

---

# Abgrenzungskriterien der Geriatrie

Erarbeitet von einer gemeinsamen Arbeitsgruppe der  
Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V.,  
der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e.V. und  
der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V.

ENTWURFSVERSION V1.0

Basierend auf den Ergebnissen der  
Essener Konsensus-Konferenz  
vom 15.01.2003

M. Borchelt  
G. Kolb  
N. Lübke  
D. Lüttje  
A.-K. Meyer  
T. Nikolaus  
L. Pientka  
E. Steinhagen-Thiessen  
W. Vogel  
J. Wehmeyer  
N. Wrobel

Red.: M. Borchelt\*, L. Pientka

Stand: 07.02.2003

---

\* Korrespondenzadresse: Dr. med. M. Borchelt, Forschungsgruppe Geriatrie am EGZB, Charité – Campus Virchow-Klinikum, Reinickendorfer Str. 61, 13347 Berlin, <mailto:markus.borchelt@charite.de>

## Vorbemerkung

Die gemeinsame Arbeitsgruppe der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V. (BAG), der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e.V. (DGG) und der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V. (DGGG) legt mit diesem Arbeitspapier die 1. Entwurfsversion der "Abgrenzungskriterien der Geriatrie" vor, und lädt insbesondere alle Fachkollegen ein, an der weiteren Verbesserung, Präzisierung und Ausgestaltung mitzuwirken.

Der in dieser Entwurfsversion erstmalig mit operationalisierbaren Kriterien formulierte Lösungsansatz bezieht sich auf eine langjährige Aufgaben- und Problemstellung in der Geriatrie – nämlich die der fachinternen (begrifflichen, inhaltlichen) Abgrenzung geriatrischer Leistungsbereiche untereinander und zugleich gegenüber unmittelbar angrenzenden Leistungsbereichen anderer Fachgebiete. Der Lösungsansatz integriert und erweitert teils wissenschaftlich, teils pragmatisch begründete Kriterien, um das gesamte Spektrum der geriatrischen Versorgungsbereiche in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen abzubilden. Ausgangspunkt waren Vorarbeiten zur Frührehabilitation von Stucki et al. ("Konzept zur indikationsübergreifenden Frührehabilitation im Akutkrankenhaus", *Phys Med Rehab Kuror* 2002; 12: 134-145) sowie Vorarbeiten des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (Leistner et al., Begutachtungshilfe "Geriatrische Rehabilitation", 12/2002).

Die Teilnehmer der Essener Konsensus-Konferenz hatten sich zwei vorrangige Aufgaben gestellt : (i) eine erste Festlegung operationalisierbarer Kriterien zur Beschreibung des geriatrischen Patienten, sowie (ii) eine erste Festlegung operationalisierbarer Kriterien zur Beschreibung der Zuordnung geriatrischer Behandlungsformen zu bestimmten geriatrischen Patientengruppen sowie ihrer Abgrenzung gegenüber den angrenzenden Rehabilitations- und Akutbereichen. Die Ergebnisse der Konsensus-Konferenz werden in Übersicht 1 zusammengefasst und in den Abschnitten A-C beschrieben.

Aufsetzend auf diesen konsentierten Kriterien wurde damit begonnen, die Kriterien – insbesondere die zur Beschreibung der geriatrietypischen Multimorbidität – mit entsprechenden Kodierungen aus der ICD-10-SGB V, Version 2.0, zu hinterlegen. Die Zuordnungen erheben dabei noch nicht den Anspruch auf Vollständigkeit oder Korrektheit. Bei einigen Zuordnungen wird es im weiteren Verlauf auch noch darauf ankommen, ob Änderungsvorschläge zur ICD bzw. zu den DKR (Deutsche Kodierrichtlinien) erfolgreich in das Anpassungsverfahren eingebracht werden können (z.B. für "Stürze", R29.81), damit die hier vorgeschlagenen Kodierungen auch vollständig konform sind mit den offiziell gültigen Kodierrichtlinien.

Insofern ist die Entwurfsversion der Abgrenzungskriterien für Prüfzwecke grundsätzlich ungeeignet. Sie soll und muss zunächst dem Fach als Diskussionsgrundlage dienen und benötigt sicher auch noch ergänzenden Fach- und Sachverstand zur weiteren Anpassung, Verbesserung und Konkretisierung. Andererseits werden im Zuge der DRG-Einführung jedoch Abgrenzungskriterien dringend benötigt, um die den Forderungen des Faches gegenüberstehenden Anforderungen erfüllen zu können. Auf der Grundlage dieser Entwurfsversion werden im nächsten Schritt (i) die Optionen und Perspektiven zur Abbildung des Faches im DRG-System diskutiert werden, und (ii) die resultierenden fachspezifischen Vorschläge zur Anpassung des DRG-Systems an deutsche Versorgungsverhältnisse erarbeitet. Jede konstruktive Kritik ist willkommen – umso mehr, je kurzfristiger diese die Autoren erreicht.

## Übersicht 1: Geriatrie - Abgrenzungsbereiche und Begriffsbestimmungen

	DISZIPLINEN				
Kriterien:	angrenzende Reha-Disziplinen	Geriatrie			angrenzende Akut-Disziplinen
Patient	Nicht-geriatrisch	Pat. mit geriatritypischer Multimorbidität <sup>Tab. 1</sup> , in der Regel 70 Jahre alt oder älter			Nicht-geriatrisch
Rehabedürftigkeit	rehabedürftig	rehabedürftig <sup>B-3</sup>		(noch) nicht rehabedürftig <sup>B-3</sup>	(noch) nicht rehabedürftig
Indikation	indikationsspezifisch rehafähig mit positiver Prognose und realistischer Zielsetzung	rehafähig <sup>B-6</sup> mit positiver Prognose und realistischer Zielsetzung	eingeschränkt <sup>B-6</sup> oder nicht rehafähig <sup>B-7</sup> oder rehafähig mit unsicherer Prognose bzw. unsicherer Zielsetzung	Indikation zur KH-Behandlung n. § 39 SGB V; nicht (früh-)rehafähig <sup>B-8</sup>	kurative oder palliative Indikation zur Akutbehandlung im KH
Art der Behandlung	Indikationsspezifische Rehabilitationsbehandlung	<b>Geriatrische Rehabilitation</b>	<b>"Akutgeriatrie"</b> <b>Geriatrische Frührehabilitation</b> <b>Geriatrische Akutbehandlung</b>		Akut-/Intensivbehandlung ggfs. mit funktionsorientierter Physiotherapie

Tab.-1: s. Seite 4

B-3: s. Seite 5

B-6: s. Seite 6

B-7: s. Seite 6

B-8: s. Seite 6

## Übersicht 2: Geriatritypische Hauptdiagnosen

Die folgende Übersicht stellt keine abschließende Aufzählung dar. Sie gilt vor allem für den geriatrischen "Kernbereich" der frührehabilitativen Komplexbehandlung, die sowohl mit der angrenzenden, vorwiegend organmedizinischen Geriatrischen Akutbehandlung als auch mit der angrenzenden Geriatrischen Rehabilitation eine deutliche Schnittmenge hinsichtlich der Hauptdiagnosen aufweist, jedoch ohne dass sich die drei Gruppen hinsichtlich ihrer Hauptdiagnoseprofile vollständig überlappen. Gemeinsam ist allen drei Bereichen jedoch die – zur Hauptdiagnose meist hinzutretende – geriatritypische Multimorbidität (s. Tab. 1).

Hauptdiagnosen	ICD	2. ICD (ND)
Akuter Schlaganfall und andere akute cerebrovaskuläre Erkrankungen	I60-I69	
Hüftgelenksnahe Fraktur mit Z.n. chir. Versorgung	S72.-	Z96.6
Arterielle Verschlusskrankheit mit Z.n. Amputation o.a. OP	I70.-	Z89.-, Z95.-
Cox- und Gonarthrose mit Z.n. Implantation einer Endoprothese	M16.-, M17.-	Z96.6
Dekompensierte Herzinsuffizienz	I50.-	
Exazerbierte chronisch-obstruktive Lungenerkrankung	J44.0, J44.1	
Pneumonie und andere Infektionen der Atemwege	J10-J22	
Andere Frakturen und Verletzungen	S00-T98	
Andere Arthropathien	M00-M25	
Spondylopathien u. Diskopathien, ggf. mit Z.n. Laminektomie	M45-M51	Z48.8, G97.8
KHK und andere Herzkrankheiten mit Z.n. herzchirurgischem Eingriff	I05-I09; I20-I25	Z95.-, I97.0
Delir und andere hirnorganische Psychosen	F00-F05	
Andere Infektionen	A00-B99	
Komplikationen nach chirurgischen Eingriffen und med. Behandlung*	T80-T88	
Spezifische Komplikationen nach chir. Eingriffen und med. Behandlung*	s. Tab. 2-4	s. Tab. 5

\* Bei durchgehender Behandlung im selben Krankenhaus kann die Komplikation einer durchgeführten Maßnahme niemals zur Hauptdiagnose des gesamten Behandlungsfalls werden. Erfolgt aufgrund der Komplikation die Verlegung in ein anderes Krankenhaus, dann kann insbesondere die spezifische Verschlüsselung (letzte Zeile) im übernehmenden Krankenhaus durchaus zur Hauptdiagnose werden (Veranlassungsprinzip, DKR D002b).

**Tab. 1: Definition und Kodierung der geriatritypischen Multimorbidität**

<b>Merkmalkomplex</b>	<b>ICD-Kategorien</b>	<b>ICD-Codes</b>
<b>Immobilität</b>	nach medizinischen Maßnahmen	M96.8
	morbiditäts- und/oder altersbedingt	M62.3-
<b>Sturzneigung und Schwindel</b>	Gangunsicherheit	R26.-
	Stürze	R29.81
	Schwindel und Taumel	R42, H81.-, H82*
<b>Kognitive Defizite</b>	Demenz	F00-F03
	Organisches amnestisches Syndrom	F04
	Delir (organisch bedingt)	F05.-
	Bestimmte andere psychische Störungen, organisch bedingt	F06.-
	Persönlichkeits- und Verhaltensstörung, organisch bedingt	F07.-
<b>Inkontinenz</b>	Harninkontinenz	R32
	Stressinkontinenz	N39.3
	Drang-, Reflex-, Überlaufinkontinenz	N39.4
	Stuhlinkontinenz	R15
<b>Dekubitalulcera</b>	Dekubitus	L89
	Ulcus cruris (varicosum)	L97, I83.0, I83.2
	Chronisches Ulcus der Haut	L98.4
<b>Fehl- und Mangelernährung</b>	Kachexie	R64
	Alimentärer Marasmus	E41
	Protein-Kalorien-Mangelernährung	E43, E44.-
	Dysphagie	R13
<b>Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt</b>	Dehydratation	E86
	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushalts	E87.-
	Ödem, anderenorts nicht klassifiziert	R60.-
<b>Depression, Angststörung</b>	Depressive Episode, rez. depressive Störung	F32.-, F33.-
	Manische Episode, bipolare od. anhaltende affektive Störung	F30.-, F31.-, F34.-
	Phobische Störungen, Angststörung	F40.-, F41.-
<b>Chronische Schmerzen</b>	Chronische, nicht lokalisierte Schmerzen	R52.2
	Lokalisierte, organbezogene Schmerzen	Exklusiva zu R52.-
<b>Sensibilitätsstörungen</b>	Neuropathie	G60-G64
<b>Herabgesetzte Belastbarkeit, Gebrechlichkeit</b>	"Senilität" (exkl.: senile Psychose), "hohes Alter", Seneszenz ( <b>Frailty</b> )	R54
<b>Starke Seh- oder Hörbehinderung</b>	Visusverlust	H54.-
	Hörverlust	H90.-, H91.-
	Presbyakusis	H91.1
	Presbyopie	H52.4
<b>Medikationsprobleme</b>	Arzneimittelnebenwirkung	Y57.9!
	Akzidentelle Vergiftung	X49.9!
	jeweils in Verbindung mit spez. Code aus:	T36-T50
<b>Hohes Komplikationsrisiko</b>	Unmittelbar vorausgegangene OP	Z98.-, Z48.-
	Vorhandensein künstlicher Körperöffnungen	Z43.-
	(Z. n.) Fraktur	S*2.-
	Komplikation nach med. Maßnahmen	T79-T89
	Dialysepflichtigkeit	Z99.2
<b>Verzögerte Rekonvaleszenz</b>	Rekonvaleszenz	Z54

- Es müssen mindestens zwei der o.a. Merkmalkomplexe vorliegen (die Diagnoseart – HD/ND – ist irrelevant)
- Ein Merkmalkomplex liegt vor, wenn mindestens eine der zugeordneten Kodierungen – unter Zugrundelegung der DKR 2003 und des Kodierleitfadens Geriatrie – ordnungsgemäß verschlüsselt werden kann
- Es liegt zugleich ein relativ hohes Risiko der Einschränkung der Selbständigkeit im Alltag bis hin zur Pflegebedürftigkeit vor (z.B. Barthel-Index)

### A) Versorgungsauftrag der Geriatrie / geriatrische Patienten

1. Die Geriatrie führt akutmedizinische, frührehabilitationsmedizinische und rehabilitationsmedizinische Behandlungen durch; die Geriatrie geht deshalb zumeist über die reine Organmedizin hinaus und erbringt **zusätzliche Leistungen** vor allem im Bereich der multidisziplinären funktionellen Therapie;
2. Die Geriatrie ist spezialisiert auf die Behandlung geriatrischer Patienten;
3. Ein **geriatrischer Patient** ist definiert durch:
  - I. geriatrietypische Multimorbidität (Tab. 1) und
  - II. höheres Lebensalter (in der Regel 70 Jahre oder älter).Typische Behandlungsindikationen sind in Übersicht 2 zusammengestellt.
4. Frührehabilitation ist allgemein indiziert, wenn ein Patient sowohl einen kurativen, akutmedizinischen als auch einen rehabilitationsmedizinischen Behandlungsbedarf aufweist;

### B) Geriatrische Behandlungsformen / Zuordnung geriatrischer Patienten

1. Nicht-rehabilitationsbedürftige geriatrische Patienten (Def. s. Satz B-3) mit Krankenhausbehandlungsbedarf erhalten eine **indikationsspezifische, akutgeriatrische Behandlung im Krankenhaus** (indikationsspezifisch in Bezug auf die zumeist internistische bzw. neurologische Hauptdiagnose wie z.B. Pneumonie, dekompensierte Herzinsuffizienz, Parkinson-Krise etc.).
2. Rehabilitationsbedürftige geriatrische Patienten (Def. s. Satz B-3) erhalten entweder eine **geriatrische Frührehabilitation** oder eine **geriatrische Rehabilitation**;
3. **Rehabilitationsbedürftigkeit** im obigen Sinne liegt vor, wenn
  - i. als Folge einer *Schädigung* bei
  - ii. Vorliegen von voraussichtlich nicht nur vorübergehenden *Fähigkeitsstörungen* oder
  - iii. drohenden oder bereits manifesten *Beeinträchtigungen*
  - iv. über die kurative Versorgung hinaus rehabilitationsmedizinische Maßnahmen erforderlich und voraussichtlich erfolgversprechend sind;
4. Rehabilitationsfähige geriatrische Patienten (Def. s. Satz B-6) mit nachweislichem Rehabilitationsbedarf, positiver Rehabilitationsprognose und realistischem Rehabilitationsziel erhalten eine **geriatrische Rehabilitation** – vorausgesetzt, es liegen keine Ausschlusskriterien vor (Def. s. Satz B-7);
5. Eingeschränkt rehabilitationsfähige geriatrische Patienten (Def. s. Satz B-6) oder solche mit noch unsicherer Rehabilitationsprognose oder mit unsicherem Rehabilitationsziel er-

halten eine **geriatrische Frührehabilitation** – vorausgesetzt, es liegen keine Ausschlusskriterien vor (Def. s. Satz B-8);

6. **Rehabilitationsfähigkeit** im obigen Sinne liegt vor, wenn alle nachstehenden Kriterien erfüllt sind:

- i. Die Vitalparameter sind stabil
- ii. Bestehende Begleiterkrankungen, Schädigungen und Komplikationen bedürfen keiner Krankenhausbehandlung
- iii. Kreislaufstabilität und allgemeine Belastbarkeit erlauben eine mehrmals tägliche, aktive Teilnahme an rehabilitativen Maßnahmen
- iv. Die Akutdiagnostik und –therapie ist weitgehend abgeschlossen
- v. Zustimmung des Patienten zur Rehabilitation liegt vor
- vi. Es besteht keine Stuhlinkontinenz, keine Desorientiertheit, keine Weglauftendenz, kein hochgradiger Seh-/Hörverlust, keine die Rehabilitationsmaßnahme behindernde Wunde oder Wundkomplikation, keine schwere Depression und keine akute Wahnsymptomatik

7. **Rehabilitationsfähigkeit** liegt **nicht** vor, wenn eines der nachstehenden **Ausschlusskriterien der geriatrischen Rehabilitation** erfüllt ist:

- i. Die Vitalparameter sind nicht durchgehend stabil
- ii. Bestehende Begleiterkrankungen, Schädigungen und Komplikationen bedürfen einer Krankenhausbehandlung
- iii. Kreislaufstabilität und allgemeine Belastbarkeit erlauben keine mehrmals tägliche, aktive Teilnahme an rehabilitativen Maßnahmen
- iv. Eine Zustimmung des Patienten zur Rehabilitation liegt nicht vor
- v. Es besteht Stuhlinkontinenz, Desorientiertheit, Weglauftendenz, hochgradiger Seh-/Hörverlust, eine die Rehabilitation behindernde Wunde oder Wundkomplikation, eine schwere Depression oder eine akute Wahnsymptomatik

8. **Frührehabilitationsfähigkeit** liegt **nicht** vor, wenn eines der nachstehenden **Ausschlusskriterien der geriatrischen Frührehabilitation** erfüllt ist:

- i. Instabile Vitalparameter erlauben keinerlei Durchführung rehabilitativer Maßnahmen
- ii. Eine erheblich herabgesetzte Belastbarkeit erlaubt keinerlei Durchführung rehabilitativer Maßnahmen
- iii. Offene Wunden oder Wundkomplikationen erlauben keinerlei Durchführung rehabilitativer Maßnahmen
- iv. Es sind ausschließlich passive, frühmobilisierende physiotherapeutische Maßnahmen möglich

9. In der **geriatrischen Frührehabilitation** werden damit akutgeriatrische Patienten (gem. Def. Satz A-3, s.a. Tab. 1) behandelt, die rehabilitationsbedürftig sind (gem. Def. Satz B-3), jedoch (noch) nicht im engeren Sinne rehabilitationsfähig (Kriterien gem. Def.

Satz B-6 nicht vollständig erfüllt) und bei denen die notwendigen rehabilitativen Maßnahmen zusätzlich zur kurativ-akutmedizinischen Versorgung bereits über rein passive Maßnahmen der frühmobilisierenden Physiotherapie hinaus auch so angewendet werden können, dass die Kriterien des OPS 8-550 erfüllt sind (Definition gem. OPS-301, zit. unter D-1).

10. In der **geriatrischen Rehabilitation** werden in Abgrenzung zur indikationsspezifischen Medizinischen Rehabilitation geriatrische Patienten **indikationsübergreifend** behandelt. Eine indikationsspezifische Rehabilitationsfähigkeit besteht für diese Patienten nicht, wohl aber eine indikationsübergreifende, geriatrische Rehabilitationsfähigkeit (gem. Def. Satz B-6 unter Berücksichtigung der Ausschlusskriterien Satz B-7).

### C) Institutionelle Zuordnungen

1. Die **indikationsspezifische, akutmedizinische Krankenhausbehandlung** von nicht-rehabilitationsbedürftigen geriatrischen Patienten findet ausschließlich in **Fachkrankenhäusern oder Krankenhausfachabteilungen für Geriatrie** statt.
2. Die **indikationsübergreifende geriatrische Frührehabilitation** (d.h. multidisziplinäre funktionelle Therapie zusammen mit dauernder bzw. intermittierender akutmedizinisch-kurativer Behandlung) erfolgt entweder auf Basis von § 39 SGB V in **Fachkrankenhäusern oder Krankenhausfachabteilungen für Geriatrie**, die eine entsprechende **rehabilitativ-geriatrische Strukturqualität** (z.B. gemäß Kriterien der BAG) nachweisen müssen, oder in **geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen**, die ebenfalls eine geriatrische Frührehabilitation in diesem Sinne durchführen können und hierfür neben dem rehabilitationsmedizinischen (z.B. BAG-Kriterien) auch einen entsprechenden **akutmedizinischen Strukturstandard** nachweisen müssen.
3. Die **indikationsübergreifende geriatrische Rehabilitation** von rehabilitationsbedürftigen und rehabilitationsfähigen geriatrischen Patienten mit positiver Rehabilitationsprognose und realistischem Rehabilitationsziel erfolgt auf Basis von § 40 SGB V ausschließlich in **geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen**.

### D) Geriatrisch-frührehabilitative Komplexbehandlung (OPS 8-550)

1. Aktuell geltende Kriterien (OPS-301 V2.1):
  - a. Mindestens 14 Behandlungstage mit ärztlicher Behandlungsleitung
  - b. Standardisiertes geriatrisches Assessment in den ersten 3 Tagen in mindestens 5 Bereichen (Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition, Emotion, soziale Versorgung)
  - c. Schriftlicher wöchentlicher Behandlungsplan mit Teambesprechung

- d. Therapeutisch aktivierende Pflege durch Fachpflegepersonal
  - e. Einsatz von mindestens 2 Therapeutengruppen (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Neuropsychologie, physikalische Therapie)
2. Vorschlag zur Modifikation:
- a. Mindestens 14 Tage Gesamtverweildauer (Belegungstage) mit ärztlicher Behandlungsleitung
  - b. Standardisiertes geriatrisches Assessment in mindestens 5 Bereichen (Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition, Emotion, soziale Versorgung)
  - c. Schriftlicher wöchentlicher Behandlungsplan mit Teambesprechung
  - d. Therapeutische Pflege durch Fachpflegepersonal
  - e. Einsatz von mindestens 2 Therapeutengruppen (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Neuropsychologie, physikalische Therapie)
  - f. Gleichzeitige (dauernde oder intermittierende) akutmedizinisch-kurative Behandlung

**Begründung:** Die Anpassung in Satz 2.a (Belegungstage) ist zur Klarstellung unter Verwendung der Terminologie nach KFPV erforderlich. Aufgrund der zunehmenden Verkürzung der Vorverweildauer gelangen geriatrische Patienten zunehmend frühzeitiger in die Geriatrie. Vielfach sind sie bei Übernahme noch so deutlich im Allgemeinzustand reduziert bzw. auch internistisch instabil oder wenig belastbar, dass nicht in jedem Fall ein vollständiges Assessment in den ersten drei Behandlungstagen abgeschlossen werden kann. Inhaltlich und qualitativ ist es bedeutsam, dass ein standardisiertes Aufnahmeassessment vollständig durchgeführt wird – unabhängig davon, ob dies bis zum 3. oder erst zum 5. Tag nach Aufnahme abgeschlossen werden kann. Daher waren die Worte "in den ersten 3 Tagen" in Satz 2.b zu streichen.

Die Bezeichnung "therapeutisch aktivierende Pflege" ist missverständlich und ist durch die fachlich korrekte Bezeichnung "therapeutische Pflege" (Satz 2.d) zu ersetzen, zumal der Begriff "aktivierende Pflege" eine eigenständige und hier nicht gemeinte Bedeutung hat.

Satz 2.f ist zu ergänzen, da die gleichzeitige, dauernde oder intermittierende akutmedizinisch-kurative Behandlung ein wesentliches kennzeichnendes Merkmal der Frührehabilitation ist.

## Anhang

Tab. 2: Spezifische Komplikationen nach medizinischen Eingriffen (ggf. HD)

<b>Endokrine und Stoffwechselstörungen</b>	
E89.0	Hypothyreose nach Bestrahlung oder postoperativ
E89.1	Hypoinsulinämie postoperativ
E89.2	Hypoparathyreoidismus
E89.6	Hypocortisolismus Nebennierenrinden- (Nebennierenmark-) Unterfunktion nach med. Maßnahmen
<b>Krankheiten des Nervensystems</b>	
G97.0	Austritt von Liquor cerebrospinalis nach Lumbalpunktion
G97.1	Sonstige Reaktion auf Spinal- und Lumbalpunktion
G97.2	Intrakranielle Druckminderung nach ventrikulärem Shunt
<b>Affektionen des Auges</b>	
H59.0	Glaskörperkomplikation nach Kataraktextraktion
<b>Kreislaufkomplikationen</b>	
I97.0	Postkardiotomie-Syndrom im engeren Sinne Peri-/Myokarditis, Perikard-/Pleuraerguss, atriale HRST etc.; aber auch: psychische Alteration in der Rekonvaleszenz etc.
I97.1	Sonstige Funktionsstörungen nach kardiochirurgischem Eingriff z.B. Herzinsuffizienz / Herzversagen nach Eingriff oder durch Herzprothese
I97.8	Sonstige Kreislaufkomplikationen nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert
I97.9	Kreislaufkomplikation nach medizinischer Maßnahme, nicht näher bezeichnet
<b>Krankheiten der Atemwege nach med. Maßnahmen</b>	
J95.0	Funktionsstörung eines Tracheostomas
J95.1	Akute pulmonale Insuffizienz nach Thoraxoperation
J95.2	Akute pulmonale Insuffizienz nach nicht am Thorax vorgenommener Operation
J95.3	Chronische pulmonale Insuffizienz nach Operation
J95.5	Subglottische Stenose nach medizinischen Maßnahmen
J95.8	Sonstige Krankheiten der Atemwege nach medizinischen Maßnahmen
<b>Krankheiten des Verdauungssystems nach med. Maßnahmen</b>	
K91.0	Erbrechen nach gastrointestinalem chirurgischem Eingriff
K91.1	Syndrome des operierten Magens Dumping (Früh-/Spät-) Postgastrektomie-Syndrom Postvagotomie-Syndrom
K91.2	Malabsorption nach chirurgischem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert
K91.3	Postoperativer Darmverschluss
K91.4	Funktionsstörung nach Kolostomie oder Enterostomie
K91.8	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert
<b>Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach med. Maßnahmen</b>	
M84.0-	Frakturheilung in Fehlstellung: Lokalisation?
M84.1-	Nichtvereinigung der Fraktarenden [Pseudarthrose]: Lokalisation?
M84.2-	Verzögerte Frakturheilung: Lokalisation?
M96.0	Pseudarthrose nach Fusion oder Arthrodesis
M96.6	Knochenfraktur nach Einsetzen eines orthopädischen Implantates, einer Gelenkprothese oder einer Knochenplatte ("periprothetische Fraktur")
M96.8	Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-System nach medizinischen Maßnahmen: - Instabilität eines Gelenks nach Entfernen einer Gelenkprothese ("Girdlestone") - Immobilitätssyndrom nach medizinischen Maßnahmen
M96.9	Krankheit des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen, nicht näher bezeichnet
<b>Krankheiten des Urogenitalsystems nach med. Maßnahmen</b>	
N99.0	Nierenversagen nach medizinischen Maßnahmen
N99.1	Harnröhrenstriktur nach medizinischen Maßnahmen
N99.2	Postoperative Adhäsionen der Vagina
N99.3	Prolaps des Scheidenstumpfes nach Hysterektomie
N99.5	Funktionsstörung eines äußeren Stomas des Harntraktes

Tab. 3: Komplikationen durch Endoprothesen, Implantate u. Transplantate (ggf. HD)

<b>Spezifische Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach med. Maßnahmen</b>	
M96.0	Pseudarthrose nach Fusion oder Arthrodese
M96.6	Knochenfraktur nach Einsetzen eines orthopädischen Implantates, einer Gelenkprothese oder einer Knochenplatte ("periprothetische Fraktur")
M96.8	Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-System nach medizinischen Maßnahmen: Instabilität eines Gelenks nach Entfernen einer Gelenkprothese ("Girdlestone", Immobilitätssyndrom)
M96.9	Krankheit des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen, nicht näher bezeichnet
<b>Postoperative Infektion und Entzündung</b> durch Endoprothesen, Implantate, Transplantate	
T84.5	durch eine Gelenkendoprothese
T84.6	durch eine interne Osteosynthesevorrichtung [jede Lokalisation]
T84.7	durch sonstige orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate
T82.6	durch eine Herzklappenprothese
T82.7	durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen
T85.78	durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate
<b>Postoperative mechanische Komplikationen</b> durch Endoprothesen, Implantate, Transplantate	
	Fehllage      Leckage      Obstruktion      Perforation Protrusion      Verlagerung      mechanisches Versagen:
T84.0	einer Gelenkendoprothese
T84.1	einer internen Osteosynthesevorrichtung an Extremitätenknochen
T84.2	einer internen Osteosynthesevorrichtung an sonstigen Knochen
T82.0	einer Herzklappenprothese
T82.1	eines kardialen elektronischen Geräts
T82.2	eines Koronarbypasses oder Klappentransplantats
T82.3	sonstiger Gefäßtransplantate
T85.0	durch einen ventrikulären, intrakraniellen Shunt
T85.6	durch sonstige näher bezeichnete interne Prothesen, Implantate oder Transplantate
<b>Sonstige postoperative Komplikationen</b> durch Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	
	Blutung      Embolie      Fibrose      Komplikation Schmerzen      Stenose      Thrombose:
T84.8	durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate
T82.8	durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen
T85.81	durch interne Prothesen, Implantate oder Transplantate im Nervensystem
T85.88	durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate
<b>Nicht näher bezeichnete Komplikation</b> durch Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	
T84.9	durch orthopädische Endoprothese, Implantat oder Transplantat

Tab. 4: Allgemeine chirurgische Wundkomplikationen - postoperativ (ggf. HD)

<b>Amputation</b>	
T87.4	Infektion des Amputationsstumpfes
T87.5	Nekrose des Amputationsstumpfes
<b>Sonstige Operationswunden und –komplikationen</b>	
T81.0	Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert Blutung an jeder Lokalisation als Folge eines Eingriffes
T81.3	Dehiscenz oder Ruptur einer Operationswunde, anderenorts nicht klassifiziert
T81.4	Wundinfektion nach einem Eingriff
T81.8	Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert - persistierende postoperative Fistel - sekundäre Wundheilung - verzögerte Wundheilung

Tab. 5: Besondere Zustände und Nachbehandlung nach medizinischen Eingriffen  
(nie HD - ausschließlich als Nebendiagnosen zu verwendende Codes!)

<b>Extremitätenverlust ("Z.n. Amputation")</b>	
Z89.0	Verlust eines oder mehrerer Finger, einseitig
Z89.1	Verlust der Hand und des Handgelenks
Z89.2	Verlust der oberen Extremität oberhalb des Handgelenks
Z89.3	Verlust beider Arme einschl. eines oder mehrerer Finger beidseitig
Z89.4	Verlust von Zehen ein- oder beidseitig bzw. des Fußes und des Knöchels einseitig "Vorfußamputation einseitig"
Z89.5	Verlust des Beines unterhalb oder bis zum Knie, einseitig "Unterschenkelamputation, einseitig"
Z89.6	Verlust des Beines oberhalb des Knies, einseitig "Oberschenkelamputation, einseitig"
Z89.7	Verlust beider Beine [jede Höhe, ausgenommen Zehen isoliert]
Z89.8	Verlust von oberen und unteren Extremitäten [jede Höhe]
<b>Vorhandensein von Implantaten (ohne Komplikation)</b>	
	nur als Nebendiagnose zu kodieren, wenn behandlungsrelevant (gem. DKR 2003, D003b); falls eine spezifische Komplikation nach med. Maßnahmen (Tab. 2) als Hauptdiagnose angegeben ist, die in Verbindung zu einem Implantat bzw. zur entsprechenden Implantations-OP steht, sollte das Implantat zur näheren Spezifizierung <u>immer</u> als Nebendiagnose kodiert werden, z.B. Postkardiotomiesyndrom nach Bypass-OP: I97.0+Z95.1
Z95.0	Herzschrittmacher
Z95.1	ACB oder ACVB
Z95.2	Künstliche Herzklappe
Z95.3	Xenogene Herzklappe
Z95.4	Anderer Herzklappenersatz
Z95.5	Koronare Gefäßprothese oder Gefäßplastik (z.B. Stent)
Z95.8	Sonstige Gefäßplastik
Z96.6	Orthopädisches Gelenkimplantat (TEP, FEP)
<b>Zustand nach Transplantation</b>	
Z94.0	Z.n. Nierentransplantation
<b>Notwendige Nachbehandlung bei... / Versorgung von... (ohne Komplikation)</b>	
Z43.0	Tracheostoma
Z43.1	Gastrostoma ("PEG")
Z43.2	Ileostoma
Z43.3	Kolostoma
Z43.5	Zystostoma
Z43.6	Nephrostoma
Z44.1	Prothesenversorgung und -anpassung: Künstliches Bein
Z47.8	Nachbehandlung bei Fixateur externe (Kontrolle, Entfernung, Wechsel)
Z48.8	Sonstige näher bezeichnete Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff
<b>Abhängigkeit von unterstützenden Apparaten, med. Geräten oder Hilfsmitteln</b>	
Z99.2	Abhängigkeit von Dialyse bei Niereninsuffizienz (Langzeitdialyse)
Z99.3	Abhängigkeit vom Rollstuhl