



OPS 2020 Systematisches Verzeichnis

Operationen- und Prozedurenschlüssel
Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin

Version 2020

Herausgegeben vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), Köln, 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. Thomas Auhuber

Druckvorlage bzw. Leseprobedatei für die Buchausgabe des DÄV

DIMDI-Stand: 18.10.2019 (veröffentlicht am 24.10.2019)

Dateiname: OPS_2020_SYS.DAEV_191129a_BG.docx
Bearbeitungsstand: 30.11.2019

Dateiumfang: XXXV + 853 Seiten (= insgesamt 889 paginierte Seiten [ohne Notiz-Seiten])

Bearbeiter: Prof. Dr. med. Thomas Auhuber, Berlin, Gabi Graf, Köln, und Johannes Graubner, Jena

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

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

OPS 2020

Systematisches Verzeichnis

Operationen- und Prozedurenschlüssel
Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin

Version 2020 – Stand: 18. Oktober 2019

Herausgegeben vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), Köln, 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. Thomas Auhuber

Bearbeitet von:
Prof. Dr. med. Thomas Auhuber
Berlin
Telefon: 030 56811150
Telefax: 030 56811198
thomas.auhuber@ukb.de

ISBN 978-3-7691-3697-5

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) 2019.
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).

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

Copyright © 2020 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 stationäres ersetzende Eingriffe, der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen im Rahmen der vertragsärztlichen Vergütung und des morbiditätsbezogenen Risikostrukturausgleiches 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.

Dr. med. (I) Klaus Reinhardt
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
(2016–2019)

Frank Plate
Präsident
des Bundesversicherungs-
amtes

Inhaltsverzeichnis

Geleitwort zu dieser Buchausgabe	V
Inhaltsverzeichnis	VII
Informationen zu dieser Buchausgabe	XI
OPS-Bekanntmachung des BMG	XVII
Was ist neu im OPS 2020?	XIX
Hinweise für die Benutzung	XXV
Abkürzungsverzeichnis	XXXII
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	12
1-50...1-58 Biopsien durch Inzision	26
1-61...1-69 Diagnostische Endoskopien	34
1-70...1-79 Funktionstests	41
1-84...1-85 Explorative diagnostische Maßnahmen	45
1-90...1-99 Andere diagnostische Maßnahmen	47
3 BILDGEBENDE DIAGNOSTIK	55
3-03...3-05 Ultraschalluntersuchungen	55
3-10...3-13 Projektionsradiographie	58
3-20...3-26 Computertomographie [CT]	60
3-30...3-31 Optische Verfahren	62
3-60...3-69 Darstellung des Gefäßsystems	63
3-70...3-76 Nuklearmedizinische diagnostische Verfahren	65
3-80...3-84 Magnetresonanztomographie [MRT]	70
3-90...3-90 Andere bildgebende Verfahren	72
3-99...3-99 Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren	72
5 OPERATIONEN	73
5-01...5-05 Operationen am Nervensystem	73
5-06...5-07 Operationen an den endokrinen Drüsen	104
5-08...5-16 Operationen an den Augen	110
5-18...5-20 Operationen an den Ohren	137
5-21...5-22 Operationen an Nase und Nasennebenhöhlen	144
5-23...5-28 Operationen an Mundhöhle und Gesicht	151
5-29...5-31 Operationen an Pharynx, Larynx und Trachea	167

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	246
5-42...5-54	Operationen am Verdauungstrakt	256
5-55...5-59	Operationen an den Harnorganen	328
5-60...5-64	Operationen an den männlichen Geschlechtsorganen	355
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	413
5-87...5-88	Operationen an der Mamma	520
5-89...5-92	Operationen an Haut und Unterhaut	525
5-93...5-99	Zusatzinformationen zu Operationen	547
6	MEDIKAMENTE	553
6-00...6-00	Applikation von Medikamenten	553
8	NICHTOPERATIVE THERAPEUTISCHE MASSNAHMEN	589
8-01...8-02	Applikation von Medikamenten und Nahrung und therapeutische Injektion	589
8-03...8-03	Immuntherapie	591
8-10...8-11	Entfernung von Fremdmaterial und Konkrementen	591
8-12...8-13	Manipulationen an Verdauungstrakt und Harntrakt	594
8-14...8-17	Therapeutische Katheterisierung, Aspiration, Punktion und Spülung	597
8-19...8-19	Verbände	603
8-20...8-22	Geschlossene Reposition und Korrektur von Deformitäten	607
8-31...8-39	Immobilisation und spezielle Lagerung	610
8-40...8-41	Knochenextension und andere Extensionsverfahren	611
8-50...8-51	Tamponade von Blutungen und Manipulation an Fetus oder Uterus	612
8-52...8-54	Strahlentherapie, nuklearmedizinische Therapie und Chemotherapie	613
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	644
8-80...8-85	Maßnahmen für den Blutkreislauf	644
8-86...8-86	Therapie mit besonderen Zellen und Blutbestandteilen	705
8-90...8-91	Anästhesie und Schmerztherapie	706
8-92...8-93	Patientenmonitoring	712
8-97...8-98	Komplexbehandlung	715
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	Phoniatische 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	771
9-70...9-70	Andere Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	781
9-80...9-80	Andere Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	784
9-98...9-99	Andere ergänzende Maßnahmen und Informationen	787
Anhang zum OPS		789
Berechnung der Aufwandspunkte für die intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Erwachsenen (Kodes 8-980.– und 8-98f.–)		793
Berechnung der Aufwandspunkte für die intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Kode 8-98d.–)		796
Tabellen der anrechenbaren Therapieeinheiten für Psychiatrie und Psychosomatik (Therapieeinheiten Psych) (Kodes 9-60 bis 9-63, 9-65, 9-66 und 9-68)		799
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.–)		801
1	PKMS-E für Erwachsene ab dem Beginn des 19. Lebensjahres	806
1.1	Allgemeine Pflege	806
1.2	Spezielle Pflege	817
2	PKMS-J für Kinder und Jugendliche ab dem Beginn des 7. Lebensjahres bis zum Ende des 18. Lebensjahres	821
2.1	Allgemeine Pflege	821
2.2	Spezielle Pflege	830
3	PKMS-K für Kleinkinder ab dem Beginn des 2. Lebensjahres bis zum Ende des 6. Lebensjahres	833
3.1	Allgemeine Pflege	833
3.2	Spezielle Pflege	840
4	PKMS-F für Frühgeborene, Neugeborene und Säuglinge ab der Geburt bis zum Ende des 1. Lebensjahres	844
4.1	Allgemeine Pflege	844
4.2	Spezielle Pflege	850

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. Ab der Version 2019 hat Thomas Auhuber diese Aufgabe übernommen, wobei er zunächst vor allem den Systematischen Teil bearbeitet hat. Mit der aktuellen Version geht nun die gesamte Bearbeitung in seine Verantwortung über. Dabei werden die bewährten Prinzipien der anwenderfreundlichen Gestaltung unserer Buchausgaben auf der Grundlage der jahrzehntelangen Arbeiten von Bernd Graubner und in seinem Sinne fortgeführt.

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 18.10.2019 [veröffentlicht am 24.10.2019]). 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 2019 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. Diesen Aufsatz finden Sie ab dem Jahr 2020 auf der Homepage des Deutschen Ärzteverlages bei den genannten Buchausgaben

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 in der Regel einerseits nach inhaltlichen Gesichtspunkten und andererseits formal nach fast jedem Bereich vorgenommen worden. 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, bis zur Version 2018 Listen der betroffenen oder bisher unberücksichtigten Wörter beigelegt. Sie sollten bei der notwendigen Umstellung der bei einzelnen Softwarehäusern, Krankenhäusern, Arztpraxen und sonstigen Anwendern vorhandenen individuellen Prozedurenlisten helfen. Diese Listen halten wir jetzt für entbehrlich. Die Änderungen betreffen vor allem die Schreibung von ß versus ss, die Getrennt- oder Auseinanderschreibung von Wörtern, die Groß- oder Kleinschreibung sowie die gelegentliche Konsonantenverdreifung (z.B. Abszessspaltung). Für einige Wörter hat das DIMDI die bisherige und auch weiterhin zulässige Schreibweise beibehalten, z.B. -graphie, Potential und selbständig (im OPS außerdem auch „selbstständig“). Die Schreibung einiger Wörter haben wir generell an die DUDEN-Schreibweise angepasst, z.B. Brisement forcé (statt force) und Débridement (statt

Debridement). Adjektive und Partizipien, die mit „nicht“ verbunden sind, eine dauernde Eigenschaft kennzeichnen und adjektivisch gebraucht werden, können nach den DUDEN-Regeln zusammen oder getrennt geschrieben werden. Das DIMDI verfährt da uneinheitlich. Wir haben uns für die logisch zutreffende durchgängige Zusammenschreibung entschieden, die in den aktuellen DUDEN-Empfehlungen favorisiert wird, und dabei als Kompromiss teilweise auch die Bindestrichschreibung benutzt (z.B. nichtinfektiös, nichtoperativ, nicht-zementiert).

- **Vollständige Sätze** werden, analog zur ICD-10-GM, stets mit einem Punkt beendet. Erforderliche Textkorrekturen haben wir vorgenommen. Bei der **Verwendung von Klammern** haben wir konsequent die Regel angewendet, dass Klammern in Klammern abgewechselt werden, also auf eine runde Klammer eine eckige folgen sollte (vgl. z.B. bei den Mindestmerkmalen zu 8-981).
- Die **OPS-Bekanntmachung des BMG** vom 24.10.2019 ist auf Seite XV abgedruckt.
- **Alle Teile des OPS 2020, die gegenüber der vorherigen Version 2019 neu aufgenommen oder verschlüsselungsrelevant geändert worden sind, sind durch einen Doppelstrich am rechten Rand gekennzeichnet** (z.B. beim Code 1-20d.-). Das betrifft neue Codes, Inhaltsänderungen schon früher vorhandener Codes, Änderungen in der Zuordnung des Zusatzkennzeichens für die Seitenlokalisierung 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 „Pflegekomplesmaßnahmen-Scores für Erwachsene [PKMS-E], Kinder und Jugendliche [PKMS-J], Kleinkinder [PKMS-K] und Frühgeborene, Neugeborene und Säuglinge [PKMS-F] (Codes 9-200.– bis 9-203.–)“, Seite 801 ff.).

„Gewöhnliche“ Änderungen (einschließlich Schlüsselnummernkorrekturen in den Verweisen), begriffliche Klarstellungen und Textkorrekturen sowie Änderungen eines Codes hinsichtlich seiner Terminaleigenschaft (z.B. Code 5-573.2) sind in der Regel durch einen **Einfachstrich** am rechten Rand markiert. Keine Markierung erfolgte bei den zahlreichen Ergänzungen durch „ff.“ bei Codes 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 XXV). Wir haben diese Darstellungsart seitdem konsequent übernommen (bis zur Version 2015 hatten wir die Codes teilweise mit der zutreffenden Punkt-Strich-Notation versehen).

Der Hinweis auf **gelöschte Codes** und sonstige gelöschte Informationen der Version 2019 erfolgt durch einen **gerasterten Strich** (vgl. Muster aller Striche auf Seite 1) am rechten Rand des vorherigen Absatzes (z.B. bei 8-836.r- für den gelöschten Code 8-836.w-). 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 Codes (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 angeben, 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 Code 8-982.– bei den Hinweisen oder bei den PKMS-Tabellenzellen).

Der mit der Version 2019 vertraute Kodierer wird durch diese Markierungen auf die Änderungen in der Version 2020 aufmerksam gemacht, die er dann vielleicht erst beim Vergleich dieser Buchausgabe mit einer der Version 2019 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 2020 vorgenommenen Änderungen bieten der vom DIMDI bereitgestellte Abschnitt „Was ist neu im OPS 2020?“ (Seite XVII ff.) und die vom DIMDI auf seiner Homepage veröffentlichten zwei Aktualisierungslisten (59 und 30 Seiten).

- Als **Kennzeichen für terminale Schlüsselnummern, für die eine Seitenlokalisierung (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 Codes 1-276.0, .1, .x und .y und zu 1-276.2- die terminalen Codes 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 Codes 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 Code 8-836.– (außer 8-836.0- und 8-836.n-) 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 Codes aufgenommen, die für die untergeordneten Fünfsteller auch tatsächlich gelten (z.B. sind bei 5-781.– und 5-782.– die Codes 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 Codes 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-Codes für den vertragsärztlichen Bereich gültig sind, sondern dort nur die im Anhang 2 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) aufgeführten Codes verwendet werden dürfen. Bestimmte Kodierungen dürfen zudem nur außerhalb des stationären Geltungsbereichs angewendet werden. Diese Codes sind besonders gekennzeichnet mit dem Hinweis, dass diese Codes im Geltungsbereich des G-DRG-Systems (§ 17b KHG) nicht zu verwenden sind**. Dies betrifft z.B. die Codes zum Einsatz von Materialkombinationen bei Osteosynthesen, die Entnahme von Spongiosa (5-783.1 und 5-783.3) oder Operationen am Fuß bei Rezidiven (5-808.ae, 5-808.af, 5-808.b8).

Außerdem enthalten einige Codes des OPS Hinweise, dass sie nur in bestimmten stationären Einrichtungen anzugeben sind. Das betrifft z.B. die Codes 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 Codes 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). 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 18.10.2019). 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 (<https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/service/> und <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/ops/kodierfragen/>), die vor allem für spezielle Problemstellungen hilfreich sind (FAQ = Frequently asked questions). Sollten irgendwelche Interpretationsprobleme des OPS auftreten, so ziehe man in Zweifelsfällen die **amtliche DIMDI-PDF-Datei als Referenzfassung** dieser Klassifikation zu Rate.

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 2020 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.

Die vorliegende Buchausgabe des OPS ist nach 25 Jahren die erste, die nicht mehr von Bernd Graubner verantwortet wird. Der Deutsche Ärzteverlag und ich danken ihm sehr herzlich für seine mühevollen und sehr sorgfältigen jahrzehntelangen Arbeiten, auf der wir nun aufbauen können.

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

Berlin, 29. November 2019

Thomas Auhuber

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 24. Oktober 2019

Am 1. Januar 2020 tritt der Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) in den vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen Fassungen als Schlüssel zur Angabe von Operationen und sonstigen Prozeduren nach den §§ 295 und 301 SGB V in der Version 2020 in Kraft. Verbindliche Referenzfassung ist das Systematische Verzeichnis des Operationen- und Prozedurenschlüssels Version 2020 als PDF. Die Bekanntmachung zur Anwendung des Operationen- und Prozedurenschlüssels vom 6. Dezember 2019 (BANz AT 21.12.2018 B4) tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2019 außer Kraft.

Für die Anwendung des OPS wird Folgendes bestimmt:

- Für Prozeduren an paarigen Organen oder Körperteilen ist zur Angabe der Seitenlokalisation 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 24. Oktober 2019

215-20542-02

Bundesministerium für Gesundheit

Im Auftrag

Becker

Quelle: Bundesanzeiger, hrsg. vom Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz:
BANz AT 19.11.2019 B3

Was ist neu im OPS 2020?

(DIMDI, redaktionell bearbeitet)

Für die Version 2019 wurden 286 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 33 Anträge aus dem NUB-Verfahren [Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden].

Die meisten Änderungen und Ergänzungen im amtlichen OPS 2020 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 acht 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 2020 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 überarbeiteten Hinweise bei den Codes für die Implantation einer modularen Endoprothese (5-829.k ff.) und für die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (8-550 ff.) verwiesen.

Inhaltliche Änderungen oder Ergänzungen im amtlichen OPS 2020

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 den Aktualisierungslisten entnommen werden, die an gewohnter Stelle auf den Webseiten des DIMDI zu finden ist: <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/downloads/>.

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

Kapitel 1: Diagnostische Maßnahmen

Neurologische Untersuchungen

- Einführung neuer Codes für die hochauflösende Elektroenzephalographie, unterteilt nach dem Ziel der Untersuchung (1-20d ff.)

Endoskopische Biopsie an respiratorischen Organen

- Unterteilung der Codes für die endoskopische Biopsie an Trachea, Bronchus und Lunge sowie für die Stufenbiopsie nach der Art der durchgeführten Biopsie (1-430.0 ff., 1-430.1 ff., 1-430.2 ff., 1-430.3 ff.)

Transrektale Biopsie an männlichen Geschlechtsorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren

- Einführung neuer Codes für die transrektale Stanzbiopsie der Prostata mit Steuerung durch bildgebende Verfahren, unterteilt nach der Anzahl der entnommenen Zylinder (1-466.0 ff.)
- Einführung eines neuen Codes für die transrektale Biopsie der Vesiculae seminales mit Steuerung durch bildgebende Verfahren (1-466.1)

Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen

- Unterteilung des Codes für die Anwendung diagnostischer Navigationssysteme nach der Art des Systems (1 999.0 ff.)

Kapitel 3: Bildgebende Diagnostik**Szintigraphie**

- Unterteilung des Codes für die Szintigraphie der Blutgefäße mit intraarterieller Applikation nach der Evaluation der selektiven intravaskulären Radionuklidtherapie mit verschiedenen Markern (3-708.0 ff.)
- Unterteilung des Codes für die planare Lymphszintigraphie zur Lokalisationsdiagnostik nach der Art der radioaktiv markierten Substanzen (3-709.0 ff.)
- Unterteilung des Codes für die Tumorszintigraphie nach der Art der tumorselektiven Substanzen (3-70c.1 ff.)

Kapitel 5: Operationen**Operationen an Mundhöhle und Gesicht**

- Einführung eines neuen Codes für die partielle tonsilläre Tonsillektomie mit Adenotomie (5-282.1). Dieser Code ist im Geltungsbereich des G-DRG-Systems (§ 17b KHG) nicht zu verwenden

Operationen an Pharynx, Larynx und Trachea

- Einführung eines neuen Zusatzcodes für die Anwendung einer Kryosonde (5-31a.0)
- Einführung eines neuen Zusatzcodes für die Anwendung eines Ballonkatheters (5-31a.1)

Operationen an Lunge und Bronchus

- Einführung neuer Codes für die bronchoskopische Radiofrequenzablation zur Denervierung des Bronchus, unterteilt nach der Anzahl der verwendeten Katheter (5-320.6 ff.)
- Weitere Unterteilung des Codes für die endoskopische Implantation oder den endoskopischen Wechsel eines endobronchialen Klappensystems nach der Anzahl der Ventile (5-339.5 ff.)
- Weitere Unterteilung des Codes für die Implantation von Bestrahlungsmarkern an der Lunge nach weiteren Zugängen (5-339.9 ff.)

Operationen am Herzen

- Einführung eines neuen Codes für den transapikalen Verschluss einer paravalvulären Leckage (5-35a.7)

Operationen an den Blutgefäßen

- Einführung eines neuen Codes für die Venenokklusion durch Venenkleber (5-385.e)

Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem

- Einführung neuer Codes für die Implantation von Bestrahlungsmarkern an einem oder mehreren Lymphknoten, unterteilt nach der Art des Zuganges (5-408.9 ff.)

Operationen am Verdauungstrakt

- Einführung neuer Codes für die Anzahl der entfernten Polypen mit mehr als 2 cm Durchmesser am Ösophagus, am Magen, am Dünndarm, am Dickdarm und am Rektum (5-422.6 ff., 5-433.6 ff., 5-451.b ff., 5-452.a ff., 5-482.f ff.)
- Einführung neuer Codes für die Implantation von Bestrahlungsmarkern am Ösophagus, unterteilt nach der Art des Zuganges (5-42a.0 ff.)
- Einführung neuer Codes für die endoskopische Vollwandexzision [EFTR] am Magen und am Dünndarm (5-433.25, 5-451.75)
- Einführung neuer Codes für die Implantation von Bestrahlungsmarkern am Magen, unterteilt nach der Art des Zuganges (5-449.w ff.)
- Einführung neuer Codes für die Implantation von Bestrahlungsmarkern am Rektum und am Anus (5-489.n, 5-499.f)
- Unterteilung des Codes für die Implantation von Bestrahlungsmarkern an der Leber und am Pankreas nach der Art des Zuganges (5-509.0 ff., 5-529.q ff.)
- Einführung eines neuen Codes für die transgastrale oder transduodenale Punktion der Gallengänge (5-513.r)
- Weitere Unterteilung der Codes für den laparoskopisch transperitonealen Verschluss einer Hernia umbilicalis, Hernia epigastrica und Narbenhernie mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material nach der Art der angewendeten Technik (5-534.36, 5-534.37, 5-535.36, 5-535.37, 5-536.49, 5-536.4a)
- Einführung neuer Codes für den endoskopischen (assistierten), total extraperitonealen Verschluss einer Hernia umbilicalis, Hernia epigastrica und Narbenhernie mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material, unterteilt nach der Art der verwendeten Technik (5-534.38, 5-534.39, 5-535.38, 5-535.39, 5-536.4b, 5-536.4c)

Operationen an den Harnorganen

- Unterteilung des Codes für die transurethrale Exzision der Harnblase nach nicht fluoreszenzgestützt und fluoreszenzgestützt (5-573.2 ff.)

Operationen an den männlichen Geschlechtsorganen

- Streichung der Codes für die interstitielle Laserdestruktion der Prostata (5-601.40), die visuell kontrollierte laserunterstützte Ablation der Prostata (5-601.41) und die Nadelablation der Prostata (5-601.5)
- Verschiebung des Codes für die Destruktion der Prostata durch irreversible Elektroporation vom Code 5-601.8 zum Code 5-602.6
- Einführung neuer Zusatzcodes für die Elektroresektion, elektrische Vaporisation und Laserdestruktion im Rahmen eines anderen Eingriffs (5-601.b, 5-601.c, 5-601.d)

Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen

- Einführung neuer Kodes für die Stabilisierung eines frakturgefährdeten Gesichtsschädelknochens, unterteilt nach der Lokalisation und der Art der Osteosynthese (5-779.9 ff.)

Operationen an den Bewegungsorganen

- Einführung neuer Kodes für die Stabilisierung einer Pseudarthrose ohne weitere Maßnahmen, unterteilt nach der Lokalisation (5-789.c ff.)
- Einführung neuer Kodes für den Verschluss eines Bandscheibendefektes durch Naht, unterteilt nach der Anzahl der Segmente (5-839.n ff.)
- Einführung neuer Zusatzkodes für die computergestützte Planung von Wirbelsäulenoperationen mit Verwendung von patientenindividuell angepasstem Zielinstrumentarium oder mit Verwendung von patientenindividuell angepassten Implantaten und Zielinstrumentarium (5-83w.22, 5-83w.23)
- Einführung neuer Kodes für das Einlegen oder Entfernen eines Medikamententrägers an den Faszien eines oder mehrerer Finger (5-842.a ff., 5-842.b ff.)
- Einführung neuer Kodes für das Einlegen oder Entfernen eines Medikamententrägers an den Muskeln der Hand (5-843.d, 5-843.e)
- Einführung neuer Kodes für das Einlegen oder Entfernen eines subfaszialen Medikamententrägers, unterteilt nach der Lokalisation (5-850.h ff., 5-850.j ff.)
- Einführung eines neuen Kodes für die Resektion von Schnürringen mit plastischer Rekonstruktion bei kongenitalen Anomalien des Fußes (5-867.0)
- Einführung neuer Kodes für die Resektion von Schnürringen mit plastischer Rekonstruktion bei kongenitalen Anomalien der oberen oder unteren Extremitäten (5-868.1 ff.)

Operationen an Haut und Unterhaut

- Unterteilung des Kodes für die plastische Rekonstruktion des Sinus pilonidalis nach der Art der Rekonstruktion (5-897.1 ff.)

Zusatzinformationen zu Operationen

- Einführung neuer Zusatzkodes für die Art der Konditionierung von entnommenen Gefäßen zur Transplantation, unterteilt nach ohne und mit Verwendung von Chelatoren (5-93a.0, 5-93a.1)
- Verschiebung der Kodes für die Anzahl der Kryoablationsnadeln von den Kodes 5-98g ff. zu den Kodes 5-98h.0 ff.
- Einführung neuer Zusatzkodes für die Anzahl der Nadeln zur irreversiblen Elektroporation (5-98h.1 ff.)

Kapitel 6: Medikamente

- Erweiterung der Dosisklassen bei den Wirkstoffen/Medikamenten Abatacept, subkutan (6-003.t ff.), Tocilizumab, intravenös (6-005.m ff.) und Ipilimumab, parenteral (Streichung von 6-006.h ff. und Überleitung auf 6-006.j ff.)
- Einführung von Dosisklassen für die Wirkstoffe/Medikamente Isavuconazol, parenteral (6-008.g ff.), Isavuconazol, oral (6-008.h ff.), Daratumumab, parenteral (6-009.a ff.) und Liposomales Irinotecan, parenteral (6-009.e ff.)
- Einführung neuer Kodes für bestimmte Wirkstoffe/Medikamente (6-00b.0 bis 6-00b.p)

Kapitel 8: Nichtoperative therapeutische Maßnahmen**Fremdkörperentfernung**

- Unterteilung des Kodes für die Fremdkörperentfernung durch Tracheoskopie nach der Art der Technik (8-100.3 ff.)
- Unterteilung der Kodes für die Fremdkörperentfernung durch Bronchoskopie mit flexiblem und starrem Instrument nach der Art der Technik (8-100.4 ff., 8-100.5 ff.)

Nuklearmedizinische Therapie

- Neue Unterteilung des Kodes für die intravenöse Therapie mit radioaktiven rezeptorgerichteten Substanzen nach der Art der Herstellung der Chelator-konjugierten Somatostatinanaloge (8-530.6 f.)
- Einführung eines neuen Zusatzkodes für die intratherapeutische Dosimetrie bei Ho-166-basierter Therapie (8-539.03)

Elektrostimulation des Nervensystems

- Unterteilung des Kodes für die Einstellung eines Systems zur Hypoglossusnerv-Stimulation in Ersteinstellung und Nachprogrammierung (8-631.3 ff.)

Beatmungsentwöhnung

- Überarbeitung der Mindestmerkmale der Kodes für die Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung (8-718) mit näherer Definition der Mindestanforderungen pro Behandlungstag und der Dokumentationserfordernisse mindestens alle 8 Stunden. Die Änderungen der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) für die maschinelle Beatmung sind in diesem Zusammenhang zu beachten

Transfusion von Blutzellen

- Einführung eines neuen Kodes für die Transfusion von Lymphozyten ohne erneute Gewinnung vom gleichen Spender nach Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen mit gentechnischer In-vitro-Aufbereitung (8-802.45)
- Einführung eines neuen Kodes für die Transfusion von Lymphozyten nach erneuter Gewinnung vom gleichen Spender nach Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen mit gentechnischer In-vitro-Aufbereitung (8-802.74)
- Erweiterung der Dosisklassen bei den Plasmabestandteilen/Plasmaproteinen Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Hepatitis-B-surface-Antigen (HBsAg), und Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Zytomegalievirus (CMV) (8-810.q ff., 8-810.s ff.)

Therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Gefäße

- Streichung der Kodes für die Atherektomie unter peripherem Embolieschutz (8-836.w ff.)
- Streichung der Kodes für die Implantation oder die Entfernung einer univentrikulären oder biventrikulären axialen Pumpe und Einführung neuer Kodes für die Implantation oder die Entfernung einer linksventrikulären oder rechtsventrikulären axialen Pumpe (8-839.4 ff.)
- Weitere Unterteilung des Kodes für die Dauer der Behandlung mit einer transvasal platzierten axialen Pumpe zur Kreislaufunterstützung (8-83a.3 ff.)
- Einführung eines neuen Zusatzkodes für Ethiodol als Flüssigkeit zur selektiven Embolisation (8-83b.25)
- Einführung neuer Zusatzkodes für die Anzahl der Ballons zur adventitiellen Mikroinjektion (8-83b.b ff.)

- Einführung eines neuen Zusatzkodes für die Verwendung eines temporären remodellierenden Drahtgeflechts bei neurovaskulären Eingriffen (8-83b.q)
- Einführung neuer Zusatzkodes für die Anzahl der verwendeten Okkluder (8-83b.r ff.)
- Einführung eines neuen Kodes für den perkutan-transluminalen Verschluss einer paravalvulären Leckage (8-83d.7)

Stammzelltherapie

- Unterteilung des Kodes für die periphere mesenchymale Stammzelltherapie nach der Art der verwendeten Stammzellen (8-863.0 ff.)

Komplexbehandlung

- Überarbeitung der Mindestmerkmale der Kodes für die palliativmedizinische Komplexbehandlung (8-982 ff.), für die spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung (8-98e ff.) und für die spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst (8-98h 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 Entgeltsystem 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, 8-98f) 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 Codes sind jedoch nur 4-stellig differenziert.

Es gibt folgende Hierarchieebenen:

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

Dreisteller-Klassen werden auch als Kategorien, Vier- bis Sechsteller 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 Codes „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/Codes einer Kategorie verwendet werden. Endständige Codes sind solche, die keine Subcodes enthalten.
3. Von den endständigen Codes 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 Codes 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 Codes

Im vorliegenden Schlüssel sind nicht alle 4-stelligen Codepositionen besetzt. Auf ein „Aufrücken“ der nachfolgenden Codes wurde aus Gründen der Vergleichbarkeit mit der ICPM der WHO und den vorherigen Versionen des OPS verzichtet. Die freien Codes 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 Codes vorgesehen. Dies ist insbesondere für die Abbildung komplexer Eingriffe erforderlich. In diesen Fällen gibt es oft, aber nicht in jedem Fall, einen Hinweis beim Code des leitenden Eingriffs, der auf die gesonderte Kodierung von durchgeführten Teilmaßnahmen eines komplexen Eingriffs verweist.

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

Eingeschränkte Gültigkeit von Codes

Bestimmte Codes 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 Codes sind deshalb mit einem Hinweis auf ihre eingeschränkte Anwendung versehen. Eine breite Anwendung dieser Codes für den gesamten Krankenhausbereich hätte eine Überdokumentation zur Folge, die nicht sinnvoll ist.

Zusatzcodes

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

Diese Zusatzcodes sind ergänzend zu verwenden, sofern die Information nicht schon im Code selbst enthalten ist. Zusatzcodes sind sekundäre Codes und dürfen nicht selbständig, sondern nur zusätzlich zu einem primären Code benutzt werden. Sie sind also nur in Kombination mit dem durchgeführten, inhaltlich leitenden Eingriff zulässig. Dabei kann der Primärkode auch durch zwei oder mehr Zusatzcodes ergänzt werden. Zusatzcodes sind durch die Verwendung von Begriffen wie „Zusatzkode“, „Zusatzkodierung“, „Zusatzinformation“ o.Ä. im Klassentitel oder im Hinweis zu erkennen.

Zusatzinformationen

Zusatzcodes können außer als Einzelcodes 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 Code 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, z.B. Nennung von Bestandteilen der Prozedur, die enthalten sind und nicht zusätzlich kodiert werden, oder geben Beispiele für Maßnahmen, die diesem Kode (ebenfalls) zugeordnet sind. Grundsätzlich gilt, dass regelhafte Bestandteile einer Prozedur (Blutstillung, Drainage, Verband etc.) nicht explizit als Inklusivum aufgeführt sind, eine explizite Nennung kann aber zur Verdeutlichung erfolgen. Ausnahmen für Subkodes können über Hinweise (Hinw. :) angezeigt werden.

Beispiele für ein Inklusivum zur näheren Beschreibung:

1-415 Biopsie ohne Inzision an der Gesichtshaut

Inkl.: Kopfhaut

Die Biopsie ohne Inzision an der Kopfhaut ist mit dem Kode 1-415 zu verschlüsseln.

5-038.4 Implantation oder Wechsel einer Medikamentenpumpe zur intrathekalen und/oder epiduralen Infusion

Inkl.: Ersteinstellung

Die Ersteinstellung der Medikamentenpumpe ist in den Kodes im Bereich 5-038.4 enthalten und nicht gesondert zu kodieren.

Beispiel für ein Inklusivum mit beispielhaft genannten Maßnahmen:

3-035 Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung

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

Das B-Flow-Verfahren, die Farbdopplersonographie, die Farbduplexsonographie und die fetomaternale Dopplersonographie sind mit dem Kode 3-035 zu kodieren.

Es kann auch ein und dasselbe Inklusivum entweder als Bestandteil der Prozedur im Kode enthalten sein oder, sofern die Art der Durchführung dem Kode entspricht, als eigenständige Maßnahme mit diesem Kode verschlüsselt werden.

Beispiel:

5-451 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dünndarmes

Inkl.: Blutstillung

Die im Rahmen einer lokalen Exzision oder Destruktion von erkranktem Gewebe des Dünndarmes erfolgte Blutstillung ist in den Kodes im Bereich 5-451 enthalten und nicht gesondert zu kodieren; eine Ausnahme hiervon wird für den Subkode 5-451.7 durch einen Hinweis (Hinw. :) angezeigt.

Die lokale Destruktion von erkranktem Gewebe des Dünndarmes ausschließlich zum Zweck der Blutstillung und nicht im Rahmen eines anderen Eingriffs ist ebenfalls mit einem Kode aus 5-451 zu verschlüsseln.

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.

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

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:

5-784.– Knochentransplantation und -transposition

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

Eine Knorpeltransplantation ist mit einem Kode aus den Bereichen 5-801.b ff. oder 5-812.9 ff. zu kodieren.

Beispiel:

Wurde bei einem Patienten eine offene autogene Spongiosatransplantation **und** eine offene Knorpeltransplantation durchgeführt, sind ein Kode aus dem Bereich 5-784 **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

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 Codes 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 Code wird jeweils durch einen Hinweis aufmerksam gemacht. Listen gelten generell nur für die durch zwei Sterne (***) gekennzeichneten spezifischen Codepositionen 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 Codes einfacher zu finden sind.]*

Verwendete Begriffe und Symbole

Folgende Begriffe und Symbole werden verwendet:

Doppelstern „**“

Ein Doppelstern (**) links neben dem jeweiligen Code 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 Codes oder Codebereichen in Hinweisen und Exklusiva.

Eckige Klammern „[]“

Eckige Klammern enthalten Synonyme, alternative Formulierungen, andere Schreibweisen und Abkürzungen zu einer Bezeichnung. *[Anmerkung der Bearbeiter: In der Buchausgabe des Deutschen Ärzteverlages wird die Regel angewendet, dass Klammern in Klammern wechseln sollten, d.h., dass nach einer runden Klammer ohne Beachtung des Inhalts eine eckige folgt.]*

Eckige Klammern umschließen Angaben zu den gültigen 6. Stellen bei postkombinierten Codes. *[Anmerkung der Bearbeiter: In der Buchausgabe des Deutschen Ärzteverlages 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 Codes, 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 Codes, 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 Codes, 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 Codes 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 Codes, 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 Zäkum 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.

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	CRT	Cardiac Resynchronization Therapy [Kardiale Resynchronisationstherapie]
BASFI	Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index	CT	Computertomographie
BERA	Brainstem electric response audiometry	CTCs	Circulating tumor cells
BIS	Bispektraler Index	CUP	Cancer of Unknown Primary
BSS	Beeinträchtigungsschwere-Score	cVEMP	Zervikale vestibulär evozierte myogene Potentiale
BWS	Brustwirbelsäule	CVVH	Continuous venovenous hemofiltration
CAD	Computer assisted design	CVVHD	Continuous venovenous hemodialysis
CAM	Computer assisted manufacture	CVVHDF	Continuous venovenous hemodiafiltration
CAPD	Continuous ambulatory peritoneal dialysis		
CAVH	Continuous arteriovenous hemofiltration		

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

FSSEP	Früh-somatosensorisch evozierte Potentiale
g	Gramm
GAF	Global Assessment of Functioning
G-DRG	German Diagnosis Related Group(s)
GBA	Geriatrisches Basisassessment
GBq	Gigabecquerel
GIFT	Intratübärer Gametentransfer [Gamete intrafallopian (tube) transfer]
GvHD	Graft-versus-Host-Krankheit [Graft versus Host Disease]
Gy	Gray
HAART	Hochaktive antiretrovirale Therapie
HBO	Hyperbare Oxygenation
hdEEG	Hochauflösende Elektroenzephalographie
HDR	High dose rate
HER2-neu	Human epidermal growth factor receptor 2
HFJV	High frequency jet ventilation
HFNC	High flow nasal cannula
HFOV	High frequency oscillatory ventilation
HFV	High frequency ventilation
HIFU	Hochintensiver fokussierter Ultraschall
HIPEC	Hypertherme intraperitoneale Chemotherapie
HI-Virus	Humanes Immundefizienz-Virus [Human immunodeficiency virus]
Hinw.	Hinweis
HITOC	Hypertherme intrathorakale Chemotherapie
HLA	Humanes Leukozyten-Antigen
HNO-	Hals-Nasen-Ohren-
HSA	Human serum albumin

HSV-TK Mut2	Herpes-simplex-Virus-Typ-I-Thymidinkinase Mut2
HWS	Halswirbelsäule
IABP	Intraaortale Ballonpumpe
IBZM	[¹²³ I]-3-Jodo-6-methoxybenzamin
ICA	Immunhistochemische Analyse
ICD	Implantierbarer Kardioverter/Defibrillator
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision – German Modification
ICE	Intrakardiale Echokardiographie
IE	Internationale Einheit(en)
IGRT	Image-guided radiotherapy
IMA	Arteria mammaria interna [Internal mammary artery]
IMV	Intermittent mandatory ventilation
Inkl.	Inklusive
IONM	Nicht-kontinuierliches intraoperatives Neuromonitoring
IPD	Intermittent peritoneal dialysis
IPOM	Intraperitoneales Onlay-Mesh
IPPV	Intermittent positive pressure ventilation
IUD	Intrauterine (contraceptive) device
i.th.	intrathekal
i.v.	intravenös
IVF	In-vitro-Fertilisation
IVUS	Intravaskuläre Ultraschalluntersuchung der Koronargefäße
K-SADS	Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children
KEP	Kognitiv evozierte Potentiale
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz

KHK	Koronare Herzkrankheit
kIE	Kallikrein-Inhibitor-Einheit
KTP-Laser	Kalium-Titanyl-Phosphat-Laser
L-DOPA	L-3,4-Dihydroxyphenylalanin
LBO-Laser	Lithium-Triborat-Laser
LDL	Low density lipoproteins
LEER	Laterale erweiterte endopelvine Resektion
Lig.	Ligament
LWS	Lendenwirbelsäule
M., Mm.	Musculus, Musculi
MAPCA	Multiple major aortopulmonary collateral artery
MBS	Mehrdimensionale Bereichsdiagnostik der Sozialpädiatrie
MDS	Myelodysplastisches Syndrom
MEG	Magnetenzephalographie
MEP	Motorisch evozierte Potentiale
MeV	Megaelektronenvolt
mg	Milligramm
MIBG	Metaiodobenzylguanidin
MILOS	Mini- or Less-open Sublay
MLC	Multi-leaf collimator
MNA	Minimal Nutritional Assessment
MPFL	Mediales patellofemorales Ligament
MR	Magnetresonanz
MRCP	Magnetresonanz-Cholangiopankreatikographie
MRD	Minimal residual disease (Resttumorlast)
MRgFUS	Magnetresonanz-gesteuerter fokussierter Ultraschall
MRT	Magnetresonanztomographie
MSLT	Multipler Schlaflatenztest
MTS	Medizinischer Thromboseprophylaxestumpfen
MTX	Metothreoxat

MWT	Multipler Wachbleibetest
N.	Nervus
N-BCA	N-Butyl-2-Cyanoacrylat, Enbucrilat
NAVA	Neurally adjusted ventilatory assist
NHL	Non-Hodgkin-Lymphom
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
NSM	Nipple sparing mastectomy [mamillenerhaltende Mastektomie]
NTMS	Navigierte transkraniale Magnetstimulation
NUTRIC	Nutrition Risk in Critically Ill
OAE	Otoakustische Emissionen
OCT	Optische Kohärenztomographie
ÖGD	Ösophagogastrroduodenoskopie
OP	Operation
OPD	Operationalisierte psychodynamische Diagnostik
OPD	Ostium protection device
oVEMP	Okuläre vestibulär evozierte myogene Potentiale
PBA	Palliativmedizinisches Basisassessment
PCA	Patientengesteuerte Analgesie
PCR	Polymerase-Kettenreaktion [Polymerase chain reaction]
PDT	Photodynamische Therapie
PE	Probeexzision
PECLA	Pumpless extracorporeal lung assist
PEG	Perkutan-endoskopische Gastrostomie
PEG	Polyethylenglykol

PEJ	Perkutan-endoskopische Jejunostomie	PTFE	Polytetrafluorethylen
PEPP	Pauschalierende Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik	PUVA	Photochemotherapie (Psoralen plus UV-A)
PES	Pharyngeale elektrische Stimulation	PVDF	Polyvinylidenfluorid
pESS	Powered endoscopic sinonasal surgery	R.	Ramus [Ast]
PET	Positronenemissionstomographie	rh-TSH	Rekombinantes Thyreotropin
PICC	Peripher eingeführter zentralvenöser Katheter	rTMS	Repetitive transkranielle Magnetstimulation
PIPAC	Pressurized Intra Peritoneal Aerosol Chemotherapy [Intra-peritoneale Druck-Aerosolchemotherapie]	RA-PA-ECMO	ECMO-Modul mit Kanülen im rechten Vorhof und in der Pulmonalarterie
PKMS-E	Pflegekomplexmaßnahmen-Score für Erwachsene	RNA	Ribonukleinsäure
PKMS-F	Pflegekomplexmaßnahmen-Score für Frühgeborene, Neugeborene und Säuglinge	RSV	Respiratory syncytial virus
PKMS-J	Pflegekomplexmaßnahmen-Score für Kinder und Jugendliche	SAEP	Spät-akustisch evozierte Potentiale
PKMS-K	Pflegekomplexmaßnahmen-Score für Kleinkinder	SAPS	Simplified Acute Physiology Score
PMR	Percutaneous transluminal transmyocardial laser revascularization	S-CPPV	Synchronized continuous positive pressure ventilation
p.o.	per os / peroral	SCN1A	Sodium Channel Neuronal Typ 1 Alpha
POCS	Perorale Cholangioskopie	SeHCA-Test	Selen-Homotauracholsäure-Test
POPS	Perorale Pankreatikoskopie	SEP	Somatisch evozierte Potentiale
PSAP	Posteriore sagittale Anoproktoplastik	sFit-1	Lösliche, FMS-ähnliche Tyrosinkinase 1 [soluble FMS-like tyrosine kinase-1]
PSARP	Posteriore sagittale Anorektoplastik	S-IPPV	Synchronized intermittent positive pressure ventilation
PSMA	Prostata-spezifisches Membranantigen	SIEP	Superficial inferior epigastric perforator
Psy-BaDo	Basisdokumentation in der Psychotherapie	SIRT	Selektive intravaskuläre Radionuklidtherapie
PTC	Perkutane transhepatische Cholangiographie	SIS	Small intestinal submucosa
PTCA	Perkutane transluminale Koronarangioplastie	SLNE	Sentinel-Lymphonodektomie
		SMA	Shape memory alloy (Formgedächtnislegierungen)
		SO₂	Sauerstoffsättigung
		SPECT	Single-Photon-Emissionscomputertomographie
		SSEP	Somatosensorisch evozierte Potentiale

SSM	Skin sparing mastectomy [hautsparende Mastektomie]	TOT	Transobturatorisches Band [Trans obturator tape]
STEP	Serielle transverse Enteroplastie	TRAM	Transversaler Rectus-abdominis-Muskellappen
SUP	Selektive Ultraviolettphototherapie	TRUS	Transrektale Ultraschallbildung
SZT	Stammzelltherapie	TUNA	Transurethrale Nadelablation
TAPP	Transabdominal präperitoneal	TVT	Spannungsfreies vaginales Band [Tension free vaginal tape]
TDI	Tissue Doppler Imaging	TVT-O	TVT-Obturator [Tension free vaginal tape obturator]
TE	Therapieeinheit(en)	V., Vv.	Vena, Venae
TE	Transfusionseinheit(en)	VAS	Visual Analogue Scale
TEA	Thrombendarteriektomie	VEMP	Vestibulär evozierte myogene Potentiale
TEE	Transösophageale Echokardiographie	VEP	Visuell evozierte Potentiale
TEN	Titanic elastic nail	VEPTR	Vertikale expandierbare prothetische Titanrippe
TENS	Transkutane elektrische Nervenstimulation	VHI	Voice Handicap Index
TEP	Endoskopisch total extraperitoneal	VLAP	Visuell kontrollierte laserunterstützte Resektion [Visually-guided Laser Ablation of the Prostate]
TES	Totally endoscopic sublay	VZV	Varicella-Zoster-Virus
TFCC	Triangular Fibrocartilage Complex	WIT	Wasserinduzierte Thermotherapie
TFG	Transfusionsgesetz	WPW-	Wolff-Parkinson-White-
TGA	Transposition der großen Arterien	YAG-Laser	Yttrium-Aluminium-Granat-Laser
TIA	Transitorische ischämische Attacke	ZIFT	Intratubärer Zygotentransfer [Zygote intrafallopian (tube) transfer]
TIPP	Transinguinal präperitoneal	ZNS	Zentrales Nervensystem
TIPS	Transjugular intrahepatic portosystemic shunt	ZVK	Zentraler Venenkatheter
TISS	Therapeutic Intervention Scoring System		
TMLR	Transmyokardiale Laserrevascularisation		
TMMR	Totale mesometriale Resektion des Uterus		

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 XXIII ff.) hingewiesen.

Alle **Änderungen gegenüber der im Jahre 2019 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**.
- **Einfache Textänderungen** (auch Korrekturen etc.), **geänderte Verweise auf andere Codes** (sofern sie nicht kodierrelevant sind), **Änderungen der Schlüsselnummerneigenschaft** (z.B. jetzt vorgenommene Untergliederung) mit einem **einfachen Strich** (Kennzeichnung von Korrekturen nur gelegentlich, wenn sie bereits in einer vorherigen Buchausgabe des Deutschen Ärzteverlages vorgenommen worden waren).
- 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.

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 Sechsteller 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 sechststelligen 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 Sechsteller zusätzlich auch dann unter einzelnen Fünfstellern aufgelistet, wenn für diese eine einschränkende Zuordnungsdefinition für die Sechsteller 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-Kopfpulstest
 .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.

1-20d.– Hochauflösende Elektroenzephalographie [hdEEG]

Hinw.: Mit diesem Kode ist die Ableitung eines EEGs mit mindestens 64 Kanälen über mindestens 30 Minuten zu kodieren, wenn dabei im Quellenraum unter Einbeziehung individueller oder atlasbasierter (kanonischer) Kopfmodelle eine Rekonstruktion epilepsietypischer Muster (individuell oder als Mittelung) oder eine Analyse aufgabenbasierter Aktivität (evozierte Potentiale) oder eine Analyse der Ruhenetzwerkaktivität erfolgt.

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

- 1-991.1 Patientenspezifische molekulargenetische Quantifizierung der Resttumorlast (MRD-Monitoring)
Hinw.: Es sind mindestens 2 quantitative Polymerasekettenreaktionen [PCR] pro Untersuchung der Resttumorlast durchzuführen.
- 1-992.– Durchführung von Genmutationsanalysen und Genexpressionsanalysen bei soliden bösartigen Neubildungen**
Inkl.: Analysen zur Prognosebestimmung und zur Therapieplanung und -steuerung bei einem malignen Tumor, z.B. PCR- und Sequenzanalyse, Fluoreszenz-in-situ-Hybridisierung [FISH], Immunhistochemische Analyse [ICA]
Exkl.: Komplexe neuropädiatrische Diagnostik mit erweiterter genetischer Diagnostik (1-942.2) Basisdiagnostik bei unklarem Symptomkomplex bei Neugeborenen, Säuglingen und Kindern mit erweiterter genetischer Diagnostik (1-944.1 ff.)
Hinw.: Ein Kode aus diesem Bereich ist jeweils nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben.
- 1-992.0 Analyse von 1 bis 2 genetischen Alterationen
- 1-992.2 Analyse von 3 bis 12 genetischen Alterationen
- 1-992.3 Analyse von 13 oder mehr genetischen Alterationen
- 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 diagnostischen Navigationssystems
- .00 Radiologisch
- .01 Elektromagnetisch
Inkl.: Verwendung eines steuerbaren Katheters
- .02 Sonographisch
- .03 Optisch
- .0x Sonstige
- 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 Stress-Echokardiographie
 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**3-903** Elektrische Impedanztomographie**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 Kode 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 Kode kann als Zusatzkode zu einem Kode 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 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 fluoreszenzgestützter Resektionsverfahren (5-989)
- Anwendung eines Endoskopiesystems (5-059.b), falls der Kode für den Eingriff diese Information nicht enthält

5-01 Inzision (Trepanation), Exzision und Destruktion 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
 - .40 Offen chirurgisch
 - .41 Endoskopisch, ohne geräteassoziierte mechanische Fragmentation
 - .42 Endoskopisch, mit geräteassoziierte mechanischer Fragmentation
 - .4x Sonstige
- 5-013.5- Entleerung eines intrazerebralen Abszesses
Inkl.: Entleerung eines intrazerebellären Abszesses
Entleerung einer infektiösen Zyste
 - .50 Offen chirurgisch
 - .51 Endoskopisch, ohne geräteassoziierte mechanische Fragmentation
 - .52 Endoskopisch, mit geräteassoziierte mechanischer Fragmentation
 - .5x Sonstige
- 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
.10 Offen chirurgisch
.11 Endoskopisch, ohne geräteassoziierte mechanische Fragmentation
.12 Endoskopisch, mit geräteassoziiertes mechanischer Fragmentation
.1x Sonstige
- 5-014.2- Entleerung eines intrakraniellen Abszesses
Inkl.: Entleerung einer infektiösen Zyste
.20 Offen chirurgisch
.21 Endoskopisch, ohne geräteassoziierte mechanische Fragmentation
.22 Endoskopisch, mit geräteassoziiertes mechanischer Fragmentation
.2x Sonstige
- 5-014.3 Eingriffe am Liquorsystem
- 5-014.4 Unterbrechung von Bahnsystemen
Inkl.: Ausschaltung epileptogener Herde
Exkl.: Destruktion durch Magnetresonanz-gesteuerten fokussierten Ultraschall (5-014.e)
- 5-014.6- Implantation oder Explantation von radioaktivem Material als selbständiger Eingriff (interstitielle Brachytherapie)
Hinw.: Die genaue Form der Brachytherapie ist gesondert zu kodieren (8-524 ff., 8-525 ff.).
.60 Implantation entfernbaren Strahler in einer Ebene
.61 Implantation entfernbaren Strahler in mehreren Ebenen
.62 Implantation nicht-entfernbarer Strahler in einer Ebene
.63 Implantation nicht-entfernbarer Strahler in mehreren Ebenen
.64 Explantation von radioaktivem Material
- 5-014.7 Implantation von Gewebe
- 5-014.8 Instillation von Medikamenten als selbständiger Eingriff
- 5-014.9- Implantation oder Wechsel von intrazerebralen Elektroden
Inkl.: Neurophysiologische und klinisch-neurologische Untersuchung und Ersteinstellung
Kranielle Zielpunktberechnung und Ventrikulographie
.90 Implantation von temporären Mikroelektroden zur monolokulären Ableitung und Stimulation
.92 Implantation oder Wechsel einer permanenten Elektrode zur Dauerstimulation
.93 Implantation oder Wechsel mehrerer permanenter Elektroden zur Dauerstimulation
.94 Implantation von temporären Mikroelektroden zur multilokulären Ableitung und Stimulation, 1 bis 5 Elektroden
.95 Implantation von temporären Mikroelektroden zur multilokulären Ableitung und Stimulation, 6 bis 10 Elektroden
.96 Implantation von temporären Mikroelektroden zur multilokulären Ableitung und Stimulation, 11 oder mehr Elektroden
.9x Sonstige
- 5-014.a Implantation oder Wechsel von intrazerebralen Kathetern zur intraventrikulären Infusion

- 5-014.b- Revision von intrazerebralen Elektroden
Inkl.: Neurophysiologische und klinisch-neurologische Untersuchung und Ersteinstellung
.b0 Eine permanente Elektrode zur Dauerstimulation
.b1 Mehrere permanente Elektroden zur Dauerstimulation
- 5-014.c Revision von intrazerebralen Kathetern zur intraventrikulären Infusion
- 5-014.d Instillation von magnetischen Nanopartikeln
Hinw.: Die nachfolgende Thermotherapie ist gesondert zu kodieren (8-651).
- 5-014.e Destruktion durch Magnetresonanz-gesteuerten fokussierten Ultraschall
Hinw.: Die Dauer der Behandlung durch Magnetresonanz-gesteuerten fokussierten Ultraschall ist gesondert zu kodieren (8-660 ff.).
- 5-014.x Sonstige
- 5-014.y N.n.bez.
- 5-015.– Exzision und Destruktion von erkranktem intrakraniellm Gewebe**
Exkl.: Stereotaktische Operationen (5-014 ff.)
Exzision und Destruktion von intrakraniellen Gefäßen (5-025 ff.)
Exzision und Destruktion von intrakraniellen Anteilen von Hirnnerven und Ganglien (5-017 ff.)
Hinw.: Der Zugang ist gesondert zu kodieren (5-010 ff., 5-011 ff.).
- 5-015.0 Intrazerebrales Tumorgewebe, hirneigen
- 5-015.1 Intrazerebrales Tumorgewebe, nicht-hirneigen
- 5-015.2- Intrazerebrales sonstiges erkranktes Gewebe
Inkl.: Ausschaltung epileptogener Herde
.20 Monolobulär
.21 Multilobulär
- 5-015.3 Hirnhäute, Tumorgewebe ohne Infiltration von intrakraniellm Gewebe
Inkl.: Exzision eines Meningeoms
- 5-015.4 Hirnhäute, Tumorgewebe mit Präparation von infiltriertem Nachbargewebe
Inkl.: Exzision eines Meningeoms
- 5-015.5 Hirnhäute, sonstiges erkranktes Gewebe
- 5-015.x Sonstige
- 5-015.y N.n.bez.
- 5-016.– Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Schädelknochen**
Inkl.: Gleichzeitige Exzision von Schädelknochen und Hirnhäuten
Exkl.: Behandlung einer Impressionsfraktur (5-020.1 ff.)
Exzision von erkranktem Gewebe der Gesichtsschädelknochen (5-770 ff.)
Hinw.: Der Zugang ist gesondert zu kodieren (5-010 ff., 5-011 ff.).
- 5-016.0- Schädelbasis, Tumorgewebe
.00 Vordere Schädelgrube
.01 Mittlere Schädelgrube
.02 Hintere Schädelgrube
.03 Kombination mehrerer Schädelgruben
- 5-016.1- Schädelbasis, sonstiges erkranktes Gewebe
.10 Vordere Schädelgrube
.11 Mittlere Schädelgrube
.12 Hintere Schädelgrube
.13 Kombination mehrerer Schädelgruben

- 5-016.2 Kalotte, Tumorgewebe
- 5-016.3 Kalotte, sonstiges erkranktes Gewebe
Inkl.: Débridement von infektiösem Gewebe
- 5-016.4- Schädelbasis und Hirnhäute, Tumorgewebe
Exkl.: Exzision eines Meningeoms (5-015.3, 5-015.4)
- .40 Vordere Schädelgrube
- .41 Mittlere Schädelgrube
- .42 Hintere Schädelgrube
- .43 Kombination mehrerer Schädelgruben
- 5-016.5- Schädelbasis und Hirnhäute, sonstiges erkranktes Gewebe
- .50 Vordere Schädelgrube
- .51 Mittlere Schädelgrube
- .52 Hintere Schädelgrube
- .53 Kombination mehrerer Schädelgruben
- 5-016.6 Kalotte und Hirnhäute, Tumorgewebe
Exkl.: Exzision eines Meningeoms (5-015.3, 5-015.4)
- 5-016.7 Kalotte und Hirnhäute, sonstiges erkranktes Gewebe
Inkl.: Débridement von infektiösem Gewebe
- 5-016.x Sonstige
- 5-016.y N.n.bez.

5-017.– Inzision, Resektion und Destruktion an intrakraniellen Anteilen von Hirnnerven und Ganglien

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

- 5-017.0- Durchtrennung
Inkl.: Neurotomie
- .00 N. trigeminus
- .01 N. vestibulocochlearis
- .0x Sonstige
- 5-017.1 Resektion
Inkl.: Tumorsektion
- 5-017.2 Destruktion
- 5-017.x Sonstige
- 5-017.y N.n.bez.

5-018.– Mikrovaskuläre Dekompression von intrakraniellen Nerven

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

- 5-018.0 Ohne Implantat (Zwischenpolster)
- 5-018.1 Mit Implantation von autogenem Material
- 5-018.2 Mit Implantation von alloplastischem Material
- 5-018.x Sonstige
- 5-018.y N.n.bez.

5-02 Andere Operationen an Schädel, Gehirn und Hirnhäuten

Inkl.: Rekonstruktion, Verschluss und sonstige Operationen an intrakraniellen Blutgefäßen

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

5-020.– Kranioplastik

Hinw.: Die Entnahme eines Knochentransplantates ist gesondert zu kodieren (5-783 ff.).

- 5-020.0 Eröffnung der Schädelnähte
- 5-020.1- Behandlung einer Impressionsfraktur
Exkl.: Reposition einer Stirnhöhlenwandfraktur (5-767 ff.)
- .10 Elevation einer geschlossenen Fraktur
- .11 Elevation einer offenen Fraktur
- .12 Elevation einer offenen Fraktur mit Débridement
- .1x Sonstige
- 5-020.2 Schädeldach mit Transposition (mit zuvor entferntem Schädelknochenstück)
- 5-020.3 Schädeldach mit Transplantation
- 5-020.4 Schädelbasis
Exkl.: Rekonstruktion der Stirnhöhlenvorder- und Stirnhöhlenhinterwand (5-225.1, 5-225.2)
- 5-020.5 Frontoorbital, zur Verlagerung
- 5-020.6- Rekonstruktion von Hirn- und Gesichtsschädel oder Gesichtsschädel allein
- .60 Mit Transplantation
- .61 Mit einfachem Implantat (z.B. Knochenzement)
- .65 Rekonstruktion des Gesichtsschädels ohne Beteiligung des Hirnschädels bis zu 2 Regionen mit computerassistent vorgefertigtem Implantat [CAD-Implantat]
- .66 Rekonstruktion des Gesichtsschädels ohne Beteiligung des Hirnschädels ab 3 Regionen mit computerassistent vorgefertigtem Implantat [CAD-Implantat]
- .67 Rekonstruktion des Hirnschädels mit Beteiligung von Orbita, Temporalregion oder frontalem Sinus (bis zu 2 Regionen) mit computerassistent vorgefertigtem Implantat [CAD-Implantat]
- .68 Rekonstruktion des Hirnschädels mit Beteiligung multipler Regionen des Gesichtsschädels (ab 3 Regionen) mit computerassistent vorgefertigtem Implantat [CAD-Implantat]
- .6b Rekonstruktion des Gesichtsschädels ohne Beteiligung des Hirnschädels bis zu 2 Regionen mit computerassistent vorgefertigtem Implantat, mit nicht-resorbierbarem, mikroporösem Material mit fibrovaskulärer Integration
- .6c Rekonstruktion des Gesichtsschädels ohne Beteiligung des Hirnschädels ab 3 Regionen mit computerassistent vorgefertigtem Implantat, mit nicht-resorbierbarem, mikroporösem Material mit fibrovaskulärer Integration
- .6d Rekonstruktion des Hirnschädels mit Beteiligung von Orbita, Temporalregion oder frontalem Sinus (bis zu 2 Regionen) mit computerassistent vorgefertigtem Implantat, mit nicht-resorbierbarem, mikroporösem Material mit fibrovaskulärer Integration
- .6e Rekonstruktion des Hirnschädels mit Beteiligung multipler Regionen des Gesichtsschädels (ab 3 Regionen) mit computerassistent vorgefertigtem Implantat, mit nicht-resorbierbarem, mikroporösem Material mit fibrovaskulärer Integration
- 5-020.7- Rekonstruktion des Hirnschädels ohne Beteiligung des Gesichtsschädels, mit alloplastischem Material
- .70 Mit einfachem Implantat (z.B. Knochenzement)
- .71 Mit computerassistent vorgefertigtem Implantat [CAD-Implantat], einfacher Defekt
- .72 Mit computerassistent vorgefertigtem Implantat [CAD-Implantat], großer oder komplexer Defekt
- .74 Mit computerassistent vorgefertigtem Implantat [CAD-Implantat], einfacher Defekt, mit nicht-resorbierbarem, mikroporösem Material mit fibrovaskulärer Integration
- .75 Mit computerassistent vorgefertigtem Implantat [CAD-Implantat], großer oder komplexer Defekt, mit nicht-resorbierbarem, mikroporösem Material mit fibrovaskulärer Integration
- 5-020.8 Osteosynthese durch ultraschallgeformtes resorbierbares Material
Hinw.: Dieser Kode ist ein Zusatzkode. Die durchgeführten Eingriffe sind gesondert zu kodieren.
- 5-020.x Sonstige

- 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 Ballonangioplastie (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.- Enderarteriektomie**
- Inkl.:* Anbringen eines Patches
Thrombendarteriektomie
- Exkl.:* Enderarteriektomie der Koronararterien (5-360.0)
- Hinw.:* Die intraoperative Anlage eines temporären arterio-arteriellen Shunts ist gesondert zu kodieren (5-393.9).
Die Enderarteriektomie 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
- 5-381.1- Arterien Schulter und Oberarm
- .11♦ A. axillaris
- .12♦ A. brachialis
- .13♦ Gefäßprothese
- .1x♦ Sonstige
- 5-381.2- Arterien Unterarm und Hand
- .20♦ A. ulnaris
- .24♦ A. radialis
- .28♦ Gefäßprothese
- .2x♦ Sonstige
- 5-381.3- Aorta
- .30 Aorta ascendens
- .31 Arcus aortae
- .32 Aorta thoracica
- .33 Aorta abdominalis

- 5-779.5 Entfernung eines Distraktors
- 5-779.6 Osteosynthese durch resorbierbares Schrauben- und Plattensystem
Hinw.: Dieser Kode ist ein Zusatzkode. Die durchgeführten Eingriffe sind gesondert zu kodieren.
- 5-779.7♦ Entfernung einer Kiefergelenkendoprothese
- 5-779.8 Gesichtstransplantation
Hinw.: Dieser Kode ist für die subtotale oder totale simultane Transplantation von Gesichtsschädelknochen, Nerven und Gesichtsschädelknochen zu verwenden.
- 5-779.9- Stabilisierung eines frakturgefährdeten Gesichtsschädelknochens
- .90♦ An der Maxilla, durch Platte
- .91♦ An der Maxilla, durch sonstiges Osteosynthesematerial
- .92♦ An der Mandibula, durch Platte
- .93♦ An der Mandibula, durch sonstiges Osteosynthesematerial
- 5-779.x♦ Sonstige
- 5-779.y N.n.bez.
- 5-77a.– Implantatversorgung für die Rekonstruktion mit Gesichtsepiithesen**
- 5-77a.0- Einführung der Implantate
Exkl.: Rekonstruktion der Orbitawand mit Metallplatten oder Implantaten (5-167.1)
- .00♦ Ohr (Mastoid)
- .01♦ Orbita
- .02 Nase
- .03♦ Mehrere Teilbereiche des Gesichtes
- .0x♦ Sonstige
Inkl.: Ober- und Unterkiefer, Stirn
- 5-77a.1♦ Entfernung der Implantate
- 5-77a.2♦ Freilegung der Implantate und Fixation einer Distanzhülse
- 5-77a.x♦ Sonstige
- 5-77a.y N.n.bez.
- 5-77b.– Knochentransplantation und -transposition an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen**
Inkl.: Planung und Zurichtung
Hinw.: Die Entnahme eines Knochentransplantates ist gesondert zu kodieren (5-783 ff.)
- 5-77b.0 Transplantation von Spongiosa, autogen
- 5-77b.1 Transplantation eines kortikospongiösen Spanes, autogen
- 5-77b.2 Transplantation eines kortikospongiösen Spanes, autogen, ausgedehnt
Hinw.: Eine ausgedehnte Transplantation eines kortikospongiösen Spanes entspricht einer Auffüllung ab 4 cm Länge.
- 5-77b.3 Knochentransplantation, nicht-gefäßgestielt
- 5-77b.4 Knochentransplantation, gefäßgestielt, mit mikrovaskulärer Anastomose
- 5-77b.5 Knorpel-Knochen-Transplantation, autogen
- 5-77b.6 Knochentransposition, gefäßgestielt
- 5-77b.x Sonstige
- 5-77b.y N.n.bez.

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 hypoallergenem 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 Knochentransplantation 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♦ Radiusschaft	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 Knochentransplantation ist gesondert zu kodieren (5-784).
 Eine durchgeführte Osteosynthese ist gesondert zu kodieren (5-786).
 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 | |

- **5-781.0-** 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.

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 | .8a♦ Karpale | .8g♦ Femurschaft |
| .82♦ Humerusschaft | .8b♦ Metakarpale | .8m♦ Tibiaschaft |
| .85♦ Radiuschaft | .8c♦ Phalangen der Hand | .8q♦ Fibulaschaft |
| .88♦ Ulnaschaft | .8d Becken | .8s♦ Talus |

1 Nase	c Leisten- und Genitalregion (ohne Skrotum)
2♦ Ohr	
3♦ Augenlid	d Gesäß
4 Sonstige Teile des Kopfes (ohne behaarte Kopfhaut)	e♦ Oberschenkel und Knie
	f♦ Unterschenkel
5 Hals	g♦ Fuß
6♦ Schulter und Axilla	h Behaarte Kopfhaut
7♦ Oberarm und Ellenbogen	j Rücken
8♦ Unterarm	k Skrotum
9♦ Hand	m Dammregion
a Brustwand	x♦ Sonstige

**5-929.0- Lappenstieldurchtrennung
Inkl.: Einarbeitung eines Lappens in die Umgebung

**5-929.1- Desilikonisierung von Dermisersatzmaterial

**5-929.x- Sonstige

5-929.y N.n.bez.

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 oder Implantates

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
<i>Inkl.:</i>	Titan
5-931.1	(Teil-)resorbierbares Material
<i>Inkl.:</i>	Magnesium, Composite-Material
5-931.2	Faserverbundwerkstoff
<i>Inkl.:</i>	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
<i>Inkl.:</i>	Polyglycolide, Copolymere, Polytrimethylencarbonat
**5-932.2-	Composite-Material
**5-932.3-	Biologisches Material
<i>Inkl.:</i>	Xenogenes Material, Kollagen
**5-932.4-	Nicht-resorbierbares Material, ohne Beschichtung
<i>Inkl.:</i>	Polypropylen, Polyester, ePTFE, PVDF
**5-932.5-	Nicht-resorbierbares Material, mit antimikrobieller Beschichtung
<i>Inkl.:</i>	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

Inkl.: Chondrozyten-Präparate, CAR-T-Zellen

5-936.0 Nationale Genehmigung

Hinw.: Dieser Zusatzkode ist für die Verwendung von Genterapeutika, 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 Genterapeutika, 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.

5-936.2 Herstellungserlaubnis nach § 13 Abs. 4 Arzneimittelgesetz

Hinw.: Dieser Zusatzkode ist für die Verwendung von Genterapeutika, somatischen Zelltherapeutika und biotechnologisch bearbeiteten Gewebeprodukten (Tissue-Engineering-Produkte) anzugeben, die im Krankenhaus hergestellt, aber nicht nach § 4b Abs. 3 Arzneimittelgesetz an andere abgegeben werden.

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

5-93a.– Art der Konditionierung von entnommenen Gefäßen zur Transplantation

Hinw.: Die durchgeführten Eingriffe sind gesondert zu kodieren.

5-93a.0 Ohne Verwendung von Chelatoren

5-93a.1 Mit Verwendung von Chelatoren

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 Mikroinstrumentariums 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-)transluminales Verfahren aus den Bereichen 8-836 ff., 8-837 ff., 8-838 ff., 8-83c ff., 8-83d ff. oder 8-84 mit einem offen 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.6 Knotenersatzverfahren mit Clip-Fixierung
 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

5-98h.– Anzahl der Nadeln zur Destruktion

- 5-98h.0- Anzahl der Kryoablationsnadeln
- | | | | | | |
|-----|----------|-----|-----------|-----|---------------------|
| .00 | 1 Nadel | .07 | 8 Nadeln | .0e | 15 Nadeln |
| .01 | 2 Nadeln | .08 | 9 Nadeln | .0f | 16 Nadeln |
| .02 | 3 Nadeln | .09 | 10 Nadeln | .0g | 17 Nadeln |
| .03 | 4 Nadeln | .0a | 11 Nadeln | .0h | 18 Nadeln |
| .04 | 5 Nadeln | .0b | 12 Nadeln | .0j | 19 Nadeln |
| .05 | 6 Nadeln | .0c | 13 Nadeln | .0k | 20 oder mehr Nadeln |
| .06 | 7 Nadeln | .0d | 14 Nadeln | | |
- 5-98h.1- Anzahl der Nadeln zur irreversiblen Elektroporation

.10 1 Nadel	.16 7 Nadeln	.1d 14 Nadeln
.11 2 Nadeln	.17 8 Nadeln	.1e 15 Nadeln
.12 3 Nadeln	.18 9 Nadeln	.1f 16 Nadeln
.13 4 Nadeln	.19 10 Nadeln	.1g 17 Nadeln
.14 5 Nadeln	.1a 11 Nadeln	.1h 18 Nadeln
.15 6 Nadeln	.1b 12 Nadeln	.1j 19 Nadeln
	.1c 13 Nadeln	.1k 20 oder mehr Nadeln

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 jeweils 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.

8-03...8-03 Immuntherapie**8-03 Immuntherapie**

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

8-030.– Spezifische allergologische Immuntherapie

Inkl.: Hyposensibilisierung
Hinw.: Die Anwendung eines Kodes aus diesem Bereich setzt die kontinuierliche ärztliche Überwachung in Notfallbereitschaft voraus.

- 8-030.0 Mit Bienengift oder Wespengift

8-10...8-11 Entfernung von Fremdmaterial und Konkrementen**8-10 Fremdkörperentfernung****8-100.– Fremdkörperentfernung durch Endoskopie**

Inkl.: Entfernung eines Konkrementes

- 8-100.0♦ Durch Otoskopie
- 8-100.1 Durch Rhinoskopie
- 8-100.2 Durch Laryngoskopie
- 8-100.3- Durch Tracheoskopie
 - .30 Mit Zange
 - .31 Mit Kryosonde
 - .3x Sonstige
- 8-100.4- Durch Bronchoskopie mit flexiblem Instrument
 - .40 Mit Zange
 - .41 Mit Kryosonde
 - .4x Sonstige
- 8-100.5- Durch Bronchoskopie mit starrem Instrument
 - .50 Mit Zange
 - .51 Mit Kryosonde
 - .5x Sonstige
- 8-100.6 Durch Ösophagoskopie mit flexiblem Instrument
- 8-100.7 Durch Ösophagoskopie mit starrem Instrument

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, multiprofessionelles 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 bei fachlicher Notwendigkeit Anwesenheit eines Facharztes mit mindestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisierten Palliativversorgung, der die aktuellen Probleme der Patienten kennt. Außerhalb der werktäglichen (Montag bis Freitag) Regelarbeitszeit muss dieser Facharzt nicht dem organisatorisch eigenständigen Team des Palliativdienstes angehören, aber mit den aktuellen Problemen der Patienten vertraut sein.
- 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 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 mindestens eines Mitglieds der Pflege des Palliativdienstes sowie mindestens eines weiteren Vertreters der an der Patientenversorgung beteiligten Berufsgruppen des Palliativdienstes pro vollständiger Woche.
- Vorausschauende Versorgungsplanung und Koordination der Palliativversorgung z.B. durch Indikationsstellung zur Vermittlung und Überleitung zu nachfolgenden Betreuungsformen der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung unter besonderer Berücksichtigung der Notfallvorausplanung, sofern erforderlich.
- Ggf. 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. Bei simultanem Einsatz von zwei oder mehr Vertretern unterschiedlicher Berufsgruppen des Behandlungsteams werden die jeweiligen Mitarbeiterminuten aufsummiert.

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

8-98j Ernährungsmedizinische Komplexbehandlung**Hinw.:** Dieser Kode ist auch bei intensivmedizinisch versorgten Patienten anzugeben.

Die Art der Ernährungstherapie als medizinische Hauptbehandlung ist gesondert zu kodieren (8-015 ff., 8-016).

Die Art der Ernährungstherapie als medizinische Nebenbehandlung ist bei nicht-intensivmedizinisch behandelten Patienten gesondert zu kodieren (8-017 ff., 8-018 ff.).

Mindestmerkmale:

- Ernährungsteam bestehend aus einer fachärztlichen Leitung mit der strukturierten curricularen Fortbildung oder Zusatzweiterbildung "Ernährungsmedizin" und einem Diätassistenten oder Ökologophologen.
- Werktags (von Montag bis Freitag) mindestens 7-stündige Verfügbarkeit des Ernährungsteams.
- Standardisiertes Screening des Ernährungsstatus innerhalb der ersten 48 Stunden nach stationärer Aufnahme (z.B. NRS 2002, MNA oder NUTRIC Score).
- Standardisiertes ernährungsmedizinisches Basisassessment zu Beginn der Behandlung durch ein Mitglied des Ernährungsteams, bestehend aus:
 - Ernährungsanamnese inkl. aktueller Nahrungsaufnahme,
 - Handkraftmessung,
 - Bestimmung der Körperzusammensetzung mittels Bio-Impedanz-Analyse oder Bestimmung des Energieumsatzes mittels indirekter Kalorimetrie,
 - Energie- und Nährstoff-Bedarfsermittlung unter Berücksichtigung von Verträglichkeit und Gesamtbilanz.
- Erstellung eines individuellen Behandlungsplanes (oral, Trinknahrung, enteral und/oder parenteral nach einem Stufenschema der Ernährung) zu Beginn der Behandlung.
- Mindestens zweimal pro vollständiger Woche Verlaufs- und Zielkontrolle der dokumentierten Nahrungsaufnahme (oral, Trinknahrung, enteral und/oder parenteral), davon einmal mit Durchführung folgender Verfahren:
 - Handkraftmessung oder Bio-Impedanz-Analyse oder indirekte Kalorimetrie,
 - Erfassung von Gewicht/Body-Mass-Index.
- Wöchentliche Teambesprechung.
- Untersuchungen wie z.B. Body-Mass-Index oder Handkraftmessungen sind entbehrlich, wenn sie aus medizinischen Gründen (Amputationen, Lähmungen, Sedierung o.Ä.) nicht durchführbar sind.
- Indikationsabhängige Empfehlungen für den weiterversorgenden Arzt und/oder Homecare-Dienstleister.

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 einem Krankenhaus 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 Kinderkrankenpfleger/-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 Kinderkrankenpfleger/-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 Kindern und Jugendlichen

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 Abteilung oder des kinder- und jugendpsychiatrischen Krankenhauses (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,
- Einübung 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.:* Sogenannte 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 diese 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 Erfolgt 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 mehrmals 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	789
Berechnung der Aufwandspunkte für die intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Erwachsenen (Kodes 8-980.– und 8-98f.–)	793
Berechnung der Aufwandspunkte für die intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Kode 8-98d.–)	796
Tabellen der anrechenbaren Therapieeinheiten für Psychiatrie und Psychosomatik (Therapieeinheiten Psych) (Kodes 9-60 bis 9-63, 9-65, 9-66 und 9-68)	799
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.–)	801
HINWEISE zur Nutzung	801
HINWEISE ZUR PFLEGEDOKUMENTATION zur Vermeidung eines unnötigen Dokumentationsaufwandes	803
PKMS-E-Matrix (Erwachsene)	804
PKMS-J-Matrix (Kinder und Jugendliche)	804
PKMS-K-Matrix (Kleinkinder)	804
PKMS-F-Matrix (Frühgeborene, Neugeborene und Säuglinge)	805
Abkürzungsverzeichnis	805
1 PKMS-E für Erwachsene ab dem Beginn des 19. Lebensjahres	806
1.1 Allgemeine Pflege	806
Mindestmerkmale PKMS-E, Leistungsbereich A: Körperpflege	806
Mindestmerkmale PKMS-E, Leistungsbereich B: Ernährung	809
Mindestmerkmale PKMS-E, Leistungsbereich C: Ausscheidung	812
Mindestmerkmale PKMS-E, Leistungsbereich D: Bewegen/Lagern/Mobilisation/Sicherheit	814
Mindestmerkmale PKMS-E, Leistungsbereich E: Kommunizieren/Beschäftigen	816
1.2 Spezielle Pflege	817
Mindestmerkmale PKMS-E, Leistungsbereich F: Kreislauf für Patienten mit Hemi-, Para- oder Tetraplegie	817
Mindestmerkmale PKMS-E, Leistungsbereich G: Wundmanagement	818
Mindestmerkmale PKMS-E, Leistungsbereich H: Atmung	819
2 PKMS-J für Kinder und Jugendliche ab dem Beginn des 7. Lebensjahres bis zum Ende des 18. Lebensjahres	821
2.1 Allgemeine Pflege	821
Mindestmerkmale PKMS-J, Leistungsbereich A: Körperpflege	821
Mindestmerkmale PKMS-J, Leistungsbereich B: Ernährung	823
Mindestmerkmale PKMS-J, Leistungsbereich C: Ausscheidung	825
Mindestmerkmale PKMS-J, Leistungsbereich D: Bewegen/Lagern/Mobilisation	827
Mindestmerkmale PKMS-J, Leistungsbereich E: Kommunizieren/Beschäftigen	828
2.2 Spezielle Pflege	830
Mindestmerkmale PKMS-J, Leistungsbereich G: Wund- und Hautbehandlung	830

Mindestmerkmale PKMS-J, Leistungsbereich H: Atmung	831
3 PKMS-K für Kleinkinder ab dem Beginn des 2. Lebensjahres bis zum Ende des 6. Lebensjahres	833
3.1 Allgemeine Pflege	833
Mindestmerkmale PKMS-K, Leistungsbereich A: Körperpflege	833
Mindestmerkmale PKMS-K, Leistungsbereich B: Ernährung	834
Mindestmerkmale PKMS-K, Leistungsbereich C: Ausscheidung	836
Mindestmerkmale PKMS-K, Leistungsbereich D: Bewegen/Lagern/Mobilisation	838
Mindestmerkmale PKMS-K, Leistungsbereich E: Kommunizieren/Beschäftigen	839
3.2 Spezielle Pflege	840
Mindestmerkmale PKMS-K, Leistungsbereich G: Wund- und Hautbehandlung	840
Mindestmerkmale PKMS-K, Leistungsbereich H: Atmung	842
4 PKMS-F für Frühgeborene, Neugeborene und Säuglinge ab der Geburt bis zum Ende des 1. Lebensjahres	844
4.1 Allgemeine Pflege	844
Mindestmerkmale PKMS-F, Leistungsbereich A: Körperpflege	844
Mindestmerkmale PKMS-F, Leistungsbereich B: Ernährung	846
Mindestmerkmale PKMS-F, Leistungsbereich C: Ausscheidung	847
Mindestmerkmale PKMS-F, Leistungsbereich D: Bewegen/Lagern/Mobilisation	848
Mindestmerkmale PKMS-F, Leistungsbereich E: Kommunizieren/Beschäftigen	849
4.2 Spezielle Pflege	850
Mindestmerkmale PKMS-F, Leistungsbereich G: Wund- und Hautbehandlung	850
Mindestmerkmale PKMS-F, Leistungsbereich H: Atmung	852

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									

* 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	≥14 5				<12 5							
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 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 Interventionen auf der Intensivtherapiestation (z.B. Tracheotomie, Kardioversion)	5
Aktionen außerhalb der Station (Diagnostik/Operation)	5

Deutscher Ärzteverlag

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 	10		
	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 Herzvritium • symptomatische neurodegenerative Erkrankung 	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	

Deutscher Ärzteverlag

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
	• beidseitig 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.	Flüssigkeitersatz >3.000 ml/m² Körperoberfläche [KOF]/24 Stunden	4
19.	Liegende Katheter Hierzu gehören z.B. arterieller Gefäßzugang, ZVK, Thorax-, Pricard-, Aszitesdrainage, Ureter-Splint, Katheter zur Messung des intraabdominalen Druckes. Hierzu gehören nicht transurethraler oder suprapubischer Blasenkatheeter. 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).

Deutscher Ärzteverlag

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 Gruppentherapieerbringung erbrachten 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	

Anzahl der Patienten pro Gruppe	Anrechenbare Therapieeinheiten pro Patient für Erwachsene			
	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	

Anzahl der Patienten pro Gruppe	Anrechenbare Therapieeinheiten pro Patient für Kinder und Jugendliche			
	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	

Pflegekomplesmaßnahmen-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 Pflegekomplesmaßnahmen-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 Pflegekomplesmaßnahmen-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 für Beatmungstunden 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 Beatmungstunden der jeweiligen Beatmungsperiode beginnt, wird der PKMS nicht kodiert. Am Tag der Rückverlegung auf die „Normalstation“ oder am Tag, an dem die Zählung der Beatmungstunden 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 Pflege-Personalregelung [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.

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.

Deutscher Ärzteverlag

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-Code 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 Beeinträchtigtiges 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, 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 oder Verbot aus medizinischen Gründen, 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 z.B. Wirbelsäuleninstabilität • Extensionsbehandlung und/oder Behandlung mit Körpergipsschale, 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 / Unfähigkeit, die Extremitäten einer Körperseite 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 Kotschmier/-essen, 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>

Mindestmerkmale PKMS-F, Leistungsbereich H: Atmung

Altersgruppe F: 3 Punkte

Im Rahmen der Behandlungspflege von Frühgeborenen, Neugeborenen und Säuglingen (F) sind Pflegemaßnahmen durch die Pflegepersonen notwendig, die hochaufwendige Patienten ausweisen.

Es liegt mindestens einer der Gründe für eine hochaufwendige Behandlungspflege im Bereich Atmung bei Frühgeborene, Neugeborenen und Säuglingen vor:	
G1	<p>Risiko einer Pneumonie (gemäß Assessmentergebnis ☞)</p> <p>UND</p> <p>Ein vorliegender Erschwerisfaktor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • (Ehemaliges) Frühgeborenes • Chronische respiratorische Erkrankung • Angeborene und/oder erworbene Fehlbildung des Thorax und/oder der Wirbelsäule • Syndromale, neuromuskuläre sowie angeborene Stoffwechselerkrankung, die die Atmung beeinträchtigt • Parese, Plegie • Zustand nach großem operativem Eingriff • Vorhandensein einer Thoraxdrainage
G2	<p>Zeichen einer respiratorischen Beeinträchtigung</p> <p><u>Kennzeichen:</u> Tachy-/Dyspnoe, veränderter Hustenmechanismus, kann nicht selbstständig abhusten, vermehrtes Bronchialsekret, zähes Bronchialsekret, minderbelüftete Lunge, Sauerstoffbedarf >4 Std.</p>
G3	<p>Vorhandensein eines Tracheostomas</p>

Pflegeinterventionen sind (die zugehörigen Gründe sind in der ersten Spalte aufgeführt):	
G2 G3	<p>H1</p> <p>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 <p>UND/ODER</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1-stündliche Dokumentation von Puls und Atmung (ohne Monitor), Beurteilung der Atmung <p>UND</p> <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 <p>UND/ODER</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anleitung von Eltern/Bezugsperson im Umgang mit Absaugsystemen und/oder in der Tracheostomapflege <p>UND/ODER</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anleitung von Eltern/Bezugsperson zum Wechsel der Trachealkanüle

Pflegeinterventionen sind (die zugehörigen Gründe sind in der ersten Spalte aufgeführt):	
G1 G2	<p>H2</p> <p>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 <p>UND/ODER</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vibrationsbehandlung des Thorax <p>UND/ODER</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wickel/Auflagen/Umschläge <p>UND/ODER</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maßnahmen der Atemtherapie: Anleiten und Beaufsichtigen von In- und Expirationenübungen mit entsprechenden Hilfsmitteln (z.B. Kontaktatmung) <p>UND/ODER</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anleiten von Eltern/Bezugsperson in Techniken zur Sekretmobilisation beim Patienten (z.B. autogene Drainage, Drainagelagerung) <p>UND/ODER</p> <ul style="list-style-type: none"> • Speziallagerung zur Ventilations- und Mobilitätsförderung des Thorax mit Evaluation und Dokumentation des Behandlungsverlaufs (z.B. Dehnlagerung, Halbmondlagerung)

Deutscher Ärzteverlag

Deutscher Ärzteverlag



GÜNSTIGE MENGENPREISE

Ihre Vorteile durch die redaktionelle Bearbeitung des Deutschen Ärzteverlags:

Bis zu 10 % Zeitersparnis

- ... durch die nutzerfreundliche Gestaltung:
- Griffleisten zum schnellen Finden der Kapitel bzw. Kode-Buchstaben
- Lebende Kopfzeilen mit den Stichwörtern der jeweiligen Seite
- Intuitive Integration von Listen und Subklassifikationen
- Hochwertige Ausstattung

Mehr Effizienz

Erkennen Sie bei den systematischen Verzeichnissen auf einen Blick, was sich im Vergleich zur Vorversion geändert hat! Differenzierte Markierungen (kodierrelevant, rein inhaltlich, gelöscht) und die Auflistungen der wesentlichen Änderungen machen dies möglich.

Verlässlicher Standard

Profitieren Sie von über 25 Jahren Erfahrung bei der Bearbeitung und Herausgabe medizinischer Klassifikationen. Die Versionen 2020 sind bearbeitet von Prof. Dr. med. Thomas Auhuber und Dr. med. Bernd Graubner.

Die DÄV-Kodierwerke: bearbeitet von Profis für Profis!
Mehr Infos: kodierwerke.aerzteverlag.de

ICD-10-GM 2020
Systematisches Verzeichnis
ISBN 978-3-7691-3695-1
broschiert, € 24,98*
ab 20 Ex. € 11,45 zzgl. 7% MwSt.

ICD-10-GM 2020
Alphabetisches Verzeichnis
ISBN 978-3-7691-3696-8
broschiert, € 24,98*
ab 20 Ex. € 11,95 zzgl. 7% MwSt.

OPS 2020
Systematisches Verzeichnis
ISBN 978-3-7691-3697-5
broschiert, € 24,98*
ab 20 Ex. € 9,95 zzgl. 7% MwSt.

OPS 2020
Alphabetisches Verzeichnis
ISBN 978-3-7691-3698-2
broschiert, € 24,98*
ab 20 Ex. € 11,45 zzgl. 7% MwSt.

Deutsche Kodierrichtlinien 2020
ISBN 978-3-7691-3699-9
broschiert, € 7,99*
ab 20 Ex. € 5,95 zzgl. 7% MwSt.

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 inkl. MwSt. zzgl. Versandkosten. Deutscher Ärzteverlag GmbH - Sitz Köln - HRB 1106 Amtsgericht Köln. Geschäftsführung: Jürgen Führer



Damit Sie in allen Datenschutzfragen
auf der sicheren Seite sind!



2019, 252 Seiten, broschiert
inkl. Online Zugang
ISBN 978-3-7691-3689-0
ISBN eBook 978-3-7691-3690-6
jeweils € 49,99*

- Wann muss ich einen Datenschutzbeauftragten benennen?
- Wie organisiere ich meine Praxis datenschutzkonform? Und wie meine Homepage?
- Muss ich für die Verarbeitung von Patientendaten immer eine Einwilligung einholen?
- Wer muss eine Datenpanne melden und wo?

Die Autoren von Bundesärztekammer, Kassenärztlicher Bundesvereinigung, Deutschem Hausärzterverband und Rechtsanwälte für Medizinrecht geben Ihnen maximal praxisrelevant und juristisch fundiert Antworten auf Fragen rund um den Datenschutz. Dank zahlreicher Praxistipps, Musterdokumente und praktischer Checklisten kommen Sie schnell und vor allem sicher zur Umsetzung aller erforderlichen Maßnahmen.

Ihr OnlinePlus:

Die Website datenschutz-praxis.aerzteverlag.de bietet Ihnen außerdem Zugang zu stets aktuellen Informationen wie dem „Fall des Monats“ und sämtlichen Musterdokumenten, Checklisten aus dem Buch sowie relevanten Gesetzestexten.

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

Inhalten und Preisänderungen vorbehalten. *Preise inkl. MwSt. zzgl. Versandkosten. Deutscher Ärzteverlag GmbH – Sitz Köln – HRB 106 Amtsgericht Köln. Geschäftsführung: Jürgen Fühner

 **Deutscher
Ärzteverlag**

Deutscher Ärzteverlag

OPS 2020

Systematisches Verzeichnis

286 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 2020 berücksichtigt. Zusätzlich wurden 33 Anträge im Rahmen des NUB-Verfahrens eingereicht. Wichtige Änderungen, d. h. neue oder überarbeitete Codes und Codebereiche, gibt es z. B. bei der Implantation von Bestrahlungsmarkern, der Anzahl entfernter Polypen mit mehr als 2 cm Durchmesser, der modularen Endoprothese und der Beatmungsentwöhnung [Weaning].



Prof. Dr. med.

Thomas Auhuber

Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Notfallmedizin, Gesundheitsökonom, Leiter Medizinmanagement, BG Klinikum Unfallkrankenhaus Berlin gGmbH, Mitglied der Arbeitsgruppen ICD und OPS des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG) beim Bundesministerium für Gesundheit.

- Differenzierte Markierung der Änderungen gegenüber der Version 2019
- 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
- OPS-Bekanntmachung des BMG
- Geleitwort von Dr. Klaus Reinhardt (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
- 26 Jahre Erfahrung von Verlag und Bearbeitern bei der Herausgabe der medizinischen Klassifikationen.

Die Bearbeitung unserer Klassifikationsbücher wurde 1994 von Dr. med. Bernd Graubner begründet und über 25 Jahre verantwortet.