



OPS 2018 Systematisches Verzeichnis

Operationen- und Prozedurenschlüssel
Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin

Version 2018

Herausgegeben vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) unter Beteiligung der Arbeitsgruppe OPS des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG)

Bearbeitet von Prof. Dr. med. Jürgen Stausberg und Dr. med. Bernd Graubner

Druckvorlage bzw. Leseprobedatei für die Buchausgabe des DÄV

DIMDI-Stand: 18.10.2017 (veröffentlicht am 25.10.2017)

Bearbeitungsstand und Dateiname: OPS_2018_SYS.DAEV.171129a.doc

Dateiumfang: XXXVIII + 854 Seiten (= insg. 892 paginierte und gefüllte Seiten)

Bearbeiter: Prof. Dr. med. Jürgen Stausberg, Essen, Gabi Graf, Köln, Johannes Graubner, Jena, und Dr. med. Bernd Graubner, Göttingen

Die Leseprobedatei ist zur Information bestimmt und enthält nur die römisch paginierten und ausgewählte arabisch paginierte Seiten.

Die Druckvorlage ist nur zur persönlichen Information der vom Bearbeiter oder dem Deutschen Ärzteverlag ausgewählten Adressaten bestimmt und darf nicht an Dritte weitergegeben werden.

OPS 2018 Systematisches Verzeichnis

Operationen- und Prozedurenschlüssel
Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin

Version 2018 - Stand: 18. Oktober 2017

Herausgegeben vom Deutschen Institut für Medizinische
Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag
des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) unter Betei-
ligung der Arbeitsgruppe OPS des Kuratoriums für Fragen
der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG)

Bearbeitet von Prof. Dr. med. Jürgen Stausberg und
Dr. med. Bernd Graubner

Bearbeitet von:
Prof. Dr. med. Jürgen Stausberg
Essen
Telefon: 0201 87534217
stausberg@ekmed.de

Dr. med. Bernd Graubner
Göttingen
Telefon: 0551 22526
Telefax: 0551 25338
bernd.graubner@mail.gwdg.de

ISBN 978-3-7691-3664-7

Weitere Informationen
einschließlich eventueller
Ergänzungen, Änderungen
und Erratumlisten im Internet
unter: aerzteverlag.de

Bestellungen bitte an
Ihre Buchhandlung oder
Deutscher Ärzteverlag:
Telefon: 02234 7011-314,
bestellung@aerzteverlag.de

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in
der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische
Daten sind im Internet über <http://dnb.dnb.de> abrufbar.

Herausgegeben vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumenta-
tion und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesminis-
teriums für Gesundheit (BMG).
© Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und
Information (DIMDI) 2017.
Waisenhausgasse 36-38a, 50676 Köln
Internet: <http://www.dimdi.de>

Der Druck erfolgt unter Verwendung der maschinenlesbaren
Fassung des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumenta-
tion und Information (DIMDI).
Registrierungscode: 100004425

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in
anderen als den gesetzlichen zugelassenen Fällen bedarf der
vorherigen schriftlichen Genehmigung des Verlages.

Copyright © 2018 by
Deutscher Ärzteverlag GmbH
Dieselstraße 2, 50589 Köln

Satz: (DIMDI und) Deutscher Ärzteverlag GmbH, 50859 Köln
Druck/Bindung: CPI – Ebner & Spiegel, 89073 Ulm

5 4 3 2 1 0 / 601

Geleitwort zu dieser Buchausgabe

Struktur und Organisation des Gesundheitswesens wie auch die medizinische Wissenschaft unterliegen einer ständigen Veränderung und Entwicklung. Medizinische Klassifikationen müssen dem Rechnung tragen und immer wieder den realen Verhältnissen angepasst werden. Das gilt vor allem für die gesetzlich vorgeschriebenen Klassifikationen für Diagnosen und andere Behandlungsanlässe (ICD-10-GM) sowie für Operationen und andere medizinische Prozeduren (OPS). Die zu dokumentierenden Schlüsselnummern werden für Abrechnungszwecke benötigt, dienen jedoch auch der Gesundheitsberichterstattung und damit der sachgerechten Analyse und Steuerung des Gesundheitswesens sowie der Information der Ärzte und Gesundheitseinrichtungen selbst.

Die Anforderungen an die medizinische Dokumentation und die ihr zugrundeliegenden Klassifikationen ändern sich von Jahr zu Jahr. Wesentliche Einflussfaktoren sind die Entwicklung der medizinischen Diagnostik und Therapie sowie die notwendige regelmäßige Anpassung der Dokumentations- und Abrechnungssysteme in der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung. Diese ist erforderlich wegen der Weiterentwicklung des EBM, des Leistungskatalogs für ambulante Operationen und stationärsersetzende Eingriffe, der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen im Rahmen der vertragsärztlichen Vergütung und des morbiditätsbezogenen Risikostrukturausgleiches seit 2009 sowie insbesondere des G-DRG-Entgeltsystems (German Diagnosis Related Groups) und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen. Gemäß einer Entscheidung des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) als Herausgeber werden ICD-10-GM und OPS jeweils zum 1. Januar revidiert, um diesen Änderungen gerecht zu werden. Damit die Klassifikationen hinsichtlich neuer Erkrankungsformen, innovativer Verfahren etc. möglichst aktuell gehalten, andererseits aber auch von unnötigem Ballast befreit werden können, bitten wir insbesondere die medizinischen Fachgesellschaften und Berufsverbände um ihre regelmäßige Beteiligung am jährlichen Antragsverfahren des DIMDI zur Revision der ICD-10-GM sowie des OPS.

Wegen der inzwischen bestehenden Relevanz der Klassifikationen für die ambulante und stationäre Leistungsabrechnung sowie der damit zusammenhängenden Fallprüfungen wird es unerlässlich, die mit den aktuellen Fortschreibungen festgelegten Änderungen unmittelbar ab deren Inkrafttreten in die Diagnosen- und Prozedurendokumentation zu übernehmen. Um hier die Übersicht zu erleichtern, legt der Deutsche Ärzteverlag die vom DIMDI in Dateiform herausgegebenen vier Klassifikationsbücher (jeweils Systematisches und Alphabetisches Verzeichnis) in nutzerfreundlich bearbeiteten Ausgaben vor (u.a. mit besonderer Kennzeichnung der Änderungen im Vergleich zur jeweiligen Vorversion), wofür ihm und den Bearbeitern herzlich gedankt sei.

Jeder Benutzer dieser Werke ist gebeten, Hinweise auf Unzulänglichkeiten, Fehler und Verbesserungsmöglichkeiten mitzuteilen, damit diese bei der Erarbeitung der nächsten Version berücksichtigt werden können.

Prof. Dr. med. Frank Ulrich Montgomery
Präsident
der Bundesärztekammer

Dr. med. Andreas Gassen
Vorstandsvorsitzender
der Kassenärztlichen
Bundesvereinigung

Dr. rer. pol. Doris Pfeiffer
Vorstandsvorsitzende
des GKV-Spitzenverbandes

Prof. Josef Hecken
Vorsitzender
des Gemeinsamen Bundes-
ausschusses

Prof. Dr. med. Holger Reinecke
Vorsitzender des
Kuratoriums für Fragen
der Klassifikation im
Gesundheitswesen

Frank Plate
Präsident
des Bundesversicherungs-
amtes

Inhaltsverzeichnis

Geleitwort zu dieser Buchausgabe.....	V
Inhaltsverzeichnis.....	VII
Informationen zu dieser Buchausgabe.....	XI
OPS-Bekanntmachung des BMG	XV
Was ist neu im OPS 2018?	XVII
Hinweise für die Benutzung	XXV
Abkürzungsverzeichnis.....	XXXI
Listen der gemäß der neuen Rechtschreibung geänderten Wörter	XXXVII
Systematisches Verzeichnis	1
Zusammenfassende wichtige Benutzungshinweise	1
1 DIAGNOSTISCHE MASSNAHMEN.....	3
1-10...1-10 Klinische Untersuchungen	3
1-20...1-33 Untersuchungen einzelner Körpersysteme	3
1-40...1-49 Biopsien ohne Inzision	11
1-50...1-58 Biopsien durch Inzision	24
1-61...1-69 Diagnostische Endoskopien	32
1-70...1-79 Funktionstests	39
1-84...1-85 Explorative diagnostische Maßnahmen	43
1-90...1-99 Andere diagnostische Maßnahmen	45
3 BILDGEBENDE DIAGNOSTIK	53
3-03...3-05 Ultraschalluntersuchungen	53
3-10...3-13 Projektionsradiographie	56
3-20...3-26 Computertomographie [CT]	58
3-30...3-31 Optische Verfahren	60
3-60...3-69 Darstellung des Gefäßsystems	61
3-70...3-76 Nuklearmedizinische diagnostische Verfahren	63
3-80...3-84 Magnetresonanztomographie [MRT]	68
3-90...3-90 Andere bildgebende Verfahren	70
3-99...3-99 Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren	70
5 OPERATIONEN	71
5-01...5-05 Operationen am Nervensystem	71
5-06...5-07 Operationen an den endokrinen Drüsen	102
5-08...5-16 Operationen an den Augen	108
5-18...5-20 Operationen an den Ohren	136
5-21...5-22 Operationen an Nase und Nasennebenhöhlen	143

5-23...5-28	Operationen an Mundhöhle und Gesicht	150
5-29...5-31	Operationen an Pharynx, Larynx und Trachea	166
5-32...5-34	Operationen an Lunge und Bronchus	176
5-35...5-37	Operationen am Herzen	193
5-38...5-39	Operationen an den Blutgefäßen	219
5-40...5-41	Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem	247
5-42...5-54	Operationen am Verdauungstrakt	257
5-55...5-59	Operationen an den Harnorganen	328
5-60...5-64	Operationen an den männlichen Geschlechtsorganen	356
5-65...5-71	Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen	365
5-72...5-75	Geburtshilfliche Operationen	392
5-76...5-77	Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen	399
5-78...5-86	Operationen an den Bewegungsorganen	414
5-87...5-88	Operationen an der Mamma	524
5-89...5-92	Operationen an Haut und Unterhaut	530
5-93...5-99	Zusatzinformationen zu Operationen	554
6	MEDIKAMENTE	559
6-00...6-00	Applikation von Medikamenten	559
8	NICHTOPERATIVE THERAPEUTISCHE MASSNAHMEN	589
8-01...8-02	Applikation von Medikamenten und Nahrung und therapeutische Injektion	589
8-03...8-03	Immuntherapie	592
8-10...8-11	Entfernung von Fremdmaterial und Konkrementen	592
8-12...8-13	Manipulationen an Verdauungstrakt und Harntrakt	595
8-14...8-17	Therapeutische Katheterisierung, Aspiration, Punktion und Spülung	598
8-19...8-19	Verbände	604
8-20...8-22	Geschlossene Reposition und Korrektur von Deformitäten	608
8-31...8-39	Immobilisation und spezielle Lagerung	611
8-40...8-41	Knochenextension und andere Extensionsverfahren	612
8-50...8-51	Tamponade von Blutungen und Manipulation an Fetus oder Uterus	613
8-52...8-54	Strahlentherapie, nuklearmedizinische Therapie und Chemotherapie	614
8-55...8-60	Frührehabilitative und physikalische Therapie	630
8-63...8-66	Elektrostimulation, Elektrotherapie und Dauer der Behandlung durch fokussierten Ultraschall	637
8-70...8-72	Maßnahmen für das Atmungssystem	640
8-77...8-77	Maßnahmen im Rahmen der Reanimation	643
8-80...8-85	Maßnahmen für den Blutkreislauf	643
8-86...8-86	Therapie mit besonderen Zellen und Blutbestandteilen	707
8-90...8-91	Anästhesie und Schmerztherapie	708
8-92...8-93	Patientenmonitoring	714
8-97...8-98	Komplexbehandlung	717
8-99...8-99	Zusatzinformationen zu nichtoperativen therapeutischen Maßnahmen	738
9	ERGÄNZENDE MASSNAHMEN	739
9-20...9-20	Pflege und Versorgung von Patienten	739
9-26...9-28	Geburtsbegleitende Maßnahmen und Behandlung wegen Infertilität	743

9-31...9-32	Phoniatrie und pädaudiologische Therapie	745
9-40...9-41	Psychosoziale, psychosomatische, neuropsychologische und psychotherapeutische Therapie	746
9-50...9-51	Präventive und ergänzende kommunikative Maßnahmen	752
9-60...9-64	Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	755
9-65...9-69	Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	772
9-70...9-70	Andere Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	785
9-80...9-80	Andere Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	788
9-98...9-99	Andere ergänzende Maßnahmen und Informationen	791
Anhang zum OPS	793	
Berechnung der Aufwandspunkte für die intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Erwachsenen (Kodes 8-980.– und 8-98f.–)		797
Berechnung der Aufwandspunkte für die intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Kode 8-98d.–)		800
Tabellen der anrechenbaren Therapieeinheiten für Psychiatrie und Psychosomatik (Therapieeinheiten Psych) (Kodes 9-60 bis 9-63, 9-65, 9-66 und 9-68)		803
Pflegekomplexmaßnahmen-Scores für Erwachsene [PKMS-E], Kinder und Jugendliche [PKMS-J], Kleinkinder [PKMS-K] und Frühgeborene, Neugeborene und Säuglinge [PKMS-F] (Kodes 9-200.– bis 9-203.–)		805
1 PKMS-E für Erwachsene ab dem Beginn des 19. Lebensjahres		810
1.1 Allgemeine Pflege		810
1.2 Spezielle Pflege		821
2 PKMS-J für Kinder und Jugendliche ab dem Beginn des 7. Lebensjahres bis zum Ende des 18. Lebensjahres		825
2.1 Allgemeine Pflege		825
2.2 Spezielle Pflege		833
3 PKMS-K für Kleinkinder ab dem Beginn des 2. Lebensjahres bis zum Ende des 6. Lebensjahres		837
3.1 Allgemeine Pflege		837
3.2 Spezielle Pflege		844
4 PKMS-F für Frühgeborene, Neugeborene und Säuglinge ab der Geburt bis zum Ende des 1. Lebensjahres		847
4.1 Allgemeine Pflege		847
4.2 Spezielle Pflege		852

Informationen zu dieser Buchausgabe

Nach 21 Jahren der Bearbeitung der OPS-Ausgaben des Deutschen Ärzteverlages allein durch Bernd Graubner begann mit dem OPS 2016 seine Zusammenarbeit mit Jürgen Stausberg. Dabei werden die bewährten Prinzipien der anwenderfreundlichen Gestaltung unserer Buchausgaben fortgeführt. Die vorliegende Ausgabe wird nun primär von Jürgen Stausberg verantwortet.

Die formale Gestaltung dieser Ausgabe weicht zwecks verbesserter Benutzbarkeit etwas von den Buchvorlagen des DIMDI ab (PDF- und ODT-Dateien). Das betrifft auch die Buchausgaben anderer Verlage, die nach unserer Kenntnis alle auf der Übernahme der praktisch unveränderten originalen DIMDI-Dateien beruhen.

Die vorliegende Fassung wurde auf der Grundlage der ODT-Datei des DIMDI und unter Berücksichtigung der zugehörigen PDF-Datei und der Aktualisierungslisten erarbeitet (Stand 18.10.2017 [veröffentlicht am 25.10.2017]). Der Deutsche Ärzteverlag setzt damit die Tradition seiner früheren OPS-301-Ausgaben von 1995, 1996, 2001 und 2004 (OPS-301-Versionen 1.0, 1.1, 2.1 und 2004) sowie der Ausgaben des OPS 2005 bis 2017 fort, deren Verbesserungen den Wünschen der kodierenden Ärzte entsprechen.

Eine ausführlichere historische und inhaltliche Darstellung der Entwicklungsetappen des OPS (und der ICD) war in unseren Buchausgaben des OPS und der ICD-10-GM der Jahre 2008 bis 2017 enthalten. Auf sie mussten wir jedoch ab dem Jahr 2018 zwecks Reduzierung der Buchumfänge verzichten. Es ist geplant, diesen Aufsatz anderweitig zu veröffentlichen und dann auch auf der Homepage des Deutschen Ärzteverlages bei den genannten Buchausgaben verfügbar zu machen.

Die redaktionelle Bearbeitung betrifft vor allem folgende Punkte:

- **Bereichsüberschriften und Dreisteller** sind deutlich hervorgehoben.
- **Listen sind nach Möglichkeit „aufgelöst“** bzw. „ausmultipliziert“ (siehe unten).
- Die Bereiche haben **„lebende“ Kopfzeilen** zur besseren Orientierung im Gesamtwerk.
- Am Seitenrand sind **Griffleisten** gedruckt.
- Die **Schlüsselnummern der Sechsteller** sind in derselben Spalte wie die drei- bis fünfstelligen Schlüsselnummern angeordnet, jedoch durch die Schriftart von diesen zusätzlich abgegrenzt.
- Die **Hinweise, Exklusiva und Inklusiva** sind einheitlich formatiert.
- Die **Seitenwechsel** sind einerseits nach inhaltlichen Gesichtspunkten und andererseits formal nach jedem Bereich vorgenommen worden (im Kapitel 5 beginnt jeder Bereich auf einer ungeraden Seite; die entstehenden Leerräume oder Leerseiten können gut für persönliche Ergänzungen genutzt werden). Sechsteller zu einem Fünfsteller sind nach Möglichkeit nicht durch einen Seitenwechsel getrennt.
- Die vom DIMDI mit der Version 2006 eingeführte **neue Rechtschreibung** wird durchgängig benutzt. Zur Information über die dadurch verursachten Änderungen der Schreibweise wurden, ebenso wie in unseren ICD-10-GM-Ausgaben, Listen der betroffenen oder bisher unberücksichtigten Wörter beigelegt. Sie sollen bei der notwendigen Umstellung der bei einzelnen Softwarehäusern, Krankenhäusern, Arztpraxen und sonstigen Anwendern vorhandenen individuellen Prozedurenlisten helfen (siehe Kapitel „Listen der gemäß der neuen Rechtschreibung geänderten Wörter“ auf Seite XXXVII). – Vollständige Sätze werden stets mit einem Punkt beendet. Erforderliche Textkorrekturen wurden vorgenommen.
- Die **OPS-Bekanntmachung des BMG** vom 9.11.2017 ist auf Seite XV abgedruckt.
- Alle **Teile des OPS 2018, die gegenüber der vorherigen Version 2017 neu aufgenommen oder verschlüsselungsrelevant geändert worden sind, sind durch einen Doppelstrich am rechten Rand** gekennzeichnet (z.B. beim Code 1-643.2). Das betrifft neue Codes, Inhaltsänderungen schon früher vorhandener Codes, Änderungen in der Zuordnung des Zusatzkennzeichens für die Seitenlokalisation sowie Änderungen sonstiger Verschlüsselungshinweise und zugeordneter

Sechssteller. Textänderungen in den PKMS-Tabellenzellen sind unabhängig vom Ausmaß immer mit einem Doppelstrich für die gesamte Zelle gekennzeichnet, damit sie überhaupt auffallen (siehe Kapitel „Pflegekomplexmaßnahmen-Scores für Erwachsene [PKMS-E], Kinder und Jugendliche [PKMS-J], Kleinkinder [PKMS-K] und Frühgeborene, Neugeborene und Säuglinge [PKMS-F] (Kodes 9-200.– bis 9-203.–)“, Seite 805).

„Gewöhnliche“ Änderungen (einschließlich Schlüsselnummernkorrekturen in den Verweisen), begriffliche Klarstellungen und Textkorrekturen sowie Änderungen eines Kodes hinsichtlich seiner Terminaleigenschaft (z.B. Kode 1-202.0) sind in der Regel durch einen **Einfachstrich** am rechten Rand markiert. Keine Markierung erfolgte bei den zahlreichen Ergänzungen durch „ff.“ bei Kodes in den Inklusiva, Exklusiva und sonstigen Hinweisen, die das DIMDI vor allem ab der Version 2016 zwecks Verdeutlichung und Harmonisierung vorgenommen hat (siehe auch die Erläuterung zu „ff.“ im Kapitel „Hinweise für die Benutzung“, Abschnitt „Klassenattribute: Ein- und Ausschlussbemerkungen und Hinweise“, Seite XXVIII). Wir haben diese Darstellungsart in der vorliegenden Ausgabe konsequent übernommen (bis zur Version 2015 hatten wir die Kodes teilweise mit der zutreffenden Punkt-Strich-Notation versehen).

Der Hinweis auf **gelöschte Kodes** und sonstige gelöschte Informationen der Version 2017 erfolgt durch einen **gerasterten Strich** (vgl. Muster aller Striche auf Seite 1) am rechten Rand des vorherigen Absatzes (z.B. bei 1-643.– für die gelöschten Kodes 1-643.0 und 1-643.1). Falls die vorherige Zeile bereits mit einem Doppel- oder Einfachstrich gekennzeichnet ist, kann bei dieser der gerasterte Strich nicht zusätzlich gesetzt werden.

Stehen in einer Zeile zwei oder drei Kodes (in zwei oder drei Spalten), so gilt der jeweilige Strich am rechten Rand für eine, zwei oder drei Spalten.

Alle diese Markierungen wurden auf der Grundlage der vom DIMDI veröffentlichten Aktualisierungslisten und eigener Vergleiche der ODT-Dateien vorgenommen. Die Striche sind auch angegeben, wenn es sich um Änderungen handelt, die sich nicht in den DIMDI-Aktualisierungslisten, sondern nur in den detaillierten DIMDI-Dateien befinden. Sie sind oft, aber keineswegs immer, auch unabhängig davon gesetzt, ob diese Änderungen vielleicht schon in einer vorherigen Buchausgabe des Deutschen Ärzteverlages vorgenommen worden sind. Aus technischen Gründen **entspricht die Länge der Markierungsstriche stets einem Absatz oder einer ganzen Tabellenzelle** (vgl. beim Kode 1-202.– bei den Hinweisen oder bei den PKMS-Tabellenzellen).

Der mit der Version 2017 vertraute Kodierer wird durch diese Markierungen auf die Änderungen in der Version 2018 aufmerksam gemacht, die er dann vielleicht erst beim Vergleich dieser Buchausgabe mit einer der Version 2017 genauer erkennt. Für alle anderen Benutzer sind **diese Markierungen** ohne Bedeutung, denn sie **kennzeichnen keine OPS-Stellen von besonderer Wichtigkeit!**

Einen guten Überblick über die in der Version 2018 vorgenommenen Änderungen bieten der vom DIMDI bereitgestellte Abschnitt „Was ist neu im OPS 2018?“ (Seite XVII ff.) und die vom DIMDI auf seiner Homepage veröffentlichten zwei Aktualisierungslisten (89 und 42 Seiten).

- Als **Kennzeichen für terminale Schlüsselnummern, für die eine Seitenlokalisation (R, L oder B) angegeben werden muss**, wird in allen OPS-Buchausgaben des Deutschen Ärzteverlages von Anfang an generell die **Raute** (♦) benutzt, die deutlich auffällt. Die DIMDI-Dateien des Systematischen Verzeichnisses verwendeten dafür bis zum OPS 2009 unterschiedliche Zeichen, nämlich den Doppelpfeil (↔) in der PDF- und ODT-Buchversion und den zweiseitigen Pfeil (↔) in der HTML-Version. Seit dem OPS 2010 wird in allen genannten OPS-Systematik-Dateien des DIMDI nur noch der zweiseitige Pfeil verwendet, während die OPS-Alphabet-Dateien weiterhin den Doppelpfeil enthalten.
- Analog zur ICD-10-GM haben wir in dieser Buchausgabe, ebenso wie bereits in unseren früheren OPS-Buchausgaben, die **Schlüsselnummern der Haupteinträge mit der Punkt-Strich-Notation** ergänzt, die für Vier- und Fünfsteller angibt, dass sie durch Fünf- bzw. Sechssteller unterteilt sind, also keine terminalen (endständigen), zur Verschlüsselung zugelassenen Schlüsselnummern darstellen (z.B. gehören zu 1-276.– die terminalen Kodes 1-276.0, .1, .x

und .y und zu 1-276.2- die terminalen Kodes 1-276.20, .21 und .22). Diese Ergänzung erfolgte nicht in den Inklusiva, Exklusiva und sonstigen Hinweisen.

- Die zahlreichen „**Listen**“ der **Originalversion mit sechsstelligen Unterteilungen von Fünfstellern**, die bei der Suche nach der richtigen Schlüsselnummer häufig ein umständliches Blättern erforderlich machen, sind nach Möglichkeit so aufgelöst bzw. ausmultipliziert, dass unter jeder betroffenen fünfstelligen Schlüsselnummer alle zutreffenden Sechssteller angegeben sind (vgl. z.B. 5-071.0- ff.).

Wenn im OPS für eine Liste vermerkt ist, dass nicht alle angegebenen Sechssteller mit allen Fünfstellern kombinierbar sind, wurde auf die Auflösung verzichtet und die Liste mit dem entsprechenden Hinweis belassen (das betrifft die Kodes 5-144.–, 5-426.–, 5-427.–, 5-455.–, 5-590.–, 5-790.–, 5-791.– und 5-792.–). Die jeweilige Liste ist jedoch stets bei jedem zutreffenden Viersteller abgedruckt, sodass sie immer im Zusammenhang mit allen betroffenen, durch zwei Sterne gekennzeichneten fünfstelligen Schlüsselnummern zu finden ist.

Ebenso wurde in den Bereichen 5-78...5-86, 5-89...5-92 und beim Kode 8-836.– (außer 8-836.0-, 8-836.n- und 8-836.w) von der Auflösung sehr umfangreicher Listen abgesehen, um nicht seitenlang die gleichen Sechssteller drucken zu müssen (vgl. 5-780.– ff.). Auch hier sind die jeweiligen Listen unter jedem zutreffenden Viersteller abgedruckt und die Fünfsteller mit zwei Sternen gekennzeichnet (z.B. **5-780.0-). Dabei wurden in die jeweilige Liste nur die Kodes aufgenommen, die für die untergeordneten Fünfsteller auch tatsächlich gelten (z.B. sind bei 5-781.– und 5-782.– die Kodes j, v und w weggelassen). Allerdings sind in diesen Fällen die Sechssteller zusätzlich unter einzelnen Fünfstellern aufgelistet, wenn für diese eine explizite Zuordnungsdefinition für die Sechssteller vorliegt (z.B. 5-782.6- bis 5-782.9-).

Aufgrund dieser Auflistungen sind in unserer Ausgabe die in den DIMDI-Dateien enthaltenen und in eckige Klammern unter die betroffenen Fünfsteller gesetzten Angaben der jeweils zutreffenden Sechssteller entfallen.

Hinsichtlich der Reihenfolge der Kodes beachte man, dass der erst später in den OPS aufgenommene Sechssteller „z“ vor „x Sonstige“ einsortiert ist (siehe z.B. 5-780.–), was in EDV-Dateien gelegentlich anders sein kann.

Aufgrund zahlreicher Anfragen weisen wir darauf hin, dass **nicht alle OPS-Kodes für den vertragsärztlichen Bereich gültig sind, sondern dort nur die im Anhang 2 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) aufgeführten Kodes verwendet werden dürfen.**

Außerdem enthalten einige Kodes des OPS Hinweise, dass sie nur in bestimmten stationären Einrichtungen anzugeben sind. Das betrifft z.B. die Kodes 1-900.– bis 1-902.–, 8-985.–, 9-200.–, 9-40 und 9-41, die nur im Geltungsbereich des § 17b KHG anzuwenden sind (Krankenhäuser, für die die Bundespflegesatzverordnung gilt und die nach G-DRGs abrechnen), oder die Kodes 9-60 bis 9-64 und 9-65 bis 9-69, die nur im Geltungsbereich des § 17d KHG benutzt werden dürfen (psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen, in denen das pauschalierende PEPP-Vergütungssystem eingeführt worden ist). Für andere Kodes ist festgelegt, dass sie in bestimmten stationären Einrichtungen gerade nicht angegeben werden dürfen, z.B. die Kodes 5-783.1, 5-783.3, 5-786.9 und zahlreiche andere nicht im Geltungsbereich des § 17b KHG. Alle diese Anwendungsbeschränkungen müssen beachtet werden.

Zu diesem Systematischen Verzeichnis hat das DIMDI, wie jedes Jahr seit der Version 2004, ein **Alphabetisches Verzeichnis** veröffentlicht (Stand 27.10.2017). Auch dieses erscheint in gleichfalls redaktionell bearbeiteter Form im Deutschen Ärzteverlag.

Die Benutzer dieser Buchausgabe möchten wir schließlich darauf hinweisen, dass **vom DIMDI seit 2004 ergänzende Kommentare und Anwendungshinweise für den OPS** auf dessen Homepage **veröffentlicht** werden (<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/faq/ops/index.html>), die vor allem für spezielle Problemstellungen hilfreich sind (FAQ = Frequently asked questions).

Trotz großer Sorgfalt können Druck- und Bearbeitungsfehler nicht ausgeschlossen werden. Alle Benutzer werden deshalb gebeten, dem Verlag oder den Unterzeichnenden **Hinweise auf**

Druckfehler und Verbesserungsmöglichkeiten sowie sonstige Anregungen mitzuteilen. Sollten vom DIMDI kodierrelevante Änderungen und Ergänzungen des OPS 2018 veröffentlicht werden, so werden diese im Internet auch auf der Homepage des Deutschen Ärzteverlages (<http://www.aerzteverlag.de>) für diese Buchausgabe bereitgestellt. Falls sich in unserer Ausgabe kodierrelevante Irrtümer finden sollten, werden diese ebenfalls auf dieser Homepage in einer Erratumliste publiziert.

Für ihre Unterstützung bei der Erarbeitung dieser Buchausgabe danken wir herzlich Johannes Graubner (Jena) und Gabriele Graf (Deutscher Ärzteverlag).

Essen und Göttingen, 27. November 2017

Jürgen Stausberg und Bernd Graubner

OPS-Bekanntmachung des BMG

Bekanntmachung des Bundesministeriums für Gesundheit nach den §§ 295 und 301 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) zur Anwendung des Operationen- und Prozedurenschlüssels Vom 9. November 2017

Am 1. Januar 2018 tritt der Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) in den vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen maschinenlesbaren oder daraus erstellten gedruckten Fassungen als Schlüssel zur Angabe von Operationen und sonstigen Prozeduren nach den §§ 295 und 301 SGB V in der Version 2018 in Kraft. Die Bekanntmachung zur Anwendung des Operationen- und Prozedurenschlüssels vom 27. Oktober 2016 (BAnz AT 21.11.2016 B2) tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2017 außer Kraft.

Für die Anwendung des OPS wird Folgendes bestimmt:

- Für Prozeduren an paarigen Organen oder Körperteilen ist zur Angabe der Seitenlokalisierung eines der nachgenannten Zusatzkennzeichen anzuwenden (obligatorische Anwendung):
 - R für rechts
 - L für links
 - B für beidseitig

Für die Anwendung des OPS in der vertragsärztlichen Versorgung nach § 295 SGB V wird zusätzlich bestimmt, dass ausschließlich die vom Bewertungsausschuss für die ärztlichen Leistungen gemäß § 87 SGB V im Anhang 2 des einheitlichen Bewertungsmaßstabs aufgeführten Codes zu verwenden sind.

Bonn, den 9. November 2017

215 - 20542 - 02

Bundesministerium für Gesundheit

Im Auftrag

Dr. Orłowski

*Quelle: Bundesanzeiger, hrsg. vom Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz:
BAnz AT 28.11.2017 B5*

Was ist neu im OPS 2018?

(DIMDI, redaktionell bearbeitet)

Für die Version 2017 wurden 324 Vorschläge zur Anpassung des OPS an die Erfordernisse der Entgeltsysteme und der externen Qualitätssicherung von Vertretern der Fachgesellschaften und Verbände und von Einzelpersonen eingereicht und im DIMDI bearbeitet. Hinzu kamen im diesjährigen Revisionsverfahren 25 Anträge aus dem NUB-Verfahren [Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden].

Die meisten Änderungen und Ergänzungen im amtlichen OPS 2018 sind mit den Selbstverwaltungspartnern im Rahmen der Arbeitsgruppe OPS des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG) abgestimmt. Dazu fanden seit der letzten Revision des OPS neun Beratungen der Arbeitsgruppe statt.

Darüber hinaus wurden weitere Anpassungen notwendig, die sich aus dem Kalkulationsverfahren ergeben haben und die dem DIMDI vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK] mitgeteilt worden sind. Alle Änderungen und Ergänzungen dienen – soweit sie über Fehlerkorrekturen hinausgehen – der Weiterentwicklung der Entgeltsysteme für die stationäre und ambulante Versorgung sowie der externen Qualitätssicherung.

Wir möchten uns bei den Mitgliedern der Arbeitsgruppe OPS des KKG und bei den Vertretern der verschiedenen Fachgesellschaften und des InEK für die Beratung und fachliche Unterstützung ausdrücklich bedanken.

Auf den folgenden Seiten erhalten Sie einen Überblick über die wichtigsten Neuerungen in der Version 2018 des OPS.

Allgemeine Änderungen

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 Hinweise zur zusätzlichen Kodierung einer spezifischen Scheidenstumpffixation im Rahmen einer Vorder- und/oder Hinterwandplastik verwiesen.

Inhaltliche Änderungen oder Ergänzungen im amtlichen OPS 2018

In der folgenden Darstellung kann nicht jede Änderung oder Ergänzung im Detail beschrieben werden. Hier werden nur Hinweise auf die wichtigsten geänderten Stellen gegeben. Alle Änderungen im Detail können der Aktualisierungsliste entnommen werden, die an gewohnter Stelle auf den Webseiten des DIMDI zu finden ist: www.dimdi.de – Klassifikationen, Terminologien, Standards – Downloadcenter – OPS – Version 2018.

Die Reihenfolge der hier aufgeführten Änderungen orientiert sich an der Systematik des OPS.

Kapitel 1: Diagnostische Maßnahmen

Diagnostische Endoskopie der Gallen- und Pankreaswege

- Streichung der Codes 1-643.0, 1-643.1, 1-644.0 und 1-644.1 für die diagnostische direkte Endoskopie der Gallenwege und des Pankreasganges mit modular bzw. nicht modular aufgebautem Cholangioskop
- Einführung neuer Codes für die Cholangioskopie der Gallenwege distal bzw. proximal der Hepatikusgabel (1-643.2, 1-643.3)

Diagnostische Endoskopie durch Inzision und intraoperativ

- Streichung des Codes 1-695.40 für die perkutane diagnostische Endoskopie der Gallenwege durch Inzision und intraoperativ
- Unterteilung des Codes für die perkutan-transhepatische diagnostische Endoskopie der Gallenwege durch Inzision und intraoperativ nach der Größe des verwendeten Cholangioskops (Streichung des Codes 1-695.41 sowie Einführung der neuen Codes 1-695.43 und 1-695.44)

Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen

- Unterteilung des Zusatzcodes für die diagnostische Anwendung eines flexiblen Ureterorenoskops nach der Art des verwendeten Ureterorenoskops (1-999.2 ff.)

Kapitel 3: Bildgebende Diagnostik

Endosonographie

- Unterteilung des Codes für die Endosonographie der Blutgefäße nach der Lokalisation (3-05e ff.)

Optische laserbasierte Verfahren

- Ergänzung der Lokalisationen für die optische Kohärenztomographie [OCT] um die Lokalisation periphere Gefäße (3-300.3)

Kapitel 5: Operationen

Operationen am Nervensystem

- Unterteilung der Codes für die Rekonstruktion des (Hirn- und) Gesichtsschädels mit nicht-resorbierbarem, mikroporösem Material mit fibrovaskulärer Integration nach der Anzahl der Regionen (5-020.6b bis 5-020.6e)
- Unterteilung des Codes für die Rekonstruktion des Hirnschädels ohne Beteiligung des Gesichtsschädels mit nicht resorbierbarem mikroporösem Material mit fibrovaskulärer Integration nach der Größe/Komplexität des Defekts (5-020.74, 5-020.75)
- Ergänzung des Zusatzkennzeichens für die Seitenangabe bei den Codes für einen extra-intrakraniellen Bypass ohne/mit Interponat (5-027.0, 5-027.1)
- Einführung eines neuen Codes für die perkutane Implantation oder den perkutanen Wechsel einer permanenten Elektrode zur epiduralen Stimulation mit einem extrakorporalen Neurostimulator (5-039.39)
- Einführung neuer Codes für die Implantation eines Neurostimulators zur Stimulation von Spinalganglien ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode, unterteilt nach Ein- und Mehrkanalstimulator (5-039.q ff.)

- Einführung eines neuen Codes für die perkutane Implantation oder den perkutanen Wechsel einer Elektrode zur Stimulation des peripheren Nervensystems mit einem extrakorporalen Neurostimulator (5-059.88)
- Weitere Unterteilung der Codes für die Implantation oder den Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems mit oder ohne Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode nach der Art der Energiezufuhr (5-059.cc, 5-059.cd, 5-059.dc, 5-059.dd, 5-059.g3, 5-059.g4)

Operationen an der Nase

- Einführung eines neuen Codes für das endonasale Clippen einer Arterie zur operativen Behandlung einer Nasenblutung (5-210.6)

Operationen an Mundhöhle und Gesicht

- Weitere Unterteilung der Codes für die Parotidektomie in ohne und mit Entfernung von erkranktem Gewebe im oberen Parapharyngeal- und/oder Infratemporalraum (5-262.0 ff., 5-262.1 ff., 5-262.2 ff.)
- Einführung neuer Codes für die Entfernung von erkranktem Gewebe im oberen Parapharyngeal- und/oder Infratemporalraum mit Verlagerung der Glandula parotis, unterteilt in ohne und mit intraoperativem Fazialismonitoring (5-269.4 ff.)

Operationen an Pharynx, Larynx und Trachea

- Einführung neuer Codes für die krikotracheale Resektion, unterteilt nach der Art des Verfahrens (5-314.3 ff.)
- Einführung eines neuen Codes für die plastische laryngotracheale Rekonstruktion mit Rippenknorpel (5-319.c)

Operationen an Lunge und Bronchus

- Streichung der bisherigen Unterteilung in ohne und mit normothermer Organkonservierung der Codes für die Lungentransplantation (5-335.22 bis 5-335.25, 5-335.32 bis 5-335.35) und Einführung neuer Codes für die komplette und partielle Lungentransplantation (5-335.20, 5-335.21, 5-335.30, 5-335.31). Es sollen zukünftig die neuen Zusatzcodes für die Art der Konservierung von Organtransplantaten verwendet werden (5-939 ff.)
- Einführung eines neuen Codes für die bronchoskopische Dilatation eines Bronchus mit Einlegen oder Wechsel eines Bifurkationsstents (5-339.06)

Operationen am Herzen

- Einführung neuer Codes für die Anuloplastik mit Implantat sowie für die Taschenrekonstruktion der Aortenklappe (5-353.6, 5-353.7)
- Unterteilung des Codes für die endovaskuläre Implantation eines Aortenklappenersatzes nach der Art des Implantats (5-35a.03, 5-35a.04)
- Verschiebung und neue Unterteilung der Codes für die Mitralklappenanuloplastik (5-35a.43 bis 5-35a.4x)
- Streichung der bisherigen Unterteilung in ohne und mit normothermer und pulsatilem Organkonservierung der Codes für die Herztransplantation (5-375.0 ff., 5-375.1 ff., 5-375.3 ff.). Es sollen zukünftig die neuen Zusatzcodes für die Art der Konservierung von Organtransplantaten verwendet werden (5-939 ff.)
- Unterteilung der Codes für die offene Implantation und Entfernung einer herzunterstützenden univentrikulären extrakorporalen Pumpe nach der Art des Zuganges (5-376.2 ff.)
- Unterteilung der Codes für die Implantation, den Wechsel oder die Revision eines myokardmodulierenden Systems [CCM] in mit und ohne Vorhofelektrode (5-379.8 ff.)

- Einführung eines neuen Kodes für die plastische Rekonstruktion des Myokardes mit myokardialem Verankerungssystem im Rahmen eines Hybrideingriffes (5-37a.1)

Operationen an den Blutgefäßen

- Ergänzung des Zusatzkennzeichens für die Seitenangabe bei den Kodes für die Implantation einer iliakalen Stent-Prothese in Arterien des Beckens mit einem Seitenarm (5-38a.41) und die Implantation einer Stent-Prothese in Arterien des Beckens mit Versorgung eines Gefäßabganges in Chimney-Technik (5-38a.42)
- Unterteilung des Kodes für die Implantation von iliakalen Stent-Prothesen in Arterien des Beckens ohne Seitenarm nach der Anzahl der verwendeten Stent-Prothesen (5-38a.43 bis 5-38a.45)
- Einführung eines neuen Zusatzkodes für die Verwendung eines extraluminalen adaptierbaren Anastomosenstabilisators (5-392.8)
- Streichung des Zusatzkennzeichens für die Seitenangabe bei dem Kode für das Anlegen eines Shuntes/Bypasses zwischen A. carotis und A. carotis (5-393.01)

Operationen am Verdauungstrakt

- Einführung neuer Kodes für die Freilegung und Entfernung einer eingewachsenen PEG-Halteplatte, unterteilt nach der Art des Zuganges (5-431.3 ff.)
- Einführung neuer Kodes für die Magenplikatur, unterteilt nach der Art des Zuganges (5-448.f ff.)
- Unterteilung des Kodes für endoskopische Exzision an den Gallengängen nach der Lokalisation (5-513.3 ff.)
- Einführung neuer Zusatzkodes für die therapeutische direkte Endoskopie der Gallenwege [duktale Endoskopie], unterteilt nach der Lokalisation (5-513.q ff.)
- Einführung neuer Zusatzkodes für die therapeutische perkutan-transhepatische Endoskopie der Gallenwege, unterteilt nach der Art des verwendeten Cholangioskops (5-514.u ff.)
- Einführung neuer Kodes für die lokale Destruktion am Pankreas durch Radiofrequenzablation, unterteilt nach der Art des Zuganges (5-521.4 ff.)
- Einführung eines neuen Zusatzkodes für die therapeutische Endoskopie des Pankreasganges [duktale Endoskopie] (5-526.j)
- Einführung neuer Kodes für den laparoskopischen Verschluss einer Hernia inguinalis ohne plastischen Bruchpfortenverschluss, unterteilt nach der Art der Verfahrens (5-530.9 ff.)
- Einführung eines neuen Zusatzkodes für die Verwendung von auf ein Kauterisierungssystem vorgeladenen selbstexpandierenden Prothesen/Stents (5-549.a)

Operationen an den Harnorganen und männlichen Geschlechtsorganen

- Streichung der bisherigen Unterteilung in ohne und mit hypothermer und pulsativer Organkonservierung der Kodes für die Nierentransplantation (5-555.1 ff., 5-555.7 ff.). Es sollen zukünftig die neuen Zusatzkodes für die Art der Konservierung von Organtransplantaten verwendet werden (5-939 ff.).
- Unterteilung des Kodes für die transurethrale Destruktion von Prostatagewebe durch Hitze nach der Art des Verfahrens (5-601.3 ff.)
- Einführung neuer Kodes für die transurethrale Thulium-Laser-Enukleation und Thulium-Laser-Resektion an der Prostata (5-601.72, 5-601.73)
- Einführung eines neuen Kodes für die transurethrale Destruktion von Prostatagewebe durch Magnetresonanz-gesteuerten Ultraschall (5-601.a)

Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen

- Unterteilung des Kodes für die Destruktion am Uterus durch Radiofrequenzablation in ohne und mit intrauteriner Ultraschallführung (5-681.67, 5-681.68)

- Einführung neuer Kodes für die Uterusexstirpation bei einer Lebendspenderin zur Transplantation, unterteilt nach der Art des Zuganges (5-683.4 ff.)
- Einführung eines neuen Kodes für die Uterustransplantation (5-699.0)

Operationen an den Bewegungsorganen

- Einführung neuer Kodes für die endoskopische autogene oder allogene Transplantation von Spongiosa oder eines kortikospongiösen Spanes, unterteilt nach der Lokalisation (5-784.c ff. bis 5-784.f ff.)
- Einführung neuer Kodes für die Osteotomie am distalen und proximalen Os metatarsale I, für die Doppelosteotomie am Os metatarsale I und für die mehrdimensionale Osteotomie am Os metatarsale I, jeweils als Reoperation bei Rezidiv (5-788.5f, 5-788.5g, 5-788.5h, 5-788.5j)
- Einführung neuer Kodes für die offene und die arthroskopische obere Kapselplastik des Schultergelenkes (5-805.b, 5-814.e)
- Einführung neuer Kodes für die offene Arthrodese an Fußwurzel und/oder Mittelfuß als Reoperation bei Rezidiv, unterteilt nach der Anzahl der Gelenkfächer (5-808.a9 bis 5-808.ad)
- Einführung neuer Kodes für die offene Arthrodese an einem Gelenkfach bzw. an zwei oder mehr Gelenkfächern an Fußwurzel und/oder Mittelfuß als Reoperation bei Rezidiv mittels eines kortikospongiösen Spanes (5-808.ae, 5-808.af). Diese Kodes sind im Geltungsbereich des G-DRG-Systems (§ 17b KHG) nicht zu verwenden. Dafür sind bei einer Reoperation bei Rezidiv an einem oder mehreren Gelenkfächern mittels eines kortikospongiösen Spanes ein Kode aus 5-808.a9 bis 5-808.ad und ein Kode aus 5-784 ff. zu verwenden.
- Einführung eines neuen Kodes für die offene Arthrodese am Großzehengrundgelenk als Reoperation bei Rezidiv (5-808.b7)
- Einführung eines neuen Kodes für die offene Arthrodese am Großzehengrundgelenk als Reoperation bei Rezidiv mittels eines kortikospongiösen Spanes (5-808.b8). Dieser Kode ist im Geltungsbereich des G-DRG-Systems (§ 17b KHG) nicht zu verwenden. Dafür sind bei einer Reoperation bei Rezidiv am Großzehengrundgelenk mittels eines kortikospongiösen Spanes der Kode 5-808.b7 und ein Kode aus 5-784 ff. zu verwenden.
- Einführung neuer Kodes für die perkutane temporäre Fixation eines Gelenkes, unterteilt nach der Lokalisation (5-809.4 ff.)
- Streichung der Kodes für die arthroskopische subchondrale Spongiosaplastik (5-812.4 ff.)
- Einführung neuer Kodes für die arthroskopische Augmentation des vorderen und des hinteren Kreuzbandes (5-813.j, 5-813.k)
- Unterteilung des Zusatzkodes für die Implantation einer modularen Endoprothese oder den (Teil-)Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation und ggf. Knochen(teiler)ersatz nach Art der verwendeten Pfannen- und/oder Schaftkomponente (5-829.k fff.)
- Einführung eines neuen Kodes für die Rekonstruktion eines knöchernen Glenoiddefektes (5-829.r)

Zusatzinformationen zu Operationen

- Unterteilung der Zusatzkodes für die Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung nach der Größe der Fläche des verwendeten Materials (5-932 ff.). In diesem Zusammenhang war eine Umwandlung der bisher 6-stelligen Kodes für die Verwendung von nicht resorbierbarem Material (5-932.0 ff.) in neue 5-Steller notwendig (5-932.4 ff., 5-932.5 ff., 5-932.6 ff., 5-932.7 ff.).
- Unterteilung des Zusatzkodes für die Verwendung von Membranen oder sonstigen Materialien zur Prophylaxe von Adhäsionen in nicht resorbierbar und (teil-)resorbierbar (5-933 ff.)
- Einführung neuer Zusatzkodes für die Art der Beschichtung von Gefäßprothesen (5-938 ff.)
- Einführung neuer Zusatzkodes für die Art der Konservierung von Organtransplantaten (5 939 ff.)

- Einführung neuer Zusatzcodes für die Verwendung von Thulium- und Holmium-Laser (5-985.8, 5-985.9)
- Einführung eines neuen Zusatzcodes für die Anwendung eines Roboterarm-gestützten chirurgischen Assistenzsystems (5-987.1)
- Unterteilung des Zusatzcodes für die Anwendung eines Navigationssystems nach der Art des Verfahrens (5-988 ff.)
- Unterteilung des Zusatzcodes für die Anwendung eines flexiblen Ureterorenoskops nach der Art des verwendeten Ureterorenoskops (5-98b ff.)
- Einführung eines neuen Zusatzcodes für die Anwendung eines endoskopischen Nahtsystems (5-98c.5)

Kapitel 6: Medikamente

- Streichung der Codes für die parenterale Gabe des Wirkstoffs/Medikaments Catumaxomab (6-005.1 ff.)
- Einführung von Dosisklassen für die Wirkstoffe/Medikamente Eltrombopag, oral (6-006.0 ff.), Brentuximabvedotin, parenteral (6-006.b ff.), Aflibercept, intravenös (6-007.3 ff.), Enzalutamid, oral (6-007.6 ff.), Ibrutinib, oral (6-007.e ff.), Obinutuzumab, parenteral (6-007.j ff.), Ramucicirumab, parenteral (6-007.m ff.)
- Einführung neuer Codes für bestimmte Wirkstoffe/Medikamente (6-009.9 bis 6-009.n)

Kapitel 8: Nichtoperative therapeutische Maßnahmen

Verbände

- Einführung neuer Codes für das Anlegen eines Okklusivverbandes mit enzymatischem Wunddebridement bei Verbrennungen, unterteilt nach der Größe der betroffenen Körperoberfläche (8-191.7 ff.)

Chemotherapie

- Unterteilung des Codes für die perkutane geschlossene Organperfusion der Leber mit Chemotherapeutika in ohne und mit externem Blutfilter (8-549.0 ff.)

Elektrostimulation

- Einführung eines neuen Codes für das Anlegen oder den Wechsel eines extrakorporalen Neurostimulators (8-631.5)

Therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Gefäße

- Überarbeitung des Bereiches „Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen“ (8-835 ff.):
 - Umwandlung des Codes für die Anwendung dreidimensionaler, elektroanatomischer Mappingverfahren in einen Zusatzcode und Streichung der bisherigen Unterteilung nach der Lokalisation (8-835.8)
 - Umwandlung des Codes für die Verwendung eines Drahtgeflechtkatheters bei Radiofrequenzablation in einen Zusatzcode (8-835.9)
 - Streichung der Codes für die gekühlte Radiofrequenzablation mit Messung des Anpressdruckes (8-835.c ff.)
 - Streichung der Codes für die Ablation mithilfe dreidimensionaler elektroanatomischer Mappingverfahren mit Messung des Anpressdruckes (8-835.d ff.)
 - Umwandlung des Codes für die Anwendung einer endovaskulären endoskopischen Steuerung bei einer Laserablation in einen Zusatzcode (8-835.e)

- Umwandlung des Codes für die Anwendung rotordetektierender, elektroanatomischer Mappingverfahren in einen Zusatzcode und Streichung der bisherigen Unterteilung nach der Lokalisation (8-835.g)
- Einführung eines neuen Zusatzcodes für die Messung des Anpressdruckes (8-835.h)
- Einführung eines neuen Zusatzcodes für die Anwendung hochauflösender, multipolarer, dreidimensionaler, elektroanatomischer Kontaktmappingverfahren (8-835.j)
- Unterteilung des Codes für die perkutane Einführung eines Antiembolie-Schirmes in nicht integriert und integriert in zentralen Venenkatheter (8-839.1 ff.)
- Unterteilung des Codes für die Rekanalisation eines Koronargefäßes mit retrograder Sondierung über die Kollateralgefäße in ohne und mit Externalisation (8-839.92, 8-839.93)
- Einführung eines neuen Zusatzcodes für die Verwendung von Biolimus-A9-freisetzenden Stents oder OPD-Systemen ohne Polymer (8-83b.0f)
- Einführung eines neuen Zusatzcodes für die Verwendung von röntgendichten medikamentenbeladenen Partikeln zur selektiven Embolisation (8-83b.14)
- Einführung eines neuen Zusatzcodes für die Verwendung von Triiodophenol-(Lactid-Co-Glykolid-)Acrylat zur selektiven Embolisation (8-83b.24)
- Einführung eines neuen Zusatzcodes für die Verwendung von besonders kleinen Metallspiralen zur selektiven Embolisation (8-83b.3b)
- Einführung neuer Zusatzcodes für die Art der verwendeten bioresorbierbaren Stents (8-83b.m ff.)
- Einführung neuer Zusatzcodes für die Menge der Flüssigkeiten zur selektiven Embolisation (8-83b.n ff.)
- Einführung neuer Codes für die endovaskuläre Anlage einer AV-Fistel durch Gleichstrom und mit nahtlosem Nitinolkoppler, unterteilt nach der Lokalisation (8-83c.d ff., 8-83c.e ff.)

(Perkutan-)transluminale Stentimplantation

- Einführung neuer Codes für die (perkutan-)transluminale Implantation von aus Einzeldrähten verwobenen Nitinolstents, unterteilt nach der Anzahl und der Lokalisation (8-84d ff.)

Komplexbehandlung

- Umfangreiche Überarbeitung der Mindestmerkmale des Codes für die aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (8-98 ff.)

Kapitel 9: Ergänzende Maßnahmen

Pflege und Versorgung von Patienten

- Einschränkung der Anwendung der Codes für die hochaufwendige Pflege von Kindern und Jugendlichen, von Kleinkindern sowie von Frühgeborenen, Neugeborenen und Säuglingen auf den Geltungsbereich des § 17b KHG (9-201 ff., 9-202 ff., 9-203 ff.)

Präventive Maßnahmen

- Einführung neuer Codes für die präventive familienzentrierte multimodale Komplexbehandlung bei Frühgeborenen, Neugeborenen und Säuglingen, unterteilt nach der Dauer (9-502 ff.)

Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen

- Konkretisierung der Mindestmerkmale der Codes für die Intensivbehandlung (9-61 ff.)
- Streichung der Zusatzcodes für die Betreuung in der Kleinstgruppe (9-640.1 ff.)

- Streichung der Zusatzkodes für den erhöhten Aufwand bei drohender oder bestehender psychosozialer Notlage (9-646 ff.)
- Streichung der Zusatzkodes für den erhöhten therapieprozessorientierten patientenbezogenen Supervisionsaufwand (9-648 ff.)

Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen

- Zusammenlegung der Kodes für die psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung bei Kindern und bei Jugendlichen (9-656) und Streichung des Kodes für die psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung bei Jugendlichen (9-666)
- Streichung der Zusatzkodes für die kriseninterventionelle Behandlung (9-690 ff.)
- Streichung der Zusatzkodes für den indizierten komplexen Entlassungsaufwand (9-692 ff.)
- Konkretisierung der Mindestmerkmale der Kodes für den erhöhten Betreuungsaufwand (9-693 ff.)
- Streichung der Zusatzkodes für den erhöhten therapieprozessorientierten patientenbezogenen Supervisionsaufwand (9-695 ff.)

Andere Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen

- Einführung neuer Kodes für die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen (9-701 ff.)

Andere Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen

- Einführung neuer Kodes für die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen (9-801 ff.)

Hinweise für die Benutzung

(DIMDI, redaktionell bearbeitet)

Anwendungsbereich

Zur Erfüllung der Vorgaben des § 301 und des § 295 Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) sind allein die Kodes des hier vorliegenden Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) zugrunde zu legen. Diese Kodes bilden auch die Grundlage für die Zuordnung der Fallgruppen im G-DRG-System [German Diagnosis Related Groups] und im PEPP-Entgeltsystem [Pauschalierendes Entgeltssystem für die Psychiatrie und Psychosomatik].

Die nachfolgenden Hinweise für die Benutzung des OPS wurden soweit wie möglich mit den Allgemeinen und Speziellen Deutschen Kodierrichtlinien abgestimmt. Sofern zwischen diesen Benutzungshinweisen zum OPS einerseits und den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) und den Deutschen Kodierrichtlinien für die Psychiatrie/Psychosomatik (DKR-Psych) andererseits in einzelnen Fällen Abweichungen bestehen, sind für die Ermittlung der Fallgruppen die DKR bzw. DKR-Psych maßgeblich.

Über die Operationen- und Prozedurenkodierung nach § 301 SGB V hinaus können Krankenhäuser andere (z.B. umfangreichere) Operationenschlüssel in eigener Verantwortung einsetzen.

Zusatzkennzeichen für die Seitenlokalisierung einer Prozedur (rechts, links, beidseitig)

Seit dem OPS 2005 sind für die Seitenangabe die gleichen Zusatzkennzeichen wie in der ICD-10-GM anzuwenden:

R	für rechts
L	für links
B	für beidseitig

Diese Zusatzkennzeichen sind für Prozeduren an paarigen Organen oder Körperteilen (Augen, Ohren, Nieren, Extremitäten etc.) verpflichtend. Alle Schlüsselnummern, die mit einem Zusatzkennzeichen versehen werden müssen, sind im Druck besonders gekennzeichnet (in der Referenzausgabe des DIMDI [PDF-Buchversionsdatei] mit einem Doppelpfeil [↔]). *[Anmerkung der Bearbeiter: In den beiden Buchausgaben des Deutschen Ärzteverlages erfolgt die Kennzeichnung mit einer Raute (♦).]*

Berechnung von Aufwandspunkten und Therapieeinheiten

Im „Anhang zum OPS“ finden Sie Tabellen und Hinweise zur Berechnung von Aufwandspunkten und Therapieeinheiten für folgende Bereiche:

- Aufwandspunkte für die intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) für Erwachsene (SAPS, TISS) (Kode 8-980) und für Kinder (Kode 8-98d)
- Therapieeinheiten für die Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen pro Patient für Erwachsene sowie für Kinder und Jugendliche (Therapieeinheiten Psych) (Kodes 9-649 ff. für die Behandlungsbereiche 9-60 bis 9-63 sowie 9-696 ff. für die Bereiche 9-65 bis 9-68)

- Aufwandspunkte für die hochaufwendige Pflege von Patienten (Pflegekomplexmaßnahmen-Scores [PKMS]) (Kodes unter 9-20)

Aufbau und Kodestruktur

Der Operationen- und Prozedurenschlüssel ist ein überwiegend numerischer, hierarchisch strukturierter Schlüssel. Er weist überwiegend einen 5-stelligen Differenzierungsgrad auf, bezogen auf die International Classification of Procedures in Medicine (ICPM) der WHO. Einige Kodes sind jedoch nur 4-stellig differenziert.

Es gibt folgende Hierarchieebenen:

- 1 Kapitel
- 2 Bereiche (Gruppen)
- 3 Dreisteller
- 4 Viersteller
- 5 Fünfsteller
- 6 Sechssteller

Dreisteller-Klassen werden auch als Kategorien, Vier- bis Sechssteller als (Sub-)Kategorien bezeichnet. (Siehe dazu weiter unten auch die Abschnitte „Klassenattribute: Ein- und Ausschlussbemerkungen und Hinweise“ sowie „Verwendete Begriffe und Symbole“.)

In einigen Codebereichen wird eine alphanumerische Gliederungsstruktur verwendet, da die zur Verfügung stehenden zehn numerischen Untergliederungen für die erforderlichen Inhalte nicht ausreichend waren. Die alphanumerischen Notationen mit Ziffern und Kleinbuchstaben finden sich in der 4., 5. und 6. Stelle der Systematik.

Eine alphanumerische Angabe wurde ebenfalls für die Bezeichnung der Restklassen „Sonstige Operationen und Prozeduren“ und „Nicht näher bezeichnete Operationen und Prozeduren“ gewählt. Dadurch war es möglich, zwei weitere numerische Positionen für fachspezifische Inhalte zu gewinnen. Die Position „x“ beinhaltet dabei sonstige Operationen und Prozeduren, die Position „y“ nicht näher bezeichnete Operationen und Prozeduren. Die 4-stelligen Kodes „Andere Operationen/Prozeduren ...“ sind als Platzhalter für spätere Erweiterungen durch Neuentwicklungen und bisher nicht berücksichtigte Operationen und Prozeduren gedacht.

Die Textbeschreibung auf der 5. und 6. Gliederungsstelle wurde aus Gründen der Übersichtlichkeit verkürzt angegeben und enthält nur die wesentlichen Unterscheidungsmerkmale gegenüber der zugehörigen Textbeschreibung der jeweils übergeordneten Gliederungsstelle.

Endständige Kodierung

Es ist so spezifisch wie möglich zu verschlüsseln. Das bedeutet:

1. Zunächst wird für die dokumentierte Prozedur die passende Kategorie im OPS aufgesucht.
2. Zum Kodieren dürfen nur die endständigen (terminalen) Schlüsselnummern/Kodes einer Kategorie verwendet werden. Endständige Kodes sind solche, die keine Subkodes enthalten.
3. Von den endständigen Kodes ist derjenige zu wählen, der für die dokumentierte Prozedur als der spezifischste Code angesehen wird.
4. Die Restklasse „Sonstige“ soll nur dann verwendet werden, wenn eine spezifische Prozedur dokumentiert ist, aber keiner der spezifischen Kodes der übergeordneten Kategorie passt.
5. Die Restklasse „N.n.bez.“ (Nicht näher bezeichnet) soll nur dann verwendet werden, wenn die dokumentierte Prozedur keine hinreichende Information für eine Zuordnung zu einer der spezifischeren Schlüsselnummern der übergeordneten Kategorie aufweist.

Reihenfolge und Besetzung der Kodes

Im vorliegenden Schlüssel sind nicht alle 4-stelligen Kodepositionen besetzt. Auf ein „Aufrücken“ der nachfolgenden Kodes wurde aus Gründen der Vergleichbarkeit mit der ICPM der WHO und den vorherigen Versionen des OPS verzichtet. Die freien Kodes stehen für ggf. später erforderliche Erweiterungen zur Verfügung.

Topographische Gliederung

Der Operationen- und Prozedurenschlüssel weist im Kapitel „5 Operationen“ eine topographisch-anatomische Gliederung auf. Auf eine fachgebietsbezogene Gliederung wurde verzichtet. Dies bedeutet, dass Eingriffe, die von mehreren Fachgebieten durchgeführt werden, in dem jeweiligen Organkapitel zu finden sind. So wurden z.B. die kinderchirurgischen Prozeduren in die jeweiligen organbezogenen Kapitel integriert. Es gibt demnach keine altersbezogene Gliederung.

Abweichend vom Kapitel 5 sind die Kapitel 1, 3, 6, 8 und 9 nach dem Verfahren strukturiert.

Mehrfachkodierung

In einigen Bereichen ist eine Kodierung von Operationen und sonstigen Prozeduren mit mehreren Kodes vorgesehen. Dies ist insbesondere für die Abbildung komplexer Eingriffe erforderlich. In diesen Fällen gibt es oft, aber nicht in jedem Fall, einen Hinweis beim Kode des leitenden Eingriffes, der auf die gesonderte Kodierung von durchgeführten Teilmaßnahmen eines komplexen Eingriffes verweist.

Sofern mehrere Kodes zur vollständigen Dokumentation eines komplexen Eingriffes erforderlich sind, ist der inhaltlich leitende Eingriff an erster Stelle zu dokumentieren.

Eingeschränkte Gültigkeit von Kodes

Bestimmte Kodes in den Kapiteln 1 und 8 des Operationen- und Prozedurenschlüssels bilden für eine spezifische Patientenklientel bzw. für eine spezifische Altersgruppe ein Unterscheidungskriterium für die Zuordnung zu unterschiedlichen Fallgruppen in Entgeltsystemen. Diese Kodes sind deshalb mit einem Hinweis auf ihre eingeschränkte Anwendung versehen. Eine breite Anwendung dieser Kodes für den gesamten Krankenhausbereich hätte eine Überdokumentation zur Folge, die nicht sinnvoll ist.

Zusatzkodes

Der Operationen- und Prozedurenschlüssel sieht vor, weitere ergänzende Angaben zu einer Operation oder Maßnahme zusätzlich zu kodieren.

Diese Zusatzkodes sind ergänzend zu verwenden, sofern die Information nicht schon im Kode selbst enthalten ist. Zusatzkodes sind sekundäre Kodes und dürfen nicht selbständig, sondern nur zusätzlich zu einem primären Kode benutzt werden. Sie sind also nur in Kombination mit dem durchgeführten, inhaltlich leitenden Eingriff zulässig. Zusatzkodes sind durch die Verwendung von Begriffen wie „Zusatzkode“, „Zusatzkodierung“, „Zusatzinformation“ o.Ä. im Klassentitel oder im Hinweis zu erkennen.

Zusatzinformationen

Zusatzkodes können außer als Einzelkodes in Form von speziellen Bereichen (z.B. am Ende des Kapitels 5: Zusatzinformationen zu Operationen [5-93 bis 5-99]) vorhanden sein.

Einmalkodes

Einmalkodes sind Codes, die gemäß Hinweis zum jeweiligen Kode nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben sind.

Klassenattribute: Ein- und Ausschlussbemerkungen und Hinweise

Zur korrekten Anwendung des Schlüssels wurden Hinweise und Einschluss- und Ausschlussbemerkungen (Inklusiva und Exklusiva) formuliert. Diese Klassenattribute kann es auf jeder Hierarchieebene geben: nach Kapitelüberschriften, nach Bereichsüberschriften und nach Klassentiteln von Kategorien und Subkategorien.

Beim Kodieren ist daher für jeden Kode / jede Kategorie jeweils bis zur höchstmöglichen Hierarchieebene zu prüfen, ob sich dort Ein- und Ausschlussbemerkungen und Hinweise finden, die auf den Kode / die Kategorie anzuwenden sind.

Folgende Begriffe und Symbole werden dafür verwendet:

Einschlussbemerkungen („Inkl.“)

Die Einschlussbemerkungen eines Kodes dienen der näheren Beschreibung des Inhaltes des Kodes oder geben Beispiele für Maßnahmen, die diesem Kode zugeordnet sind.

Ausschlussbemerkungen („Exkl.“)

Die Ausschlussbemerkungen eines Kodes dienen der Abgrenzung des Inhaltes des Kodes und nennen Maßnahmen, die einem oder mehreren **anderen** Kode zuzuordnen sind; der oder die zutreffenden anderen Kodes sind jeweils angegeben.

Beispiel:

5-784.– Knochentransplantation und -transposition

Exkl.: Knorpeltransplantation (5-801.b ff., 5-812.9 ff.)

Eine als Ausschluss genannte Maßnahme ist eine – gegenüber der im Kode selbst klassifizierten Maßnahme – abgrenzbare und andersartige Maßnahme, die folglich auch anders klassifiziert wird. Werden beide Maßnahmen am Patienten durchgeführt, können auch beide Kodes nebeneinander verwendet werden.

Beispiel:

Bei einem Patienten wurde eine offene autogene Spongiosa-Transplantation und eine offene Knorpeltransplantation durchgeführt. Dann sind ein Kode aus 5-784.0 ff. und ein Kode aus 5-801.b ff. anzugeben.

Wenn eine Ausschlussbemerkung keine Kodeangabe enthält, ist die Maßnahme nicht zu kodieren.

Beispiel:

1-334.– Urodynamische Untersuchung

Exkl.: Uroflowmetrie

Ausschlussbemerkungen werden i.d.R. nicht angegeben, wenn der auszuschließende Inhalt in der unmittelbar nachfolgenden Kodeliste enthalten ist.

Hinweise („Hinw.“)

Die aufgeführten Hinweise haben z.B. folgende Funktionen:

- Anmerkung zur gesonderten Kodierung von Teilkomponenten einer komplexen Operation (siehe Abschnitt „Mehrfachkodierung“),
- Anmerkung zur zusätzlichen Kodierung von ergänzenden Angaben einer Operation (siehe Abschnitte „Zusatzkodes“ und „Zusatzinformationen“),
- Hinweis auf die gesonderte Kodierung des Zuganges,
- Hinweis, wann dieser Kode verwendet werden kann bzw. muss,
- Hinweis, dass der Kode nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben ist (siehe Abschnitt „Einmalkodes“).

und folgende („ff.“)

In den Ausschlussbemerkungen und Hinweisen kann auf einzelne Kodes oder Codegruppen verwiesen werden. Das „ff.“ wird verwandt, um alle untergeordneten Kodes der jeweiligen Schlüsselnummer zu bezeichnen. So bedeutet „1-212 ff.“: alle endständigen Kodes unter 1-212, also 1-212.0 bis 1-212.y. Das „ff.“ kann ab den vierstelligen Kodes abwärts angewendet werden.

Listen

Listen wurden eingeführt, um Untergliederungen in der 6. Stelle, die einheitlich für einen oder mehrere Kodes gelten, aus Gründen der Übersicht zusammenzufassen. Listen werden z.B. in folgenden Bereichen verwendet:

- Lokalisationsangaben für die Bezeichnung der Blutgefäße,
- Bezeichnungen von Knochen und Gelenken,
- Angaben zu Zugängen und Verfahren.

Wird in den Listen mit Lokalisationsangaben ein „und“ verwendet, ist dies immer sowohl im Sinne von „und“ als auch im Sinne von „oder“ zu verstehen. (siehe auch Absatz „Verwendung von „und““).

Auf die Gültigkeit einer Liste für einen Kode wird jeweils durch einen Hinweis aufmerksam gemacht. Listen gelten generell nur für die durch zwei Sterne (**) gekennzeichneten spezifischen Kodepositionen und nie für die Restklasse „y Nicht näher bezeichnet“.

An einigen Stellen ist darauf zu achten, dass nicht jede Listenposition mit jedem Fünfsteller kombinierbar ist. [Anmerkung der Bearbeiter: In der vorliegenden Buchausgabe sind die meisten Listen „aufgelöst“ bzw. „ausmultipliziert“, wodurch die Kodes einfacher zu finden sind.]

Verwendete Begriffe und Symbole

Folgende Begriffe und Symbole werden verwendet:

Doppelstern „**“

Ein Doppelstern (**) links neben dem jeweiligen Kode kennzeichnet Fünfsteller, bei denen für die Kodierung eine 6-stellige Untergliederung zu benutzen ist, die durch die Kombination des Fünfstellers mit einer Liste entsteht.

Runde Klammern „()“

Runde Klammern innerhalb einer Prozedurenbezeichnung (Klassentitel) enthalten ergänzende Bezeichnungen oder Erläuterungen zu dieser Prozedurenbezeichnung. Diese Angaben können vorliegen, aber auch fehlen, ohne dass dadurch die Verschlüsselung beeinflusst wird.

Runde Klammern, die nicht innerhalb einer Prozedurenbezeichnung stehen, enthalten ergänzende Angaben wie z.B. Erläuterungen oder Beispiele.

Runde Klammern umschließen die Angaben von Kodes oder Codebereichen in Hinweisen und Exklusiva.

Eckige Klammern „[]“

Eckige Klammern enthalten Synonyme, alternative Formulierungen, andere Schreibweisen und Abkürzungen zu einer Bezeichnung.

Eckige Klammern umschließen Angaben zu den gültigen 6. Stellen bei postkombinierten Kodes. *[Anmerkung der Bearbeiter: In der Buchausgabe des Deutschen Ärzteverbandes sind diese Listen aufgelöst, sodass diese Angaben entfallen.]*

Verwendung von „und“

Der Begriff „und“ wird in folgenden Fällen im Sinne von und/oder verwendet:

- bei 3- und 4-stelligen Kodes, z.B. bei der Aufzählung von Prozeduren wie „Inzision, Exzision und Destruktion ...“ oder von Lokalisationen wie „... Naht eines Nerven und Nervenplexus“
- bei nicht-endständigen 5-stelligen Kodes, deren Klassentitel ausschließlich Lokalisationsangaben ohne weiteren Zusatz enthält und die ihre 6. Stelle über eine Lokalisationsliste erhalten (z.B. 5-380.1 Arterien Schulter und Oberarm)
- bei endständigen 5-stelligen Kodes, deren Klassentitel ausschließlich Lokalisationsangaben ohne weiteren Zusatz enthält (z.B. 1-502.2 Oberarm und Ellenbogen)
- in den Lokalisationslisten für die 6. Stellen (z.B. Liste unter 5-890)

Bei nicht-endständigen 5-stelligen Kodes mit Lokalisationsangaben, die ihre 6. Stelle nicht über eine Lokalisationsliste erhalten, sondern z.B. über eine Zugangsliste, wird „und“ also ausschließlich im Sinne von „und“ verwendet. Dasselbe gilt für endständige und nicht-endständige 5-stellige Kodes, deren Klassentitel außer Lokalisationsangaben weitere Zusätze enthält, hier ist das „und“ tatsächlich als kumulatives „und“ zu verstehen. (z.B. 5-016.4 Schädelbasis und Hirnhäute, Tumorgewebe; 5-455.9** Resektion des Colon ascendens mit Coecum und rechter Flexur und Colon transversum [Hemikolektomie rechts mit Transversumresektion]).

Verwendete Schreibweisen

Die Nomenklatur im vorliegenden Schlüssel lehnt sich an die deutsche Fassung der ICD-10 an. Entsprechend werden Prozedurenbezeichnungen sowie Fachbezeichnungen der Anatomie in der Regel in deutscher Schreibweise angegeben. Sofern es sich um Fachbezeichnungen aus mehreren Wörtern oder um lateinische Termini technici handelt, wurde die lateinische Schreibweise verwendet. Trivialbezeichnungen sind in deutscher Schreibweise angegeben. Deutsch-lateinische Mischformen wurden nach Möglichkeit vermieden. Grundsätzlich wurde die im medizinischen DUDEN verwendete Schreibweise übernommen.

Deutscher Ärzteverlag

Abkürzungsverzeichnis

(DIMDI, redaktionell bearbeitet. Aufgenommen sind zusätzlich auch Abkürzungen, die nur im Alphabetischen Verzeichnis vorkommen.)

3D	Dreidimensional	CAVHDF	Continuous arteriovenous hemodiafiltration
4D	Vierdimensional	CCM	Cardiac contractility modulation
A., Aa.	Arteria, Arteriae	CERA	Spät-akustisch evozierte Potentiale
ADI	Autism Diagnostic Interview	CIONM	Kontinuierliches intraoperatives Neuromonitoring
ADOS	Autism Diagnostic Observation Schedule	CLL	Chronische lymphatische Leukämie
AEP	Akustisch evozierte Potentiale	CMV	Zytomegalievirus
ALL	Akute lymphatische Leukämie	CNP	Continuous negative pressure
AMDP	Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie	CO	Kohlenmonoxid
AML	Akute myeloische Leukämie	CO₂	Kohlendioxid
AP	Anus praeter	CP-Stent	Cheatham-Platinum-Stent
APD	Ambulatory peritoneal dialysis	CPAP	Continuous positive airway pressure
AV	Arteriovenös	CPM	Continuous passive motion (Motorschienenbehandlung)
AV	Atrioventrikular	CPPV	Continuous positive pressure ventilation
BASDAI	Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index	CT	Computertomographie
BASFI	Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index	CTCs	Circulating tumor cells
BERA	Brainstem electric response audiometry	CUP	Cancer of Unknown Primary
BIS	Bispektraler Index	cVEMP	Zervikale vestibulär evozierte myogene Potentiale
BSS	Beeinträchtigungsschwere-Score	CVVH	Continuous venovenous hemofiltration
BWS	Brustwirbelsäule	CVVHD	Continuous venovenous hemodialysis
CAD	Computer assisted design	CVVHDF	Continuous venovenous hemodiafiltration
CAM	Computer assisted manufacture	DACI	Direct Acoustic Cochlear Implant
CAPD	Continuous ambulatory peritoneal dialysis		
CAVH	Continuous arteriovenous hemofiltration		

DAS 28	Disease activity score 28	ERC	Endoskopische retrograde Cholangiographie
DDG	Deutsche Diabetes-Gesellschaft	ERCP	Endoskopisch-retrograde Cholangiopankreatikographie
DFPP	Doppelfiltrationsplasmapherese	ERG	Elektroretinographie
DIEP	Deep inferior epigastric perforator	ERP	Endoskopische retrograde Pankreatikographie
DIPI	Direkte intraperitoneale Insemination	ESD	Endoskopische submukosale Dissektion
DISYPS	Diagnostiksystem für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter	ESIN	Elastisch stabile intramedulläre Nagelung
DLS	Dorsale Lordosierungsspondylothese	ESWL	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie
DOTA	1,4,7,10-Tetraazacyclododecane-1,4,7,10-tetraacetic acid [1,4,7,10-Tetraazacyclododecane-1,4,7,10-tetraessigsäure]	ET	Embryotransfer
DSA	Digitale Subtraktionsangiographie	EVLT	Endovenöse Lasertherapie
EBT	Elektronenstrahltomographie	EXIT	Ex utero intrapartum treatment
ECCE	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [Extracapsular cataract extraction]	Exkl.	Exklusive
ECCO2R	Veno-venöse extrakorporale CO ₂ -Reduzierung	FACS	Fluorescence-activated cell sorting
ECLS	Extracorporeale live support	FAEP	Früh-akustisch evozierte Potentiale
ECMES	Embrogage centro-medullaire élastique Stable	FAEP	Früh-akustisch evozierte Potentiale
ECMO	Extrakorporale Membranoxygenation	FEIBA	Prothrombinkomplex mit Faktor-VIII-Inhibitor-Bypass-Aktivität [Factor eight inhibitory bypassing activity]
EDTA	Ethylendiamintetraessigsäure [Ethylene diamine tetraacetic acid]	FFbH	Funktionsfragebogen Hannover
EEG	Elektroenzephalographie	FFP	Fresh Frozen Plasma [gefrorenes Frischplasma]
EFTR	Endoscopic full thickness resection	FFRmyo	Fraktionelle myokardiale Flussreserve
EKG	Elektrokardiographie	FIRM	Focal Impulse and Rotor Modulation
EKT	Elektrokonvulsionstherapie	FISH	Fluoreszenz-in-situ-Hybridisierung [Fluorescent in situ hybridization]
EMG	Elektromyographie	FRC	Funktionelle Residualkapazität
EOG	Elektrookulographie	FSSEP	Früh-somatosensorisch evozierte Potentiale
ePTFE	Expandiertes Polytetrafluoroethylen	g	Gramm
		GAF	Global Assessment of Functioning

G-DRG	German Diagnosis Related Group(s)	ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision – German Modification
GBA	Geriatrisches Basisassessment	ICE	Intrakardiale Echokardiographie
GBq	Gigabecquerel	IE	Internationale Einheit(en)
GIFT	Intratübärer Gametentransfer [Gamete intrafallopian (tube) transfer]	IGRT	Image-guided radiotherapy
GvHD	Graft-versus-Host-Krankheit [Graft versus Host Disease]	IMA	Arteria mammaria interna [Internal mammary artery]
Gy	Gray	IMV	Intermittent mandatory ventilation
HAART	Hochaktive antiretrovirale Therapie	Inkl.	Inklusive
HBO	Hyperbare Oxygenation	IONM	Nicht-kontinuierliches intraoperatives Neuromonitoring
HDR	High dose rate	IPD	Intermittent peritoneal dialysis
HER2-neu	Human epidermal growth factor receptor 2	IPOM	Intraperitoneales Onlay-Mesh
HFJV	High frequency jet ventilation	IPPV	Intermittent positive pressure ventilation
HFNC	High flow nasal cannula	IUD	Intrauterine (contraceptive) device
HFOV	High frequency oscillatory ventilation	i.th.	intrahekal
HFV	High frequency ventilation	i.v.	intravenös
HIFU	Hochintensiver fokussierter Ultraschall	IVF	In-vitro-Fertilisation
HIPEC	Hypertherme intraperitoneale Chemotherapie	IVUS	Intravaskuläre Ultraschalluntersuchung der Koronargefäße
HI-Virus	Humanes Immundefizienz-Virus [Human immunodeficiency virus]	K-SADS	Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children
Hinw.	Hinweis	KEP	Kognitiv evozierte Potentiale
HITOC	Hypertherme intrathorakale Chemotherapie	KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
HLA	Humanes Leukozyten-Antigen	KHK	Koronare Herzkrankheit
HNO-	Hals-Nasen-Ohren-	kIE	Kallikrein-Inhibitor-Einheit
HWS	Halswirbelsäule	KTP-Laser	Kalium-Titanyl-Phosphat-Laser
IABP	Intraaortale Ballonpumpe	L-DOPA	L-3,4-Dihydroxyphenylalanin
IBZM	[¹²³ I]-3-Jodo-6-methoxybenzamin	LBO-Laser	Lithium-Triborat-Laser
ICA	Immunohistochemische Analyse	LDL	Low density lipoproteins
ICD	Implantierbarer Kardioverter/Defibrillator	LEER	Laterale erweiterte endopelvine Resektion
		Lig.	Ligament

LWS	Lendenwirbelsäule	NSM	Nipple sparing mastectomy [mamillenerhaltende Mastektomie]
M., Mm.	Musculus, Musculi	nTMS	Navigierte transkranielle Magnetstimulation
MAPCA	Multiple major aortopulmonary collateral artery	OAE	Otoakustische Emissionen
MBS	Mehrdimensionale Bereichsdiagnostik der Sozialpädiatrie	OCT	Optische Kohärenztomographie
MDS	Myelodysplastisches Syndrom	ÖGD	Ösophagogastroduodenoskopie
MEG	Magnetenzephalographie	OP	Operation
MEP	Motorisch evozierte Potentiale	OPD	Operationalisierte psychodynamische Diagnostik
MeV	Megaelektronenvolt	OPD	Ostium protection device
mg	Milligramm	oVEMP	Okuläre vestibulär evozierte myogene Potentiale
MIBG	Metaiodobenzylguanidin	PBA	Palliativmedizinisches Basisassessment
MLC	Multi-leaf collimator	PCA	Patientengesteuerte Analgesie
MPFL	Mediales patellofemorales Ligament	PCR	Polymerase-Kettenreaktion [Polymerase chain reaction]
MR	Magnetresonanz	PDT	Photodynamische Therapie
MRCP	Magnetresonanz-Cholangiopankreatikographie	PE	Probeexzision
MRD	Minimal residual disease (Resttumorlast)	PECLA	Pumpless extracorporeal lung assist
MRgFUS	Magnetresonanz-gesteuerter fokussierter Ultraschall	PEG	Perkutan-endoskopische Gastrostomie
MRT	Magnetresonanztomographie	PEG	Polyethylenglykol
MSLT	Multipler Schlaflatenztest	PEJ	Perkutan-endoskopische Jejunostomie
MTS	Medizinischer Thromboseprophylaxestrumpf	PEPP	Pauschalierende Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik
MTX	Metothrexat	PES	Pharyngeale elektrische Stimulation
MWT	Multipler Wachbleibetest	pESS	Powered endoscopic sinonasal surgery
N.	Nervus	PET	Positronenemissionstomographie
NAVA	Neurally adjusted ventilatory assist	PICC	Peripher eingeführter zentralvenöser Katheter
NHL	Non-Hodgkin-Lymphom	PKMS-E	Pflegekomplexmaßnahmen-Score für Erwachsene
NK-Zellen	Natural-Killer-Zellen		
N.n.bez.	Nicht näher bezeichnet		
NOTES	Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery		
NRS	Numeric Rating Scale		
NRS	Nutritional Risk Screening		

PKMS-F	Pflegekomplexmaßnahmen-Score für Frühgeborene, Neugeborene und Säuglinge	S-CPPV	Synchronized continuous positive pressure ventilation
PKMS-J	Pflegekomplexmaßnahmen-Score für Kinder und Jugendliche	SCN1A	Sodium Channel Neuronal Typ 1 Alpha
PKMS-K	Pflegekomplexmaßnahmen-Score für Kleinkinder	SeHCA-Test	Selen-Homotaurocholsäure-Test
PMR	Percutaneous transluminal transmyocardial laser revascularization	SEP	Somatisch evozierte Potentiale
p.o.	per os / peroral	sFlit-1	Lösliche, FMS-ähnliche Tyrosinkinase 1 [soluble FMS-like tyrosine kinase-1]
POCS	Perorale Cholangioskopie	S-IPPV	Synchronized intermittent positive pressure ventilation
POPS	Perorale Pankreatikoskopie	SIEP	Superficial inferior epigastric perforator
PSAP	Posteriore sagittale Anoproktoplastik	SIRT	Selektive intravaskuläre Radionuklidtherapie
PSARP	Posteriore sagittale Anorektoplastik	SIS	Small intestinal submucosa
PSMA	Prostata-spezifisches Membranantigen	SLNE	Sentinel-Lymphonodektomie
Psy-BaDo	Basisdokumentation in der Psychotherapie	SMA	Shape memory alloy (Formgedächtnislegierungen)
PTC	Perkutane transhepatische Cholangiographie	SPECT	Single-Photon-Emissionscomputertomographie
PTCA	Perkutane transluminale Koronarangioplastie	SSEP	Somatosensorisch evozierte Potentiale
PTFE	Polytetrafluorethylen	SSM	Skin sparing mastectomy [hautsparende Mastektomie]
PTFE	Polytetrafluoroethylen	STEP	Serielle transverse Enteroplastie
PUVA	Photochemotherapie (Psoralen plus UV-A)	SUP	Selektive Ultraviolettphototherapie
PVDF	Polyvinylidenfluorid	SZT	Stammzelltherapie
R.	Ramus [Ast]	TAPP	Transabdominal präperitoneal
rh-TSH	Rekombinantes Thyreotropin	TDI	Tissue Doppler Imaging
rTMS	Repetitive transkranielle Magnetstimulation	TE	Therapieeinheit(en)
RNA	Ribonukleinsäure	TE	Transfusionseinheit(en)
RSV	Respiratory syncytial virus	TEA	Thrombendarteriektomie
SAEP	Spät-akustisch evozierte Potentiale	TEE	Transösophageale Echokardiographie
SAPS	Simplified Acute Physiology Score	TEN	Titanic elastic nail
		TENS	Transkutane elektrische Nervenstimulation

TEP	Endoskopisch total extraperitoneal	TVT	Spannungsfreies vaginales Band [Tension free vaginal tape]
TFCC	Triangular Fibrocartilage Complex	TVT-O	TVT-Obturator [Tension free vaginal tape obturator]
TFG	Transfusionsgesetz	V., Vv.	Vena, Venae
TGA	Transposition der großen Arterien	VAS	Visual analogue scale
TIA	Transitorische ischämische Attacke	VEMP	Vestibulär evozierte myogene Potentiale
TIPP	Transinguinal präperitoneal	VEP	Visuell evozierte Potentiale
TIPS	Transjugular intrahepatic portosystemic shunt	VEPTR	Vertikale expandierbare prothetische Titanrippe
TISS	Therapeutic Intervention Scoring System	VHI	Voice Handicap Index
TMLR	Transmyokardiale Laserrevascularisation	VLAP	Visuell kontrollierte laserunterstützte Resektion [Visually-guided Laser Ablation of the Prostate]
TMMR	Totale mesometriale Resektion des Uterus	VZV	Varicella-Zoster-Virus
TOT	Transobturatorisches Band [Trans obturator tape]	WPW-	Wolff-Parkinson-White-
TRAM	Transversaler Rectus-abdominis-Muskellappen	YAG-Laser	Yttrium-Aluminium-Granat-Laser
TRUS	Transrektale Ultraschallbildung	ZIFT	Intratubärer Zygotentransfer [Zygote intrafallopian (tube) transfer]
TUNA	Transurethrale Nadelablation	ZNS	Zentrales Nervensystem
		ZVK	Zentraler Venenkatheter

Listen der gemäß der neuen Rechtschreibung geänderten Wörter

– Nachdruck aus unserer Buchausgabe des OPS 2017 –

Das DIMDI hat mit der Version 2006 die Umstellung des OPS auf die Regeln der neuen deutschen Rechtschreibung vollzogen. Das geschah nach Auskunft der zuständigen Mitarbeiter in einer eher konservativen Weise. Um die Benutzer dieser Buchausgabe über die dadurch verursachten Änderungen zu informieren und vor allem die Anpassung von diversen Computerdateien zu erleichtern, haben die Bearbeiter dieser Ausgabe die folgenden Listen zusammengestellt, die alle Wörter bzw. Teile von Wörtern enthalten, die seit der Version 2006 anders als vorher geschrieben werden (vollständige Wörter sind hier meistens kleingeschrieben und gelten gleichzeitig auch als Wortteile). In die Listen sind auch solche Wörter einbezogen, die nur in den Einleitungsabschnitten auf den römisch paginierten Seiten dieser Buchausgabe vorkommen.

Diese Änderungen beeinträchtigen die Benutzung einer Buchausgabe kaum, können sich jedoch bei der Bedienung von Computerprogrammen deutlich auswirken, wenn diese eine exakte Übereinstimmung der Eingaben mit den gespeicherten Daten verlangen. In vielen Fällen werden die Programme jedoch zumindest eine Phonetisierung der Eingaben vornehmen, sodass z.B. „ß“ und „ss“ in gleicher Weise behandelt werden, womit bereits der größte Teil der Änderungen abgefangen werden kann. Für die Versionen 2007 bis 2011 ergaben sich keine neuen Änderungen. Ab der Version 2012 wird in unseren Ausgaben gemäß der DUDEN-Empfehlung „sodass“ zusammengeschrieben. Dasselbe gilt ab der Version 2015 für das adjektivisch gebrauchte Partizip „sogenannt“ (Kode 5-502.3) und die Präposition „mithilfe“ (Kodes 8-835.8- und 8-835.d- und sonstige Texte).

Ersetzung von „ß“ durch „ss“:

abszess	lässt
anpassbar	mess (Messsonde etc.)
beeinflussung	miss (misslungen)
bewusstsein	muss
dass, sodass	prozess
ess (Esstraining)	riss
exzess	schluss, verschluss
fluss	umfasst
gebiss	

Bisher zusammen geschriebene Wörter:

zugrunde liegend
zusammen geschrieben

Neue Konsonantenverdreifung:

Abszessspaltung
Messsonde
Verschlussystem

Geänderte Groß- oder Klein-Schreibung:

im Allgemeinen

Sonstige Änderungen:

3-, 4-, 5-, 6-stellig

2-, 4-, 5-, 8-tägig

Differenzialdiagnostik, differenzialdiagnostisch

platziert

potenziell [Vom DIMDI im OPS gemäß neuer Rechtschreibung geändert, in den Dateien der

ICD-10-GM jedoch weiterhin in alter Schreibweise („potenziell“) enthalten!]

Bisher im OPS ungeänderte Schreibweisen, die jedoch gemäß DUDEN auch weiterhin möglich sind (so auch in dieser Buchausgabe!):

aufwendig (Schreibweise neben „aufwändig“ weiterhin zugelassen [im Systematischen Verzeichnis des OPS vom DIMDI jetzt generell nur „aufwendig“ geschrieben])

graphie (statt grafie)

potential (statt: potenzial)

selbständig (statt: selbstständig). Allerdings wurde vom DIMDI im „Anhang zum OPS“ bis zum OPS 2016 durchgängig „selbstständig“ geschrieben! Wir haben das für die aktuelle Version beibehalten.

Hinweis auf die in dieser Buchausgabe vorgenommene weitgehende Vereinheitlichung der Schreibung von Adjektiven und Partizipien, die mit „nicht“ verbunden sind und adjektivisch gebraucht werden:

In dieser Buchausgabe sind derartige Wörter in der Regel mit oder ohne Bindestrich zusammen geschrieben, falls „nicht“ eine dauernde Eigenschaft bezeichnet. Die neue Rechtschreibung lässt hierfür die Getrennt- oder Zusammenschreibung zu, wobei die aktuelle DUDEN-Empfehlung die Zusammenschreibung favorisiert. In den DIMDI-Dateien wird uneinheitlich verfahren.

Beispiele für Zusammenschreibung (so auch in den DIMDI-Dateien): nichtinvasiv, nichtkompatibel, nichtoperativ (DIMDI auch „nicht invasiv“ und „nicht operativ“) usw.

Beispiel für Zusammenschreibung (anders als in den DIMDI-Dateien): nichtinfektiös (so aber in den DIMDI-Dateien der ICD-10-GM!)

Beispiele für Bindestrich-Schreibung (seit OPS 2015 nicht mehr in den DIMDI-Dateien!): nicht-geplant, nicht-kathetergestützt usw.

Beispiele für Bindestrich-Schreibung (in den DIMDI-Dateien Getrenntschreibung): nicht-anhaltend, nicht-hirneigen, nicht-HLA-typisiert, nicht-motorisiert, nicht-zementiert usw.

Außerdem wurde in unseren Buchausgaben die **Schreibung einiger Wörter generell an die DUDEN-Schreibweise angepasst**, z.B. Brisement forcé (statt force) und Débridement (statt Debridement).

Systematisches Verzeichnis

Zusammenfassende wichtige Benutzungshinweise

Für den Gebrauch dieser Ausgabe wird ausdrücklich auf die „Informationen zu dieser Buchausgabe“ (Seite XI ff.) sowie die „Hinweise für die Benutzung“ (Seite XXV ff.) hingewiesen.

Alle **Änderungen gegenüber der im Jahre 2017 gültigen Version des OPS** sind an den rechten Seitenrändern von den Bearbeitern dieser Ausgabe in folgender Weise **markiert** (siehe auch Kapitel „Informationen zu dieser Buchausgabe“, Seite XI):

- **Änderungen, die für die Verschlüsselung wichtig sind** (neue Codes, neue Inklusiva, Exklusiva und Hinweise, Inhaltsänderungen bestehender Codes einschließlich ihrer Inklusiva, Exklusiva, Hinweise etc., Änderungen beim Zusatzkennzeichen u.ä.) mit einem **Doppelstrich**.
- Hinweis auf eine bzw. mehrere **nachfolgende gelöschte Schlüsselnummer(n) oder Texte** mit einem **gerasterten Strich** beim vorherigen Eintrag. Diese Markierung ist meistens nicht gesetzt, wenn dort bereits ein Doppel- oder Einfachstrich gesetzt werden musste.
- **Einfache Textänderungen** (auch Korrekturen etc.), **geänderte Verweise auf andere Codes** (sofern sie nicht kodierrelevant sind), **Änderungen der Schlüsselnummereigenschaft** (z.B. jetzt vorgenommene Untergliederung) mit einem **einfachen Strich** (Kennzeichnung von Korrekturen nur gelegentlich, wenn sie bereits in einer vorherigen Buchausgabe des Deutschen Ärzteverbandes vorgenommen worden waren!).

Die **Kennzeichnung** der terminalen Schlüsselnummern, für die eine **Seitenlokalisierung** angegeben werden muss, geschieht in unseren OPS-Buchausgaben von Anfang an **durch eine Raute (♦)**, die deutlich auffällt. Die DIMDI-Dateien benutzen dafür bis zum OPS 2009 unterschiedliche Zeichen, nämlich einen Doppelpfeil (↔) in der PDF- und RTF-Buchversion und einen zweiseitigen Pfeil (↔) in der HTML-Version. Seit dem OPS 2010 wird in allen OPS-Systematik-Dateien des DIMDI nur noch der zweiseitige Pfeil verwendet.

Die **Kennzeichnung einer vier- oder fünfstelligen Schlüsselnummer durch einen angehängten (Punkt und) Strich** zeigt an, dass sie durch Fünf- oder Sechssteller unterteilt, also nicht für die Verschlüsselung benutzbar ist (z.B. 1-276.– und 1-276.2-). Diese Kennzeichnung haben wir analog zum Verfahren in der ICD-10-GM vorgenommen; sie ist kein Bestandteil der DIMDI-Dateien. Bei Ein- und Ausschlussbemerkungen sowie bei Hinweisen wird hingegen der Originaltext wiedergegeben und auf die Kennzeichnung verzichtet.

Die meisten in der DIMDI-Originalausgabe in „**Listen**“ nachgewiesenen sechsstelligen Codes sind in unserer Ausgabe „**aufgelöst**“ bzw. „**ausmultipliziert**“, d.h. unter den jeweils zutreffenden Fünfstellern direkt angegeben, sodass ein mühsames Suchen und Blättern entfällt (z.B. 5-071.–). Sind diese Listen zu umfangreich, so sind sie nicht aufgelöst, sondern jeweils einmal unter jedem zutreffenden Viersteller abgedruckt (z.B. 5-780.–). In diesen Fällen sind jedoch die Sechssteller zusätzlich auch dann unter einzelnen Fünfstellern aufgelistet, wenn für diese eine einschränkende Zuordnungsdefinition für die Sechssteller vorliegt (z.B. 5-782.6-)

1 DIAGNOSTISCHE MASSNAHMEN

1-10...1-10 Klinische Untersuchungen

1-10 Klinische Untersuchung

1-100 Klinische Untersuchung in Allgemeinanästhesie

Hinw.: Die Allgemeinanästhesie ist im Kode enthalten.

Dieser Kode ist nur dann zu verwenden, wenn die Untersuchung unter Anästhesie als selbständige Maßnahme durchgeführt wird. Erfolgt in der gleichen Sitzung ein invasiver oder operativer Eingriff, der eine Anästhesie erfordert, ist die Untersuchung nicht gesondert zu kodieren.

1-20...1-33 Untersuchungen einzelner Körpersysteme

Hinw.: Das Anästhesieverfahren bei einer diagnostischen Maßnahme kann zusätzlich kodiert werden, sofern die diagnostische Maßnahme üblicherweise ohne Allgemeinanästhesie durchgeführt wird (8-90).

1-20 Neurologische Untersuchungen

Hinw.: Das neurologische Monitoring ist gesondert zu kodieren (8-92).

1-202.– Diagnostik zur Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls

Hinw.: Diese Codes sind nur zu verwenden bei Diagnostik nach der jeweils gültigen Fortschreibung der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls (siehe im Zusammenhang mit einer Organspende auch § 5 und § 16 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Transplantationsgesetz).

Die durchgeführten Einzelmaßnahmen sind nicht gesondert zu kodieren.

1-202.0- Bei einem potenziellen Organspender

Hinw.: Als Datum der Leistungserbringung ist das Datum anzugeben, an welchem mit der Diagnostik des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls begonnen wurde.

Nicht angegeben werden dürfen diese Codes, wenn der Patient zu Lebzeiten einer möglichen Organspende widersprochen hat oder medizinische Kontraindikationen für eine Organspende vorliegen.

.00 Ohne Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls

.01 Mit Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls

1-202.1 Bei sonstigen Patienten

1-203.– Invasive Funktionsdiagnostik des Nervensystems

Exkl.: Invasive präoperative Video-EEG-Intensivdiagnostik bei Epilepsie (1-211)

Hinw.: Der Zugang ist gesondert zu kodieren (5-010 ff., 5-011 ff., 5-030 ff., 5-031 ff., 5-032 ff.).

1-203.0 Mit Stimulationselektroden, zerebral

1-203.1 Mit Stimulationselektroden, spinal

1-203.2 Mit pharmakologischer Testung

1-203.x Sonstige

1-203.y N.n.bez.

1-204.– Untersuchung des Liquorsystems

1-204.0 Messung des Hirndruckes

1-204.1 Messung des lumbalen Liquordruckes

- 1-204.2 Lumbale Liquorpunktion zur Liquorentnahme
 1-204.3 Subokzipitale Liquorpunktion zur Liquorentnahme
 1-204.4 Fontanellenpunktion zur Liquorentnahme
 1-204.5 Liquorentnahme aus einem liegenden Katheter
 1-204.6 Infusionstest
 1-204.7 Pharmakologischer Test
 1-204.x Sonstige
 1-204.y N.n.bez.

1-205 Elektromyographie [EMG]

Inkl.: Ausführliches Nadel-EMG
 Neuromuskuläre Frequenzbelastung
 Einzelfaser-EMG
 Makro-EMG
 Mehrkanalige EMG-Ableitung

1-206 Neurographie**1-207.– Elektroenzephalographie [EEG]**

- 1-207.0 Routine-EEG (10/20 Elektroden)
Inkl.: Provokationsmethoden
 1-207.1 Schlaf-EEG (10/20 Elektroden)
 1-207.2 Video-EEG (10/20 Elektroden)
Exkl.: Video-EEG im Rahmen der präoperativen und intraoperativen Epilepsiediagnostik (1-210, 1-211, 1-212 ff.)
Hinw.: Dauer mindestens 24 Stunden
 1-207.3 Mobiles Kassetten-EEG (10/20 Elektroden)
Hinw.: Dauer mindestens 4 Stunden
 1-207.x Sonstige
 1-207.y N.n.bez.

1-208.– Registrierung evozierter Potentiale

- 1-208.0 Akustisch [AEP]
 1-208.1 Früh-akustisch [FAEP/BERA]
 1-208.2 Somatosensorisch [SSEP]
 1-208.3 Früh-somatosensorisch [FSSEP]
 1-208.4 Motorisch [MEP]
 1-208.5 Spät-akustisch [CERA]
 1-208.6 Visuell [VEP]
 1-208.7 Kognitiv [KEP]
 1-208.8 Otoakustische Emissionen [OAE]
 1-208.9 Vestibulär myogen [VEMP]
Inkl.: Zervikale vestibulär evozierte myogene Potentiale [cVEMP]
 Okuläre vestibulär evozierte myogene Potentiale [oVEMP]
 1-208.x Sonstige
 1-208.y N.n.bez.

1-209 Komplexe Diagnostik bei Spina bifida

Inkl.: Sozialanamnese, Schul- und Arbeitsplatzanamnese, neuropsychologische und psychiatrische Diagnostik

Hinw.: Mit diesem Kode ist die multidisziplinäre somatische (Pädiatrie, Neurochirurgie, Orthopädie, Ophthalmologie, Urologie), psychologische und psychosoziale Diagnostik bei Patienten mit Spina bifida zu kodieren.

Die bildgebende Diagnostik (3-05), invasive funktionelle Diagnostik (Kap. 1) und EEG-Diagnostik (1-207 ff.) sind gesondert zu kodieren.

1-20a.– Andere neurophysiologische Untersuchungen

- 1-20a.2 Neurologische Untersuchung bei Bewegungsstörungen
 .20 Untersuchung der Pharmakosensitivität mit quantitativer Testung
 .21 Untersuchung der operativen Behandelbarkeit von Bewegungsstörungen

Hinw.: Die bildgebende Diagnostik ist gesondert zu kodieren (Kap. 3).

Mindestmerkmale:

- Quantitative Testung mit pharmakologischer Stimulation (ggf. mehrfach).
- Neuropsychologische und psychiatrische Untersuchung.
- Untersuchung auf den Ebenen Struktur, Funktion, Aktivität, Partizipation, sozialer Kontext.
- Beratung bezüglich eines lebensverändernden Eingriffs.

- 1-20a.3 Neurophysiologische Diagnostik bei Schwindelsyndromen
 .30 Elektro- und/oder Video-Nystagmographie
 .31 Video-Kopfimpulstest
 .32 Bestimmung der subjektiven visuellen Vertikalen
 .33 Posturographie

1-20b.– Magnetenzephalographie [MEG]

- 1-20b.0 Zur Lokalisation epileptischer Foci
 1-20b.1 Zur Lokalisation funktioneller Hirnareale
 1-20b.x Sonstige
 1-20b.y N.n.bez.

1-20c.– Navigierte transkranielle Magnetstimulation (nTMS)

- 1-20c.0 Zur Identifizierung von Hirnarealen für die Motorik (Motormapping)
 1-20c.1 Zur Identifizierung von Hirnarealen für die Sprache (Speechmapping)
 1-20c.x Sonstige
 1-20c.y N.n.bez.

1-21 Epilepsiediagnostik**1-210 Nichtinvasive Video-EEG-Intensivdiagnostik zur Klärung eines Verdachtes auf Epilepsie oder einer epilepsiechirurgischen Operationsindikation**

Hinw.: Dieser Kode umfasst:

- das Anbringen von dichtgesetzten Oberflächenelektroden und das ggf. durchgeführte Einbringen von Sphenoidalelektroden,
- das Video-EEG-Intensivmonitoring für in der Regel mindestens 3 Tage,
- die Begleitung, Dokumentation und Auswertung (Medizin, MTA, Medizintechnik, Medizinphysik),
- die psychosoziale Betreuung des Patienten während des diagnostischen Prozesses.

Für die Durchführung gelten die Qualitätsstandards der Arbeitsgemeinschaft für präoperative Epilepsiediagnostik und operative Epilepsitherapie.

Der Kode kann auch angewendet werden, wenn als Ergebnis der Video-EEG-Intensivdiagnostik im Sinne einer differenzialdiagnostischen Klärung nichtepileptische Anfälle diagnostiziert werden.

1-993 Automatisierte Anreicherung mit immunzytochemischer Detektion zirkulierender Tumorzellen [CTCs]

1-994 In-vitro-Bestimmung des Genexpressionsprofils mittels RNA aus Monozyten des peripheren Blutes bei Zustand nach Transplantation

1-999.– Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen

Hinw.: Die folgenden Positionen sind ausschließlich zur Kodierung von Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen zu benutzen, sofern sie nicht schon im Kode selbst enthalten sind. Sie dürfen nicht als selbständige Codes benutzt werden und sind nur im Sinne einer Zusatzkodierung zulässig.

1-999.0 Anwendung eines bronchopulmonalen elektromagnetischen Navigationssystems

Inkl.: Verwendung eines steuerbaren Katheters

1-999.1 Fluoreszenzgestützte diagnostische Verfahren

1-999.2- Diagnostische Anwendung eines flexiblen Ureterorenoskops

.20 Einmal-Ureterorenoskop

.2x Sonstige

3 BILDGEBENDE DIAGNOSTIK

3-03...3-05 Ultraschalluntersuchungen

Hinw.: Die Anwendung von 3D/4D-Technik und die intraoperative Anwendung der Verfahren sind gesondert zu kodieren (3-99).

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

Die zusätzliche quantitative Bestimmung von Parametern ist gesondert zu kodieren (3-993).

3-03 Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mit digitaler Bild- und Videodokumentation

Hinw.: Der untersuchende Arzt muss Facharzt im jeweiligen Fachgebiet sein.

3-030 Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mit Kontrastmittel

Exkl.: Stress-Echokardiographie mit Kontrastmittel (3-031)

Hinw.: Die Durchführung der Kontrastmittel-Sonographie setzt eine vorher durchgeführte Farbdopplersonographie voraus.

3-031 Komplexe differenzialdiagnostische transthorakale Stress-Echokardiographie

Inkl.: Ergometrische und pharmakologische Stress-Echokardiographie
Stress-Echokardiographie mit Kontrastmittel

3-032 Komplexe sonographische Erkrankungs- und Fehlbildungsdiagnostik bei Feten

Hinw.: Die Anwendung dieses Kodes setzt das Vorhandensein eines auffälligen Befundes nach Routine-diagnostik voraus.

3-033.– Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie bei Neugeborenen und Kleinkindern

3-033.0 Sonographie des Körperstammes

Hinw.: Die Anwendung dieses Kodes setzt den Einsatz der Farbdopplersonographie voraus.

Die Anwendung dieses Kodes setzt die Untersuchung von mindestens 4 Organen (z.B. Leber, Milz, Pankreas, Gallenwege, Nieren oder Herz) voraus. Die regionalen Lymphknotenstationen gehören zum jeweiligen Organ dazu.

3-034 Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking]

Inkl.: Elastographie von parenchymatösen Organen und Tumoren
High-End-Echokardiographie

3-035 Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung

Inkl.: B-Flow-Verfahren, Farbdopplersonographie/Farbduplexsonographie, fetomaternale Dopplersonographie

3-036 Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie bei Weichteiltumoren mit quantitativer Vermessung

Inkl.: Farbdopplersonographie, Sonographie zur postinterventionellen Kontrolle

Hinw.: Die Untersuchung der regionalen Lymphknotenstationen ist für die Anwendung des Kodes zwingend erforderlich.

3-90...3-90 Andere bildgebende Verfahren**3-90** Andere bildgebende Verfahren**3-900** Knochendichtemessung (alle Verfahren)**3-901** Elektroimpedanzspektroskopie der Haut**3-902** Radiofrequenzspektroskopie von Brustgewebe**3-99...3-99 Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren****3-99** Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren

Hinw.: Die folgenden Positionen sind ausschließlich zur Kodierung von Zusatzinformationen zur bildgebenden Diagnostik zu benutzen, sofern sie nicht schon im Code selbst enthalten sind. Sie dürfen nicht als selbständige Codes benutzt werden und sind nur im Sinne einer Zusatzkodierung zulässig.

3-990 Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung**3-991** Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung**3-992** Intraoperative Anwendung der Verfahren**3-993** Quantitative Bestimmung von Parametern

Hinw.: Unter „quantitativ“ ist z.B. die Messung von Organfunktionen, Flussparametern, Volumenfluss oder Widerstandsindizes zu verstehen.

3-994 Virtuelle 3D-Rekonstruktionstechnik**3-995** Dosimetrie zur Therapieplanung**3-996** Anwendung eines 3D-Bildwandlers

Hinw.: Dieser Code kann als Zusatzcode zu einem Code aus dem Kap. 5 angegeben werden.

3-997 Computertechnische Bildfusion verschiedener bildgebender Modalitäten

Inkl.: PET oder PET/CT mit MRT

3-998 Serieller Vergleich von mehr als zwei PET- oder PET/CT-Untersuchungen**5 OPERATIONEN****5-01...5-05 Operationen am Nervensystem**

Hinw.: Folgende Verfahren oder Operationsumstände sind zusätzlich zu kodieren, sofern sie nicht als eigener Code angegeben sind:

- mikrochirurgische Technik (5-984)
- Lasertechnik (5-985 ff.)
- minimalinvasive Technik (5-986 ff.)
- OP-Roboter (5-987 ff.)
- Navigationssystem (5-988 ff.)
- Operation im Rahmen der Versorgung einer Mehrfachverletzung (5-981)
- Operation im Rahmen der Versorgung eines Polytraumas (5-982 ff.)
- Durchführung einer Reoperation (5-983)
- vorzeitiger Abbruch einer Operation (5-995)
- Anwendung fluoreszenzgestützter Resektionsverfahren (5-989)
- Anwendung eines Endoskopiesystems (5-059.b), falls der Code für den Eingriff diese Information nicht enthält

5-01 Inzision (Trepanation) und Exzision an Schädel, Gehirn und Hirnhäuten

Inkl.: Operationen an intrakraniellen Anteilen von Hirnnerven oder intrakraniellen Ganglien

Hinw.: Eine durchgeführte präoperative Epilepsiediagnostik ist gesondert zu kodieren (1-210, 1-211).

5-010.– Schädelöffnung über die Kalotte

Exkl.: Kraniotomie und Kraniektomie als selbständiger Eingriff (5-012 ff.)
Stereotaktische Operationen (5-014 ff.)

Hinw.: Diese Codes sind lediglich zur Angabe des Zuganges im Rahmen einer Operation zu verwenden. Ausgenommen sind stereotaktische Operationen (5-014 ff.).

5-010.0- Kraniotomie (Kalotte)

- .00 Kalotte
- .01 Kalotte über die Mittellinie
- .02 Bifrontal
- .03 Temporal
- .04 Subokzipital
- .0x Sonstige

5-010.1- Kraniektomie (Kalotte)

- .10 Kalotte
- .11 Kalotte über die Mittellinie
- .12 Bifrontal
- .13 Temporal
- .14 Subokzipital
- .1x Sonstige

5-010.2 Bohrlochtrepanation

5-010.3 Stereotaktisch geführt

5-010.4 Kombinationen

5-010.x Sonstige

5-010.y N.n.bez.

5-011.– Zugang durch die Schädelbasis

Hinw.: Diese Codes sind lediglich zur Angabe des Zuganges im Rahmen einer Operation zu verwenden.
Ausgenommen sind stereotaktische Operationen (5-014).

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

5-012.– Inzision der Schädelknochen [Kraniotomie und Kraniektomie]

Hinw.: Mit einem Kode aus diesem Bereich ist nur die isolierte Kraniotomie oder Kraniektomie zu kodieren. Die Kraniotomie oder Kraniektomie als Zugang im Rahmen einer Operation ist gesondert zum jeweiligen Eingriff zu kodieren (5-010 ff.).

- 5-012.0 Dekompression
- 5-012.1 Drainage epiduraler Flüssigkeit
Inkl.: Drainage einer nichtinfektiösen Zyste
- 5-012.2 Entleerung eines epiduralen Hämatoms
Inkl.: Drainage
- 5-012.3 Entleerung eines epiduralen Empyems
Inkl.: Drainage
- 5-012.4 Entfernung eines Fremdkörpers aus einem Schädelknochen
Inkl.: Entfernung eines Fremdkörpers aus dem Epiduralraum
- 5-012.5 Entfernung von alloplastischem Material aus einem Schädelknochen
- 5-012.6 Reoperation mit Einbringen einer Drainage
- 5-012.7 Einlegen eines Medikamententrägers
- 5-012.8 Entfernung eines Medikamententrägers
Inkl.: Wechsel eines Medikamententrägers
- 5-012.x Sonstige
- 5-012.y N.n.bez.

5-013.– Inzision von Gehirn und Hirnhäuten

Inkl.: Instillation von Medikamenten

Exkl.: Stereotaktische Operationen (5-014 ff.)
Inzision von intrakraniellen Gefäßen (5-025.0)

Hinw.: Der Zugang ist gesondert zu kodieren (5-010 ff., 5-011 ff.).

- 5-013.0 Drainage von subduraler Flüssigkeit
Inkl.: Fensterung oder Entfernung einer Membran
Drainage einer nichtinfektiösen Zyste
- 5-013.1 Entleerung eines subduralen Hämatoms
Inkl.: Drainage
- 5-013.2 Entleerung eines subduralen Empyems
Inkl.: Drainage
- 5-013.3 Drainage intrazerebraler Flüssigkeit
Inkl.: Drainage intrazerebellärer Flüssigkeit
Drainage einer nichtinfektiösen Zyste
- 5-013.4 Entleerung eines intrazerebralen Hämatoms
Inkl.: Entleerung eines intrazerebellären Hämatoms
Drainage
- 5-013.5 Entleerung eines intrazerebralen Abszesses
Inkl.: Entleerung eines intrazerebellären Abszesses
Entleerung einer infektiösen Zyste
- 5-013.6 Entfernung eines intrazerebralen Fremdkörpers
Inkl.: Entfernung eines intrazerebellären Fremdkörpers
- 5-013.7 Leukotomie [Lobotomie] oder Traktotomie
Inkl.: Ausschaltung epileptogener Herde
 - .70 Cingulotomie
 - .71 Pallidotomie
 - .72 Thalamotomie
 - .73 Callosotomie
 - .74 Multiple subpiale Transsektionen, unilobulär
 - .75 Multiple subpiale Transsektionen, multilobulär
 - .76 Multiple Lobotomie
Inkl.: Hemisphärotomie bzw. funktionelle Hemisphärektomie
 - .7x Sonstige
- 5-013.8 Débridement einer Kontusion
- 5-013.x Sonstige
- 5-013.y N.n.bez.

5-014.– Stereotaktische Operationen an Schädel, Gehirn und Hirnhäuten

Exkl.: Stereotaktische Biopsie an intrakraniellm Gewebe (1-511 ff.)

Hinw.: Der Zugang ist im Kode enthalten.
Die stereotaktische Lokalisation ist im Kode enthalten.

- 5-014.0 Entleerung intrakranieller Flüssigkeit
Inkl.: Entleerung einer nichtinfektiösen Zyste
Exkl.: Stereotaktische Eingriffe am Liquorsystem (5-014.3)
- 5-014.1 Entleerung eines intrakraniellen Hämatoms

5-379.y N.n.bez.

5-37a.– Minimalinvasive Rekonstruktion des Perikards und des Herzens

5-37a.0 Transarterielle Implantation eines ventrikulären Partitionierungsimplantates

5-37a.1 Plastische Rekonstruktion des Myokardes mit myokardialem Verankerungssystem, Hybrideingriff

Exkl.: Plastische Rekonstruktion des Myokardes mit myokardialem Verankerungssystem (5-374.8)**Hinw.:** Die Mini-Thorakotomie ist im Kode enthalten.

Unter Hybrideingriff wird in diesem Fall die Kombination von minimalinvasiv chirurgischem und endovaskulärem Eingriff verstanden.

5-37a.x Sonstige

5-37a.y N.n.bez.

5-37b.– Offen chirurgische Implantation und Entfernung von Kanülen für die Anwendung eines extrakorporalen (herz- und) lungenunterstützenden Systems mit Gasaustausch**Hinw.:** Die Anwendung der ECMO oder der minimalisierten Herz-Lungen-Maschine ist gesondert zu kodieren (8-852 ff.).

Die Differenzierung in zentrale und periphere Gefäße erfolgt nach der Eintrittsstelle der Kanüle.

5-37b.0- Offen chirurgische Implantation von Kanülen in das Herz und/oder zentrale Gefäße

Hinw.: Der Zugang erfolgt über eine Sterno- oder Thorakotomie.

- .00 1 Kanüle
- .01 2 Kanülen
- .02 3 oder mehr Kanülen

5-37b.1- Offen chirurgische Implantation von Kanülen in periphere Gefäße ohne Gefäßprothese

Hinw.: Der Zugang erfolgt über eine offen chirurgische Freilegung des Gefäßes.

- .10 1 Kanüle
- .11 2 Kanülen
- .12 3 oder mehr Kanülen

5-37b.2- Offen chirurgische Implantation von Kanülen in periphere Gefäße mit Gefäßprothese

Hinw.: Der Zugang erfolgt über eine offen chirurgische Freilegung des Gefäßes.

- .20 1 Kanüle
- .21 2 Kanülen
- .22 3 oder mehr Kanülen

5-37b.3- Offen chirurgische Entfernung von Kanülen

- .30 1 Kanüle
- .31 2 Kanülen
- .32 3 oder mehr Kanülen

5-38...5-39 Operationen an den Blutgefäßen**Exkl.:** Operationen an den Koronargefäßen (5-36)
Operationen an intrakraniellen Blutgefäßen (5-025 ff., 5-026 ff., 5-027 ff.)
Operationen an intraspinalen Blutgefäßen (5-037 ff.)
(Perkutan-)transluminale Gefäßinterventionen (8-836 ff.)**Hinw.:** Folgende Verfahren oder Operationsumstände sind zusätzlich zu kodieren, sofern sie nicht als eigener Kode angegeben sind:

- mikrochirurgische Technik (5-984)
- Lasertechnik (5-985 ff.)
- minimalinvasive Technik (5-986 ff.)
- Operation im Rahmen der Versorgung einer Mehrfachverletzung (5-981)
- Operation im Rahmen der Versorgung eines Polytraumas (5-982 ff.)
- Durchführung einer Reoperation (5-983)
- vorzeitiger Abbruch einer Operation (5-995)
- Implantation von Stents (8-84) und die Angioplastie (8-836.0 ff.)
- Anwendung der Hybridchirurgie (5-98a.0)
- intraoperative Anwendung eines Embolieprotektionssystems (5-399.e)
- Art der Beschichtung von Gefäßprothesen (5-938 ff.)

5-38**Inzision, Exzision und Verschluss von Blutgefäßen****5-380.– Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen****Inkl.:** Fremdkörperentfernung
Exploration**Hinw.:** Die Inzision, Embolektomie und Thrombektomie aus Gefäßprothesen sind in der 5. Stelle entsprechend der Region für den proximalen Anschluss und in der 6. Stelle mit dem jeweiligen Kode für die Gefäßprothese zu kodieren.

5-380.0- Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals

- .00♦ A. carotis, n.n.bez.
- .01♦ A. carotis communis mit Sinus caroticus
- .02♦ A. carotis interna extrakraniell
- .03♦ A. carotis externa
- .04♦ A. vertebralis extrakraniell
- .05♦ A. carotis, Stent
- .06♦ Gefäßprothese
- .0x♦ Sonstige

5-380.1- Arterien Schulter und Oberarm

- .11♦ A. axillaris
- .12♦ A. brachialis
- .13♦ Gefäßprothese
- .1x♦ Sonstige

- 5-380.2- Arterien Unterarm und Hand
 .20♦ A. ulnaris
 .21♦ Arcus palmaris profundus
 .22♦ Arcus palmaris superficialis
 .23♦ Aa. digitales palmares communes
 .24♦ A. radialis
 .25♦ R. carpalis palmaris
 .26♦ R. carpalis dorsalis
 .27♦ A. princeps pollicis
 .28♦ Gefäßprothese
 .2x♦ Sonstige
- 5-380.3- Aorta
 .30 Aorta ascendens
 .31 Arcus aortae
 .32 Aorta thoracica
 .33 Aorta abdominalis
 .34 Aorta, Stent
 .35 Gefäßprothese
 .3x Sonstige
- 5-380.4- Arterien thorakal
 .40♦ A. subclavia
 .41♦ Truncus brachiocephalicus
 .42♦ A. pulmonalis
 .43♦ Gefäßprothese
 .4x♦ Sonstige
- 5-380.5- Arterien abdominal und pelvin
 .51♦ Aa. lumbales
 .52♦ A. iliaca, n.n.bez.
 .53♦ A. iliaca communis
 .54♦ A. iliaca externa
 .55♦ A. iliaca interna
 .56♦ Gefäßprothese
 .5x♦ Sonstige
- 5-380.6- Arterien viszeral
 .60 Truncus coeliacus
 .61 A. hepatica
 .62 A. gastrica
 .63 A. lienalis
 .64♦ A. renalis
 .65 A. mesenterica superior
 .66 A. mesenterica inferior
 .67 Gefäßprothese
 .6x♦ Sonstige

- 5-380.7- Arterien Oberschenkel
 .70♦ A. femoralis
 .71♦ A. profunda femoris
 .72♦ A. poplitea
 .73♦ Gefäßprothese
 .7x♦ Sonstige
- 5-380.8- Arterien Unterschenkel und Fuß
 .80♦ A. tibialis anterior
 .81♦ Aa. recurrentes
 .82♦ A. dorsalis pedis
 .83♦ A. tibialis posterior
 .84♦ A. fibularis
 .85♦ A. plantaris medialis
 .86♦ A. plantaris lateralis
 .87♦ Gefäßprothese
 .8x♦ Sonstige
- 5-380.9- Tiefe Venen
 .91♦ V. jugularis
 .92♦ V. pulmonalis
 .93♦ V. subclavia
 .94♦ V. axillaris
 .95♦ V. brachiocephalica
 .96 V. cava superior
 .97 V. cava inferior
 .98♦ V. iliaca communis
 .99♦ V. iliaca externa
 .9a♦ V. iliaca interna
 .9b♦ V. femoralis
 .9c♦ V. poplitea
 .9d V. portae
 .9e♦ V. gastrica
 .9f V. lienalis
 .9g V. mesenterica superior
 .9h V. mesenterica inferior
 .9j Vv. hepaticae
 .9k♦ V. renalis
 .9x♦ Sonstige
- 5-380.a- Oberflächliche Venen
 .a0♦ Kopf, extrakraniell, und Hals
 .a1♦ Schulter und Oberarm
 .a2♦ Unterarm und Hand
 .a3♦ Thorakal
 .a4♦ Abdominal
 .a5♦ Oberschenkel
 .a6♦ Unterschenkel und Fuß
 .ax♦ Sonstige
- 5-380.x♦ Sonstige
 5-380.y N.n.bez.
- 5-381.– Endarteriektomie**
Inkl.: Anbringen eines Patches
 Thrombendarteriektomie
Exkl.: Endarteriektomie der Koronararterien (5-360.0)
Hinw.: Die intraoperative Anlage eines temporären arterio-arteriellen Shunts ist gesondert zu kodieren (5-393.9).
 Die Endarteriektomie aus Gefäßprothesen ist in der 5. Stelle entsprechend der Region für den proximalen Anschluss und in der 6. Stelle mit dem jeweiligen Code für die Gefäßprothese zu kodieren.
- 5-381.0- Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals
 .00♦ A. carotis, n.n.bez.
 .01♦ A. carotis communis mit Sinus caroticus
 .02♦ A. carotis interna extrakraniell
 .03♦ A. carotis externa
 .04♦ A. vertebralis extrakraniell
 .05♦ A. carotis, Stent
 .06♦ Gefäßprothese
 .0x♦ Sonstige

5-78...5-86 Operationen an den Bewegungsorganen

Hinw.: Folgende Verfahren oder Operationsumstände sind zusätzlich zu kodieren, sofern sie nicht als eigener Kode angegeben sind:

- mikrochirurgische Technik (5-984)
- Lasertechnik (5-985 ff.)
- minimalinvasive Technik (5-986 ff.)
- OP-Roboter (5-987 ff.)
- Navigationssystem (5-988 ff.)
- Operation im Rahmen der Versorgung einer Mehrfachverletzung (5-981)
- Operation im Rahmen der Versorgung eines Polytraumas (5-982 ff.)
- Durchführung einer Reoperation (5-983)
- vorzeitiger Abbruch einer Operation (5-995)
- Anwendung von hypoallergem Material (5-931.0)

5-78

Operationen an anderen Knochen

Exkl.: Operationen an Gesichtsschädelknochen (5-76, 5-77)
 Operationen an Rippe und Sternum (5-34)
 Operationen an der Wirbelsäule (5-83)

Hinw.: Aufwendige Gipsverbände sind gesondert zu kodieren (8-310 ff.).
 Bei Verbundosteosynthesen ist die Verwendung des Zements zusätzlich zu kodieren (5-785.0 ff., 5-785.1 ff.).

5-780.– Inzision am Knochen, septisch und aseptisch

Inkl.: Saug-Spül-Drainage

Exkl.: Implantation von Knochenersatz (5-785)

Hinw.: Eine durchgeführte Knochen transplantation ist gesondert zu kodieren (5-784).
 Eine durchgeführte Osteosynthese ist gesondert zu kodieren (5-786).
 Die Lokalisation ist bei den mit ** gekennzeichneten Kodes in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:

- | | | |
|---------------------|-----------------------|------------------------|
| 0♦ Klavikula | b♦ Metakarpale | p♦ Fibula proximal |
| 1♦ Humerus proximal | c♦ Phalangen der Hand | q♦ Fibulaschaft |
| 2♦ Humerusschaft | d Becken | r♦ Fibula distal |
| 3♦ Humerus distal | e♦ Schenkelhals | s♦ Talus |
| 4♦ Radius proximal | f♦ Femur proximal | t♦ Kalkaneus |
| 5♦ Radiuschaft | g♦ Femurschaft | u♦ Tarsale |
| 6♦ Radius distal | h♦ Femur distal | v♦ Metatarsale |
| 7♦ Ulna proximal | j♦ Patella | w♦ Phalangen des Fußes |
| 8♦ Ulnaschaft | k♦ Tibia proximal | z♦ Skapula |
| 9♦ Ulna distal | m♦ Tibiaschaft | x♦ Sonstige |
| a♦ Karpale | n♦ Tibia distal | |

- **5-780.0- Exploration von Knochengewebe
- **5-780.1- Knochenbohrung
- **5-780.2- Drainage
- **5-780.3- Entfernung eines Fremdkörpers
- **5-780.4- Einlegen eines Medikamententrägers
Inkl.: Wechsel
- **5-780.5- Entfernen eines Medikamententrägers
- **5-780.6- Débridement
Inkl.: Drainage
 Ausräumung eines Panaritium ossale

- **5-780.7- Sequesterotomie
Inkl.: Débridement
 Entfernung eines Sequesters
- **5-780.8- Sequesterotomie mit Einlegen eines Medikamententrägers
Inkl.: Débridement
 Entfernung eines Sequesters
- **5-780.9- Kombination einer anderen Inzision mit Einlegen eines Medikamententrägers
- **5-780.x- Sonstige
- 5-780.y N.n.bez.

5-781.– Osteotomie und Korrekturosteotomie

Inkl.: Zeichnerische Planung

Exkl.: Patellaosteotomie (5-804.4)
 Osteotomie an Metatarsale und Phalangen des Fußes (5-788)

Hinw.: Eine durchgeführte Knochen transplantation ist gesondert zu kodieren (5-784).
 Eine durchgeführte Osteosynthese ist gesondert zu kodieren (5-786).
 Die Lokalisation ist bei den mit ** gekennzeichneten Kodes in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:

- | | | |
|---------------------|-----------------------|--------------------|
| 0♦ Klavikula | a♦ Karpale | n♦ Tibia distal |
| 1♦ Humerus proximal | b♦ Metakarpale | p♦ Fibula proximal |
| 2♦ Humerusschaft | c♦ Phalangen der Hand | q♦ Fibulaschaft |
| 3♦ Humerus distal | d Becken | r♦ Fibula distal |
| 4♦ Radius proximal | e♦ Schenkelhals | s♦ Talus |
| 5♦ Radiuschaft | f♦ Femur proximal | t♦ Kalkaneus |
| 6♦ Radius distal | g♦ Femurschaft | u♦ Tarsale |
| 7♦ Ulna proximal | h♦ Femur distal | z♦ Skapula |
| 8♦ Ulnaschaft | k♦ Tibia proximal | x♦ Sonstige |
| 9♦ Ulna distal | m♦ Tibiaschaft | |

- **5-781.0- Valgisierende Osteotomie
- **5-781.1- Varisierende Osteotomie
- **5-781.2- (De-)Rotationsosteotomie
- **5-781.3- Verkürzungsosteotomie
- **5-781.4- Verlängerungsosteotomie
- **5-781.5- Valgisierende (De-)Rotationsosteotomie
- **5-781.6- Varisierende (De-)Rotationsosteotomie
- **5-781.7- Kortikotomie bei Segmenttransport
- **5-781.8- Komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie
Exkl.: Arthroplastik am Hüftgelenk mit Osteotomie des Beckens (5-829.0)
- **5-781.9- Komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie mit Achsenkorrektur
- **5-781.a- Osteotomie ohne Achsenkorrektur
- **5-781.x- Sonstige
- 5-781.y N.n.bez.

Deutscher Ärzteverlag

5-782.– Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe

Inkl.: Entfernung osteochondraler Fragmente

Exkl.: Teilresektion der Patella (5-804.5)

Patellektomie (5-804.6)

Resektion an Metatarsale und Phalangen des Fußes (5-788 ff.)

Biopsie an Knochen durch Inzision (1-503 ff.)

Hinw.: Eine durchgeführte Endoprothesenimplantation ist gesondert zu kodieren (5-82).

Ein durchgeführter alloplastischer Knochenersatz ist gesondert zu kodieren (5-785 ff.).

Eine durchgeführte Knochentransplantation ist gesondert zu kodieren (5-784 ff.).

Eine durchgeführte Osteosynthese ist gesondert zu kodieren (5-786 ff.).

Die Weichteilresektion beinhaltet eine radikale Weichteilresektion.

Die Lokalisation ist bei den mit ** gekennzeichneten Codes in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:

0♦ Klavikula	a♦ Karpale	n♦ Tibia distal
1♦ Humerus proximal	b♦ Metakarpale	p♦ Fibula proximal
2♦ Humerusschaft	c♦ Phalangen der Hand	q♦ Fibulaschaft
3♦ Humerus distal	d Becken	r♦ Fibula distal
4♦ Radius proximal	e♦ Schenkelhals	s♦ Talus
5♦ Radiuschaft	f♦ Femur proximal	t♦ Kalkaneus
6♦ Radius distal	g♦ Femurschaft	u♦ Tarsale
7♦ Ulna proximal	h♦ Femur distal	z♦ Skapula
8♦ Ulnaschaft	k♦ Tibia proximal	x♦ Sonstige
9♦ Ulna distal	m♦ Tibiaschaft	

**5-782.1- Partielle Resektion mit Weichteilresektion

Inkl.: Exzision

**5-782.2- Partielle Resektion mit Kontinuitätsdurchtrennung

**5-782.3- Partielle Resektion mit Kontinuitätsdurchtrennung und Weichteilresektion

**5-782.4- Partielle Resektion mit Kontinuitätsdurchtrennung und Wiederherstellung der Kontinuität

**5-782.5- Partielle Resektion mit Kontinuitätsdurchtrennung, Wiederherstellung der Kontinuität und Weichteilresektion

5-782.6- Totale Resektion eines Knochens

.60♦ Klavikula	.6c♦ Phalangen der Hand	.6t♦ Kalkaneus
.62♦ Humerusschaft	.6d Becken	.6u♦ Tarsale
.65♦ Radiuschaft	.6g♦ Femurschaft	.6z♦ Skapula
.68♦ Ulnaschaft	.6m♦ Tibiaschaft	.6x♦ Sonstige
.6a♦ Karpale	.6q♦ Fibulaschaft	
.6b♦ Metakarpale	.6s♦ Talus	

5-782.7- Totale Resektion eines Knochens mit Weichteilresektion

.70♦ Klavikula	.7c♦ Phalangen der Hand	.7t♦ Kalkaneus
.72♦ Humerusschaft	.7d Becken	.7u♦ Tarsale
.75♦ Radiuschaft	.7g♦ Femurschaft	.7z♦ Skapula
.78♦ Ulnaschaft	.7m♦ Tibiaschaft	.7x♦ Sonstige
.7a♦ Karpale	.7q♦ Fibulaschaft	
.7b♦ Metakarpale	.7s♦ Talus	

5-782.8- Totale Resektion eines Knochens mit Ersatz

.80♦ Klavikula	.8c♦ Phalangen der Hand	.8t♦ Kalkaneus
.82♦ Humerusschaft	.8d Becken	.8u♦ Tarsale
.85♦ Radiuschaft	.8g♦ Femurschaft	.8z♦ Skapula
.88♦ Ulnaschaft	.8m♦ Tibiaschaft	.8x♦ Sonstige
.8a♦ Karpale	.8q♦ Fibulaschaft	
.8b♦ Metakarpale	.8s♦ Talus	

5-782.9- Totale Resektion eines Knochens mit Ersatz und Weichteilresektion

.90♦ Klavikula	.9c♦ Phalangen der Hand	.9t♦ Kalkaneus
.92♦ Humerusschaft	.9d Becken	.9u♦ Tarsale
.95♦ Radiuschaft	.9g♦ Femurschaft	.9z♦ Skapula
.98♦ Ulnaschaft	.9m♦ Tibiaschaft	.9x♦ Sonstige
.9a♦ Karpale	.9q♦ Fibulaschaft	
.9b♦ Metakarpale	.9s♦ Talus	

**5-782.a- Partielle Resektion, offen chirurgisch

Inkl.: Exzision

**5-782.b- Partielle Resektion, endoskopisch

Inkl.: Exzision

Hinw.: Die Resektion bei Pinzer-Deformität ist in der 6. Stelle mit d anzugeben.
Die Resektion bei Cam-Deformität ist in der 6. Stelle mit e anzugeben.

**5-782.x- Sonstige

5-782.y N.n.bez.

5-783.– Entnahme eines Knochentransplantates

Exkl.: Entnahme eines Knorpeltransplantates (5-801.a ff., 5-812.8 ff.).

Entnahme von Rippengewebe zur Transplantation (5-343.2, 5-343.4)

Hinw.: Eine durchgeführte Knochentransplantation ist gesondert zu kodieren (5-275 ff., 5-346.7, 5-77b ff., 5-784 ff.).

5-783.0- Spongiosa, eine Entnahmestelle

.00♦ Klavikula	.0b♦ Metakarpale	.0p♦ Fibula proximal
.01♦ Humerus proximal	.0c♦ Phalangen der Hand	.0q♦ Fibulaschaft
.02♦ Humerusschaft	.0d Becken	.0r♦ Fibula distal
.03♦ Humerus distal	.0e♦ Schenkelhals	.0s♦ Talus
.04♦ Radius proximal	.0f♦ Femur proximal	.0t♦ Kalkaneus
.05♦ Radiuschaft	.0g♦ Femurschaft	.0u♦ Tarsale
.06♦ Radius distal	.0h♦ Femur distal	.0v♦ Metatarsale
.07♦ Ulna proximal	.0j♦ Patella	.0w♦ Phalangen des Fußes
.08♦ Ulnaschaft	.0k♦ Tibia proximal	.0z♦ Skapula
.09♦ Ulna distal	.0m♦ Tibiaschaft	.0x♦ Sonstige
.0a♦ Karpale	.0n♦ Tibia distal	

5-783.1 Spongiosa, mehrere Entnahmestellen

Hinw.: Dieser Code ist im Geltungsbereich des G-DRG-Systems (§ 17b KHG) nicht zu verwenden, dafür ist bei mehreren Entnahmestellen jede Entnahmestelle gesondert zu kodieren (5-783.0 ff.).

5-93...5-99 Zusatzinformationen zu Operationen

Hinw.: Die folgenden Positionen sind ausschließlich zur Kodierung von Zusatzinformationen zu Operationen zu benutzen, sofern sie nicht schon im Kode selbst enthalten sind.
Sie dürfen nicht als selbständige Codes benutzt werden und sind nur im Sinne einer Zusatzkodierung zulässig.

5-93 Angaben zum Transplantat und zu verwendeten Materialien**5-930.– Art des Transplantates**

- 5-930.0- Autogen
 - .00 Ohne externe In-vitro-Aufbereitung
 - .01 Mit externer In-vitro-Aufbereitung
- 5-930.1 Syngen
- 5-930.2- Allogen
 - .20 AB0-kompatibel
 - .21 AB0-nichtkompatibel
- 5-930.3 Xenogen
- 5-930.4 Alloplastisch

5-931.– Art des verwendeten Knorpelersatz-, Knochenersatz- und Osteosynthesematerials

- 5-931.0 Hypoallergenes Material
Inkl.: Titan
- 5-931.1 (Teil-)resorbierbares Material
Inkl.: Magnesium, Composite-Material
- 5-931.2 Faserverbundwerkstoff
Inkl.: Carbonfaserverstärktes Material

5-932.– Art des verwendeten Materials für Gewebersatz und Gewebeverstärkung

Hinw.: Die durchgeführten organspezifischen Eingriffe sind gesondert zu kodieren.
Die Fläche des verwendeten Materials ist auf der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:

0 Weniger als 10 cm ²	5 300 cm ² bis unter 400 cm ²
1 10 cm ² bis unter 50 cm ²	6 400 cm ² bis unter 500 cm ²
2 50 cm ² bis unter 100 cm ²	7 500 cm ² bis unter 750 cm ²
3 100 cm ² bis unter 200 cm ²	8 750 cm ² bis unter 1.000 cm ²
4 200 cm ² bis unter 300 cm ²	9 1.000 cm ² oder mehr

- **5-932.1- (Teil-)resorbierbares synthetisches Material
Inkl.: Polyglycolide, Copolymere, Polytrimethylencarbonat
- **5-932.2- Composite-Material
- **5-932.3- Biologisches Material
Inkl.: Xenogenes Material, Kollagen
- **5-932.4- Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung
Inkl.: Polypropylen, Polyester, ePTFE, PVDF
- **5-932.5- Nicht resorbierbares Material, mit antimikrobieller Beschichtung
Inkl.: Polypropylen, Polyester, ePTFE, PVDF
Chlorhexidindiacetat, Silbercarbonat

- **5-932.6- Nicht resorbierbares Material, mit Titanbeschichtung
Inkl.: Polypropylen, Polyester, ePTFE, PVDF
- **5-932.7- Nicht resorbierbares Material, mit sonstiger Beschichtung
Inkl.: Polypropylen, Polyester, ePTFE, PVDF

5-933.– Verwendung von Membranen oder sonstigen Materialien zur Prophylaxe von Adhäsionen

- 5-933.0 Nicht resorbierbar
- 5-933.1 (Teil-)resorbierbar

5-934.– Verwendung von MRT-fähigem Material

- 5-934.0 Herzschrittmacher
- 5-934.1 Defibrillator
- 5-934.2 Ereignis-Rekorder
- 5-934.3 Neurostimulator, Ganzkörper-MRT-fähig
- 5-934.4 Eine oder mehrere permanente Elektroden zur Neurostimulation, Ganzkörper-MRT-fähig
- 5-934.x Sonstige

5-935.– Verwendung von beschichtetem Osteosynthesematerial

- 5-935.0 Mit Medikamentenbeschichtung
Inkl.: Antibiotikabeschichtung
- 5-935.x Mit sonstiger Beschichtung
Inkl.: Hydroxylapatitbeschichtung, Silberbeschichtung

5-936.– Verwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien

- 5-936.0 Nationale Genehmigung
Hinw.: Dieser Zusatzkode ist für die Verwendung von Gentherapeutika, somatischen Zelltherapeutika und biotechnologisch bearbeiteten Gewebeprodukten (Tissue-Engineering-Produkten) mit einer Genehmigung nach § 4b Arzneimittelgesetz anzugeben.
- 5-936.1 Internationale Zulassung
Hinw.: Dieser Zusatzkode ist für die Verwendung von Gentherapeutika, somatischen Zelltherapeutika und biotechnologisch bearbeiteten Gewebeprodukten (Tissue-Engineering-Produkten) mit einer Zulassung entsprechend der Verordnung Nr. 1394/2007 des Europäischen Parlaments und des Rates anzugeben.

5-937 Verwendung von thermomechanischem Osteosynthesematerial

Inkl.: Nitinol, Formgedächtnislegierung

5-938.– Art der Beschichtung von Gefäßprothesen

- 5-938.0 Bioaktive Oberfläche
- 5-938.x Sonstige

5-939.– Art der Konservierung von Organtransplantaten

Hinw.: Die jeweilige Organtransplantation ist gesondert zu kodieren.
Eine Organkonservierung kann normotherm oder hypotherm erfolgen. Eine Ex-vivo-Perfusion kann pulsatil oder nicht pulsatil angewendet werden.

- 5-939.0 Organkonservierung, ohne Anwendung einer Ex-vivo-Perfusion
- 5-939.1 Organkonservierung, mit Anwendung einer kontinuierlichen Ex-vivo-Perfusion und ohne Organfunktionsüberwachung

5-939.2 Organkonservierung, mit Anwendung einer kontinuierlichen Ex-vivo-Perfusion und mit Organfunktionsüberwachung

5-939.x Sonstige

5-98 Spezielle Operationstechniken und Operationen bei speziellen Versorgungssituationen

5-981 Versorgung bei Mehrfachverletzung

Hinw.: Dieser Zusatzkode ist nur für die Versorgung von Patienten anzuwenden, bei denen als Unfallfolge eine Mehrfachverletzung vorliegt, aber keine Lebensgefahr besteht.

5-982.– Versorgung bei Polytrauma

Hinw.: Dieser Zusatzkode ist nur für die Versorgung von Patienten anzuwenden, bei denen als Unfallfolge eine Verletzung mehrerer Organsysteme mit akuter Lebensgefahr besteht.

5-982.0 Operationen an Bewegungsorganen

5-982.1 Operationen an Bewegungsorganen, an Organen des Bauchraumes und Thoraxraumes und am Gesichtsschädel

5-982.2 Operationen an Bewegungsorganen, an Organen des Bauchraumes und Thoraxraumes und am ZNS

5-982.x Sonstige

5-982.y N.n.bez.

5-983 Reoperation

Hinw.: Dieser Zusatzkode ist anzuwenden bei der Wiedereröffnung des Operationsgebietes zur Behandlung einer Komplikation, zur Durchführung einer Rezidivoperation oder zur Durchführung einer anderen Operation in diesem Operationsgebiet. Sofern im organspezifischen Bereich ein entsprechender spezifischer Kode vorhanden ist, ist dieser zu verwenden.

5-984 Mikrochirurgische Technik

Hinw.: Unter mikrochirurgischen Eingriffen werden Operationen verstanden, die mithilfe eines Mikroskops und einer optischen Vergrößerung in entsprechender Operationstechnik unter maximaler Gewebeschonung durchgeführt werden.

5-985.– Lasertechnik

5-985.0 Argon- oder frequenzgedoppelter YAG-Laser

5-985.1 CO₂-Laser

5-985.2 Dioden-Laser

5-985.3 Erbium-YAG-Laser

5-985.4 Excimer-Laser

5-985.5 Femtosekunden-Laser

5-985.6 Neodym-YAG-Laser

5-985.7 Laser im Grünspektrum (490 – 560 nm)

Inkl.: KTP-Laser [Kalium-Titanyl-Phosphat-Laser], LBO-Laser [Lithium-Triborat-Laser]

5-985.8 Thulium-Laser

5-985.9 Holmium-Laser

5-985.x Sonstige

5-985.y N.n.bez.

5-986.– Minimalinvasive Technik

5-986.0 Endoskopische Operationen durch natürliche Körperöffnungen [NOTES]

.00 Transoraler Zugangsweg

.01 Transgastraler Zugangsweg

.02 Transvaginaler Zugangsweg

.03 Transkolischer Zugangsweg

.04 Transvesikaler Zugangsweg

.0x Sonstige

5-986.1 Durchführung einer Laparoskopie ohne Aufbau eines Pneumoperitoneums

Inkl.: Laparoskopie mittels eines Ballonsystems

5-986.2 Einsatz eines Single-Port-Systems bei laparoskopischen Operationen

5-986.x Sonstige

5-986.y N.n.bez.

5-987.– Anwendung eines OP-Roboters

5-987.0 Komplexer OP-Roboter

Hinw.: Ein komplexer Roboter ermöglicht eine Hand- und ggf. Fußbedienung über eine Computerkonsole zur

- Steuerung winkelbarer Instrumente mit insgesamt mindestens 7 Freiheitsgraden
- Übersetzung chirurgischer Handbewegungen in skalierte Bewegungen an gleichzeitig 3 oder mehr endoskopischen Instrumenten
- Kameraführung mit 3D-Bildübertragung

5-987.1 Roboterarm

Hinw.: Ein Roboterarm-gestütztes chirurgisches Assistenzsystem ist gekennzeichnet durch die aktive Limitierung durch den Roboterarm bei Überschreitung der geplanten Interventionsgrenzen unter Navigation. Der Roboterarm verfügt über mindestens 6 Freiheitsgrade.

5-987.x Sonstige

5-988.– Anwendung eines Navigationssystems

5-988.0 Radiologisch

5-988.1 Elektromagnetisch

5-988.2 Sonographisch

5-988.3 Optisch

5-988.x Sonstige

5-989 Fluoreszenzgestützte Therapieverfahren

5-98a.– Hybridtherapie

5-98a.0 Anwendung der Hybridchirurgie

Hinw.: Dieser Kode ist anzuwenden, wenn im Rahmen gefäßchirurgischer oder herzchirurgischer Maßnahmen ein perkutan-transluminale Verfahren aus den Bereichen 8-836 ff., 8-837 ff., 8-838 ff., 8-839 ff., 8-840 ff. oder 8-841 ff. mit einem offenen chirurgischen Zugang (z.B. zur Aorta oder zum Herzen) in gleicher Sitzung kombiniert wird.

5-98b.– Anwendung eines flexiblen Ureterorenoskops

5-98b.0 Einmal-Ureterorenoskop

5-98b.x Sonstige

5-98c.– Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme

Exkl.: Wundverschluss an Haut und Unterhaut
Clippen von Blutgefäßen

- 5-98c.0 Lineares Klammernahtgerät, offen chirurgisch, für die intrathorakale oder intraabdominale Anwendung
- 5-98c.1 Lineares Klammernahtgerät, laparoskopisch oder thorakoskopisch, für die intrathorakale oder intraabdominale Anwendung
- 5-98c.2 Zirkuläres Klammernahtgerät für die Anwendung am Gastrointestinaltrakt und/oder am Respirationstrakt
- 5-98c.3 Zirkuläres Klammernahtgerät für die Anwendung bei Gefäßanastomosen
- 5-98c.4 Gerät zur Fixierung von Stent-Prothesen durch Verschraubung
- 5-98c.5 Endoskopisches Nahtsystem
- 5-98c.x Sonstige
- 5-98c.y N.n.bez

5-98d.– Verwendung von patientenindividuell hergestelltem Instrumentarium

- 5-98d.0 CAD-CAM-Schnittblöcke
- 5-98d.x Sonstige

5-98e Intraoperative Blutflussmessung in Gefäßen

Inkl.: Messung mittels Ultraschallsonde oder elektromagnetischer Sonde
Exkl.: Dopplersonographie

5-98f Einsatz von Shavertechnik zur Weichteil- und Knochenabtragung bei Operationen an Nase, Nasennebenhöhlen und Gesichtsschädelknochen

Inkl.: pESS-Technik

5-99 Vorzeitiger Abbruch einer Operation**5-995 Vorzeitiger Abbruch einer Operation (Eingriff nicht komplett durchgeführt)****6 MEDIKAMENTE****6-00...6-00 Applikation von Medikamenten****6-00 Applikation von Medikamenten**

Exkl.: Applikation von Medikamenten zur Schmerztherapie (8-91)
Applikation von Medikamenten und Elektrolytlösungen über das Gefäßsystem bei Neugeborenen (8-010 ff.)

Hinw.: Ein Kode aus diesem Bereich ist nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben.
Die Applikation von zytostatischen Chemotherapeutika, Immuntherapie oder eine antiretrovirale Therapie sind mit einem Kode aus 8-54 zu kodieren und zusätzlich ggf. für jedes kodierbare Medikament (z.B. Zytostatika, Antikörper und Supportivmedikamente) mit einem Kode aus Kapitel „6 Medikamente“.

6-001.– Applikation von Medikamenten, Liste 1

- | | | |
|----------|-----------------------------|---------------------------------|
| 6-001.0- | Alemtuzumab, parenteral | |
| .00 | 30 mg bis unter 60 mg | .08 270 mg bis unter 300 mg |
| .01 | 60 mg bis unter 90 mg | .09 300 mg bis unter 330 mg |
| .02 | 90 mg bis unter 120 mg | .0a 330 mg bis unter 390 mg |
| .03 | 120 mg bis unter 150 mg | .0b 390 mg bis unter 450 mg |
| .04 | 150 mg bis unter 180 mg | .0c 450 mg bis unter 510 mg |
| .05 | 180 mg bis unter 210 mg | .0d 510 mg bis unter 570 mg |
| .06 | 210 mg bis unter 240 mg | .0e 570 mg oder mehr |
| .07 | 240 mg bis unter 270 mg | |
| 6-001.1- | Gemcitabin, parenteral | |
| .19 | 19,0 g bis unter 22,0 g | .1c 28,0 g bis unter 31,0 g |
| .1a | 22,0 g bis unter 25,0 g | .1d 31,0 g bis unter 34,0 g |
| .1b | 25,0 g bis unter 28,0 g | .1e 34,0 g oder mehr |
| 6-001.3- | Irinotecan, parenteral | |
| .3d | 2.000 mg bis unter 2.200 mg | .3g 2.600 mg bis unter 2.800 mg |
| .3e | 2.200 mg bis unter 2.400 mg | .3h 2.800 mg bis unter 3.000 mg |
| .3f | 2.400 mg bis unter 2.600 mg | .3j 3.000 mg oder mehr |
| 6-001.4- | Sargramostim, parenteral | |
| .40 | 2 mg bis unter 3 mg | .4c 14 mg bis unter 15 mg |
| .41 | 3 mg bis unter 4 mg | .4d 15 mg bis unter 16 mg |
| .42 | 4 mg bis unter 5 mg | .4e 16 mg bis unter 17 mg |
| .43 | 5 mg bis unter 6 mg | .4f 17 mg bis unter 18 mg |
| .44 | 6 mg bis unter 7 mg | .4g 18 mg bis unter 19 mg |
| .45 | 7 mg bis unter 8 mg | .4h 19 mg bis unter 20 mg |
| .46 | 8 mg bis unter 9 mg | .4j 20 mg bis unter 22 mg |
| .47 | 9 mg bis unter 10 mg | .4k 22 mg bis unter 24 mg |
| .48 | 10 mg bis unter 11 mg | .4m 24 mg bis unter 26 mg |
| .49 | 11 mg bis unter 12 mg | .4n 26 mg bis unter 28 mg |
| .4a | 12 mg bis unter 13 mg | .4p 28 mg bis unter 30 mg |
| .4b | 13 mg bis unter 14 mg | .4q 30 mg oder mehr |

6-001.8-	Aldesleukin, parenteral		
.80	45 Mio. IE bis unter 65 Mio. IE	.8b	325 Mio. IE bis unter 365 Mio. IE
.81	65 Mio. IE bis unter 85 Mio. IE	.8c	365 Mio. IE bis unter 405 Mio. IE
.82	85 Mio. IE bis unter 105 Mio. IE	.8d	405 Mio. IE bis unter 445 Mio. IE
.83	105 Mio. IE bis unter 125 Mio. IE	.8e	445 Mio. IE bis unter 485 Mio. IE
.84	125 Mio. IE bis unter 145 Mio. IE	.8f	485 Mio. IE bis unter 525 Mio. IE
.85	145 Mio. IE bis unter 165 Mio. IE	.8g	525 Mio. IE bis unter 565 Mio. IE
.86	165 Mio. IE bis unter 185 Mio. IE	.8h	565 Mio. IE bis unter 625 Mio. IE
.87	185 Mio. IE bis unter 205 Mio. IE	.8j	625 Mio. IE bis unter 685 Mio. IE
.88	205 Mio. IE bis unter 245 Mio. IE	.8k	685 Mio. IE bis unter 745 Mio. IE
.89	245 Mio. IE bis unter 285 Mio. IE	.8m	745 Mio. IE bis unter 805 Mio. IE
.8a	285 Mio. IE bis unter 325 Mio. IE	.8n	805 Mio. IE oder mehr
6-001.9-	Bortezomib, parenteral		
.90	1,5 mg bis unter 2,5 mg	.9a	11,5 mg bis unter 13,5 mg
.91	2,5 mg bis unter 3,5 mg	.9b	13,5 mg bis unter 15,5 mg
.92	3,5 mg bis unter 4,5 mg	.9c	15,5 mg bis unter 17,5 mg
.93	4,5 mg bis unter 5,5 mg	.9d	17,5 mg bis unter 19,5 mg
.94	5,5 mg bis unter 6,5 mg	.9e	19,5 mg bis unter 21,5 mg
.95	6,5 mg bis unter 7,5 mg	.9f	21,5 mg bis unter 23,5 mg
.96	7,5 mg bis unter 8,5 mg	.9g	23,5 mg bis unter 25,5 mg
.97	8,5 mg bis unter 9,5 mg	.9h	25,5 mg bis unter 27,5 mg
.98	9,5 mg bis unter 10,5 mg	.9j	27,5 mg bis unter 29,5 mg
.99	10,5 mg bis unter 11,5 mg	.9k	29,5 mg oder mehr
6-001.a-	Cetuximab, parenteral		
.a0	250 mg bis unter 350 mg	.aa	1.650 mg bis unter 1.850 mg
.a1	350 mg bis unter 450 mg	.ab	1.850 mg bis unter 2.150 mg
.a2	450 mg bis unter 550 mg	.ac	2.150 mg bis unter 2.450 mg
.a3	550 mg bis unter 650 mg	.ad	2.450 mg bis unter 2.750 mg
.a4	650 mg bis unter 750 mg	.ae	2.750 mg bis unter 3.050 mg
.a5	750 mg bis unter 850 mg	.af	3.050 mg bis unter 3.350 mg
.a6	850 mg bis unter 1.050 mg	.ah	3.350 mg bis unter 3.950 mg
.a7	1.050 mg bis unter 1.250 mg	.aj	3.950 mg bis unter 4.550 mg
.a8	1.250 mg bis unter 1.450 mg	.ak	4.550 mg oder mehr
.a9	1.450 mg bis unter 1.650 mg		

6-001.b-	Liposomales Doxorubicin, parenteral		
.b0	10 mg bis unter 20 mg		
	Hinw.: Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben.		
.b1	20 mg bis unter 30 mg		
	Hinw.: Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben.		
.b2	30 mg bis unter 40 mg	.bc	140 mg bis unter 160 mg
.b3	40 mg bis unter 50 mg	.bd	160 mg bis unter 180 mg
.b4	50 mg bis unter 60 mg	.be	180 mg bis unter 200 mg
.b5	60 mg bis unter 70 mg	.bf	200 mg bis unter 220 mg
.b6	70 mg bis unter 80 mg	.bg	220 mg bis unter 240 mg
.b7	80 mg bis unter 90 mg	.bh	240 mg bis unter 260 mg
.b8	90 mg bis unter 100 mg	.bj	260 mg bis unter 280 mg
.b9	100 mg bis unter 110 mg	.bk	280 mg bis unter 300 mg
.ba	110 mg bis unter 120 mg	.bm	300 mg bis unter 320 mg
.bb	120 mg bis unter 140 mg	.bn	320 mg oder mehr
6-001.c-	Pemetrexed, parenteral		
.c0	600 mg bis unter 700 mg	.ca	2.000 mg bis unter 2.200 mg
.c1	700 mg bis unter 800 mg	.cb	2.200 mg bis unter 2.400 mg
.c2	800 mg bis unter 900 mg	.cc	2.400 mg bis unter 2.600 mg
.c3	900 mg bis unter 1.000 mg	.cd	2.600 mg bis unter 2.800 mg
.c4	1.000 mg bis unter 1.100 mg	.ce	2.800 mg bis unter 3.000 mg
.c5	1.100 mg bis unter 1.200 mg	.cf	3.000 mg bis unter 3.300 mg
.c6	1.200 mg bis unter 1.400 mg	.cg	3.300 mg bis unter 3.600 mg
.c7	1.400 mg bis unter 1.600 mg	.ch	3.600 mg bis unter 3.900 mg
.c8	1.600 mg bis unter 1.800 mg	.cj	3.900 mg oder mehr
.c9	1.800 mg bis unter 2.000 mg		
6-001.d-	Adalimumab, parenteral		
.d0	10 mg bis unter 25 mg		
	Hinw.: Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben.		
.d1	25 mg bis unter 40 mg		
	Hinw.: Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben.		
.d2	40 mg bis unter 80 mg	.d8	280 mg bis unter 320 mg
.d3	80 mg bis unter 120 mg	.d9	320 mg bis unter 360 mg
.d4	120 mg bis unter 160 mg	.da	360 mg bis unter 400 mg
.d5	160 mg bis unter 200 mg	.db	400 mg bis unter 440 mg
.d6	200 mg bis unter 240 mg	.dc	440 mg oder mehr
.d7	240 mg bis unter 280 mg		

8 NICHTOPERATIVE THERAPEUTISCHE MASSNAHMEN

8-01...8-02 Applikation von Medikamenten und Nahrung und therapeutische Injektion

8-01 Applikation von Medikamenten und Nahrung

Exkl.: Applikation von Medikamenten zur Schmerztherapie (8-91)
Applikation von Medikamenten (Kap. 6)

Hinw.: Ein Kode aus diesem Bereich ist jeweils nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben.

8-010.– Applikation von Medikamenten und Elektrolytlösungen über das Gefäßsystem bei Neugeborenen

Exkl.: Parenterale Ernährung als medizinische Hauptbehandlung (8-016)
Komplette parenterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung (8-018 ff.)
Infusion von Volumenersatzmitteln bei Neugeborenen (8-811 ff.)

Hinw.: Ein Kode aus diesem Bereich ist nur anzugeben, wenn Medikamente und Elektrolytlösungen kontinuierlich mehr als 24 Stunden über das Gefäßsystem verabreicht werden.

Ein Kode aus diesem Bereich ist nicht anzugeben, wenn diese Verfahren Bestandteil der Wiederbelebung bei der Geburt sind oder als Komponente in einem bereits dokumentierten Kode enthalten sind.

8-010.1 Intraarteriell, kontinuierlich

8-010.3 Intravenös, kontinuierlich

8-010.x Sonstige

8-010.y N.n.bez.

8-011.– Intrathekale und intraventrikuläre Applikation von Medikamenten durch Medikamentenpumpen

Exkl.: Intrathekale Instillation von zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren (8-541.0)

8-011.1 Wiederbefüllung einer implantierten Medikamentenpumpe mit konstanter Flussrate

Inkl.: Zur Schmerztherapie

8-011.2 Wiederbefüllung und Programmierung einer implantierten, programmierbaren Medikamentenpumpe mit kontinuierlicher Abgabe bei variablem Tagesprofil

Inkl.: Zur Schmerztherapie

8-011.3- Postoperative intrathekale und intraventrikuläre Medikamentendosis-Anpassung nach Anlage der Medikamentenpumpe

Inkl.: Schmerz- oder Spastiktherapie

.30 Bei einer externen Medikamentenpumpe

.31 Bei einer implantierten Medikamentenpumpe mit konstanter Flussrate

.32 Bei einer implantierten programmierbaren Medikamentenpumpe mit kontinuierlicher Abgabe bei variablem Tagesprofil

8-011.x Sonstige

8-011.y N.n.bez.

8-015.– Enterale Ernährungstherapie als medizinische Hauptbehandlung

Hinw.: Die Erstellung des Behandlungsplanes ist im Kode enthalten.

- 8-015.0 Über eine Sonde
- 8-015.1 Über ein Stoma
- 8-015.2 Therapeutische Hyperalimentation
- 8-015.x Sonstige
- 8-015.y N.n.bez.

8-016 Parenterale Ernährungstherapie als medizinische Hauptbehandlung

Hinw.: Die Erstellung des Behandlungsplanes ist im Kode enthalten.

8-017.– Enterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung

Hinw.: Bei intensivmedizinisch behandelten Patienten ist ein Kode aus diesem Bereich nicht anzugeben.
Die Erstellung des Behandlungsplanes ist im Kode enthalten.
Die enterale Ernährung erfolgt über eine Sonde bzw. ein Stoma.

- 8-017.0 Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage
- 8-017.1 Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage
- 8-017.2 Mindestens 21 Behandlungstage

8-018.– Komplette parenterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung

Hinw.: Bei intensivmedizinisch behandelten Patienten ist ein Kode aus diesem Bereich nicht anzugeben
Eine komplette parenterale Ernährung enthält die Makronährstoffe Glukose, Fette und Aminosäuren und die Mikronährstoffe fett- und wasserlösliche Vitamine und Spurenelemente.
Die Erstellung des Behandlungsplanes ist im Kode enthalten.
Die parenterale Ernährung erfolgt zentralvenös.

- 8-018.0 Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage
- 8-018.1 Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage
- 8-018.2 Mindestens 21 Behandlungstage

8-02**Therapeutische Injektion**

Hinw.: Ein Kode aus diesem Bereich ist jeweils nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben.

8-020.– Therapeutische Injektion

- 8-020.0♦ Auge
 - Inkl.:* Subkonjunktivale Injektion
 - Exkl.:* Vorderkammerspülung mit Einbringen von Medikamenten (5-139.12)
Injektion von Medikamenten in den hinteren Augenabschnitt (5-156.9)
- 8-020.1 Harnorgane
 - Exkl.:* Injektionsbehandlung der Harnblase (5-579.6 ff.)
- 8-020.2 Männliche Geschlechtsorgane
- 8-020.3 Weibliche Geschlechtsorgane
- 8-020.4♦ Bänder, Sehnen oder Bindegewebe
- 8-020.5♦ Gelenk oder Schleimbeutel
 - Inkl.:* Therapeutische Aspiration und Entleerung durch Punktion
 - Exkl.:* Chemische Synoviorthese (8-020.b)
Radiosynoviorthese (8-530.3)
- 8-020.6 Leber
- 8-020.7 Bandscheibe
 - Hinw.:* Dieser Kode erfordert zwingend die Anwendung eines bildgebenden Verfahrens.
Die Anwendung des bildgebenden Verfahrens ist im Kode enthalten.
- 8-020.8 Systemische Thrombolyse
- 8-020.b♦ Chemische Synoviorthese
 - Inkl.:* Kryotherapie und Entlastung nach erfolgter Injektion
 - Exkl.:* Radiosynoviorthese (8-530.3)
- 8-020.c Thrombininjektion nach Anwendung eines Katheters in einer Arterie
 - Hinw.:* Mit diesem Kode ist die Thrombininjektion bei Nachblutung oder Aneurysma spurium nach einer diagnostischen oder interventionellen Anwendung eines Katheters in einer Arterie zu kodieren.
Eine durchgeführte Sonographie ist im Kode enthalten.
- 8-020.d Intraventrikuläre oder intrazerebrale Thrombolyse über Drainagekatheter
- 8-020.x♦ Sonstige
- 8-020.y N.n.bez.

8-98f.e 16561 bis 19320 Aufwandspunkte

8-98f.f 19321 oder mehr Aufwandspunkte

8-98g.– Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht- multiresistenten isolationspflichtigen Erregern

Inkl.: Isolation bei Infektionen durch Noro- und Rotaviren
Isolation bei Kolitis durch Clostridium difficile
Isolation bei respiratorischen Infektionen durch Influzaviren, RSV (Respiratory Syncytial Virus) oder Parainfluzaviren
Isolation bei Tuberkulose

Exkl.: Isolation bei Verdacht auf Besiedelung oder Infektion mit nicht-multiresistenten isolationspflichtigen Erregern mit anschließendem negativem Befund

Hinw.: Mindestmerkmale:

- Behandlung durch speziell eingewiesenes medizinisches Personal, in Zusammenarbeit mit dem Krankenhaushygieniker und/oder der/dem Krankenschwester/-pfleger für Krankenhaushygiene (Hygienefachkraft) unter Aufsicht des Krankenhaushygienikers unter Berücksichtigung aktueller Behandlungs- und Pflegestandards.
- Durchführung von speziellen Untersuchungen zur Feststellung der Besiedelung oder Infektion mit einem nicht-multiresistenten isolationspflichtigen Erreger.
- Durchführung von strikter Isolierung (Einzel- oder Kohortenisolierung) mit eigenem Sanitärbereich oder Bettstuhl (Vermeidung von Kreuzinfektionen). Die Isolation wird gemäß den jeweils aktuellen Richtlinien des Robert Koch-Instituts (RKI) aufrechterhalten.
- Wechsel von Bettwäsche, Bekleidung und Utensilien der Körperpflege (Waschlappen u.Ä.) gemäß den jeweils aktuellen Richtlinien des Robert Koch-Instituts (RKI), ggf. täglich.
- Schutzmaßnahmen bei Betreten und Verlassen des Zimmers (zimmerbezogener Schutzkittel, Handschuhe, ggf. Mund-Nasen-Schutz, Einschleusen, Ausschleusen etc.).
- Besondere Maßnahmen der Händedesinfektion vor und nach Patientenkontakt beim Umgang mit sporenbildenden Bakterien (alkoholische Desinfektion und Waschen der Hände).
- Tägliche Desinfektion patientennaher Flächen gemäß den jeweils aktuellen Richtlinien des Robert Koch-Instituts (RKI), ggf. mehrmals und/oder unter Einsatz besonderer Flächen-desinfektionsmittel.
- Mindestens tägliche Fußbodendesinfektion und einmalige Schlussdesinfektion ggf. unter Einsatz besonderer Flächendesinfektionsmittel.
- Patienten- und Angehörigengespräche (ggf. auch Gespräche mit betreuenden Personen) zum Umgang mit nicht-multiresistenten isolationspflichtigen Erregern.
- Spezifische Maßnahmen zur Behandlung oder Eradikation des Erregers nach den jeweils aktuellen Empfehlungen des Robert Koch-Instituts (RKI).
- Durchführung der folgenden Maßnahmen, wenn erforderlich:
 - Einsatz von erregerspezifischen Chemotherapeutika/Antibiotika,
 - Durchführung der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen unter besonderen räumlich-organisatorischen Bedingungen (z.B. im Patientenzimmer statt im Funktionsbereich; wenn in Funktionsbereichen, dann mit unmittelbar anschließender Schlussdesinfektion).

8-98g.0- Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit

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

- .00 Bis zu 4 Behandlungstage
- .01 Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage
- .02 Mindestens 10 bis höchstens 14 Behandlungstage
- .03 Mindestens 15 bis höchstens 19 Behandlungstage
- .04 Mindestens 20 Behandlungstage

8-98g.1- Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit

- .10 Bis zu 4 Behandlungstage
- .11 Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage
- .12 Mindestens 10 bis höchstens 14 Behandlungstage

.13 Mindestens 15 bis höchstens 19 Behandlungstage

.14 Mindestens 20 Behandlungstage

8-98h.– Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst

Exkl.: Palliativmedizinische Komplexbehandlung (8-982 ff.)
Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung (8-98e ff.)

Hinw.: Ein Kode aus diesem Bereich ist jeweils nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben
Mindestmerkmale:

- Der Palliativdienst ist ein abteilungsübergreifend tätiges, organisatorisch eigenständiges, multi-professionelles und auf die komplexe Palliativbehandlung spezialisiertes Team, bestehend aus ärztlichem Dienst, pflegerischem Dienst und mindestens einem Vertreter eines weiteren Bereiches: Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Psychologie/Psychotherapie, Physiotherapie, Ergotherapie. Er bietet seine Leistungen zur Mitbehandlung von Patienten in einer fallführenden Abteilung an und stimmt diese mit der fallführenden Abteilung ab.
- Ärztliche Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin und pflegerische Leitung durch eine Pflegefachkraft mit Nachweis einer anerkannten curricularen palliativpflegerischen Zusatzqualifikation von mindestens 160 Stunden (jeweils mit mindestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisierten Palliativversorgung).
- 24-stündige Erreichbarkeit und Anwesenheit bei fachlicher Notwendigkeit eines Facharztes aus dem Palliativdienst für die fallführende Abteilung.
- Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Behandlung durch den Palliativdienst.
- Erstellung eines mit der fallführenden Abteilung abgestimmten, individuellen Behandlungsplans zu Beginn der Behandlung durch den Palliativdienst.
- Patientenindividuelle Verlaufsdokumentation palliativmedizinischer Behandlungsziele und Behandlungsergebnisse durch den Palliativdienst.
- Aktive, ganzheitliche Behandlung zur Symptomkontrolle und psychosozialen Stabilisierung ohne kurative Intention und im Allgemeinen ohne Beeinflussung der Grunderkrankung von Patienten mit einer progredienten, fortgeschrittenen Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung, ggf. unter Einbeziehung ihrer Angehörigen, ergänzend zu der Behandlung der fallführenden Abteilung.
- Wöchentliche Teambesprechung des Palliativdienstes mit Anwesenheit der ärztlichen Behandlungsleitung und der pflegerischen Leitung oder deren Stellvertreter sowie mindestens einem weiteren Vertreter der an der Patientenversorgung beteiligten Berufsgruppen des Palliativdienstes.
- Bedarfsgerecht vorausschauende Versorgungsplanung und Koordination der Palliativversorgung z.B. durch Indikationsstellung zur Vermittlung und Überleitung zu nachfolgenden Betreuungsförmern der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung unter besonderer Berücksichtigung der Notfallvorausplanung.
- Ggf. bedarfsgerechte Vermittlung zu qualifizierten und kontinuierlichen Unterstützungsangeboten für Angehörige.
- Der Zeitaufwand, der von Ärzten des Palliativdienstes, von Pflegefachkräften des Palliativdienstes und von Vertretern der oben genannten Bereiche des Palliativdienstes am Patienten sowie patientenbezogen an seinen Angehörigen/Bezugspersonen erbracht wurde, wird über den gesamten stationären Aufenthalt addiert und entsprechend kodiert.

8-98h.0- Durch einen internen Palliativdienst

Hinw.: Ein Kode aus diesem Bereich ist nur zu verwenden, wenn der Palliativdienst des Krankenhauses, in dem der Patient stationär behandelt wird, die palliativmedizinische Behandlung durchführt.

- .00 Bis unter 2 Stunden .06 15 bis unter 20 Stunden
- .01 2 bis unter 4 Stunden .07 20 bis unter 25 Stunden
- .02 4 bis unter 6 Stunden .08 25 bis unter 35 Stunden
- .03 6 bis unter 9 Stunden .09 35 bis unter 45 Stunden
- .04 9 bis unter 12 Stunden .0a 45 bis unter 55 Stunden
- .05 12 bis unter 15 Stunden .0b 55 oder mehr Stunden

8-98h.1- Durch einen externen Palliativdienst

Hinw.: Ein Kode aus diesem Bereich ist nur zu verwenden, wenn der Palliativdienst eines externen Leistungserbringers die palliativmedizinische Behandlung durchführt.

.10	Bis unter 2 Stunden	.16	15 bis unter 20 Stunden
.11	2 bis unter 4 Stunden	.17	20 bis unter 25 Stunden
.12	4 bis unter 6 Stunden	.18	25 bis unter 35 Stunden
.13	6 bis unter 9 Stunden	.19	35 bis unter 45 Stunden
.14	9 bis unter 12 Stunden	.1a	45 bis unter 55 Stunden
.15	12 bis unter 15 Stunden	.1b	55 oder mehr Stunden

8-99...8-99 Zusatzinformationen zu nichtoperativen therapeutischen Maßnahmen

Hinw.: Die folgenden Positionen sind ausschließlich zur Kodierung von Zusatzinformationen zu nichtoperativen therapeutischen Maßnahmen zu benutzen, sofern diese nicht schon im Kode selbst enthalten sind. Sie dürfen nicht als selbständige Codes benutzt werden und sind nur im Sinne einer Zusatzkodierung zulässig.

8-99 Zusatzinformationen zu nichtoperativen therapeutischen Maßnahmen

8-990 Anwendung eines Navigationssystems

Inkl.: Remote Navigation

9 ERGÄNZENDE MASSNAHMEN

9-20...9-20 Pflege und Versorgung von Patienten

9-20 Hochaufwendige Pflege von Patienten

9-200.– Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen

Exkl.: Hochaufwendige Pflege von Kindern und Jugendlichen [PKMS-J] (9-201 ff.)

Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern [PKMS-K] (9-202 ff.)

Hochaufwendige Pflege von Frühgeborenen, Neugeborenen und Säuglingen (PKMS-F) (9-203 ff.)

Hinw.: Ein Kode aus diesem Bereich ist nur für Leistungen anzugeben, die in Einrichtungen im Geltungsbereich des § 17b KHG erbracht wurden.

Ein Kode aus diesem Bereich ist für Patienten ab dem Beginn des 19. Lebensjahres anzugeben.

Mindestmerkmale:

- Ein Kode aus diesem Bereich ist anzugeben, wenn in einem oder mehreren Leistungsbereichen die Bedingungen des Pflegekomplexmaßnahmen-Scores für Erwachsene [PKMS-E] erfüllt sind. Die sich daraus ergebenden Aufwandspunkte werden täglich addiert. Die Gesamtanzahl der Aufwandspunkte errechnet sich aus der Summe der täglich ermittelten Punkte aus dem PKMS-E über die Verweildauer des Patienten. Aufwandspunkte, die am Aufnahme- und/oder Entlassungstag entstehen, werden mitberücksichtigt.
- Die pflegerischen Leistungen werden durch examinierte Pflegefachkräfte mit dreijähriger Ausbildung oder unter deren Verantwortung erbracht.
- Die zu verwendenden Parameter des PKMS-E und weitere Nutzungshinweise sind im Anhang zum OPS zu finden.

9-200.0-	37 bis 71 Aufwandspunkte
.00	37 bis 42 Aufwandspunkte
.01	43 bis 56 Aufwandspunkte
.02	57 bis 71 Aufwandspunkte
9-200.1	72 bis 100 Aufwandspunkte
9-200.5	101 bis 129 Aufwandspunkte
9-200.6	130 bis 158 Aufwandspunkte
9-200.7	159 bis 187 Aufwandspunkte
9-200.8	188 bis 216 Aufwandspunkte
9-200.9	217 bis 245 Aufwandspunkte
9-200.a	246 bis 274 Aufwandspunkte
9-200.b	275 bis 303 Aufwandspunkte
9-200.c	304 bis 332 Aufwandspunkte
9-200.d	333 bis 361 Aufwandspunkte
9-200.e	362 oder mehr Aufwandspunkte

9-201.– Hochaufwendige Pflege von Kindern und Jugendlichen

Exkl.: Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen [PKMS-E] (9-200 ff.)
 Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern [PKMS-K] (9-202 ff.)
 Hochaufwendige Pflege von Frühgeborenen, Neugeborenen und Säuglingen (PKMS-F) (9-203 ff.)

Hinw.: Ein Kode aus diesem Bereich ist nur für Leistungen anzugeben, die in Einrichtungen im Geltungsbereich des § 17b KHG erbracht wurden.

Ein Kode aus diesem Bereich ist für Patienten ab dem Beginn des 7. Lebensjahres bis zum Ende des 18. Lebensjahres anzugeben. Er kann in Ausnahmefällen auch für Erwachsene angegeben werden, wenn deren Behandlung in einer Abteilung oder Klinik für Kinder- und Jugendmedizin erforderlich ist.

Mindestmerkmale:

- Ein Kode aus diesem Bereich ist anzugeben, wenn in einem oder mehreren Leistungsbereichen die Bedingungen des Pflegekomplexmaßnahmen-Scores für Kinder und Jugendliche [PKMS-J] erfüllt sind. Die sich daraus ergebenden Aufwandspunkte werden täglich addiert. Die Gesamtanzahl der Aufwandspunkte errechnet sich aus der Summe der täglich ermittelten Punkte aus dem PKMS-J über die Verweildauer des Patienten. Aufwandspunkte, die am Aufnahme- und/oder Entlassungstag entstehen, werden mitberücksichtigt.
- Die pflegerischen Leistungen werden durch examinierte Gesundheits- und Kinderkrankenschwester/-innen mit dreijähriger Ausbildung oder unter deren Verantwortung erbracht.
- Die zu verwendenden Parameter des PKMS-J und weitere Nutzungshinweise sind im Anhang zum OPS zu finden.

9-201.0-	37 bis 71 Aufwandspunkte
.00	37 bis 42 Aufwandspunkte
.01	43 bis 56 Aufwandspunkte
.02	57 bis 71 Aufwandspunkte
9-201.1	72 bis 100 Aufwandspunkte
9-201.5	101 bis 129 Aufwandspunkte
9-201.6	130 bis 158 Aufwandspunkte
9-201.7	159 bis 187 Aufwandspunkte
9-201.8	188 bis 216 Aufwandspunkte
9-201.9	217 bis 245 Aufwandspunkte
9-201.a	246 bis 274 Aufwandspunkte
9-201.b	275 bis 303 Aufwandspunkte
9-201.c	304 bis 332 Aufwandspunkte
9-201.d	333 bis 361 Aufwandspunkte
9-201.e	362 oder mehr Aufwandspunkte

9-202.– Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern

Exkl.: Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen [PKMS-E] (9-200 ff.)
 Hochaufwendige Pflege von Kindern und Jugendlichen [PKMS-J] (9-201 ff.)
 Hochaufwendige Pflege von Frühgeborenen, Neugeborenen und Säuglingen (PKMS-F) (9-203 ff.)

Hinw.: Ein Kode aus diesem Bereich ist nur für Leistungen anzugeben, die in Einrichtungen im Geltungsbereich des § 17b KHG erbracht wurden.

Ein Kode aus diesem Bereich ist für Patienten ab dem Beginn des 2. Lebensjahres bis zum Ende des 6. Lebensjahres anzugeben.

Mindestmerkmale:

- Ein Kode aus diesem Bereich ist anzugeben, wenn in einem oder mehreren Leistungsbereichen die Bedingungen des Pflegekomplexmaßnahmen-Scores für Kleinkinder [PKMS-K] erfüllt sind. Die sich daraus ergebenden Aufwandspunkte werden täglich addiert. Die Gesamtanzahl der Aufwandspunkte errechnet sich aus der Summe der täglich ermittelten Punkte aus dem PKMS-K über die Verweildauer des Patienten. Aufwandspunkte, die am Aufnahme- und/oder Entlassungstag entstehen, werden mitberücksichtigt.
- Die pflegerischen Leistungen werden durch examinierte Gesundheits- und Kinderkrankenschwester/-innen mit dreijähriger Ausbildung oder unter deren Verantwortung erbracht.
- Die zu verwendenden Parameter des PKMS-K und weitere Nutzungshinweise sind im Anhang zum OPS zu finden.

9-202.0-	37 bis 71 Aufwandspunkte
.00	37 bis 42 Aufwandspunkte
.01	43 bis 56 Aufwandspunkte
.02	57 bis 71 Aufwandspunkte
9-202.1	72 bis 100 Aufwandspunkte
9-202.5	101 bis 129 Aufwandspunkte
9-202.6	130 bis 158 Aufwandspunkte
9-202.7	159 bis 187 Aufwandspunkte
9-202.8	188 bis 216 Aufwandspunkte
9-202.9	217 bis 245 Aufwandspunkte
9-202.a	246 bis 274 Aufwandspunkte
9-202.b	275 bis 303 Aufwandspunkte
9-202.c	304 bis 332 Aufwandspunkte
9-202.d	333 bis 361 Aufwandspunkte
9-202.e	362 oder mehr Aufwandspunkte

9-80...9-80 Andere Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen

Hinw.: Ein Kode aus diesem Bereich ist nur für Leistungen anzugeben, die in Einrichtungen im Geltungsbereich des § 17d KHG erbracht wurden.
Die gleichzeitige somatische Diagnostik und Behandlung sind gesondert zu kodieren.

9-80 Spezifische Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen

9-801.– Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen

Exkl.: Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-656)
Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-672)
Psychiatrisch-psychosomatische Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-686)
Erbringung von Behandlungsmaßnahmen im stationersetzenden Umfeld und als halbtägige tagesklinische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen (9-691 ff.)
Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-693 ff.)
Spezifische Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen (9-694 ff.)

Hinw.: Der Einsatz von Gebärdensprachdolmetschern (9-510 ff.) ist gesondert zu kodieren.
Diese Kodes sind für die Behandlung von Patienten anzuwenden, die zu Beginn der stationsäquivalenten Behandlung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben (bei deutlichen Entwicklungsdefiziten auch für Heranwachsende bis zum vollendeten 21. Lebensjahr).

Voraussetzung für die stationsäquivalente Behandlung ist das Vorliegen einer psychischen Erkrankung und einer Indikation für eine stationäre Behandlung. Die stationsäquivalente Behandlung umfasst eine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld des Patienten.

Sie stellt bei Bedarf neben der aufsuchenden Behandlung auch die Nutzung weiterer Ressourcen der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik (je nach Bundesland und Träger im Bedarfsfall auch der Schule für Kranke) für ergänzende Diagnostik und Therapie sicher.

Diese Kodes sind für jeden Tag mit stationsäquivalenter Behandlung berufsgruppenspezifisch anzugeben. Therapiezeiten eines Tages einer Berufsgruppe sind zu addieren. Fahrzeiten werden nicht angerechnet.

Bei Eltern-Gruppentherapien oder Eltern-Kind-Gruppentherapien ist die Gruppengröße auf maximal 8 Familien oder 15 Teilnehmer begrenzt. Gruppen mit 4 bis 10 Teilnehmern werden in aller Regel nach dem 2-Therapeuten-Prinzip geführt. Gruppen mit 11 bis 15 Teilnehmern müssen nach dem 2-Therapeuten-Prinzip geführt werden. Pro Gruppentherapie dürfen Therapiezeiten für maximal 2 Therapeuten angerechnet werden. Die Dauer der Gruppentherapie ist mit der Anzahl der Therapeuten zu multiplizieren und dann durch die Anzahl der teilnehmenden Patienten zu teilen. Diese Zeit wird jedem teilnehmenden Patienten angerechnet.

Die Kodes sind ebenfalls für Leistungen anzugeben, die von an der ambulanten psychiatrischen Behandlung teilnehmenden Leistungserbringern oder anderen zur Erbringung der stationsäquivalenten Behandlung berechtigten Krankenhäusern (§ 115d Abs. 1 Satz 3 SGB V) erbracht werden.

Mindestmerkmale:

- Therapiezielorientierte Behandlung durch ein mobiles multiprofessionelles Team unter Leitung eines Facharztes (Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie).
- Team bestehend aus ärztlichem Dienst, pädagogisch-pflegerischem Dienst (z.B. (Kinder-)Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, Erzieher, Heilerziehungspfleger, Jugend- und Heimerzieher) und mindestens einem Vertreter einer weiteren Berufsgruppe (z.B. Psychologen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe oder Master of Science in Psychologie) oder Spezialtherapeuten (z.B. Ergotherapeut, Physiotherapeut, Sozialarbeiter, Sozialpädagoge, Heilpädagoge, Bewegungs-, Erlebnis-, Kreativtherapeut, Logopäde)).

- Vorhandensein von Vertretern der folgenden Berufsgruppen in der Einrichtung:
 - Ärzte (Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie),
 - Psychologen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe oder Master of Science in Psychologie),
 - Spezialtherapeuten (z.B. Ergotherapeuten, Sozialarbeiter, Heilpädagogen, Bewegungs-, Erlebnis-, Kreativtherapeuten, Logopäden),
 - pädagogisch-pflegerische Fachpersonen (z.B. (Kinder-)Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, Erzieher, Heilerziehungspfleger, Jugend- und Heimerzieher).
- Durchführung einer wöchentlichen ärztlichen Visite (bei stationsäquivalenter Behandlung an mehr als 6 Tagen in Folge) im direkten Patientenkontakt, in der Regel im häuslichen Umfeld. Der Facharztstandard ist zu gewährleisten.
- Durchführung einer wöchentlichen multiprofessionellen Fallbesprechung zur Beratung des weiteren Behandlungsverlaufs (bei stationsäquivalenter Behandlung an mehr als 6 Tagen in Folge), in die mindestens 3 der an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen ggf. unter Einbeziehung kooperierender Leistungserbringer nach § 115d Abs. 1 Satz 3 SGB V einbezogen werden. Die Fallbesprechung kann unter Zuhilfenahme von Telekommunikation geschehen.
- Behandlung auf der Grundlage eines individuellen Therapieplans, orientiert an den Möglichkeiten und dem Bedarf des Patienten.
- Es erfolgt mindestens ein direkter Patientenkontakt durch mindestens ein Mitglied des multiprofessionellen Teams pro Tag. Kommt ein direkter Kontakt nicht zustande aus Gründen, die der Patient zu verantworten hat, zählt der unternommene Kontaktversuch dennoch als direkter Patientenkontakt.
- Die Erreichbarkeit mindestens eines Mitglieds des Behandlungsteams ist werktags im Rahmen des üblichen Tagesdienstes sicherzustellen (Rufbereitschaft). Darüber hinaus ist eine jederzeitige, 24 Stunden an sieben Tagen in der Woche, ärztliche Eingriffsmöglichkeit durch das Krankenhaus zu gewährleisten. Bei kurzfristiger Zustandsverschlechterung muss umgehend mit einer vollstationären Aufnahme reagiert werden können.
- Als angewandte Verfahren der ärztlichen und psychologischen Berufsgruppen gelten folgende Verfahren oder im Aufwand vergleichbare Verfahren:
 - ärztliches oder psychologisches Einzelgespräch/einzeltherapeutische Intervention,
 - Einzelpsychotherapie mit kind- und jugendgerechten Verfahren,
 - Entspannungsverfahren,
 - ärztliche oder psychologische therapeutische Familienkontakte, Elterngespräche, Familiengespräche und Familientherapie und/oder Gespräche/Kontakte mit Bezugspersonen aus dem Herkunftsmilieu (z.B. Jugendhilfe, Pflegefamilie),
 - somato-psychosomatisches ärztliches Gespräch,
 - Aufklärung (Kind/Jugendlicher und Bezugspersonen), Complianceförderung und Monitoring im Rahmen der ärztlich indizierten Psychopharmakotherapie,
 - (störungsspezifische) Psychoedukation,
 - Helferkonferenzen (z.B. Jugendhilfe),
 - Anleitung von Bezugspersonen im Umgang mit dem Patienten, z.B. Begleitung von Deeskalationen,
 - Gruppenpsychotherapie.
- Als angewandte Verfahren der Spezialtherapeuten und pädagogisch-pflegerischen Fachpersonen gelten folgende Verfahren oder im Aufwand vergleichbare Verfahren:
 - Behandlungseinheiten durch die kinder- und jugendpsychiatrische Pflege/Bezugspflege des Pflege- und Erziehungsdienstes (z.B. alltagsbezogenes Training, Anleitung und Förderung der Selbstständigkeit, Stuhltraining, Esstraining, Verstärkerplan, Feedbackrunden),
 - Anleitung bei sozialer Interaktion,
 - gelenkte Freizeitaktivitäten, Medienpädagogik, Erlebnispädagogik/-therapie mit therapeutischem Auftrag gemäß Gesamtbehandlungsplan,
 - Heilpädagogische oder ergotherapeutische Förder- und Behandlungsverfahren (auch als Eltern-Kind-Interaktionsförderung),
 - Kreativtherapien (z.B. Tanztherapie, Kunsttherapie, Musiktherapie),
 - Bewegungstherapie, Mototherapie, Logopädie,
 - übende Verfahren und prospektive Hilfekoordination hinsichtlich der geplanten Reintegration in Schule und soziales Umfeld,
 - Gespräche mit Behördenvertretern,

- ergotherapeutische Behandlungsverfahren, Krankengymnastik, Entspannungsverfahren,
- Unterstützung (der Eltern) bei alltäglichen Verrichtungen und Förderung der selbständigen Konfliktklärung mit dem Kind, ggf. mit Video-Feedback, ggf. mit spezifischen Deeskalationstechniken,
- Eintübing spezialisierter Therapiemodule gemeinsam mit den Eltern,
- spezielle psychosoziale Techniken (z.B. Sozialkompetenztraining, Anleitung zu gemeinsamen Aktivitäten mit Familienmitgliedern wie Spiel, Sport, Freizeit),
- Angehörigengespräche und gezielte Anleitung von Bezugspersonen aus dem Herkunftsmilieu, dem familiären oder sozialen Raum,
- Interventionen hinsichtlich der geplanten Überleitung in andere Behandlungsssettings oder rehabilitative Anschlussmaßnahmen (z.B. Jugendhilfe).

9-801.0- Therapiezeiten am Patienten durch Ärzte

- .00 Bis 30 Minuten pro Tag
- .01 Mehr als 30 bis 60 Minuten pro Tag
- .02 Mehr als 60 bis 90 Minuten pro Tag
- .03 Mehr als 90 bis 120 Minuten pro Tag
- .04 Mehr als 120 bis 180 Minuten pro Tag
- .05 Mehr als 180 bis 240 Minuten pro Tag
- .06 Mehr als 240 Minuten pro Tag

9-801.1- Therapiezeiten am Patienten durch Psychologen

- .10 Bis 30 Minuten pro Tag
- .11 Mehr als 30 bis 60 Minuten pro Tag
- .12 Mehr als 60 bis 90 Minuten pro Tag
- .13 Mehr als 90 bis 120 Minuten pro Tag
- .14 Mehr als 120 bis 180 Minuten pro Tag
- .15 Mehr als 180 bis 240 Minuten pro Tag
- .16 Mehr als 240 Minuten pro Tag

9-801.2- Therapiezeiten am Patienten durch Spezialtherapeuten

- .20 Bis 30 Minuten pro Tag
- .21 Mehr als 30 bis 60 Minuten pro Tag
- .22 Mehr als 60 bis 90 Minuten pro Tag
- .23 Mehr als 90 bis 120 Minuten pro Tag
- .24 Mehr als 120 bis 180 Minuten pro Tag
- .25 Mehr als 180 bis 240 Minuten pro Tag
- .26 Mehr als 240 Minuten pro Tag

9-801.3- Therapiezeiten am Patienten durch pädagogisch-pflegerische Fachpersonen

- .30 Bis 30 Minuten pro Tag
- .31 Mehr als 30 bis 60 Minuten pro Tag
- .32 Mehr als 60 bis 90 Minuten pro Tag
- .33 Mehr als 90 bis 120 Minuten pro Tag
- .34 Mehr als 120 bis 180 Minuten pro Tag
- .35 Mehr als 180 bis 240 Minuten pro Tag
- .36 Mehr als 240 Minuten pro Tag

9-98...9-99 Andere ergänzende Maßnahmen und Informationen

9-98

Behandlung in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, und Pflegebedürftigkeit

Hinw.: Die Definitionen der Behandlungsbereiche richten sich nach der Psychiatrie-Personalverordnung.

9-980.– Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Allgemeine Psychiatrie

Hinw.: Ein Kode aus diesem Bereich ist zu Beginn der Behandlung und bei jedem Wechsel des Behandlungsbereichs sowie bei einem Wechsel zwischen Allgemeiner Psychiatrie, Abhängigkeitskranke, Gerontopsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie anzugeben.

- 9-980.0 Behandlungsbereich A1 (Regelbehandlung)
- 9-980.1 Behandlungsbereich A2 (Intensivbehandlung)
- 9-980.2 Behandlungsbereich A3 (Rehabilitative Behandlung)
- 9-980.3 Behandlungsbereich A4 (Langdauernde Behandlung Schwer- und/oder Mehrfachkranker)
- 9-980.4 Behandlungsbereich A5 (Psychotherapie)
- 9-980.5 Behandlungsbereich A6 (Tagesklinische Behandlung)

9-981.– Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Abhängigkeitskranke

Hinw.: Ein Kode aus diesem Bereich ist zu Beginn der Behandlung und bei jedem Wechsel des Behandlungsbereichs sowie bei einem Wechsel zwischen Allgemeiner Psychiatrie, Abhängigkeitskranke, Gerontopsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie anzugeben.

- 9-981.0 Behandlungsbereich S1 (Regelbehandlung)
- 9-981.1 Behandlungsbereich S2 (Intensivbehandlung)
- 9-981.2 Behandlungsbereich S3 (Rehabilitative Behandlung)
- Inkl.:* So genannte Entwöhnung
- 9-981.3 Behandlungsbereich S4 (Langdauernde Behandlung Schwer- und/oder Mehrfachkranker)
- 9-981.4 Behandlungsbereich S5 (Psychotherapie)
- 9-981.5 Behandlungsbereich S6 (Tagesklinische Behandlung)

9-982.– Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Gerontopsychiatrie

Hinw.: Ein Kode aus diesem Bereich ist zu Beginn der Behandlung und bei jedem Wechsel des Behandlungsbereichs sowie bei einem Wechsel zwischen Allgemeiner Psychiatrie, Abhängigkeitskranke, Gerontopsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie anzugeben.

- 9-982.0 Behandlungsbereich G1 (Regelbehandlung)
- 9-982.1 Behandlungsbereich G2 (Intensivbehandlung)
- 9-982.2 Behandlungsbereich G3 (Rehabilitative Behandlung)
- 9-982.3 Behandlungsbereich G4 (Langdauernde Behandlung Schwer- und/oder Mehrfachkranker)
- 9-982.4 Behandlungsbereich G5 (Psychotherapie)
- 9-982.5 Behandlungsbereich G6 (Tagesklinische Behandlung)

9-983.– Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Kinder- und Jugendpsychiatrie

Hinw.: Ein Kode aus diesem Bereich ist zu Beginn der Behandlung und bei jedem Wechsel des Behandlungsbereichs sowie bei einem Wechsel zwischen Allgemeiner Psychiatrie, Abhängigkeitskranke, Gerontopsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie anzugeben.

- 9-983.0 Behandlungsbereich KJ1 (Kinderpsychiatrische Regel- und/oder Intensivbehandlung)
Hinw.: Dieser Kode ist nur für Patienten bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres anzugeben.
- 9-983.1 Behandlungsbereich KJ2 (Jugendpsychiatrische Regelbehandlung)
- 9-983.2 Behandlungsbereich KJ3 (Jugendpsychiatrische Intensivbehandlung)
- 9-983.3 Behandlungsbereich KJ4 (Rehabilitative Behandlung)
- 9-983.4 Behandlungsbereich KJ5 (Langdauernde Behandlung Schwer- und/oder Mehrfachkranker)
- 9-983.5 Behandlungsbereich KJ6 (Eltern-Kind-Behandlung)
- 9-983.6 Behandlungsbereich KJ7 (Tagesklinische Behandlung)

9-984.– Pflegebedürftigkeit

Hinw.: Diese Kodes sind für Patienten anzugeben, die im Sinne des § 14 SGB XI pflegebedürftig und gemäß § 15 SGB XI einem Pflegegrad zugeordnet sind. Wechselt während des stationären Aufenthaltes der Pflegegrad, ist der Kode für die höhere Pflegebedürftigkeit anzugeben. Liegt noch keine Einstufung in einen Pflegegrad vor, ist dieser aber bereits beantragt, ist der Kode 9-984.b anzugeben. Wurde eine Höherstufung bei vorliegendem Pflegegrad beantragt, ist neben dem zutreffenden Kode aus 9-984.6 bis 9-984.9 zusätzlich der Kode 9-984.b anzugeben.

- 9-984.6 Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1
- 9-984.7 Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2
- 9-984.8 Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3
- 9-984.9 Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4
- 9-984.a Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5
- 9-984.b Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad

9-99 Obduktion**9-990 Klinische Obduktion bzw. Obduktion zur Qualitätssicherung**

Hinw.: Mit diesem Kode sind nur Obduktionen zu dokumentieren, die nicht von einem Gericht, einem Gesundheitsamt oder einer Versicherung angefordert wurden.

Anhang zum OPS

Tabellen zur Berechnung der Aufwandspunkte für die Kodes 8-980.–, 8-98d.– und 8-98f.–, der anrechenbaren Therapieeinheiten für die Kodes 9-60 bis 9-63, 9-65, 9-66 und 9-68 und der Punkte für die Pflegekomplexmaßnahmen-Scores in den Kodes 9-200.–, 9-201.–, 9-202.– und 9-203.–

Hinweise der Bearbeiter dieser Buchausgabe

Dieser Anhang enthält Tabellen, die für die Zuordnung der jeweiligen terminalen Kodes der genannten Schlüsselnummern notwendig sind.

Die Tabellen zur „Berechnung der Aufwandspunkte für die intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Erwachsenen“ sind Bestandteil des OPS seit seiner Version 2005 (die Bezeichnung wurde in der Version 2010 zur Unterscheidung von der neu eingeführten Tabelle für das Kindesalter ergänzt). Sie sind erforderlich für die Zuordnung der Kodes unter der im OPS 2005 neu eingeführten Schlüsselnummer 8-980.– und der im OPS 2013 neu eingeführten Schlüsselnummer 8-98f.–.

Die Tabelle „Berechnung der Aufwandspunkte für die intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter“ wurde erstmals im OPS 2010 veröffentlicht und betrifft die im OPS 2010 neu eingeführte Schlüsselnummer 8-98d.–.

Die Tabellen der anrechenbaren Therapieeinheiten für Psychiatrie und Psychosomatik (Therapieeinheiten Psych) wurden mit dem OPS 2014 eingeführt. Sie enthalten für die Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-60 bis 9-63) sowie bei Kindern und Jugendlichen (9-65, 9-66 und 9-68) die anrechenbaren Therapieeinheiten pro Patient in Abhängigkeit von der Dauer der Therapie und von der Anzahl der Patienten, die an der Gruppentherapie teilgenommen haben. Bis zum OPS 2013 waren diese Angaben direkt in den genannten Kodes enthalten.

Die Angaben zur Berechnung der Punkte für die Pflegekomplexmaßnahmen-Scores wurden erstmals im OPS 2010 veröffentlicht und sind seitdem jährlich revidiert worden. Sie sind erforderlich für die Zuordnung der Kodes unter den 2010 neu eingeführten Schlüsselnummern 9-200.–, 9-201.– und 9-202.– sowie der 2017 neu eingeführten Schlüsselnummer 9-203.–.

Inhalt dieses Anhangs zum OPS

Anhang zum OPS	793
Berechnung der Aufwandspunkte für die intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Erwachsenen (Kodes 8-980.– und 8-98f.–)	797
Berechnung der Aufwandspunkte für die intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Kode 8-98d.–)	800
Tabellen der anrechenbaren Therapieeinheiten für Psychiatrie und Psychosomatik (Therapieeinheiten Psych) (Kodes 9-60 bis 9-63, 9-65, 9-66 und 9-68)	803
Pflegekomplexmaßnahmen-Scores für Erwachsene [PKMS-E], Kinder und Jugendliche [PKMS-J], Kleinkinder [PKMS-K] und Frühgeborene, Neugeborene und Säuglinge [PKMS-F] (Kodes 9-200.– bis 9-203.–)	805
HINWEISE zur Nutzung	805
HINWEISE ZUR PFLEGEDOKUMENTATION zur Vermeidung eines unnötigen Dokumentationsaufwandes	807
PKMS-E-Matrix (Erwachsene)	808
PKMS-J-Matrix (Kinder und Jugendliche)	808
PKMS-K-Matrix (Kleinkinder)	808
PKMS-F-Matrix (Frühgeborene, Neugeborene und Säuglinge)	809
Abkürzungsverzeichnis	809
1 PKMS-E für Erwachsene ab dem Beginn des 19. Lebensjahres	810
1.1 Allgemeine Pflege	810
Mindestmerkmale PKMS-E, Leistungsbereich A: Körperpflege	810
Mindestmerkmale PKMS-E, Leistungsbereich B: Ernährung	813
Mindestmerkmale PKMS-E, Leistungsbereich C: Ausscheidung	816
Mindestmerkmale PKMS-E, Leistungsbereich D: Bewegen/Lagern/Mobilisation/Sicherheit	818
Mindestmerkmale PKMS-E, Leistungsbereich E: Kommunizieren/Beschäftigen	820
1.2 Spezielle Pflege	821
Mindestmerkmale PKMS-E, Leistungsbereich F: Kreislauf für Patienten mit Hemi-, Para- oder Tetraplegie	821
Mindestmerkmale PKMS-E, Leistungsbereich G: Wundmanagement	822
Mindestmerkmale PKMS-E, Leistungsbereich H: Atmung	823
2 PKMS-J für Kinder und Jugendliche ab dem Beginn des 7. Lebensjahres bis zum Ende des 18. Lebensjahres	825
2.1 Allgemeine Pflege	825
Mindestmerkmale PKMS-J, Leistungsbereich A: Körperpflege	825
Mindestmerkmale PKMS-J, Leistungsbereich B: Ernährung	827
Mindestmerkmale PKMS-J, Leistungsbereich C: Ausscheidung	829
Mindestmerkmale PKMS-J, Leistungsbereich D: Bewegen/Lagern/ Mobilisation	830
Mindestmerkmale PKMS-J, Leistungsbereich E: Kommunizieren/Beschäftigen	832
2.2 Spezielle Pflege	833

Mindestmerkmale PKMS-J, Leistungsbereich G: Wund- und Hautbehandlung	833
Mindestmerkmale PKMS-J, Leistungsbereich H: Atmung	835
3 PKMS-K für Kleinkinder ab dem Beginn des 2. Lebensjahres bis zum Ende des 6. Lebensjahres	837
3.1 Allgemeine Pflege	837
Mindestmerkmale PKMS-K, Leistungsbereich A: Körperpflege	837
Mindestmerkmale PKMS-K, Leistungsbereich B: Ernährung	838
Mindestmerkmale PKMS-K, Leistungsbereich C: Ausscheidung	840
Mindestmerkmale PKMS-K, Leistungsbereich D: Bewegen/Lagern/Mobilisation	841
Mindestmerkmale PKMS-K, Leistungsbereich E: Kommunizieren/Beschäftigen	842
3.2 Spezielle Pflege	844
Mindestmerkmale PKMS-K, Leistungsbereich G: Wund- und Hautbehandlung	844
Mindestmerkmale PKMS-K, Leistungsbereich H: Atmung	845
4 PKMS-F für Frühgeborene, Neugeborene und Säuglinge ab der Geburt bis zum Ende des 1. Lebensjahres	847
4.1 Allgemeine Pflege	847
Mindestmerkmale PKMS-F, Leistungsbereich A: Körperpflege	847
Mindestmerkmale PKMS-F, Leistungsbereich B: Ernährung	848
Mindestmerkmale PKMS-F, Leistungsbereich C: Ausscheidung	849
Mindestmerkmale PKMS-F, Leistungsbereich D: Bewegen/Lagern/Mobilisation	850
Mindestmerkmale PKMS-F, Leistungsbereich E: Kommunizieren/Beschäftigen	851
4.2 Spezielle Pflege	852
Mindestmerkmale PKMS-F, Leistungsbereich G: Wund- und Hautbehandlung	852
Mindestmerkmale PKMS-F, Leistungsbereich H: Atmung	853

Berechnung der Aufwandspunkte für die intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Erwachsenen (Kodes 8-980.– und 8-98f.–)

(DIMDI, redaktionell bearbeitet)

Die Anzahl der Aufwandspunkte für die intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Erwachsenen (8-980.–) errechnet sich aus der Summe des täglichen SAPS II [Simplified Acute Physiology Score] (ohne Glasgow coma scale) über die Verweildauer auf der Intensivstation (total SAPS II) und der Summe von 10 täglich ermittelten aufwendigen Leistungen aus dem TISS-Katalog [Therapeutic Intervention Scoring System] über die Verweildauer auf der Intensivstation.

Der tägliche SAPS II errechnet sich nach den folgenden vier Tabellen. Erfasst werden die jeweils schlechtesten Werte innerhalb der vergangenen 24 Stunden.

Variablen	Punkte												
	0	1	2	3	4	5	6	7	9	10	11	12	13
Herzfrequenz [1/min]	70–119		40–69		120–159			≥160			<40		
Systolischer Blutdruck [mm Hg]	100–199		≥200			70–99							<70
Körpertemperatur [°C]	<39			≥39									
PaO ₂ /FiO ₂ * [mm Hg]							≥200		100–<200		<100		
Ausfuhr Urin [l/d]	≥1,0				0,5–<1,0						<0,5		
Harnstoff im Serum [g/l]	<0,6						0,6–<1,8			≥1,8			
Leukozyten [10 ³ /mm ³]	1,0–<20			≥20									<1,0
Kalium im Serum [mmol/l]	3,0–<5,0			≥5,0, <3,0									

* Erhebung nur im Falle der maschinellen Beatmung

Variablen (Forts.)	Punkte (Forts.)												
	0	1	2	3	4	5	6	7	9	10	11	12	13
Natrium im Serum [mmol/l]	125– <145	≥145				<125							
Bikarbonat im Serum [mmol/l]	≥20			15– <20			<15						
Bilirubin im Serum [μmol/l]	<68,4				68,4– >102,6				≥102,6				

Variablen	Punkte					
	0	6	8	9	10	17
Chronische Leiden				Neoplasie mit Metastase	Hämatologische Neoplasie	AIDS*
Aufnahmestatus**	geplant chirurgisch	medizinisch	nicht-geplant chirurgisch			

* Wertung bei positivem HIV-Test und entsprechenden klinischen Komplikationen

** **Geplant chirurgisch:** Operationstermin mindestens 24 Stunden vorher geplant,
Nicht-geplant chirurgisch: Operationstermin erst in den letzten 24 Stunden geplant,
Medizinisch: mindestens eine Woche lang nicht operiert.

Achtung: Bei den chronischen Leiden darf nur das Leiden mit der höchsten Punktzahl berechnet werden.

Variablen	Punkte								
	0	5	7	12	13	15	16	18	26
Alter des Patienten [Jahre]	<40		40–59	60–69		70–74	75–79	≥80	

Aus dem TISS-28 [Therapeutic Intervention Scoring System] werden täglich lediglich die 10 aufwendigsten Merkmale erfasst:

Leistungen	Punkte pro Tag
Apparative Beatmung	5
Infusion multipler Katecholamine (>1)	4
Flüssigkeitsersatz in hohen Mengen (>5 l/24 Std.)	4
Peripherer arterieller Katheter	5
Linksvorhof-Katheter/Pulmonalis-Katheter	8
Hämofiltration/Dialyse	3
Intrakranielle Druckmessung	4
Behandlung einer metabolischen Azidose/Alkalose	4
Spezielle Intervention auf der Intensivtherapiestation (z.B. Tracheotomie, Kardioversion)	5
Aktionen außerhalb der Station (Diagnostik/Operation)	5

Berechnung der Aufwandspunkte für die intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Kode 8-98d.–)

(DIMDI, redaktionell bearbeitet)

Nr.	Kriterien	Punkte		
1.	Alter			
	• mehr als 27 Tage, aber unter 1 Jahr (365 Tage)	15		
	• 1 Jahr bis unter 8 Jahre	7		
	• 8 Jahre bis unter 18* Jahre	0		
2.	Vorerkrankungen			
	Low-Risk-Diagnose <ul style="list-style-type: none"> • Asthma bronchiale • Bronchiolitis • Croup • diabetische Ketoazidose ohne Koma als Aufnahmegrund High-Risk-Diagnose <ul style="list-style-type: none"> • aplastische Phase nach KMT/SZT • Herzstillstand oder Reanimation vor Aufnahme auf die ICU • HIV-Infektion • Immundefekt • Kardiomyopathie • Leberversagen als Aufnahmegrund • Leukämie oder Lymphom nach Induktionstherapie • Myokarditis • spontane Hirnblutung • symptomatisches komplexes Herzvitium • symptomatische neurodegenerative Erkrankung 	10 17		
3.	Aufnahmestatus			
	• geplant chirurgisch oder nach anderer Prozedur	0		
	• medizinisch	6		
	• nicht-geplant chirurgisch	8		
4.	Systolischer Blutdruck [mm Hg] (invasiv oder nichtinvasiv gemessen)			
	>27 Tage bis <1 Jahr	1 Jahr bis <8 Jahre	8 Jahre bis <18* Jahre	
	≥65 bis <130	≥75 bis <140	≥90 bis <150	0
	≥55 bis <65	≥65 bis <75	≥65 bis <90	2
	≥130 bis <160	≥140 bis <180	≥150 bis <200	2
	≥40 bis <55	≥50 bis <65	≥50 bis <65	6
	≥160	≥180	≥200	6
	0 bis <40	0 bis <50	0 bis <50	13

Nr.	Kriterien	Punkte		
5.	Herzfrequenz [1/min]			
	>27 Tage bis <1 Jahr	1 Jahr bis <8 Jahre	8 Jahre bis <18* Jahre	
	≥90 bis <160	≥70 bis <150	≥55 bis <140	0
	≥160	≥150	≥140	4
	<90	<70	<55	6
6.	PaO₂/FiO₂ (nur, wenn beatmet – inkl. Masken-, Helm-, mono-/binasales CPAP – oder unter Head-Box; PaO₂ in mm Hg, FiO₂ als Fraktion)			
	≥300		0	
	≥200 bis <300		2	
	≥100 bis <200		8	
	<100		13	
7.	PaCO₂ [mm Hg]			
	<80		0	
	≥80		6	
8.	Leukozyten [10³/mm³]			
	≥4 bis <20		0	
	≥20		3	
	≥1 bis <4		3	
	<1		12	
9.	Thrombozyten [10³/mm³]			
	≥100		0	
	≥50 bis <100		2	
	<50		6	
10.	Standard Base Excess [SBE]			
	≥-3,0 bis ≤+3,0		0	
	≥-8,0 bis <-3,0		2	
	>+3,0 bis ≤+8,0		2	
	≥-13,0 bis <-8,0		6	
	>+8,0		6	
	<-13,0		10	
11.	Kreatinin [μmol/l]			
	<53		0	
	≥53 bis <159 (Alter ≥1 Jahr)		4	
	≥53 bis <159 (Alter <1 Jahr)		6	
	≥159		10	
12.	Prothrombinzeit nach Quick			
	≥60 %		0	
	≥40 bis <60 %		2	
	<40 %		6	

Nr.	Kriterien	Punkte
13.	Glutamat-Oxalacetat-Transaminase [GOT] [U/l]	
	<1.000	0
	≥1.000	4
14.	Pupillenreaktion	
	• beidseitig reagierend oder Größe <3 mm Durchmesser	0
	• nur 1 Seite reagierend und Größe ≥3 mm Durchmesser	3
	• bds. lichtstarr und Größe ≥3 mm Durchmesser	8
15.	Glasgow Coma Scale	
	≥8	0
	≥4 bis <8	6
	<4	13
16.	Apparative Beatmung inklusive jeglicher Form von CPAP	5
17.	Infusion von >1 Katecholamin oder PDE-III-Hemmer oder Vasopressor (Dopamin, Dobutamin, Adrenalin, Noradrenalin, Milrinon, Amrinon, Enoximon, Vasopressin, Terlipressin ...)	4
18.	Flüssigkeitseratz >3.000 ml/m² KOF/24h	4
19.	Liegende Katheter Hierzu gehören z.B. arterieller Gefäßzugang, ZVK, Thorax-, Pericard-, Aszitesdrainage, Ureter-Splint, Katheter zur Messung des intraabdominalen Druckes. Hierzu gehören nicht transurethraler oder suprapubischer Blasenkateter. Diese Punkte können nur einmal pro Tag angerechnet werden, auch wenn mehrere Katheter liegen!	4
20.	Invasives Kreislaufmonitoring HZV-Messungen mittels PiCCO oder PA-Katheter oder FATD (femoral artery thermodilution)	5
21.	Dialyseverfahren Hier sind alle Nierenersatzverfahren gemeint. Ein entsprechender OPS-Code muss gesondert angegeben werden.	6
22.	Intrakranielle Druckmessung (invasives Verfahren)	4
23.	Therapie einer Alkalose oder Azidose	4
24.	Spezielle Interventionen auf der Intensivstation , z.B. Tracheotomie, Kardioversion. Diese Punkte können nur einmal pro Tag angerechnet werden.	8
25.	Aktionen außerhalb der Intensivstation, für die ein Transport erforderlich ist. Diese Punkte können nur einmal pro Tag angerechnet werden.	5
Maximal erreichbare Punktzahl		196

* Kann in Ausnahmefällen auch für Erwachsene angewendet werden, wenn deren Behandlung in einer Abteilung oder Klinik für Kinder- und Jugendliche erforderlich ist, z.B. bei angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Stoffwechselstörungen, pädiatrischen hämatologisch-onkologischen Erkrankungen, EMAH-Patienten (Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern), Patienten mit CF (Zystische Fibrose).

Tabellen der anrechenbaren Therapieeinheiten für Psychiatrie und Psychosomatik (Therapieeinheiten Psych) (Kodes 9-60 bis 9-63, 9-65, 9-66 und 9-68)

(DIMDI, redaktionell bearbeitet)

Tabellen der anrechenbaren Therapieeinheiten [TE] pro Patient in Abhängigkeit von der Dauer der Therapie und von der Anzahl der Patienten, die an der Gruppentherapie teilgenommen haben, jeweils für Erwachsene und für Kinder und Jugendliche.

Die anrechenbaren Therapieeinheiten werden wie folgt berechnet:

- Die Gesamtanzahl der in einer Gruppentherapieerbrachten Therapieeinheiten (abhängig von der Dauer und der Anzahl der Therapeuten) wird durch die Anzahl der teilnehmenden Patienten geteilt.
- Dieser Anteil wird jedem teilnehmenden Patienten angerechnet.
- Zur besseren Übersichtlichkeit dieser Tabellen und zur einfacheren Benutzung für die Kodierung wurden die Werte kaufmännisch gerundet und auf zwei Nachkommastellen begrenzt. Bei software-technischer Bearbeitung müssen die kaufmännische Rundung und die Begrenzung auf zwei Nachkommastellen berücksichtigt werden.

Anrechenbare Therapieeinheiten pro Patient für Erwachsene				
Anzahl der Patienten pro Gruppe	Therapiedauer (Mindestdauer in Minuten)			
	25 Minuten	50 Minuten	75 Minuten	usw.
Einzeltherapie	1,00 TE	2,00 TE	3,00 TE	
2	0,50 TE	1,00 TE	1,50 TE	
3	0,33 TE	0,67 TE	1,00 TE	
4	0,25 TE	0,50 TE	0,75 TE	
5	0,20 TE	0,40 TE	0,60 TE	
6	0,17 TE	0,33 TE	0,50 TE	
7	0,14 TE	0,29 TE	0,43 TE	
8	0,13 TE	0,25 TE	0,38 TE	
9	0,11 TE	0,22 TE	0,33 TE	
10	0,10 TE	0,20 TE	0,30 TE	
11	0,09 TE	0,18 TE	0,27 TE	
12	0,08 TE	0,17 TE	0,25 TE	
13	0,08 TE	0,15 TE	0,23 TE	
14	0,07 TE	0,14 TE	0,21 TE	
15	0,07 TE	0,13 TE	0,20 TE	

Anrechenbare Therapieeinheiten pro Patient für Erwachsene				
Anzahl der Patienten pro Gruppe	Therapiedauer (Mindestdauer in Minuten)			
	25 Minuten	50 Minuten	75 Minuten	usw.
16	0,06 TE	0,13 TE	0,19 TE	
17	0,06 TE	0,12 TE	0,18 TE	
18	0,06 TE	0,11 TE	0,17 TE	

Anrechenbare Therapieeinheiten pro Patient für Kinder und Jugendliche				
Anzahl der Patienten pro Gruppe	Therapiedauer (Mindestdauer in Minuten)			
	15 Minuten	30 Minuten	45 Minuten	usw.
Einzeltherapie	1,00 TE	2,00 TE	3,00 TE	
2	0,50 TE	1,00 TE	1,50 TE	
3	0,33 TE	0,67 TE	1,00 TE	
4	0,25 TE	0,50 TE	0,75 TE	
5	0,20 TE	0,40 TE	0,60 TE	
6	0,17 TE	0,33 TE	0,50 TE	
7	0,14 TE	0,29 TE	0,43 TE	
8	0,13 TE	0,25 TE	0,38 TE	
9	0,11 TE	0,22 TE	0,33 TE	
10	0,10 TE	0,20 TE	0,30 TE	
11	0,09 TE	0,18 TE	0,27 TE	
12	0,08 TE	0,17 TE	0,25 TE	
13	0,08 TE	0,15 TE	0,23 TE	
14	0,07 TE	0,14 TE	0,21 TE	
15	0,07 TE	0,13 TE	0,20 TE	

Pflegekomplexmaßnahmen-Scores für Erwachsene [PKMS-E], Kinder und Jugendliche [PKMS-J], Kleinkinder [PKMS-K] und Frühgeborene, Neugeborene und Säuglinge [PKMS-F] (Kodes 9-200.– bis 9-203.–)

(DIMDI, redaktionell bearbeitet)

HINWEISE zur Nutzung

Der Pflegekomplexmaßnahmen-Score [PKMS] ist ein Instrument zur Abbildung der hochaufwendigen Pflege im Krankenhaus. Er dient als Grundlage zur Leistungsabrechnung hochaufwendiger Pflege innerhalb der Entgeltsysteme. Der PKMS erfasst zum einen hochaufwendige Pflege im Bereich der „allgemeinen Pflege“ und zum anderen Leistungen im Bereich der „speziellen Pflege“. Zur allgemeinen Pflege werden die Leistungsbereiche Körperpflege, Ernährung, Ausscheidung, Bewegen/Lagern/Mobilisation/Sicherheit und Kommunikation gerechnet, und zur speziellen Pflege werden die Leistungsbereiche Kreislauf, Wundmanagement und Atmung gerechnet.

Es wurden vier unterschiedliche Pflegemaßnahmen-Scores entwickelt, da die hochaufwendige Pflege in den verschiedenen Altersstufen unterschiedlich operationalisiert ist:

- Für Erwachsene [PKMS-E]: ab dem Beginn des 19. Lebensjahres.
- Für Kinder und Jugendliche [PKMS-J]: ab dem Beginn des 7. Lebensjahres bis zum Ende des 18. Lebensjahres. (Der PKMS-J kann in Ausnahmefällen auch für Erwachsene angegeben werden, wenn deren Behandlung in einer Abteilung oder Klinik für Kinder- und Jugendmedizin erforderlich ist.)
- Für Kleinkinder [PKMS-K]: ab dem Beginn des 2. Lebensjahres bis zum Ende des 6. Lebensjahres.
- Für Frühgeborene, Neugeborene und Säuglinge [PKMS-F]: ab der Geburt bis zum Ende des 1. Lebensjahres.

Struktur und Logik der vier Scores sind gleich, und bei der Anwendung ist Nachfolgendes grundsätzlich zu beachten.

Die Punktwerte drücken den mindestens anfallenden pflegerischen Aufwand bei einem hochaufwendigen Patienten aus.

Damit ein Leistungsmerkmal zutrifft, müssen:

- Einer der Gründe für hochaufwendige Pflege in dem entsprechenden Leistungsbereich vorliegen.
UND
- Ein entsprechend aufgeführtes Pflegeinterventionsprofil zutreffen.

Treffen auf den Patienten ein oder mehrere Leistungsmerkmale des Pflegekomplexmaßnahmen-Scores zu, so werden die Punkte für den jeweiligen Tag (Kalendertag) über die Verweildauer

addiert. Auch entstandene Aufwandspunkte am Aufnahme- und/oder Entlassungstag werden berücksichtigt. Pro Leistungsbereich kann die angegebene Punktzahl nur einmal pro Kalendertag vergeben werden. Die Gesamtpunktzahl der Aufwandspunkte der Leistungsbereiche der „allgemeinen Pflege“ und der „speziellen Pflege“ führt zu einer OPS-Prozedur „9-20 Hochaufwendige Pflege von Patienten“ (9-200.–, 9-201.–, 9-202.–, 9-203.–), wenn die entsprechende Punktzahl der jeweiligen Prozedur in den Altersgruppen (Erwachsene / Kinder und Jugendliche / Kleinkinder / Frühgeborene, Neugeborene und Säuglinge) erreicht ist.

Der PKMS ist nur auf der „Normalstation/IMC“ zu kodieren. Es sind keine Kalendertage auf Intensivstationen zu zählen. Die PKMS-Aufwandspunkte sind an den Tagen nicht zu zählen, an welchen Punkte für die Intensiv-Komplexcodes, Stunden für die Stroke-Unit-Komplexcodes oder Beatmungsstunden gezählt werden.

Am Verlegungstag von einer „Normalstation/IMC“ auf die oben genannte Einheit oder am Tag, an dem die Zählung der Stunden für die Stroke-Unit-Komplexcodes (8-981, 8-98b) oder der Beatmungsstunden der jeweiligen Beatmungsperiode beginnt, wird der PKMS nicht kodiert. Am Tag der Rückverlegung auf die „Normalstation“ oder am Tag, an dem die Zählung der Beatmungsstunden der jeweiligen Beatmungsperiode oder die Behandlung entsprechend der neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls endet, kann der PKMS ermittelt werden.

Definition: „volle Übernahme“ in den Leistungsbereichen (Körperpflege, Ernährung, Ausscheidung, Bewegung und Positionierung)

Im PKMS wird als Ausgangslage des „normal aufwendigen Patienten“ ein Patient beschrieben, der eine „volle Übernahme“ der pflegerischen Tätigkeiten durch das Pflegepersonal erfährt. Der PKMS nutzt die Definition „volle Übernahme“ in den Leistungsbereichen, die bei dem Instrument PPR entwickelt wurden. Nachfolgend wird die Definition „volle Übernahme“ vorgestellt. Es ist keine Voraussetzung für Einrichtungen, die PPR zu nutzen, um den PKMS richtig zu kodieren.

Die ursprüngliche Definition der PPR wurde nicht geändert. Hintergrund dieser Entscheidung ist, dass zahlreiche Einrichtungen noch mit der PPR zur Fallkostenkalkulation arbeiten und die Definitionen der Leistungsbereiche bei den Pflegenden bekannt sind. Einige Begriffe, die heute in der Pflege nicht mehr verwendet werden, wurden durch die aktuelle Fachterminologie ersetzt bzw. ergänzt, ohne die inhaltlichen Aussagen der PPR A3 zu verändern. Diese sind im Text kursiv markiert.

In Anlehnung an die Definition der PPR-Stufe A3 wird die „volle Übernahme“ pflegerischer Leistungen in den Leistungsbereichen wie folgt definiert:	
<i>Patienten brauchen ein hohes Maß an Unterstützung, Aktivierung, Motivation und Zuwendung, denn sie sind durch Immobilität, eingeschränkte Körperfunktionen oder durch ihre Erkrankung an der eigenständigen Erfüllung ihrer Grundbedürfnisse gehindert.</i>	
Körperpflege	Überwiegende oder vollständige Übernahme der Körperpflege Der Patient kann sich nicht selbstständig waschen, die Zähne putzen, rasieren und die Haare pflegen. Dies muss von den Pflegenden ausgeführt oder der Patient muss helfend und aktivierend unterstützt werden.
Ernährung	Hilfe bei der Nahrungsaufnahme Der Patient ist nicht in der Lage, allein zu essen oder zu trinken, auch wenn die Nahrung mundgerecht zubereitet ist. Essen oder Trinken muss dem Patienten verabreicht werden oder das Kind muss gefüttert werden oder ihm muss während des Essens geholfen werden. Außerdem muss der Patient aktivierend unterstützt werden.

Deutscher Ärzteverlag

Ausscheidung	Versorgen bei unkontrollierter Blasen- oder Darmentleerung und/oder volle Abhängigkeit bei den Ausscheidungsaktivitäten Der inkontinente Patient muss mit frischen Inkontinenzmaterialien versorgt oder das Kind muss regelmäßig gewickelt und gereinigt werden (dazu gehört auch – soweit erforderlich – die Reinigung des Bettes). Dieses Merkmal umfasst auch das Kontinenztraining.
Bewegung und Positionierung	Häufiges (zwei- bis vierständliches) Körperlagern oder Mobilisieren Der Patient wird aufgrund seiner Immobilität häufig gelagert oder mobilisiert. Dies kann therapeutisch erforderlich sein oder seinen persönlichen Bewegungs- und Lagerungsbedürfnissen entsprechen.

HINWEISE ZUR PFLEGEDOKUMENTATION zur Vermeidung eines unnötigen Dokumentationsaufwandes

Die Gründe für die hochaufwendige Pflege sind einmalig bei Aufnahme und bei Änderungen der Gründe zu erfassen. Das Vorliegen eines oder mehrerer Kennzeichen der Gründe bestätigt diese. Die Kennzeichen, die mit einem Komma verbunden sind, werden im Sinne einer „oder“-Verbindung ausgelegt. Nur wenn explizit ein „und“ formuliert ist, sind beide oder mehrere Kennzeichen zu erfüllen.

Die Pflegemaßnahmen, welche für den Patienten erbracht wurden und im Rahmen der PKMS-Aufwandspunkte anerkannt werden sollen, sind einzeln durch eine tägliche Leistungsdokumentation (mit Personen- und Kalendertagsbezug) nachzuweisen.

Ist bei einem Patienten bereits absehbar, dass er trotz des Zutreffens eines oder mehrerer Leistungsmerkmale nicht eine entsprechende Anzahl von Tagen in der Klinik verweilt, um die Mindestpunktzahl für den OPS-Code zu erreichen, so ist eine Dokumentation im Sinne des PKMS nicht unbedingt erforderlich.

Nur mit diesem Symbol  gekennzeichnete Bereiche des PKMS erfordern eine zusätzliche Dokumentation. Dabei ist zu beachten, dass es sich hier überwiegend um Dokumentationsanteile handelt, die bereits zur Standardpflegedokumentation gehören.

Die dokumentierten PKMS-Items, auch in elektronischer Form, sind Teilaspekte der pflegerischen Dokumentation. Ebenso kann eine automatisierte PKMS-Dokumentation durch die Nutzung einer standardisierten Terminologie in einer papiergestützten und/oder elektronischen Patientenakte genutzt werden.

Die Mitarbeiter des Pflegedienstes kodieren auf einer Matrix das „Zutreffen“ des jeweiligen PKMS-E, PKMS-J, PKMS-K, PKMS-F in den einzelnen Leistungsbereichen.

PKMS-E-Matrix (Erwachsene)

Leistungsbereich PKMS-E	1. Tag	2. Tag	3. Tag	4. Tag	5. Tag	6. Tag	7. Tag	8. Tag	
Körperpflege	3	3	3	3	3	3	3	3	
Ernährung	4	4	4	4	4	4	4	4	
Ausscheidung	2	2	2	2	2	2	2	2	
Bewegen/Lagern/Mobilisation	3	3	3	3	3	3	3	3	
Kommunizieren/Beschäftigen	1	1	1	1	1	1	1	1	
Kreislauf	2	2	2	2	2	2	2	2	
Wundmanagement	2	2	2	2	2	2	2	2	
Atmung	2	2	2	2	2	2	2	2	
Summe pro Tag:	19	19	19	19	19	19	19	19	Gesamtsumme

PKMS-J-Matrix (Kinder und Jugendliche)

Leistungsbereich PKMS-J	1. Tag	2. Tag	3. Tag	4. Tag	5. Tag	6. Tag	7. Tag	8. Tag	
Körperpflege	2	2	2	2	2	2	2	2	
Ernährung	4	4	4	4	4	4	4	4	
Ausscheidung	3	3	3	3	3	3	3	3	
Bewegen/Lagern/Mobilisation	3	3	3	3	3	3	3	3	
Kommunizieren/Beschäftigen	2	2	2	2	2	2	2	2	
Wund- und Hautbehandlung	2	2	2	2	2	2	2	2	
Atmung	3	3	3	3	3	3	3	3	
Summe pro Tag:	19	19	19	19	19	19	19	19	Gesamtsumme

PKMS-K-Matrix (Kleinkinder)

Leistungsbereich PKMS-K	1. Tag	2. Tag	3. Tag	4. Tag	5. Tag	6. Tag	7. Tag	8. Tag	
Körperpflege	2	2	2	2	2	2	2	2	
Ernährung	4	4	4	4	4	4	4	4	
Ausscheidung	2	2	2	2	2	2	2	2	
Bewegen/Lagern/Mobilisation	2	2	2	2	2	2	2	2	
Kommunizieren/Beschäftigen	2	2	2	2	2	2	2	2	
Wund- und Hautbehandlung	2	2	2	2	2	2	2	2	
Atmung	3	3	3	3	3	3	3	3	
Summe pro Tag:	17	17	17	17	17	17	17	17	Gesamtsumme

PKMS-F-Matrix (Frühgeborene, Neugeborene und Säuglinge)

Leistungsbereich PKMS-F	1. Tag	2. Tag	3. Tag	4. Tag	5. Tag	6. Tag	7. Tag	8. Tag	
Körperpflege	2	2	2	2	2	2	2	2	
Ernährung	4	4	4	4	4	4	4	4	
Ausscheidung	2	2	2	2	2	2	2	2	
Bewegen/Lagern/Mobilisation	2	2	2	2	2	2	2	2	
Kommunizieren/Beschäftigen	2	2	2	2	2	2	2	2	
Wund- und Hautbehandlung	2	2	2	2	2	2	2	2	
Atmung	3	3	3	3	3	3	3	3	
Summe pro Tag:	17	17	17	17	17	17	17	17	Gesamtsumme

Aus der Summe der Aufwandspunkte des PKMS (in der entsprechenden Altersklasse) ergibt sich der entsprechende OPS-Kode aus dem Bereich 9-20.

Abkürzungsverzeichnis

ASE	Atemstimulierende Einreibung
BMI	Body-Mass-Index
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
FIM	Functional Independence Measure™
GKW	Ganzkörperwaschung
IMC	Intermediate Care
MMSE	Mini Mental State Examination
MRP	Motor relearning programme
NDT	Neuro-developmental Treatment
PPR	Pflege-Personalregelung
tägl.	täglich

1 PKMS-E für Erwachsene ab dem Beginn des 19. Lebensjahres

Hinweise: Es gibt folgende Gründe bei den Erwachsenen, die in den Tabellen zu den Leistungsbereichen weiter spezifiziert werden:

- G1 Qualitative Bewusstseinsveränderung
- G2 Quantitative Bewusstseinsveränderung
- G3 Beeinträchtigte Anpassung
- G4 Extreme Schmerzzustände/Lebenskrise
- G5 Immobilität
- G6 Beeinträchtigte Geh- und Transferfähigkeit
- G7 Beeinträchtigte Mobilität/körperliche Einschränkung
- G8 Beeinträchtigt Schlucken
- G9 Veränderte/beeinträchtigte Ausscheidung
- G10 bis G12 Weitere Gründe

Die Nummerierung der Gründe ist (bei den Erwachsenen) nicht fortlaufend oder nicht vollständig angegeben, weil nicht jeder Grund in jedem Leistungsbereich berücksichtigt wird.

1.1 Allgemeine Pflege

Mindestmerkmale PKMS-E, Leistungsbereich A: Körperpflege

Altersgruppe E: 3 Punkte

Die Unterstützung bei der Körperpflege ist hochaufwendig und geht deutlich über das normale Maß einer vollen Übernahme der Körperpflege (Körperwaschung, Haut-, Haar-, Mundpflege) hinaus (vgl. PPR-E Stufe A3).

Es liegt mindestens einer der Gründe für eine hochaufwendige Pflege vor:	
G1	<p>Abwehrverhalten/Widerstände bei der Körperpflege Kennzeichen: Setzt (Mobilisierungs-)Maßnahmen bei der Körperpflege Widerstände entgegen; schreit, schlägt, beschimpft das Pflegepersonal bei der Ganzkörperwaschung, lehnt die Körperpflege verbal/nonverbal ab</p> <p>ODER</p> <p>Ablauf der Körperpflege ist dem Patienten nicht bekannt Kennzeichen: Unfähigkeit, die Körperpflege selbstständig und strukturiert durchzuführen; Trugwahrnehmungen, Gebrauchsgegenstände der Körperpflege können nicht adäquat eingesetzt werden, fehlende Eigeninitiative, die Körperpflege durchzuführen</p> <p>ODER</p> <p>Schwere kognitive Funktionseinschränkung (ICD-10-GM-Kode aus U51.2-) Erweiterter Barthel-Index 0–15 Punkte oder kognitiver FIM 5–10 Punkte oder MMSE 0–16 Punkte liegt vor</p>
G4	<p>Extreme Schmerzzustände, die sich auf die Körperpflegeaktivitäten auswirken Kennzeichen: Stöhnt, weint, jammert, grimassiert, wehrt ab bei der Körperpflege, äußert verbal stärkste Schmerzen</p>

Deutscher Ärzteverlag

Es liegt mindestens einer der Gründe für eine hochaufwendige Pflege vor:	
G5	<p>Verlust der Fähigkeit, den Positionswechsel im Bett durchzuführen Kennzeichen: Fehlende Fähigkeit, sich selbstständig im Bett zu drehen, aktiv zu verrutschen, sich aufzusetzen</p> <p>UND</p> <p>Ein vorliegender Erschwernisfaktor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mindestens 3 unterschiedliche Zu- und/oder Ableitungssysteme (inkl. Beatmung) • BMI von mindestens 35 kg/m² • Krankheitsbedingte Risiken wie Wirbelsäuleninstabilität • Extensionsbehandlung und/oder Behandlung mit Körpergipschale, die eine extreme Bewegungseinschränkung mit sich bringen • Rumpforthese/Fixateur/Armabduktionsschiene bei Querschnittlähmung • Prothese/Orthese der unteren Extremität(en)/Stützkorsett/Rumpfwickel • Ruhigstellung/Fehlen von mindestens zwei Extremitäten • Ausgeprägte Spastik/Kontraktur/Rumpfataxie • Ausgeprägte Lähmung (Hemiplegie / halbseitige Unfähigkeit, die Extremitäten selbstständig zu bewegen, Paraplegie/-parese, Tetraplegie/-parese) • Fehlende Kraft zur Eigenbewegung im Rumpf und Beckenbereich • Mindestens 3 sekundär heilende Wunden (z.B. Dekubitus Grad/Kategorie 3) und/ oder großflächige Wunde(n) (≥40 cm²)
G7	<p>Volle Abhängigkeit bei der Körperpflege bei bestehender erheblicher Beeinträchtigung der Atemsituation und/oder Herz-Kreislauf-Situation Kann/darf sich bei verminderter/instabiler Herz-/Kreislauf- und/oder Atemsituation bei der Körperpflege nicht anstrengen, Belastungsintoleranz bei der Körperpflege</p>
G9	<p>Starkes Schwitzen und/oder Erbrechen und/oder Einnässen/-stuhlen, und/oder Kotschmieressen, das eine(n) Wäschewechsel/Körperpflege erfordert</p>
G10	<p>Anlässe für eine therapeutische Ganzkörperwaschung bei einem Selbstfürsorgedefizit, Körperpflege in Verbindung mit einem der aufgeführten Punkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beeinträchtigte Orientierung/Wahrnehmung • Pathologische Bewegungsabläufe, Freezing (motorische Blockade) • Vorhandene Spastik, Rumpfataxie • Ausgeprägte Fatigue in der schwersten Ausprägung entsprechend Assessment
G11	<p>Volle Abhängigkeit bei der Körperpflege Kennzeichen: Fehlende Fähigkeit, den Körper selbstständig zu waschen, sich abzutrocknen und die Mund-, Haar-, Hautpflege durchzuführen.</p> <p>UND</p> <p>Ein Grund für hohen pflegerischen Aufwand:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pflegemaßnahmen im Rahmen der (Umkehr-)Isolation <p>ODER</p> <ul style="list-style-type: none"> • Massive Veränderungen der Mundschleimhaut <p>ODER</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hohes Pneumonierisiko, ermittelt durch systematische Einschätzung <p>ODER</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aufwendiges Tracheostoma
G12	<p>Tetraplegie mit fehlender Körperbalance / fehlender Rumpfstabilität Kennzeichen: Kippt beim Sitzen zur Seite / nach vorne</p>

Es liegt mindestens einer der Gründe für eine hochaufwendige Behandlungspflege im Bereich Atmung bei Frühgeborene, Neugeborenen und Säuglingen vor:	
G2	Zeichen einer respiratorischen Beeinträchtigung <u>Kennzeichen:</u> Tachy-/Dyspnoe, veränderter Hustenmechanismus, kann nicht selbstständig abhusten, vermehrtes Bronchialsekret, zähes Bronchialsekret, minderbelüftete Lunge, Sauerstoffbedarf >4 Std.
G3	Vorhandensein eines Tracheostomas

Pflegeinterventionen sind (die zugehörigen Gründe sind in der ersten Spalte aufgeführt):	
G2 G3	<p>H1 Vitalzeichenkontrolle und Krankenbeobachtung zum Erkennen einer akuten Bedrohung fortlaufend innerhalb von 24 Stunden wie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kontinuierliche Monitorüberwachung/Pulsoximetrie und mindestens 2-stündliche Beurteilung und Dokumentation des Atemmusters UND/ODER • 1-stündliche Dokumentation von Puls und Atmung (ohne Monitor), Beurteilung der Atmung UND <p>Atemtherapeutische Leistungen mit einem Zeitaufwand von mindestens 30 Minuten wie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Absaugen von Schleim aus Tracheostoma oder Nase, Mund, Rachen UND/ODER • Anleitung von Eltern/Bezugsperson im Umgang mit Absaugsystemen und/oder in der Tracheostomapflege UND/ODER • Anleitung von Eltern/Bezugsperson zum Wechsel der Trachealkanüle
G1 G2	<p>H2 Pflegespezifische physikalische Maßnahmen zur Pneumonieprophylaxe und/oder Sekretmobilisation und Verbesserung der Belüftung der Atemwege in an die Bedürfnisse des Patienten angepasster Kombination mindestens 90 Minuten tägl. wie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inhalation UND/ODER • Vibrationsbehandlung des Thorax UND/ODER • Wickel/Auflagen/Umschläge UND/ODER • Maßnahmen der Atemtherapie: Anleiten und Beaufsichtigen von In- und Expirationsübungen mit entsprechenden Hilfsmitteln (z.B. Kontaktatmung) UND/ODER • Anleiten von Eltern/Bezugsperson in Techniken zur Sekretmobilisation beim Patienten (z.B. autogene Drainage, Drainagelagerung) UND/ODER • Speziallagerung zur Ventilations- und Mobilitätsförderung des Thorax mit Evaluation und Dokumentation des Behandlungsverlaufs (z.B. Dehnlagerung, Halbmondlagerung)

Deutscher Ärzteverlag

Neue Versionen 2018: ICD-10-GM und OPS Deutsche Kodierrichtlinien

**GÜNSTIGE
MENGENPREISE**
AB 20 EXEMPLAREN
JE TITEL



ICD-10-GM 2018
Systematisches Verzeichnis
Version 2018
2018, 822 Seiten,
ISBN 978-3-7691-3662-3
broschiert, € 24,99
ab 20 Ex. € 11,45, zzgl. 7% MwSt.



OPS 2018
Systematisches Verzeichnis
Version 2018
2018, 894 Seiten,
ISBN 978-3-7691-3664-7
broschiert, € 24,99
ab 20 Ex. € 9,95, zzgl. 7% MwSt.



Deutsche Kodierrichtlinien
Version 2018
2018, 191 Seiten,
ISBN 978-3-7691-3666-1
broschiert, € 7,99
ab 20 Ex. € 5,95, zzgl. 7% MwSt.



ICD-10-GM 2018
Alphabetisches Verzeichnis
Version 2018
2018, 1.309 Seiten,
ISBN 978-3-7691-3663-0
broschiert, € 24,99
ab 20 Ex. € 11,95, zzgl. 7% MwSt.



OPS 2018
Alphabetisches Verzeichnis
Version 2018
2018, 1.334 Seiten,
ISBN 978-3-7691-3665-4
broschiert, € 24,99
ab 20 Ex. € 11,45, zzgl. 7% MwSt.

Ihre Vorteile

- Griffleisten zur schnellen Orientierung
- Lebende Kopfzeilen mit Informationen über den jeweiligen Bereich
- Verbesserte Benutzbarkeit durch weitgehende Auflösung aller „Listen“
- Markierung der wesentlichen Änderungen gegenüber dem Vorjahr
- Hinweise zur Diagnosenverschlüsselung
- Zahlreiche Zusatzinformationen
- Anwenderfreundliches Layout
- Bearbeitet von Dr. med. Bernd Graubner und Prof. Dr. med. Jürgen Stausberg

Direkt bestellen: www.aerzteverlag.de/buecher

> **Versandkostenfreie Lieferung innerhalb Deutschlands bei Online-Bestellung, ausgenommen Mengenabnahmen**
E-Mail: bestellung@aerzteverlag.de | Telefon: 02234 7011-314 | Telefax: 02234 7011-476
Oder in Ihrer Buchhandlung

Irrtümer und Preisänderungen vorbehalten. Preise zzgl. Versandkosten. Deutscher Ärzteverlag GmbH – Sitz Köln – HRB 106 Amtsgericht Köln. Geschäftsführung: Norbert A. Froitzheim, Jürgen Führer



Aktuelles Fachwissen:



15. aktualisierte Auflage 2018
ca. 420 Seiten, ca. 30 Abbildungen,
ca. 45 Tabellen
ISBN 978-3-7691-3667-8
broschiert, ca. € 49,99

Jetzt neu: Stand 2018!

- Praxisorientierte Tipps und viele Beispiele
- Schulungsmaterialien, wie Übersichten, Flussdiagramme, Tabellen und Abbildungen
- Kompetente Autoren, die im Krankenhaus arbeiten, ärztliche Mitarbeiter schulen und umfangreiche Seminarerfahrung haben.

Praxisnahes Handbuch zur sachgerechten Kodierung der Diagnosen und Prozeduren nach den Regeln der Deutschen Kodierrichtlinien 2018, der ICD-10-GM 2018 und des OPS 2018. Die sinnvollen und nach medizinischen Gesichtspunkten gegliederten Zusammenfassungen für Themenbereiche, wie z.B. Tumoren und Geburtshilfe, bieten umfangreiches Schulungsmaterial, viele Beispiele, Tipps und Kommentare.

Direkt bestellen: www.aerzteverlag.de/buecher

>Versandkostenfreie Lieferung innerhalb Deutschlands bei Online-Bestellung
E-Mail: bestellung@aerzteverlag.de | Telefon: 02234 7011-314 | Telefax: 02234 7011-476
Oder in Ihrer Buchhandlung

Irrtümer und Preisänderungen vorbehalten. Preise zzgl. Versandkosten € 4,50. Deutscher Ärzteverlag GmbH – Sitz Köln – HRB 106 Amtsgericht Köln. Geschäftsführung: Norbert A. Froitzheim, Jürgen Führer

 **Deutscher
Ärzteverlag**

Deutscher Ärzteverlag

OPS 2018 Systematisches Verzeichnis

324 Vorschläge von medizinischen Fachgesellschaften, von Fachleuten der klinisch und ambulant tätigen Ärzteschaft und von Krankenkassen sowie zusätzliche Anforderungen, die sich aus der Weiterentwicklung der Entgeltsysteme für Krankenhausleistungen und der externen Qualitätssicherung ergaben, wurden bei der Gestaltung des OPS 2018 berücksichtigt. Zusätzlich wurden 25 Anträge im Rahmen des NUB-Verfahrens eingereicht. Wichtige Änderungen, d.h. neue oder überarbeitete Codes und Codebereiche, gibt es z.B. bei ablativen Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen, der aufwendigen intensivmedizinischen Komplexbehandlung und der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung von Erwachsenen sowie von Kindern und Jugendlichen. Die Gesamtzahl aller Codes und Codebereiche wurde um 550 auf rund 35.100 erhöht.



**Prof. Dr. med.
Jürgen Stausberg**
Arzt für Medizinische Informatik und Ärztliches Qualitätsmanagement. Jahrelange Beschäftigung mit den medizinischen Klassifikationen. Stellv. Mitglied des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG) beim Bundesministerium für Gesundheit.



Dr. med. Bernd Graubner
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin und Medizin-Informatiker. Seit 1967 Beschäftigung mit der ICD und seit 1978 mit den Operations- und Prozedureklassifikationen. Bis 2016 Mitglied der Arbeitsgruppen ICD und OPS des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG) beim Bundesministerium für Gesundheit.

- Gesetzliche Pflicht zur Verschlüsselung von Prozeduren
- Differenzierte Markierung der Änderungen gegenüber der Version 2017
- Zusammenfassende Darstellung der wichtigsten Neuerungen
- Griffleisten zum schnellen Finden der Kapitel bzw. der Bereiche
- Lebende Kopfzeilen mit Informationen über den jeweiligen Bereich
- Ausführliches Inhaltsverzeichnis zur schnellen Orientierung
- Verbesserte Benutzbarkeit durch weitgehende Auflösung („Ausmultiplikation“) der Listen für Sechssteller
- Einleitung mit ausführlichen Zusatzinformationen
- Auflistung der wesentlichen Änderungen aufgrund der neuen Rechtschreibung
- OPS-Bekanntmachung des BMG
- Geleitwort von Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery (BÄK), Dr. Andreas Gassen (KBV), Dr. Doris Pfeiffer (GKV-Spitzenverband), Prof. Josef Hecken (G-BA), Prof. Dr. Holger Reinecke (KKG) und Frank Plate (Bundesversicherungsamt)
- Anwenderfreundliches Layout und redaktionelle Bearbeitung der DIMDI-Daten
- 24 Jahre Erfahrung von Verlag und Bearbeitern bei der Herausgabe der medizinischen Klassifikationen.

ISBN 978-3-7691-3664-7



9 783769 136647

 **Deutscher
Ärzteverlag**