- Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate neue 5-stellige Schlüsselnummern eingeführt, um die jeweiligen Zustände nach ihrer Lokalisation (Verdauungstrakt, hepatobiliäres System, Pankreas) spezifisch codieren zu können.

Tabellarische übersichtliche Darstellungen der Änderungen

Krankheit/Störung	Geänderte Codes	Neue Codes	Bemerkung
Komplikationen durch interne Prothesen, Implantate oder Transplantate		T85.50	mechanische Komplikationen
		bis	
		T85.59	Infektionen
		T85.75	
T85.76			

4 OPS 2019

Es erfolgten Textkorrekturen im gesamten OPS. Außerdem wurden viele Hinweise, Inklusiva und Exklusiva ergänzt bzw. angepasst, um die Inhalte einzelner Klassen oder auch ganzer Gruppen präziser zu definieren und damit eine korrekte Verschlüsselung zu unterstützen. Hier sei insbesondere auf die überarbeiteten Hinweise bei der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung (8-550.0, 8-550.1, 8-550.2) verwiesen (Quelle: DIMDI OPS Version 2019 Systematisches Verzeichnis).

Aus der Gegenüberstellung der Vorab-OPS-Version 2019 zur finalen OPS-Version 2019 ist ersichtlich, dass die Anzahl der gelöschten Codes noch einmal erheblich gestiegen ist.

So fanden etliche Codestreichungen zur Erfassung von Therapieeinheiten im Bereich Erwachsene und Kinder statt. Hier wurde im Codebereich 9-649.6- und 9-696.6- die Gruppentherapie durch Spezialtherapeuten und Pflegefachpersonen ersatzlos gestrichen.

	Final	Vorab	
Gelöschte Codes:	117	9	
Neuaufgenommene Codes:	990	726	
Textänderungen bei Codes:	247	227	
Umkodierungen:	36	9	[zzgl. 11 mit Textänderung]
Code-Aufspreizungen:	18	9	[zzgl. 11 mit Textänderung]
Code-Zusammenfassungen:	0	0	
Code-Umkodierungen:	18	0	

Welche Codes neu aufgenommen wurden, können Sie der nachfolgenden tabellarischen Aufstellung entnehmen.

4.1 Kapitel 1 Diagnostische Maßnahmen

Tabellarische übersichtliche Darstellungen der Änderungen

Prozedur	Geänderte Codes	Neue Codes	Bemerkung
Biopsie ohne Inzision an den Verdauungsorganen	1-442.30 1-442.31		Steuerung der bildgebenden Verfahren. Art des Zugangs
Infektiologisches Monitoring und molekularbiologisch-mikrobiologische Diagnostik		1-931 ff	
Komplexe Diagnostik: Basisdiagnostik bei unklarem Symptomkomplex bei Kindern		1-944.01 1-944.11 1-944.21 1-944.31	

4.2 Kapitel 3 Bildgebende Diagnostik

Tabellarische übersichtliche Darstellungen der Änderungen

Prozedur	Geänderte Codes	Neue Codes	Bemerkung
Endosonographie der Leber		3-055.1	
Optische laserbasierte Verfahren		3-301.3	
Elektrische Impedanztomographie		3-903	ehem. NUB 2018

4.3 Kapitel 5 Operationen

Tabellarische übersichtliche Darstellungen der Änderungen

Operationen am Nervensystem	Geänderte Codes	Neue Codes	Bemerkung
Entleerung eines intrazerebralen oder intrakraniellen Hämatoms oder Abszesses	5-013.4ff 5-013.5ff 5-014.1ff 5-014.2ff		nach Art des Zugangs
Stereotaktische Destruktion an Schädel, Gehirn und Hirnhäuten durch MR-gesteuerten fokussierten US		5-014.e	
Exploration eines Nerven		5-04bff	

Operationen an den Augen	Geänderte Codes	Neue Codes	Bemerkung
Vernetzung der Hornhaut m. Riboflavin und UV-A-Bestrahlung		5-126.8	
Filtrations-OP mit Implantat und Unterteilung nach der Art des Abflusses und nach der Art des Implantates	5-131.6ff		5-133.9 gestrichen - jetzt enthalten in 5-131.61

Operationen an Nase und Nasennebenhöhlen	Geänderte Codes	Neue Codes	Bemerkung
Einlegen oder Wechsel eines medikamentefreisetzenden selbstexpandierenden bioresorbierbaren Implantates in die Stirnhöhle		5-223.8	

Operationen an Lunge und Bronchus	Geänderte Codes	Neue Codes	Bemerkung
Offen chirurgische einseitige und beidseitige Stabilisierung der Thoraxwand		5-346.c ff 5-346.d ff	dafür 5-346.5 gestrichen
Implantation eines Zwerchfellschrittmachers, Unterteilung	5-347.6 ff		temporär oder permanent
Entfernung eines Zwerchfellschrittmachers		5-347.7	

Operationen am Herzen	Geänderte Codes	Neue Codes	Bemerkung
Implantation, Entfernung, Wechsel, Korrektur und Systemumstellung eines intrakardialen Impulsgenerators		5-377.k 5-378.2h 5-378.3h 5-378.6h 5-378.be 5-378.cm 5-378.d ff	dafür Streichung bisher verwendeter Codes aus Kapitel 8: 8-83d.3, 8-83d.4) Implantation/Entfernung intrakardialen Pulsgenerator
Implantation, Entfernung, Wechsel und Korrektur eines kabellosen Stimulationssystems		5-377.m0 5-377.m1 5-378.0j 5-378.1b 5-378.3j 5-378.4j 5-378.5j 5-378.7j 5-378.8j	

Operationen an den Blutgefäßen	Geänderte Codes	Neue Codes	Bemerkung
Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen ohne Seitenarm an den iliakalen Arterien nach Anzahl der Stent-Prothesen	5-38a.46 bis 5-38a.49		
Vorverlagerung der Vena cephalica als selbständiger Eingriff		5-392.71	

Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem	Geänderte Codes	Neue Codes	Bemerkung
Revision nach einer Lymphadenektomie mit Entfernung von erkranktem Gewebe nach den anatomischen Lokalisationen zervikal, axillär, inguinal	5-408.7 ff		
Entnahme v. Lymphozyten zur Transplantation, unterteilt nach Art des Transplantats		5-410.3 ff	
Operationen am Verdauungstrakt	Geänderte Codes	Neue Codes	Bemerkung
Pyloromyotomie nach Art des Zugangs	5-432.0 ff		
Wechsel eines Magenschrittmachers und Wechsel von Sonden eines Magenschrittmachers, unterteilt nach Art des Zugangs		5-449.n3 bis 5-449.n6	
Endoskopische (Rest)magenverkleinerung			5-449.r gestrichen, Abbildung über 5-448.f3
Entfernung eines Reservoirs, unterteilt nach Art des Zugangs und der Art des Stomas oder der Anastomose		5-467.b ff	
Intraperitoneale Druck-Aerosolchemotherapie		5-549.b	

Operationen an den männlichen Geschlechtsorganen	Geänderte Codes	Neue Codes	Bemerkung
Destruktion von Prostatagewebe durch die transperineale, nicht thermische, lasergesteuerte photodynamische Therapie		5-602.5	

Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen	Geänderte Codes	Neue Codes	Bemerkung
Uterusexstirpation m. ausgedehnter retroperitonealer Präparation in ohne und mit einseitiger oder beidseitiger Salpingovariektomie		5-683.5 5-683.6 5-683.7	5-683.3 gestrichen
Scheidenstumpffixation mit alloplastischem Material mit beidseitiger Fixation am Lig.pectineale, unterteilt nach ohne und mit tiefer Netzeinlage		5-704.4q bis 5-704.4v	nach Art des Zugangs
Zervixstumpffixation mit alloplastischem Material mit beidseitiger Fixation am Lig. pectineale, unterteilt nach ohne und mit tiefer Netzeinlage		5-704.5q bis 5-704.5v	nach Art des Zugangs
Uterusfixation mit alloplastischem Material mit beidseitiger Fixation am Lig.pectinale unterteilt nach ohne und mit tiefer Netzeinlage		5-704.6h bis 5-704.6p	nach Art des Zugangs

Operationen an den Bewegungsorganen	Geänderte Codes	Neue Codes	Bemerkung
Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese, unterteilt nach Art des Osteosynthesematerials und der Lokalisation		5-78a ff	
Arthroskopische Meniskustransplantation		5-812.p	
Teilwechsel des Kopplungselementes einer Sonderprothese und einer femoral- und tibial schaftverankerten Prothese am Kniegelenk		5-823.43 5-823.k7	
Korrektur einer Wirbelsäulendeformität durch Implantation eines wachstumslenkenden Schrauben-Band-Systems		5-838.f2 5-838.f3	
Exploration an Sehnen, Faszien und Muskeln		5-840.s ff 5-842.9 ff 5-843.c 5-850.e ff 5-850.f ff 5-850.g ff	

Zusatzinformationen zu Operationen	Geänderte Codes	Neue Codes	Bemerkung
Anwendung einer Herstellungserlaubnis nach §13 Abs. 4 AMG		5-936.2	neuer Zusatzcode
Anwendung eines Knotenersatzverfahrens mit Clip-Fixierung		5-98c.6	neuer Zusatzcode
Anzahl verwendeter Kryoablationsnadeln		5-98g. ff	neuer Zusatzcode

4.4 Kapitel 6 Medikamente

Das bislang unbewertete NUB Posaconazol, oral, Tabletten ist nun für 2019 ein bewertetes Zusatzentgelt. Der vorhandene OPS-Code wurde deshalb gestrichen.

In der Zeile Einführung von Dosisklassen handelt es sich um neue, unbewertete Zusatzentgelte, die mit Status 1 aus 2018 übergeleitet wurden. Sie sind in Anlage 4 und 6 des Fallpauschalenkatalogs aufgeführt.

Tabellarische übersichtliche Darstellungen der Änderungen

Prozedur	Geänderte Codes	Neue Codes	Medikament/ Bemerkung
Erweiterung der Dosisklassen	6.003.- 6-004.- 6-007.p-	6-003.h ff 6-004.a ff 6-007.p ff	Eculizumab, parenteral Trabectedin, parenteral Posaconazol, oral, Tabletten gestrichen 6-007.1 ff
Einführung von Dosisklassen	6-006.- 6-007.- 6-007.h- 6-007.k- 6-008.0- 6-008.7- 6-008.9- 6-008.m- 6-009.3-	6-006.e ff 6-007.9 ff 6-007.h ff 6-007.k ff 6-008.9. Tabletten 6-008.7 ff 6-008.9 ff 6-008.m ff 6-009.3 ff	Pixantron, parenteral Pertuzumab, parenteral Macitentan, oral Posaconazol, parenteral Riociguat, oral Blinatumomab, parenteral Carfilzomib, parenteral Nivolumab, parenteral Pembrolizumab, parenteral
Bestimmte Wirkstoffe und Medikamente	6-00a	6-00a.0 bis 6-00a.k	Im OPS-Katalog Liste 10

4.5 Kapitel 8 Nicht operative Therapeutische Maßnahmen

Tabellarische übersichtliche Darstellungen der Änderungen

Nuklearmedizinische Therapie	Geänderte Codes	Neue Codes	Bemerkung
Intratherapeutische Dosimetrie, unterteilt nach Art der radioaktiven Markierung		8-539.0 8-539.00 8-539.01 8-539.02 8-539.0x	neuer Zusatzcode in Verbindung mit 8-530 ff

Frührehabilitative und physikalische Therapie	Codes	Inhaltlich wichtige Änderungen
Überarbeitung Mindestmerkmale für geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	8-550	Die wöchentliche Teambesprechung erfolgt unter Beteiligung aller Berufsgruppen einschließlich der fachärztlichen Behandlungsleitung. Die für diesen Code erforderliche wochenbezogene Dokumentation ist erfüllt, wenn sie die Ergebnisse der bisherigen Behandlung und die weiteren Behandlungsziele umfasst. Hierfür sind die Beiträge der patientenbezogen beteiligten Berufsgruppen ausreichend.
geänderte Hinweise (betrifft jetzt Einzeltherapie statt Gruppentherapie)	8-550.0	Der therapeutische Anteil umfasst insgesamt mindestens zehn Therapieeinheiten von durchschnittlich 30 Minuten, davon mindestens neun Therapieeinheiten als Einzeltherapie.
	8-550.1	Der therapeutische Anteil umfasst insgesamt mindestens 20 Therapieeinheiten von durchschnittlich 30 Minuten, davon mindestens 18 Therapieeinheiten als Einzeltherapie.
	8-550.2	Der therapeutische Anteil umfasst insgesamt mindestens 30 Therapieeinheiten von durchschnittlich 30 Minuten, davon mindestens 27 Therapieeinheiten als Einzeltherapie.

Maschinelle Beatmung ... über Maske u. Tubus	Geänderte Codes	Neue Codes	Bemerkung
Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Säuglingen		8-711.11 8-711.21 8-711.31 8-711.41	
Beatmungsentwöhnung bei maschineller Beatmung, unterteilt nach Anzahl der Tage		8-718.0 bis 8-718.6	von einem Behandlungstag bis mind. 76

Transfusion von Blutzellen	Geänderte Codes	Neue Codes	Bemerkung
Unterteilung f. Transfusion von Lymphozyten mit tumorspez. In-vitro-Aufbereitung nach ohne und mit gentechnischer In-vitro-Aufbereitung	8-802.23 8-802.33	8-802.24 8-802.34	
Transfusion von Lymphozyten nach erneuter Gewinnung vom gleichen und von einem anderen Spender nach Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen		8-802.7 ff 8-802.8 ff	Unterteilung nach Art der In-vitro-Aufbereitung

Therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Gefäße	Geänderte Codes	Neue Codes	Bemerkung
Herstellung eines Vorhofseptumdefektes nach ohne und mit Einlage eines Implantats	8-837.b	8-837.b2 8-837.b3	
Verwendung einer Katheter-Einführhilfe bei neurovaskulärem Eingriff		8-83b.p	neuer Zusatzcode
Rotationsatherektomie		8-83c.f ff	nach Lokalisation
Koronare Lithoplastie		8-83d.6	siehe auch Kap. 5 Herz zu 8-83d

Extrakorporale Zirkulation und Behandlung von Blut	Geänderte Codes	Neue Codes	Bemerkung
Anwendung eines ECMO-Moduls m. Kanülen im rechten Vorhof und Pulmonalarterie bei Rechtsherz-Unterstützung		8-852.6 ff 8-852.60 bis 8-852.6e	unterteilt nach Dauer der Behandlung von bis unter 48 Stunden bis 1.152 oder mehr Stunden

Patientenmonitoring	Geänderte Codes	Neue Codes	Bemerkung
Monitoring der hirnvenösen Sauerstoffsättigung	8-923	8-923.0 8-923.1	invasiv nicht invasiv

Komplexbehandlung	Codes	Inhaltlich wichtige Änderungen
Überarbeitung Mindestmerkmale für die neurologische Komplexbehandlung	8-981 ff 8-98b ff	... einen Kooperationspartner, der innerhalb einer halben Stunde zwischen Rettungstransportbeginn und Rettungstransportende. (das ist die Zeit, die der Patient im Transportmittel verbringt) erreichbar ist. Das Strukturmerkmal ist erfüllt, wenn der Transport unter Verwendung des schnellstmöglichen Transportmittels (z.B. Hubschrauber) grundsätzlich innerhalb einer halben Stunde möglich ist.
Überarbeitung Mindestmerkmale für die spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst	8-98h ff	24-stündige Erreichbarkeit und bei fachlicher Notwendigkeit Anwesenheit eines Facharztes mit mindestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisierten Palliativversorgung, der die aktuellen Probleme der Patienten kennt. Außerhalb der werktäglichen (Montag bis Freitag) Regelarbeitszeit muss dieser Facharzt nicht dem organisatorisch eigenständigen Team des Palliativdienstes angehören, aber mit den aktuellen Problemen der Patienten vertraut sein Wöchentliche Teambesprechung des Palliativdienstes mit Anwesenheit der ärztlichen Behandlungsleitung und eines Mitglieds der Pflege des Palliativdienstes sowie mindestens eines weiteren Vertreters der an der Patientenversorgung beteiligten Berufsgruppen des Palliativdienstes
Einführung neuer Komplexcodes für die ernährungsmedizinische Komplexbehandlung	8-98j ff	

4.6 Kapitel 9 Ergänzende Maßnahmen

Tabellarische übersichtliche Darstellungen der Änderungen

Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	Geänderte Codes	Neue Codes	Bemerkung
Anpassung Klassengrenzen bei Codes für die Dauer der 1:1 Betreuung bei Erwachsenen an die in diesem Bereich mehrheitlich verwendeten Grenzen	9-640.0 ff		Anpassung: „mindestens“ und „mehr als“
Streichung der Zusatzcodes für die Anzahl der Therapieeinheiten für die Gruppentherapie durch Spezialtherapeuten			9-649.6 ff
Streichung der Zusatzcodes für die Anzahl der Therapieeinheiten für die Einzel- und Gruppentherapie durch Pflegefachpersonen			9-649.7 ff 9-649.8 ff

Behandlung b. psychischen und psychosomatischen Störungen/ Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	Geänderte Codes	Neue Codes	Bemerkung
Streichung der Zusatzcodes für die Anzahl der Therapieeinheiten für die Gruppentherapie durch Spezialtherapeuten			9-696.6 ff
Streichung der Zusatzcodes für die Anzahl Therapieeinheiten für die Einzel- und Gruppentherapie durch pädagogisch-pflegerische Fachpersonen			9-649.7 ff 9-649.8 ff

4.7 Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKMS)

- für alle Altersgruppen

Im Bereich PKMS-E und PKMS-J Erwachsene und Kinder und Jugendliche sind Hinzufügungen in den Kapiteln „Allgemeine und Spezielle Pflege“ erfolgt, z.B. ist die Versorgung mit einer Lappenplastik beim Wundmanagement neu aufgenommen worden.

Löschungen bzw. Hinzufügungen in der PKMS-Erfassung bei Kleinkindern und Frühgeborenen sind für 2019 nicht erfolgt.

4.7.1 PKMS-E für Erwachsene

Beim Kapitel 1.1. **Allgemeine Pflege** ist im Kriterium G5 jeweils der Wortlaut „oder Verbot aus medizinischen Gründen“ und „einer Körperseite“ hinzugefügt worden.

Bei den Mindestmerkmalen der Leistungsbereiche C und E ist jeweils beim Abschnitt Pflegeinterventionen Folgendes hinzugefügt worden:

- C3 (Leistungsbereich C)

UND einer der zusätzlichen Leistungsaspekte

„Obige Ausscheidungsunterstützungen erfolgen jeweils mit Maßnahmen der (Umkehr-)Isolation“

- E2 (Leistungsbereich E)

Gespräche mit Dolmetscher **„ODER**
Gespräche im Kontext der Sterbebegleitung“

Zum Kapitel 1.2. Spezielle Pflege ist die Versorgung nach einer Lappenplastik beim Mindestmerkmal Leistungsbereich G: Wundmanagement neu eingefügt worden:

- G13

„Aufwendige Versorgung/Kontrolle nach Lappenplastik und/oder Replantation, postoperativ

Kennzeichen:

- Risiko einer Durchblutungsstörung des transplantierten Lappens
- Risiko einer Abstoßungsreaktion
- Risiko einer Wundheilungsstörung im Bereich der Lappenplastik“

Und bei den Pflegeinterventionen ist hinzugefügt worden:

- G13
- G4

„Systematisches Monitoring einer Lappenplastik und/oder nach Replantation mindestens 60 Minuten pro Tag durch

- individuell angepasste, regelmäßige Wundinspektion und Kontrolle von Temperatur, Farbe, Turgor und Rekapilarisierung

ODER

- individuell angepasste, regelmäßige Lappenkontrolle mit Lappentraining“

4.7.2 PKMS-J für Kinder und Jugendliche


Hier ist lediglich im Kapitel 1.1. **Allgemeine Pflege** der Passus

„ODER

Bewegungsverbot aus medizinischen Gründen (ärztliche Anordnung)“

im Kriterium G1 der Leistungsbereiche A und D neu hinzugefügt.

5 Impressum

	ID – Information und Dokumentation im Gesundheitswesen GmbH & Co. KGaA Platz vor dem Neuen Tor 2, 10115 Berlin	
	Tel. Zentrale: Tel. Inhaltlicher Support: Tel. Technischer Support: Fax:	+49 (0) 30 2 46 26 – 0 +49 (0) 30 2 46 26 – 108 +49 (0) 30 2 46 26 – 112 +49 (0) 30 2 46 26 – 111
	Internet: E-Mail:	www.id-berlin.de info@id-berlin.de

Redaktion: **ID GmbH & Co. KGaA**

Diese Version des Dokuments wurde am 14.11.2018 aktualisiert.

Urheberrechte

Sämtliche Daten, die Software sowie die Benutzerführung von ID DIACOS® sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ohne Zustimmung seitens der ID GmbH & Co. KGaA ist nicht zulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen sowie Einspeicherung und Verarbeitung in andere elektronische Medien, und zwar sowohl für ID DIACOS® als Ganzes als auch für Auszüge / Teilkomponenten aus ID DIACOS®.

Haftung und Datenschutz

Die Erkenntnisse in der Medizin unterliegen laufendem Wandel durch Forschung und klinische Erfahrungen. Aktuelle gesundheitspolitische Entscheidungen entwickeln eine große Dynamik.

Hersteller, Autoren und die Redaktion haben große Sorgfalt darauf verwendet, dass die in ID DIACOS® und in den Publikationen der ID GmbH veröffentlichten Angaben dem derzeitigen Wissensstand entsprechen. Eine Haftung für die in ID DIACOS® bereitgestellten Inhalte ist jedoch ausgeschlossen.

Die vorliegende Software wurde mit größter Sorgfalt hergestellt und getestet. Nach dem aktuellen Stand der Technik ist es jedoch nahezu ausgeschlossen, Software so zu erstellen, dass sie mit allen Hard- und / Softwarekombinationen fehlerfrei arbeitet. Daher kann die ID GmbH keine Gewährleistung dafür übernehmen, dass das Programmsystem alle Anforderungen des Nutzers erfüllt, bzw. für Fehler oder Schäden infolge Nutzung dieses Programms haften.

Hinweis für die Einbindung der Deutschen Kodierrichtlinien in ID DIACOS®

Trotz sorgfältiger Entwicklung und Qualitätssicherung des Programmsystems können Fehler nicht völlig ausgeschlossen werden.

ID Berlin übernimmt infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in ID DIACOS® enthaltenen Codierhinweise zu den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) und dem Infektionsschutzgesetz bzw. der dort enthaltenen Informationen oder Teilen davon entstehen.

Mit ID DIACOS® werden Hilfen und Hinweise bereitgestellt, die den praktischen Umgang mit den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) und dem Infektionsschutzgesetz erleichtern sollen. Die Verantwortung für die korrekte Anwendung der Codierhinweise und die Erfüllung der Meldepflichten bleibt beim Anwender.

Der Wortlaut der Originaltexte ist stets zu berücksichtigen.

Copyright für die Deutschen Kodierrichtlinien

Das Copyright für das Gesamtwerk der „Allgemeinen Kodierrichtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren - Deutsche Kodierrichtlinien“ liegt bei den Organen der Selbstverwaltung – der DKG Deutschen Krankenhausgesellschaft, GKV – den Spitzenverbänden der Krankenkassen und PKV – den privaten Krankenversicherungen.