Update DRG-Kodierung 2026 für die Allgemein-und Viszeralchirurgie

Aus dem Ressort für Gesundheitsökonomie der DGAV

Rolf Bartkowski[1], Waldemar Uhl[2], Helmut Witzigmann[3]

[1] Delegierter der AWMF in den Arbeitsgruppen ICD-10 und OPS beim BfArM
Med-I-Class GmbH, Forstweg 74, 13465 Berlin

[2] Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie, St. Josef-Hospital,
Universitätskrankenhaus der Ruhr-Universität Bochum, Gudrunstraße 56, 44791 Bochum

[3] Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Schiffbauerdamm 40,
10117 Berlin

Im Vorschlagsverfahren 2026 wurden einige wesentlich Anregungen zur Verbesserung der Klassifikationen ICD-10-GM und des OPS im Ressort für Gesundheitsökonomie der DGAV abgestimmt und von Rolf Bartkowski als Mitglied der Arbeitsgruppen ICD-10-GM und OPS beim BfArM (ehemals DIMDI) in den Gremien erfolgreich umgesetzt. Weitere notwendige Anpassungen bei der Versorgung von Narbenhernien und der Nebenschilddrüsenchirurgie konnten dagegen noch nicht abschließend konsentiert werden und sind für 2027 vorgesehen.

Relevante Neuerungen in der Diagnosenklassifikation ICD-10-GM

Perianale Malignome

Während Karzinome und maligne Melanome des Anus bzw. des Analkanals mit spezifischen Kodes aus dem Bereich **C21** *„Bösartige Neubildung des Anus und des Analkanals“* zu kodieren sind, gilt für die Lokalisation *„Perianalhaut“* bzw. *„Analrand“* die klassifikatorische Zuordnung zur Lokalisation *„Haut des Rumpfes“* (**C44.5** bzw. **C43.5**). Da die aus chirurgischer Sicht besondere Lokalisation des Analrandes jedoch nicht von den sonstigen Regionen des Rumpfes mit diesen Kodes klassifikatorisch abgrenzbar war, wurde bereits 2025 die spezifische Untergruppe **C44.50** *„Bösartige Neubildung der Perianalhaut“* eingeführt. Analog dazu folgt 2026 für maligne Melanome die spezifische Untergruppe **C43.50** *„Bösartiges Melanom der Perianalhaut“*.

Anastomositis

Nach Resektionen am Gastrointestinaltrakt bestehen gelegentlich Beschwerden, bei denen endoskopisch eine Anastomositis diagnostiziert wird. Dieses Krankheitsbild wird jetzt explizit dem Kode **K91.88** *„Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert“* zugeordnet. Gemäß DKR **D015u** kann zudem die anatomische Lokalisation der Entzündung ergänzend kodiert werden, z.B. mit **K29.6** *„Sonstige Gastritis“*, **K28.-** *„Ulcus pepticum jejuni“* oder **K52.9** *„Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis, nicht näher bezeichnet“*.

Sollte es dagegen zu einer Dehiszenz einer gastrointestinalen Anastomose (Ösophagus, Magen, Dünndarm, Dickdarm, Rektum, Anus) gekommen sein, so ist **K91.83** *„Insuffizienzen von Anastomosen und Nähten nach Operationen am sonstigen Verdauungstrakt“* der zutreffende Kode, ggf. kombiniert mit **K65.09** *„Sonstige und nicht näher bezeichnete akute Peritonitis“*.
Der Kode **T81.4** *„Infektion nach einem Eingriff“* ist in diesem Zusammenhang nicht zu verwenden, da er weniger spezifisch als die oben angegebenen Kodierungen ist.

Afibrinogenämie
Mit dem bisherigen ICD-10-Kode **D65.0** wurden sowohl eine erniedrigte plasmatische Fibrinogenkonzentration (*Hypofibrinogenämie*) als auch ein vollständiges Fehlen (*Afibrinogenämie*) kodiert. Dies wurde durch einen Schlichtungsspruch vom 21.07.2021 ausdrücklich bestätigt und auch in die Deutschen Kodierrichtlinien eingearbeitet (DKR **0306u** *„Erworbener Fibrinogenmangel“*).
Da es klinisch allerdings sinnvoll ist, diese beiden Krankheitsbilder zu unterscheiden, wird eine Differenzierung auf der 5. Stelle eingeführt: **D65.00** *„Erworbene Afibrinogenämie“* und **D65.01** *„Erworbene Hypofibrinogenämie“*. Die Diagnose einer Afibrinogenämie kann bei einem Fibrinogengehalt von < 10 mg/dl gestellt werden. Die Grenze für eine Hypofibrinogenämie ist altersabhängig, der Referenzbereich liegt beim Erwachsenen bei ca. 1,5 – 4,5 g/l (laborabhängig).
Zu beachten ist, dass diese Kodes nur für einen erworbenen Fibrinogenmangel, z.B. im Rahmen einer Verbrauchskoagulopathie, anzuwenden sind. Der sehr seltene *„hereditäre Fibrinogenmangel“* wird dagegen mit **D68.20** kodiert, eine Unterscheidung zwischen Hypo- und Afibrinogenämie ist bei dieser Erkrankung nicht vorgesehen.

Hypoalbuminämie
Erniedrigte Albuminspiegel waren bisher nur mit der unspezifischen Resteklasse **E88.08** *„Sonstige Störungen des Plasmaprotein-Stoffwechsels, anderenorts nicht klassifiziert“* kodierbar. Um eine Hypoalbuminämie spezifisch abbildbar zu machen und damit auch die Indikation für eine entsprechende Substitution mit dem damit verbundenen Ressourcenverbrauch darzustellen, wird der Kode **E88.01** *„Hypoalbuminämie“* neu eingeführt. Als Referenzbereich gilt der Bereich von ca. 35 bis 52 g/l (laborabhängig).
Ein völliges, meistens angeborenes Fehlen von Albumin (*Analbuminämie*) oder andere genetisch bedingte Albuminvarianten (*Bisalbuminämie*) werden dagegen wie bisher mit **E88.08** kodiert.

Funktionsstörung eines Tracheostomas
Mit dem bisherigen Kode **J95.0** *„Funktionsstörung eines Tracheostomas“* wurden völlig unterschiedliche Komplikationen gemeinsam klassifiziert. Eine neue, fünfstellige Differenzierung erlaubt es, diese Störungen künftig spezifisch zu verschlüsseln:

Funktionsstörung eines Tracheostomas	
J95.00	Blutung des Tracheostomas
J95.01	Infektion des Tracheostomas
J95.02	Obstruktion des durch Tracheotomie geschaffenen Luftweges
J95.03	Tracheo-Ösophagealfistel nach Tracheotomie
J95.08	Sonstige Funktionsstörung eines Tracheostomas
J95.09	Funktionsstörung eines Tracheostomas, nicht näher bezeichnet

Infektiöse Komplikationen durch Fremdmaterial in Herz und Gefäßen

Hier erlaubte es der bisherige Kode **T82.7** *„Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen*“ nicht, die einzelnen Produkte differenziert abzubilden. Mit einer weitergehenden Differenzierung auf der 5. Stelle sind nun folgende infektiöse Komplikationen voneinander abgrenzbar:

Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	
T82.70	Durch ein kardiales elektronisches Gerät (Herzschrittmacher, Kardioverter-Defibrillator [ICD])
T82.71	Durch Implantat und Transplantat im Herzen (Koronarstent, Okkluder)
T82.72	Durch Herzunterstützungssystem und künstliches Herz
T82.73	Durch Gefäßimplantat und Gefäßtransplantat
T82.74	Durch zentralen Gefäßkatheter und Dialysekatheter (Pulmonaliskatheter, zentraler Venenkatheter)
T82.75	Durch ein Port-System

Zusatzkode für im Krankenhaus erworbene Verletzungen

Zum Zwecke der Qualitätssicherung ist bei vollstationär behandelten Patienten künftig der Zusatzkode **U69.9!** *„Im Krankenhaus erworbene Verletzungen*“ als Sekundärkode zu der entsprechenden Verletzung anzugeben, sofern die Verletzung zeitlich nach Aufnahme in das Krankenhaus entstanden ist.

Außerhalb des versorgenden Krankenhauses aufgetretene Verletzungen sind nicht zu berücksichtigen (z.B. während einer Beurlaubung, Verbringung oder Verlegung). Ebenso ist der Kode nicht bei Patienten anzugeben, die ambulant, teilstationär oder mit einer Hybrid-DRG abgerechnet werden.

Typische Anwendungsfälle sind Verletzungen durch Stürze aus dem Bett, bei der Mobilisation oder Pflege auf der Station, aber auch bei eigenständigen Aktivitäten des Patienten, z.B. beim Aufenthalt im Krankenhausgarten.
Zu beachten ist, dass auch intraoperative akzidentelle Verletzungen wie z.B. Darm-, Milz- oder Gefäßverletzungen, iatrogener Pneumothorax oder Lagerungsschäden (z.B. Nervenläsionen) als im Krankenhaus erworbene Verletzungen zu betrachten sind. Dagegen handelt es sich bei einem Dekubitus nicht um eine Verletzung im Sinne dieses Zusatzkodes.

Relevante Neuerungen in der Prozedurenklassifikation OPS

Seitenlokalisation

Eine grundlegende Neuregelung gilt für die Zusatzkennzeichen für die Seitenlokalisation bei der Kodierung von Prozeduren an paarigen Körperteilen. Sofern in einer Operationssitzung Maßnahmen sowohl rechts als auch links durchgeführt wurden, die mit demselben OPS-Kode zu verschlüsseln sind, so war dieser OPS-Kode bisher nur einmal mit dem Seitenkennzeichen „**B**“ für „*beidseitig*“ anzugeben. Künftig entfällt dieses Kennzeichen und ist durch die separate Kodierung beider Seiten mit den Seitenkennzeichen „**R**“ und „**L**“ sowie jeweils mit dem entsprechenden Datum der Operation zu dokumentieren, wodurch einzeitige und mehrzeitige Eingriffe unterschieden werden können. Die Grouper-Algorithmen haben auch bisher schon sichergestellt, dass die seitengetrennte Kodierung zum selben Abrechnungsergebnis führt wie die Verwendung des Zusatzkennzeichens „**B**“.

Autofluoreszenz bei Eingriffen an den Nebenschilddrüsen

Die intraoperative Identifikation von Nebenschilddrüsengewebe durch Autofluoreszenz gewinnt zunehmend an Bedeutung. Für die entsprechenden Untersuchungen wird der Kode **3-311** *„Darstellung der Nebenschilddrüsen durch Autofluoreszenz“* eingeführt, der den Einsatz eines entsprechenden Bildgebungsgerätes voraussetzt (z.B. FLUOBEAM LX der Fa. Fluoptics SAS). Die Untersuchungen können sowohl in situ, also direkt im OP-Gebiet erfolgen, als auch an einem Schilddrüsenresektat, um ggf. eine Autotransplantation von unbeabsichtigt mitentferntem Nebenschilddrüsengewebe vornehmen zu können.

Der bereits existierende Kode **1-999.1** *„Fluoreszenzgestützte diagnostische Verfahren“* ist dagegen für Untersuchungen vorgesehen, bei denen zuvor fluoreszierende Substanzen appliziert werden.

In diesem Zusammenhang möchten die Autoren darauf hinzuweisen, dass auch eine umfassende Überarbeitung der Kodes für die Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsen-chirurgie beantragt worden ist, aus zeitlichen Gründen jedoch vom BfArM für 2026 noch nicht umgesetzt werden konnte.

Revision einer Magenoperation

Um den besonderen Aufwand von Revisionseingriffen abzubilden, sind für viele typische Situationen im OPS bereits spezifische Kodes vorgesehen, die z.T. auch erlösrelevant sind. Unter einer operativen Revision wird die offen chirurgische oder minimal-invasive Darstellung eines ehemaligen OP-Gebietes verstanden, die der Klärung des Verdachtes auf lokale Komplikationen dient. Hier sind insbesondere die Kontrolle der Blutstillung bei V.a. Nachblutung, Kontrolle der Blutversorgung bei V.a. Ischämie, Kontrolle von Nähten bei V.a. Naht- oder Anastomoseninsuffizienz, Kontrolle anatomischer Lagebeziehungen bei V.a. Abknickungen, Passagebehinderung etc., Lagekontrolle eines Implantates bei V.a. Dislokation und die Suche nach infektiösen Herden bei V.a. lokalen Infekt, Abszess oder Serom zu nennen.

Im Bereich der Magenchirurgie existieren bisher nur für ausgewählte Verfahren spezifische Revisionskodes: **5-445.3-** *„Revision einer Gastroenterostomie“*, **5-447.-** *„Revisionen nach Magenresektion“*, **5-449.p-** / **5-449.q** *„Revision eines Magenschrittmachers“* und **5-44a.2-** *„Revision eines Antirefluxsystems mit Widerlager“*.

Um künftig auch Revisionen nach (Hemi-) Fundoplicatio, Nähten der Magenwand, Gastropexie oder Magenplikatur spezifisch abbilden zu können, wird die Kategorie **5-44a.5-** *„Revision sonstiger Operationen am Magen“* neu eingeführt. Auf der 6. Stelle des OPS-Kodes wird der Zugang abgebildet (**0** – *offen chirurgisch*, **1** – *laparoskopisch*, **2** – *Umsteigen laparoskopisch – offen chirurgisch*). Endoskopische Verfahren gelten nicht als Revision im Sinne dieser Kategorie.

Wichtig ist der Hinweis, dass spezifisch kodierbare Eingriffe gesondert zu kodieren sind. Dies kann z.B. die Ligatur eines Blutgefäßes oder die Übernähung einer Nahtinsuffizienz sein. Eine Revision kann aber auch kodiert werden, wenn keine weiteren spezifischen Maßnahmen notwendig waren.

Eingriffe bei Zwerchfellhernien

Bei der Diagnosenkodierung von Zwerchfellhernien wird zwischen erworbenen (**K44.-**) und angeborenen Hernien (**Q40.1** *„Angeborene Hiatushernie“*, **Q79.0** *„Angeborene Zwerchfellhernie“*) unterschieden. Ein Upside-down-Magen beim Erwachsenen wird der Kategorie **K44.-** zugeordnet.

Die chirurgische Behandlung von Zwerchfellhernien umfasst mehrere Teileingriffe, nämlich die Reposition des Bruchsackinhaltes, den Verschluss der Bruchpforte inkl. eventueller Abtragung des Bruchsackes sowie ggf. Maßnahmen zur subdiaphragmalen Fixierung des Magens (siehe nächster Abschnitt). Diese Verfahren sind bisher im OPS nicht konsequent voneinander abgegrenzt, zudem wird der besondere Aufwand bei einem Thoraxmagen oder Upside-down stomach bisher klassifikatorisch gar nicht berücksichtigt. Daher wird nun auch eine Definition des Begriffs „Thoraxmagen“ als klassifikatorischer Hinweis dieser

Kategorie vorangestellt: *„Unter Thoraxmagen ist die paraösophageale Verlagerung von Magenanteilen oder des gesamten Magens (Upside-down-Magen, Magenvolvulus) zu verstehen, nicht jedoch eine axiale Gleithernie."* Die Kodes gelten gleichermaßen für die Behandlung von erworbenen und angeborenen Hiatus- und Zwerchfellhernien und sind daher auch in der Kinderchirurgie anzuwenden.

Der Kodebereich **5-538.-** *„Verschluss einer Hernia diaphragmatica"* wird auf Vorschlag der DGAV neu strukturiert, wobei auf der 5. Stelle des OPS-Kodes zwischen Primär- und Rezidiveingriffen sowie der Art des Bruchpfortenverschlusses unterschieden wird. Als Rezidiv wird hier ein Wiederauftreten nach operativem Hernienverschluss bezeichnet, nicht jedoch eine erneute Hernierung nach konservativer Reposition.

Die Art des Zugangs wird mit der 6. Stelle abgebildet, wobei die Reposition eines Thoraxmagens gesondert berücksichtigt wird. Die bisherigen exklusiven, aber unvollständig differenzierten Fünfsteller für laparoskopische Eingriffe (**5-538.a**, **5-538.b**) entfallen daher künftig.

Eine „*einfache*" Hiatusnaht wird nicht als „*plastischer Bruchpfortenverschluss*" klassifiziert. Dagegen wird eine Hiatusnaht mit Bruchsackabtragung dem *„plastischen Bruchpfortenverschluss"* zugeordnet, ebenso Dopplungen des Zwerchfells oder sonstige Defektdeckungen mit ortsständigem Gewebe. Eine eventuelle Abtragung des Bruchsacks, Adhäsiolysen an Zwerchfell, Leber, Magen, Ösophagus oder im Bereich des Hiatus selbst sind integrale Bestandteile der Kodes für den Zwerchfellhernienverschluss und daher nicht gesondert zu verschlüsseln. Der Defektverschluss bzw. die Augmentation mit Fremdmaterial stellt klassifikatorisch zwar auch einen *„plastischen"* Bruchpfortenverschluss dar, wird aber aus systematischen Gründen für biologisches Material (allogen und xenogen) und Kunststoffe (alloplastisch) weiter differenziert. Um die Art und Größe des verwendeten Materials für den Gewebeersatz bzw. die Gewebeverstärkung abzubilden, ist ein Zusatzkode aus dem Bereich **5-932.-** anzugeben.

Verschluss einer Zwerchfellhernie		
5-Steller	**Primär**	**Bei Rezidiv**
Ohne plastischen Bruchpfortenverschluss	5-538.0-	5-538.5-
Mit plastischem Bruchpfortenverschluss	5-538.1-	5-538.6-
Mit allogenem oder xenogenem Material	5-538.3-	5-538.8-
Mit alloplastischem Material	5-538.4-	5-538.9-
Sonstige Verfahren	5-538.x-	
N.n.bez.	5-538.y	

6. Stelle	Ohne	Mit
	Reposition eines Thoraxmagens	
Offen chirurgisch abdominal	**0**	**a**
Offen chirurgisch transthorakal	**3**	**b**
Offen chirurgisch thorakoabdominal	**4**	**c**
Laparoskopisch	**1**	**7**
Thorakoskopisch	**5**	**6**
Laparoskopisch-thorakoskopisch kombiniert	**8**	**9**
Sonstige	**x**	

Mit der 6. Stelle können offen chirurgische abdominale, thorakale oder thorakoabdominale (Zwei-Höhlen-Eingriff) Zugänge differenziert abgebildet werden. Zudem werden laparoskopische, thorakoskopische und laparoskopisch-thorakoskopisch kombinierte Eingriffe unterschieden. Für die seltene Situation eines Umsteigens zu einem offen chirurgischen Verfahren ist hier keine ausdifferenzierte 6. Stelle vorgesehen. In diesen Fällen ist gemäß DKR **P004f** nur der offen chirurgische Zugang zu kodieren. Für alle Zugänge besteht die Option, die Reposition eines Thoraxmagens spezifisch abzubilden.

(Hemi-) Fundoplicatio

Im Rahmen einer Fundoplicatio (**5-448.4-**) bzw. Hemifundoplicatio (**5-448.5-**) besteht in der Regel auch die Indikation zum Verschluss der Hiatushernie durch Hiatusplastik oder hintere Pfeilernaht. Diesbezüglich ist künftig eine systematische Doppelkodierung mit dem Kodebereich **5-538.-** vorgesehen. Dementsprechend findet sich bei der Fundoplicatio und Hemifundoplicatio der Hinweis, dass der Verschluss einer Zwerchfellhernie gesondert zu kodieren ist. Ebenso gilt auch eine Gastropexie nicht als integraler Bestandteil der (Hemi-) Fundoplicatio, sondern ist ggf. gesondert zu kodieren (**5-448.2-**).

Mit dieser systematischen Doppelkodierung ist der Kombinationskode **5-448.6-** *„Hemifundoplicatio mit Hiatusnaht“* verzichtbar geworden und im Geltungsbereich des G-DRG-Systems nicht mehr gültig. Da er aber im vertragsärztlichen Bereich weiterhin benötigt wird, um die Abrechnung nach EBM zu steuern, bleibt diese Kategorie mit einem entsprechenden Hinweis im OPS erhalten. Krankenhäuser sollten darauf achten, dass ihr Kodiersystem (ID DIACOS®, KODIP®) so konfiguriert ist, dass derartige Kodes gar nicht ausgewählt werden können!

Versorgung von Narbenhernien

Bei der Versorgung von Narbenhernien waren die Kodes **5-536.11**, **5-536.48** und **5-536.4h** bisher auf „*Komponentenseparationen*“ beschränkt, wobei die Technik nach *Ramirez*

beispielhaft aufgeführt wurde. Auf Vorschlag der DGAV und der Deutschen Herniengesellschaft wurde das zunehmend alternativ verwendete Verfahren „*Transversus Abdominis Release*“ (TAR) als vergleichbare Methode denselben Kodes als „*Inklusivum*“ zugeordnet.

Im Zusammenhang mit der Erweiterung der Hybrid-DRGs auf die Versorgung von Narbenhernien wurde von den Fachgesellschaften zudem angeregt, die bisherige Differenzierung der OPS-Kodes nach der horizontalen Defektbreite um einen weiteren Schwellenwert bei 4,0 cm zu ergänzen, um damit W1-, W2- und W3-Narbenhernien bereits auf Kodeebene differenzieren zu können. Dies ist nach Auswertung der im Herniamed-Register erfassten Behandlungsfälle rational begründbar, da bereits ab einer horizontalen Defektbreite von 4,0 cm eine ambulante Behandlung medizinisch nicht vertretbar ist. Leider konnten die entsprechenden Vorschläge für 2026 noch nicht umgesetzt werden, ebenso wenig wie analoge Vorschläge zur Differenzierung der Defektbreite bei epigastrischen und Nabelhernien. Die genannten Fachgesellschaften werden aber weiterhin diese Ziele beim BfArM verfolgen.

Rekonstruktion der Darmpassage nach partieller Dickdarmresektion
Bei der Kodierung von partiellen Dickdarmresektionen (**5-455.-**) werden die resezierten Lokalisationen mit der 5. Stelle des Kodes klassifiziert, während Zugang und Art der Rekonstruktion mit der 6. Stelle abgebildet werden.

Partielle Dickdarmresektion (5-Steller)	
Segmentresektion	5-455.0-
Multiple Segmentresektionen	5-455.1-
Ileozäkalresektion	5-455.2-
Zäkumresektion	5-455.3-
Hemikolektomie rechts	5-455.4-
Resektion des Colon transversum	5-455.5-
Hemikolektomie links	5-455.6-
Sigmaresektion	5-455.7-
Hemikolektomie rechts mit Transversumresektion	5-455.9-
Hemikolektomie links mit Transversumresektion	5-455.a-
Resektion des Colon descendens und Colon sigmoideum	5-455.b-
Hemikolektomie rechts und links mit Transversumresektion	5-455.c-
Hemikolektomie links mit Transversumresektion und Sigmaresektion	5-455.d-
Sonstige	5-455.x-
N.n.bez.	5-455.y

Hier bestanden allerdings klassifikatorische Unschärfen, da die laparoskopische Anlage von Enterostomata nicht mit denselben Differenzierungsmöglichkeiten kodiert werden konnten, wie bei offen chirurgischem Zugang. Auch waren diese Informationen beim Umsteigen vom laparoskopischen zu offen chirurgischem Zugang nicht abbildbar.

Eine weitere Klassifikationslücke wurde bei dieser Gelegenheit geschlossen: In seltenen Fällen wird auf eine primäre Anastomose oder Stomaanlage verzichtet und beide Dickdarmschenkel werden temporär blind verschlossen. Diese Situation war bisher nur mit der unspezifischen Resteklasse „**x**“ abbildbar und wird künftig je nach Zugang mit „**8**“ oder „**b**“ auf der 6. Stelle abgebildet. Nur bei der Zäkumresektion sind wie bisher für Stomata oder Anastomosen keine Kodes vorgesehen, da nur die Unterscheidung des Zugangs sinnvoll ist.

Partielle Dickdarmresektion (5-Steller)			
6. Stelle	Offen chirurgisch	Laparo-skopisch	Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
Mit Anastomose	1	5	c
Mit Enterostoma und Blindverschluss	2	9	d
Mit zwei Enterostomata	3	a	e
Mit Anastomosen-Anus präter	4	x	f
Mit temporärem Blindverschluss beider Schenkel	8	b	g
Zäkumresektion	1	5	7
Sonstiger Zugang oder sonstige Rekonstruktion	x		

Atypische Leberresektion

Bei der lokalen Exzision von Leberherden war es gemäß DKR **P005y** bisher nur durch eine Mehrfachkodierung möglich, den Aufwand darzustellen, wenn mehr als eine Läsion lokal exzidiert oder als Keilexzision entfernt wurde. Erfahrungsgemäß werden derartige Situationen bei der DRG-Kalkulation nicht sachgerecht berücksichtigt, da die mehrfache Kodierung bestimmter Maßnahmen nur durch komplexe Gruppierungsalgorithmen erkannt werden könnte. Nach dem Vorbild der Kodierung der Exzision von Lungenmetastasen wird daher künftig nach der Anzahl der lokalen oder Keilexzisionen unterschieden, wobei zunächst drei Staffelungen der Anzahl vorgesehen sind.

Ein „perkutaner“ Zugang ist bei den lokalen Exzisionen nicht möglich. Diese Zugangsoption gilt nur für die Destruktionsverfahren Alkoholinjektion, Laser, irreversible Elektroporation, Elektrochemotherapie, Radiofrequenz-, Mikrowellen- und Kryoablation.

Lokale Exzision von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion)			
5-Steller	**1 Läsion bzw. Keil**	**2 – 3 Läsionen bzw. Keile**	**≥ 4 Läsionen bzw. Keile**
Exzision, lokal	**5-501.0-**	**5-501.c-**	**5-501.d-**
Keilexzision	**5-501.2-**	**5-501.e-**	**5-501.f-**
Endozystenresektion	**5-501.1-**		

6. Stelle	Zugang
Offen chirurgisch	**0**
Laparoskopisch	**1**
Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch	**2**
Perkutan (nur bei Destruktionsverfahren)	**3**
Sonstige	**x**

Anatomische Leberresektion

Die aktuellen Verfahren der anatomischen Leberresektionen sind in den vergangenen Jahren laufend im OPS ergänzt worden. Nun bestand seitens der Leberchirurgen noch der Wunsch, für die Resektion der *Segmente 1 – 4a/b* einen eigenständigen Kode einzuführen. Dieser Eingriff unterscheidet sich von der *Hemihepatektomie links* (**5-502.1**) lediglich durch die zusätzliche Resektion des *Segmentes 1*. Die Bedingungen einer *„Erweiterten Hemihepatektomie links“* (**5-502.9**) liegen allerdings nicht vor, da diese die *Segmente 2 bis 5 und 8* umfasst.

Daher wird der Kode **5-502.a** *„Hemihepatektomie links [Resektion der Segmente 2, 3, 4a und 4b] mit Resektion des Segmentes 1“* neu eingeführt.

Für die Weiterentwicklung des OPS 2027 wurde bereits angeregt, auch eine Differenzierung der Zugangswege einzuführen, um künftig laparoskopische bzw. robotische Verfahren differenziert abbilden zu können.

Danksagung:
Für Ihre Unterstützung bei der Antragstellung und Beratung danken wir besonders Prof. Dr. Jessica Leers, Klinik für funktionelle OGI Chirurgie / Refluxzentrum, Evangelisches Krankenhaus Kalk gGmbH, Köln (Zwerchfellhernie), Prof. Dr. Ferdinand Köckerling, Zentrum für Hernienchirurgie, Vivantes Humboldt-Klinikum Berlin (Narbenhernie), Prof. Dr. Katharina Holzer, Sektion Endokrine Chirurgie, Klinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie, Universitätsklinikum Marburg (Nebenschilddrüsen) sowie Prof. Dr. Andreas Zielke, Endokrines Zentrum Stuttgart - Abteilung für Endokrine Chirurgie, Diakonie-Klinikum, Stuttgart (Nebenschilddrüsen)

Korrespondenzadresse:
Dr. med. Rolf Bartkowski
Forstweg 74
13465 Berlin

bartkowski-berlin@t-online.de
www.mediclass.de