

OPS 2021

Systematisches Verzeichnis

Operationen- und Prozedurenschlüssel
Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin

Version 2021

Herausgegeben vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) 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

Deutscher Ärzteverlag

Druckvorlage bzw. Leseprobedatei für die Buchausgabe des DÄV

BfArM-Stand: 16.10.2020 (veröffentlicht am 27.10.2020)
mit Nachtrag vom 9. 12. 2020

Dateiname: OPS_2021_SYS.DAEV_2020-11-29.docx
Bearbeitungsstand: 29.11.2020

Dateiumfang: XLI + 816 Seiten (= insgesamt 857 paginierte 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 Druckvorlage ist nur zur persönlichen Information der vom Bearbeiter oder dem Deutschen Ärzteverlag ausgewählten Adressaten bestimmt und darf nicht an Dritte weitergegeben werden.

OPS 2021

Systematisches Verzeichnis

Operationen- und Prozedurenschlüssel
Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin

Version 2021 – Stand: 16. Oktober 2020

Herausgegeben vom Bundesinstitut für Arzneimittel
und Medizinprodukte (BfArM) im Auftrag des Bundes-
ministeriums für Gesundheit (BMG) unter Beteiligung
der Arbeitsgruppe OPS des Kuratoriums für Fragen
der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG)

Bearbeitet von Prof. Dr. med. Thomas Auhuber

Geleitwort zu dieser Buchausgabe

Die Bearbeitung unserer Klassifikationsbücher wurde 1995 von Dr. med. Bernd Graubner begründet und bis 2020 verantwortet.

Bearbeitet von:
Prof. Dr. med. Thomas Auhuber
Berlin
thomas.auhuber@ukb.de

ISBN 978-3-7691-3724-8

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 Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG).
© Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) 2020.
Kurt-Georg-Kiesinger-Allee 3, 53175 Bonn.

Der Druck erfolgt unter Verwendung der maschinenlesbaren Fassung des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM).

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

Copyright © 2021 by
Deutscher Ärzteverlag GmbH
Dieselstraße 2, 50589 Köln

Satz: (BfArM und) Deutscher Ärzteverlag GmbH, 50859 Köln
Druck/Bindung: Druckerei C.H.Beck, 86720 Nördlingen

5 4 3 2 1 0 / 601

Deutscher Ärzteverlag

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 herausgebenden Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), in das 2020 die wesentlichen Funktionseinheiten des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) überführt wurden, 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 BfArM 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 BfArM in Dateiform herausgegebenen systematischen und alphabetischen Klassifikationsinhalte in nutzerfreundlich bearbeiteten Ausgaben vor (u.a. mit besonderer Kennzeichnung der Änderungen im Vergleich zur jeweiligen Vorversion).

Wir danken ihm und den Bearbeitern sowie noch einmal Herrn Dr. med. Bernd Graubner, der 25 Jahre lang diese Veröffentlichungen entwickelt und bearbeitet und nun in jüngere Hände, an Herrn Prof. Dr. med. Thomas Auhuber, übergeben hat.

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
Bundesausschusses

**Prof. Dr. med.
Rolf-Detlef Treede**
Vorsitzender
des Kuratoriums für Fragen
der Klassifikation im
Gesundheitswesen

Frank Plate
Präsident
des Bundesamtes
für Soziale Sicherung

Deutscher Ärzteverlag

Danksagung



25 Jahre lang hat Dr. med. Bernd Graubner, der in diesem Jahr seinen 80. Geburtstag feierte, die ICD- und OPS-Buchausgaben des Deutschen Ärzteverlags nutzerfreundlich und akribisch gestaltet und bearbeitet. Sie wurden zu Standardausgaben auf ihrem Gebiet. Rund 80 dieser Buchausgaben mit insgesamt etwa 80.000 Seiten sind in dieser Zeit in einer Gesamtauflage von mehr als einer Millionen Exemplare veröffentlicht worden (dazu kommen noch Lizenzausgaben in mehreren anderen Verlagen). Der Verlag und seine an der Bearbeitung beteiligten Mitarbeiterinnen sowie sein Nachfolger Prof. Dr. med. Thomas Auhuber danken ihm dafür.

Bernd Graubner ist Facharzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin und Medizininformatiker mit dem Schwerpunkt medizinische Klassifikationen. Seit 1967 beschäftigt er sich mit der ICD und seit den 1970er-Jahren mit den Prozedurenklassifikationen. 1996 wurde er Mitarbeiter des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland und beschäftigte sich seitdem hauptberuflich mit der Anpassung der ICD-10 und des OPS an die ärztlichen Bedürfnisse und ihrer Anwendung in Arztpraxen und Krankenhäusern. Viele Jahre war er Mitglied des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen des Bundesministeriums für Gesundheit und arbeitete auch danach noch in dessen beim DIMDI (heute: BfArM) angesiedelten Arbeitsgruppen ICD und OPS mit.

Der Deutsche Ärzteverlag wird gemeinsam mit Thomas Auhuber diese vier Bücher weiterhin in der gewohnten Qualität veröffentlichen und sie weiterentwickeln.

Jürgen Führer
Geschäftsführer
Deutscher Ärzteverlag

**Prof. Dr. med.
Thomas Auhuber**

Stefanie Kutzer
Leiterin Produktbereich
Management & Organisation
im Gesundheitswesen
Deutscher Ärzteverlag

Inhaltsverzeichnis

Geleitwort zu dieser Buchausgabe	V
Inhaltsverzeichnis	IX
Informationen zu dieser Buchausgabe	XIII
OPS-Bekanntmachung des BMG	XVII
Was ist neu im OPS 2021?	XIX
Hinweise für die Benutzung	XXVII
Abkürzungsverzeichnis	XXXV
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	42
1-84...1-85 Explorative diagnostische Maßnahmen	47
1-90...1-99 Andere diagnostische Maßnahmen	49
3 BILDGEBENDE DIAGNOSTIK	61
3-03...3-05 Ultraschalluntersuchungen	61
3-10...3-13 Projektionsradiographie	64
3-20...3-26 Computertomographie [CT]	66
3-30...3-31 Optische Verfahren	68
3-60...3-69 Darstellung des Gefäßsystems	69
3-70...3-76 Nuklearmedizinische diagnostische Verfahren	71
3-80...3-84 Magnetresonanztomographie [MRT]	76
3-90...3-90 Andere bildgebende Verfahren	78
3-99...3-99 Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren	78
5 OPERATIONEN	79
5-01...5-05 Operationen am Nervensystem	79
5-06...5-07 Operationen an den endokrinen Drüsen	110
5-08...5-16 Operationen an den Augen	116
5-18...5-20 Operationen an den Ohren	143
5-21...5-22 Operationen an Nase und Nasennebenhöhlen	150
5-23...5-28 Operationen an Mundhöhle und Gesicht	157
5-29...5-31 Operationen an Pharynx, Larynx und Trachea	173

5-32...5-34	Operationen an Lunge und Bronchus	183
5-35...5-37	Operationen am Herzen	201
5-38...5-39	Operationen an den Blutgefäßen	228
5-40...5-41	Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem	256
5-42...5-54	Operationen am Verdauungstrakt	267
5-55...5-59	Operationen an den Harnorganen	342
5-60...5-64	Operationen an den männlichen Genitalorganen	370
5-65...5-71	Operationen an den weiblichen Genitalorganen	380
5-72...5-75	Geburtshilfliche Operationen	407
5-76...5-77	Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen	414
5-78...5-86	Operationen an den Bewegungsorganen	429
5-87...5-88	Operationen an der Mamma	538
5-89...5-92	Operationen an Haut und Unterhaut	543
5-93...5-99	Zusatzinformationen zu Operationen	566
6	MEDIKAMENTE	573
6-00...6-00	Applikation von Medikamenten	573
8	NICHTOPERATIVE THERAPEUTISCHE MASSNAHMEN	607
8-01...8-02	Applikation von Medikamenten und Nahrung und therapeutische Injektion	607
8-03...8-03	Immuntherapie	609
8-10...8-11	Entfernung von Fremdmaterial und Konkrementen	610
8-12...8-13	Manipulationen an Verdauungstrakt und Harntrakt	613
8-14...8-17	Therapeutische Katheterisierung, Aspiration, Punktion und Spülung	616
8-19...8-19	Verbände	622
8-20...8-22	Geschlossene Reposition und Korrektur von Deformitäten	625
8-31...8-39	Immobilisation und spezielle Lagerung	628
8-40...8-41	Knochenextension und andere Extensionsverfahren	629
8-50...8-51	Tamponade von Blutungen und Manipulation an Fetus oder Uterus	630
8-52...8-54	Strahlentherapie, nuklearmedizinische Therapie und Chemotherapie	631
8-55...8-60	Frührehabilitative und physikalische Therapie	648
8-63...8-66	Elektrostimulation, Elektrotherapie und Dauer der Behandlung durch fokussierten Ultraschall	654
8-70...8-72	Maßnahmen für das Atmungssystem	657
8-77...8-77	Maßnahmen im Rahmen der Reanimation	663
8-80...8-85	Maßnahmen für den Blutkreislauf	663
8-86...8-86	Therapie mit besonderen Zellen und Blutbestandteilen	725
8-90...8-91	Anästhesie und Schmerztherapie	726
8-92...8-93	Patientenmonitoring	731
8-97...8-98	Komplexbehandlung	734
8-99...8-99	Zusatzinformationen zu nichtoperativen therapeutischen Maßnahmen	756

9	ERGÄNZENDE MASSNAHMEN	757
9-26...9-28	Geburtsbegleitende Maßnahmen und Behandlung wegen Infertilität	757
9-31...9-32	Phoniatriche und pädaudiologische Therapie	759
9-40...9-41	Psychosoziale, psychosomatische, neuropsychologische und psychotherapeutische Therapie	760
9-50...9-51	Präventive und ergänzende kommunikative Maßnahmen	766
9-60...9-64	Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	769
9-65...9-69	Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	786
9-70...9-70	Andere Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	796
9-80...9-80	Andere Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	799
9-98...9-99	Andere ergänzende Maßnahmen und Informationen	802

Anhang zum OPS	807
Berechnung der Aufwandspunkte für die intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Erwachsenen (Kodes 8-980.– und 8-98f.–)	809
Berechnung der Aufwandspunkte für die intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Kode 8-98d.–)	812
Tabellen der anrechenbaren Therapieeinheiten für Psychiatrie und Psychosomatik (Therapieeinheiten Psych) (Kodes 9-60 bis 9-63, 9-65, 9-66 und 9-68)	815

Informationen zu dieser Buchausgabe

25 Jahre lang hat Bernd Graubner die OPS-Ausgaben des Deutschen Ärzteverbandes bearbeitet. Mit dem OPS 2019 begann seine Zusammenarbeit mit Thomas Auhuber. Ab der Version 2020 hat dieser die Bearbeitung als sein Nachfolger übernommen. Dabei werden die bewährten Prinzipien der anwenderfreundlichen Gestaltung unserer Buchausgaben auf der Grundlage der jahrzehntelangen Arbeiten von Bernd Graubner in seinem Sinne fortgeführt.

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

Die vorliegende Fassung wurde auf der Grundlage der ODT-Datei des BfArM und unter Berücksichtigung der zugehörigen PDF-Datei und der Aktualisierungslisten erarbeitet (Stand 16.10.2020 [veröffentlicht am 27.10. 2020]). Der Deutsche Ärzteverband 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 2020 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 Ärzteverbandes 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 BfArM 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 BfArM 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** ist auf Seite XVII abgedruckt.
- **Alle Teile des OPS 2021, die gegenüber der vorherigen Version 2020 neu aufgenommen oder verschlüsselungsrelevant geändert worden sind, sind durch einen Doppelstrich am rechten Rand gekennzeichnet.** Das betrifft neue Codes, Inhaltsänderungen schon früher vorhandener Codes, Änderungen in der Zuordnung des Zusatzkennzeichens für die Seitenlokalisation sowie Änderungen sonstiger Verschlüsselungshinweise und zugeordneter Sechsteller.

„Gewöhnliche“ Änderungen (einschließlich Schlüsselnummernkorrekturen in den Verweisen), begriffliche Klarstellungen und Textkorrekturen sowie Änderungen eines Codes hinsichtlich seiner Terminaleigenschaft 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 XXIX). 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 2020 erfolgt durch einen **gerasterten Strich** (vgl. Muster aller Striche auf Seite 1) am rechten Rand des vorherigen Absatzes. 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 BfArM veröffentlichten Aktualisierungslisten und eigener Vergleiche der ODT-Dateien vorgenommen. Die Striche sind auch angegeben, wenn es sich um Änderungen handelt, die sich nicht in den BfArM-Aktualisierungslisten, sondern nur in den detaillierten BfArM-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 Tabellenzeile.**

Der mit der Version 2020 vertraute Kodierer wird durch diese Markierungen auf die Änderungen in der Version 2021 aufmerksam gemacht, die er dann vielleicht erst beim Vergleich dieser Buchausgabe mit einer der Version 2020 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 2021 vorgenommenen Änderungen bieten der vom BfArM bereitgestellte Abschnitt „Was ist neu im OPS 2021?“ (Seite XIX ff.) und die vom BfArM auf seiner Homepage veröffentlichten zwei Aktualisierungslisten (113 und 65 Seiten).

- Als **Kennzeichen für terminale Schlüsselnummern, für die eine Seitenlokalisation (R, L oder B) angegeben werden muss**, wird in allen OPS-Buchausgaben des Deutschen Ärzteverlages von Anfang an generell die **Raute** (♠) benutzt, die deutlich auffällt. Die DIMDI-Dateien des Systematischen Verzeichnisses verwendeten dafür bis zum OPS 2009 unterschiedliche Zeichen, nämlich den Doppelpfeil (↔) in der PDF- und ODT-Buchversion und den zweiseitigen Pfeil (↔) in der HTML-Version. Seit dem OPS 2010 wird in allen genannten OPS-Systematik-Dateien des DIMDI

nur noch der zweiseitige Pfeil verwendet, während die OPS-Alphabet-Dateien weiterhin den Doppelpfeil enthalten.

- Analog zur ICD-10-GM haben wir in dieser Buchausgabe, ebenso wie bereits in unseren früheren OPS-Buchausgaben, die **Schlüsselnummern der Haupteinträge mit der Punkt-Strich-Notation** ergänzt, die für Vier- und Fünfsteller angibt, dass sie durch Fünf- bzw. Sechsteller 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 Sechsteller angegeben sind (vgl. z.B. 5-071.0– ff.).

Wenn im OPS für eine Liste vermerkt ist, dass nicht alle angegebenen Sechsteller 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 Sechsteller 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 Sechsteller zusätzlich unter einzelnen Fünfstellern aufgelistet, wenn für diese eine explizite Zuordnungsdefinition für die Sechsteller vorliegt (z.B. 5-782.6– bis 5-782.9–).

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

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

Aufgrund zahlreicher Anfragen weisen wir darauf hin, dass **nicht alle OPS-Kodes für den vertragsärztlichen Bereich gültig sind, sondern dort nur die im Anhang 2 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) aufgeführten 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.–, 9-40 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 BfArM jedes Jahr seit der Version 2004 ein **Alphabetisches Verzeichnis** veröffentlicht. Für die Version 2021 erschien ausschließlich eine EDV-Textfassung, so dass die aktuellen OPS-Veränderungen manuell in das Alphabetische Verzeichnis integriert wurden. Auch dieses erscheint in gleichfalls redaktionell bearbeiteter Form im Deutschen Ärzteverlag.

Die Benutzer dieser Buchausgabe möchten wir schließlich darauf hinweisen, dass **vom BfArM ergänzende Kommentare und Anwendungshinweise für den OPS** auf der Homepage des BfArM 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 BfArM-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 BfArM kodierrelevante Änderungen und Ergänzungen des OPS 2021 veröffentlicht werden, so werden diese im Internet auch auf der Homepage des Deutschen Ärzteverlages (<https://kodierwerke.aerzteverlag.de>) für diese Buchausgabe bereitgestellt. Falls sich in unserer Ausgabe kodierrelevante Irrtümer finden sollten, werden diese ebenfalls auf dieser Homepage in einer Erratumliste publiziert.

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

Berlin, 29. November 2020

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 20. November 2020

Am 1. Januar 2021 tritt der Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) in den vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte 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 2021 in Kraft. Verbindliche Referenzfassung ist das Systematische Verzeichnis des Operationen- und Prozedurenschlüssels Version 2021 als PDF. Die Bekanntmachung zur Anwendung des Operationen- und Prozedurenschlüssels vom 24. Oktober 2019 (BAnz AT 19.11.2019 B3) tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2020 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 20. November 2020

215-20542-02

Bundesministerium für Gesundheit

Im Auftrag

Dr. Optendrenk

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

Was ist neu im OPS 2021?

(BfArM, redaktionell bearbeitet)

Der OPS wird gemäß der Verfahrensordnung für die Festlegung der Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten, German Modification (ICD-10-GM) und des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) auf der Grundlage des § 295 Absatz 1 Satz 9 und § 301 Absatz 2 Satz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) jährlich überarbeitet.

Für die Version 2021 wurden 278 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 BfArM bearbeitet. Hinzu kamen im diesjährigen Revisionsverfahren 40 Anträge aus dem NUB-Verfahren [Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden].

Die meisten Änderungen und Ergänzungen im amtlichen OPS 2021 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 8 Beratungen der Arbeitsgruppe statt. Aufgrund der Anforderungen aus dem MDK-Reformgesetz zur Festlegung von Strukturmerkmalen gemäß § 275d SGB V wurden weitere 6 Sondersitzungen durchgeführt.

Darüber hinaus wurden weitere Anpassungen notwendig, die sich aus dem Kalkulationsverfahren ergeben haben und die dem BfArM 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 Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG), beim Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und bei den Vertreterinnen und Vertretern der verschiedenen Mitgliedsgesellschaften der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) für ihre Zuarbeit, Beratung und fachliche Unterstützung bei der Bearbeitung dieser Version ausdrücklich bedanken.

Auf den folgenden Seiten erhalten Sie einen Überblick über die wichtigsten Neuerungen in der Version 2021 des OPS.

Allgemeine Änderungen

Im Rahmen der Bearbeitung dieser Version wurden, soweit erforderlich, in der gesamten Klassifikation einschließlich Vorspann und Anhängen redaktionelle Korrekturen durchgeführt.

Neben der Einführung, Unterteilung, Verschiebung und Streichung von Codes wurden Klassenattribute (Inklusiva, Exklusiva und Hinweise) 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 geänderten Inklusiva und Hinweise des Codes 1-210 für die nichtinvasive Video-EEG-Intensivdiagnostik zur Evaluation einer Epilepsie oder eines Verdachts auf Epilepsie hingewiesen. Weiterhin wurden in Kap. 1, 8 und 9 bei einer Vielzahl von Codes bisher genannte Mindestmerkmale in krankenhausbezogene Strukturmerkmale und patientenbezogene Mindestmerkmale aufgeteilt.

Vorspann und Anhänge wurden, soweit erforderlich, inhaltlich an die Änderungen in der Klassifikation angepasst und ergänzt. So wurden im Vorspann in den Hinweisen für die Benutzung im Abschnitt „Klassenattribute“ unter „Hinweise“ Erläuterungen zu Mindestmerkmalen und Struktur-

merkmalen ergänzt. Außerdem wurden im Abschnitt „Verwendete Begriffe und Symbole“ Erläuterungen zur Verwendung des Begriffs der ärztlichen „Behandlungsleitung“ im OPS aufgenommen. Aufgrund der ersatzlosen Streichung der Codes für die hochaufwendige Pflege unter 9-20 entfällt der Anhang „Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKMS)“ zur Berechnung der Aufwandspunkte für die hochaufwendige Pflege.

Alle Änderungen in den Codes der Klassifikation finden Sie im Detail in der **Aktualisierungsliste**, die an gewohnter Stelle auf den Webseiten des BfArM, Dienstsitz Köln, zu finden ist: <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/downloads>.

In der folgenden Darstellung wird daher nicht jede Änderung oder Ergänzung im Detail beschrieben, sondern es werden nur Hinweise auf die geänderten Stellen gegeben.

Änderungen nach Kapiteln

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

Kapitel 1: Diagnostische Maßnahmen

Untersuchung der Augen

- Einführung eines neuen Codes für die teilstationäre Augenuntersuchung bei Kindern und Jugendlichen mit der Notwendigkeit der Bewegungslosigkeit (1-221)

Funktionsuntersuchungen des Verdauungstraktes

- Unterteilung des Codes für die Ösophagusmanometrie (1-313 ff.)

Biopsie ohne Inzision an Mund, Mundhöhle, Larynx, Pharynx und blutbildenden Organen

- Einführung eines neuen Codes für die (perkutane) Biopsie an Lymphknoten, Milz und Thymus mit Steuerung durch bildgebende Verfahren (1-426.a)

Biopsie ohne Inzision an Harnorganen und männlichen Genitalorganen

- Unterteilung des Codes für die perkutane (Nadel-)Biopsie der Prostata nach der Art der Biopsie (1-463.1 ff.)
- Unterteilung des Codes für die perkutane Biopsie der Prostata mit Steuerung durch bildgebende Verfahren nach der Art der Biopsie (1-465.9 ff.)

Biopsie an anderen Organen durch Inzision

- Einführung eines neuen Codes für die Biopsie an mesenteriale Lymphknoten durch Inzision (1-586.8)

Diagnostische Endoskopie

- Unterteilung des Codes für die diagnostische Pharyngoskopie mit Einführung eines neuen Codes für die Schlafendoskopie (1-611 ff.)
- Einführung neuer Codes für die diagnostische Intestinoskopie und (Ileo-)Koloskopie durch motorisierte Spiral-Endoskopie (1-636.2, 1-658)
- Einführung eines neuen Zusatzcodes für die Verwendung eines Einmal-Duodenoskops (1-647)

Pneumologische Funktionsuntersuchungen

- Einführung eines neuen Codes für die Messung des fraktionierten exhalieren Stickstoffmonoxids [FeNO] (1-716)
- Einführung neuer Codes für die Feststellung des Beatmungsstatus und des Beatmungsentwöhnungspotenzials (1-717 ff.)

Komplexe Diagnostik

- Einführung neuer Codes für die niedrigauflösende und hochauflösende HLA-Typisierung bei myeloischen und lymphatischen Neoplasien (1-941.2, 1-941.3)

Andere diagnostische Maßnahmen

- Überarbeitung des Codes für die Durchführung von Genexpressionsanalysen in soliden bösartigen Neubildungen und Einführung neuer Codes für die (gezielte) Analyse genetischer Veränderungen in soliden bösartigen Neubildungen und für Hochdurchsatz-Sequenzierungsverfahren [NGS] zur Analyse genetischer Veränderungen bei/in soliden bösartigen Neubildungen (1-992 ff., 1-995 ff., 1-996 ff.)
- Einführung eines neuen Zusatzcodes für die teilstationäre pädiatrische Diagnostik mit der Notwendigkeit der Bewegungslosigkeit (1-999.3)

Kapitel 5: Operationen

Andere Operationen an Rückenmark, Rückenmarkshäuten und Spinalkanal

- Einführung eines neuen Codes für die Implantation oder Wechsel eines vollimplantierbaren Mehrkanalstimulators mit elektromagnetischer Energieübertragung durch Mikrowellen zur epiduralen Rückenmarkstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode (5-039.e3)
- Einführung eines neuen Codes für die Implantation oder Wechsel eines vollimplantierbaren Mehrkanalstimulators mit elektromagnetischer Energieübertragung durch Mikrowellen zur Stimulation von Spinalganglien mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode (5-039.k2)
- Einführung eines neuen Codes für die Entfernung eines Neurostimulators zur Spinalganglienstimulation (5-039.r)

Andere Operationen an Nerven und Nervenganglien

- Einführung neuer Codes für die Rekonstruktion eines Nerven und Nervenplexus mit Muskel-Venen-Interponat, unterteilt nach der Lokalisation (5-058.5 ff.)
- Einführung eines neuen Codes für die Implantation oder Wechsel eines vollimplantierbaren Einkanalstimulators mit wiederaufladbarem Akkumulator zur Stimulation des peripheren Nervensystems mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode (5-059.ce)
- Einführung eines neuen Codes für die Implantation oder Wechsel eines vollimplantierbaren Mehrkanalstimulators mit elektromagnetischer Energieübertragung durch Mikrowellen zur Stimulation des peripheren Nervensystems mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode (5-059.cf)
- Einführung eines neuen Codes für den Wechsel eines vollimplantierbaren Einkanalstimulators mit wiederaufladbarem Akkumulator zur Stimulation des peripheren Nervensystems ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode (5-059.de)
- Einführung eines neuen Codes für die Implantation eines vollimplantierbaren Einkanalstimulators mit wiederaufladbarem Akkumulator zur Stimulation des peripheren Nervensystems ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode (5-059.g5)

Operationen an anderen endokrinen Drüsen

- Einführung eines neuen Kodes für die Destruktion an der Nebenniere durch Elektrochemotherapie (5-073.43)

Operationen an den Augen

- Einführung eines neuen Kodes für die Insertion einer patientenindividuellen Keratoprothese ohne biologische Beschichtung (5-125.42)
- Einführung neuer Kodes für die Implantation, den Wechsel und die Entfernung eines telemetrischen Augeninnendruckensors (5-139.6, 5-139.7)
- Einführung eines neuen Zusatzkodes für die Verwendung einer Intraokularlinse mit Vergrößerungsfaktor (5-149.24)
- Einführung eines neuen Zusatzkodes für das Anfärben von Glaskörper, epiretinalen Membranen oder der Membrana limitans interna mit Triamcinolon oder Farbstofflösungen im Rahmen einer Vitrektomie (5-158.5)

Operationen an Pharynx, Larynx und Trachea

- Einführung neuer Kodes für die Destruktion von erkranktem Gewebe des Pharynx und des Larynx durch Elektrochemotherapie (5-292.35, 5-300.35)

Operationen an Lunge und Bronchus

- Einführung eines neuen Kodes für die bronchoskopische Destruktion von erkranktem Gewebe eines Bronchus durch Ablation durch gepulste elektrische Felder (5-320.7)
- Einführung eines neuen Kodes für die Destruktion von erkranktem Lungengewebe durch Elektrochemotherapie (5-339.24)

Operationen am Herzen

- Unterteilung des Kodes für die endovaskuläre Trikuspidalklappenrekonstruktion nach der Art der Rekonstruktion und des Zugangs (5-35a.5 ff.)

Operationen an den Blutgefäßen

- Einführung neuer Kodes für die Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Gefäßprothesen der tiefen und oberflächlichen Venen (5-380.9m, 5-380.a7)
- Einführung eines neuen Kodes für die Resektion und Ersatz (Interposition) des Truncus pulmonalis (5-383.44)
- Umwandlung der Kodes für das Hybridverfahren an Aorta ascendens, Aortenbogen, Aorta thoracica oder Aorta thoracoabdominalis in Zusatzkodes und Streichung der Sechssteller für die Anzahl der Stent-Prothesen. Die verwendeten Stent-Prothesen sind nun gesondert zu kodieren (5-38a.a, 5-38a.b)
- Einführung neuer Kodes für das Anlegen eines aortomesenterialen und aortorenal Shunts und Bypasses an Blutgefäßen (5-393.39, 5-393.3a)
- Unterteilung der Kodes für die Revision einer Anastomose und den Wechsel eines vaskulären Implantates (5-394.1 ff., 5-394.3 ff.)
- Einführung neuer Kodes für die Revision, den Wechsel und die Entfernung eines vaskulären Transplantates (5-394.8, 5-394.9 ff., 5-394.a)
- Verschiebung der Zusatzkodes zu Operationen an den Blutgefäßen in einen neuen Zusatzkodbereich (5-39a ff.)
- Einführung eines neuen Kodes für die Verwendung einer intraoperativ angefertigten Gefäßprothese (5-39a.4)

Operationen am Verdauungstrakt

- Einführung neuer Kodes für die Destruktion von erkranktem Gewebe des Ösophagus, des Magens, des Rektums, der Leber, der Gallengänge und des Pankreas durch Elektrochemotherapie (5-422.58, 5-433.38, 5-433.48, 5-433.58, 5-482.h ff., 5-501.8 ff., 5-513.45, 5-521.5)
- Einführung neuer Kodes für die endoskopische Blutstillung durch Auftragen von Peptid-Hydrogel bildenden Substanzen am Ösophagus, am Magen, am Darm und am Rektum (5-429.v1, 5-449.v3, 5-469.w3, 5-489.k1)
- Einführung eines neuen Kodes für die endoskopische Rekonstruktion der Ösophaguspassage im kombinierten antegrad-retrograden Verfahren (5-42a.1)
- Einführung neuer Kodes für die endoskopische Stentfixierung am Ösophagus, am Magen, am Darm und am Rektum durch einen auf ein Endoskop aufgesteckten ringförmigen Clip (5-42a.2, 5-44a.0, 5-46a.0, 5-489.p)
- Einführung neuer Kodes für die Implantation, den Wechsel, die Revision und die Entfernung eines Antirefluxsystems mit Widerlager am Magen, unterteilt nach der Art des Zugangs (5-44a.1 ff., 5-44a.2 ff.)
- Einführung neuer Kodes für die endoskopische Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dünn- und Dickdarms durch motorisierte Spiral-Endoskopie (5-451.c ff., 5-451.d ff., 5-452.b ff., 5-452.c ff.)
- Einführung eines neuen Kodes für die endoskopische Thermoablation der Duodenalschleimhaut zur Reduktion der Insulin-Resistenz (5-451.e)
- Einführung eines neuen Zusatzkodes für die motorisierte Spiral-Endoskopie am Darm (5-46a.1)
- Einführung eines neuen Kodes für die endoskopische submukosale Dissektion [ESD] am Rektum (5-482.g)
- Unterteilung der Kodes zur operativen Ligatur und Exzision von Hämorrhoiden nach der Anzahl der Hämorrhoiden und der Segmente (5-493.0 ff., 5-493.2 ff., 5-493.6 ff.)
- Einführung neuer Zusatzkodes für die Verwendung eines Einmal-Duodenoskops bei endoskopischen Operationen an den Gallengängen und am Pankreasgang (5-513.s, 5-526.m)
- Einführung eines neuen Kodes für die transgastrale oder transduodenale Punktion des Pankreasganges (5-526.k)
- Unterteilung der Kodes für den Verschluss einer Narbenhernie mit alloplastischem, allogenen oder xenogenem Material nach der horizontalen Defektbreite (5-536.4 ff.)

Operationen an den Harnorganen

- Einführung neuer Kodes für die Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Niere durch Radiofrequenzablation und Mikrowellenablation (5-552.42, 5-552.43, 5-552.54, 5-552.55, 5-552.71, 5-552.72)
- Unterteilung des Kodes für die transurethrale Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase nach der Art des Destruktionsverfahrens (5-573.3 ff.)
- Einführung eines neuen Kodes für die perkutane Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase, unterteilt nach der Art des Destruktionsverfahrens (5-57a ff.)

Operationen an den männlichen Genitalorganen

- Einführung eines neuen Kodes für die transurethrale Destruktion durch Elektrolyse von Prostatagewebe (5-601.e)

Operationen an den weiblichen Genitalorganen

- Einführung eines neuen Kodes für die teilstationäre Dilatation der Vagina bei Kindern und Jugendlichen (5-709.0)

Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen

- Einführung neuer Codes für die Transplantation von allogener Spongiosa, eines allogenen kortikospo-
spongiösen Spanes und von humaner demineralisierter Knochenmatrix an Kiefer- und Gesichts-
schädelknochen (5-77b.7, 5-77b.8, 5-77b.9)

Operationen an den Bewegungsorganen

- Einführung neuer Codes für die Entfernung eines Verriegelungsnagels sowie die Revision mit
Reosteosynthese und die geschlossene Reposition einer Fraktur durch Verriegelungsnagel am
Kalkaneus (5-787.8t, 5-78a.7t, 5-790.4t, 5-797.pt)
- Einführung eines neuen Codes für die Destruktion durch Elektrochemotherapie am Knochen
(5-789.d)
- Unterteilung des Codes für die Rekonstruktion der Rotatorenmanschette durch Transplantation
nach der Art des Transplantats (5-814.6 ff.)
- Überarbeitung der Codes für die Operationen an der Wirbelsäule. Vereinheitlichung und Er-
weiterung der Segmentintervalle bei den Codes für die Spondylodese und die Osteosynthese,
Streichung der Codes für historische Verfahren und die Korrekturspondylodese. Diese Verfahren
können zukünftig mit den Codes für die Spondylodese ggf. zusammen mit den Codes für die
Exzision von (erkranktem) Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule und dem Code für das
ventrale Release bei einer Korrektur von Deformitäten abgebildet werden (5-832 ff., 5-836 ff.,
5-837 ff., 5-838 ff., 5-839.7, 5-83b)
- Einführung eines neuen Zusatzcodes für die computergestützte intraoperative biomechanische
Ausrichtung des Implantates (5-86a.4)

Operationen an Haut und Unterhaut

- Einführung neuer Codes für den permanenten Hautersatz durch allogenes Hauttransplantat
(5-902.f ff., 5-902.g ff., 5-925.f ff., 5-925.g ff.)
- Einführung neuer Codes für den permanenten Hautersatz und die temporäre Weichteildeckung
durch allogenes Hautersatzmaterial (5-902.h ff., 5-902.j ff., 5-916.d ff., 5-916.e ff., 5-923.c ff.,
5-923.d ff., 5-925.h ff., 5-925.j ff.)

Zusatzinformationen zu Operationen

- Erweiterung der Zusatzcodes für die Art des allogenen Transplantates oder Implantates um „de-
zellularisiert“ und „ohne weitere Spezifikation“ (5-930.22, 5-930.2w)
- Erweiterung der Zusatzcodes für die Art des verwendeten Knorpelersatz-, Knochenersatz- und
Osteosynthesematerials um „allogenes Material“ (5-931.3)
- Unterteilung des Zusatzcodes für die Art des verwendeten Materials für Gewebersatz und
Gewebeverstärkung durch biologisches Material nach „allogen“ und „xenogen“ (5-932.8 ff.,
5-932.9 ff.)
- Einführung eines neuen Zusatzcodes für die Anwendung eines Miniaturroboters (5-987.2)
- Einführung neuer Zusatzcodes für die Anwendung eines Gefäßkopplers zur mikrovaskulären
Anastomosierung (5-98c.7 ff.)
- Einführung eines neuen Zusatzcodes für die Anwendung einer externen Vorrichtung zur Bauch-
deckentraktion mit definierbarer Krafteinstellung (5-98j)

Kapitel 6: Medikamente

- Erweiterung der Dosisklassen bei dem Wirkstoff/Medikament Tocilizumab, intravenös
(6-005.m ff.)
- Einführung von Dosisklassen für die Wirkstoffe/Medikamente Ustekinumab, parenteral
(6-005.j ff.), Vedolizumab, parenteral (6-008.5 ff.), Enotuzumab, parenteral (6-009.d ff.),

Atezolizumab, parenteral (6-00a.1 ff.), Ocrelizumab, parenteral (6-00a.e ff.), Venetoclax, oral
(6-00a.k ff.)

- Einführung neuer Codes für bestimmte Wirkstoffe/Medikamente (6-00c.0 bis 6-00c.n)

Kapitel 8: Nichtoperative therapeutische Maßnahmen**Applikation von Medikamenten und Nahrung**

- Einführung eines neuen Codes für die intrathekale und intraventrikuläre Applikation von Medika-
menten ohne Medikamentenpumpen (8-019)

Elektrische Konversion des Herzrhythmus

- Einführung eines neuen Codes für die teilstationäre Testung oder Nachprogrammierung von
internen Schrittmachern, Systemen für die kardiale Resynchronisationstherapie [CRT] oder
implantierten Defibrillatoren bei Kindern und Jugendlichen (8-644)

Beatmungsentwöhnung

- Überarbeitung und Umstrukturierung des Codes für die Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei
maschineller Beatmung Einführung neuer Codes für die prolongierte Beatmungsentwöhnung auf
spezialisierter intensivmedizinischer und nicht-intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-
Einheit (8-718 ff.)

Transfusion von Blutzellen

- Einführung neuer Codes für die Transfusion von Leukozyten mit depletierender In-vitro-Aufbe-
reitung (8-802.46, 8-802.75, 8-800.84)

Therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Gefäße

- Weitere Unterteilung des Codes für die Dauer der Behandlung mit einer transvasal platzierten
axialen Pumpe zur Kreislaufunterstützung (8-83a.3 ff.)
- Einführung eines neuen Codes für die renale Denervation über die A. renalis durch Alkohol-
injektion (8-83c.54)
- Einführung neuer Codes für die endovaskuläre Anlage einer AV-Fistel durch Einlage von Stent-
Grafts zur Arterialisierung tiefer Venen (8-83c.g ff.)
- Einführung neuer Codes für die temporäre Stent-Angioplastie bei zerebrovaskulären Vaso-
spasmen (8-83c.h ff.)

Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf

- Einführung eines neuen Codes für die teilstationäre Beobachtung bei Vergiftungen unbekannten
Ausmaßes bei Kindern (8-934)

Komplexbehandlung

- Überarbeitung und Umstrukturierung der Codes für die Schlaganfallbehandlung. Unterteilung der
Codes für die Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls nach der Behandlung
auf einer Schlaganfalleinheit ohne und mit (kontinuierliche) Möglichkeit zur Durchführung von
Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen (8-981 ff, 8-98b ff.)

Kapitel 9: Ergänzende Maßnahmen

Pflege und Versorgung von Patienten

- Streichung der Kodes für die hochaufwendige Pflege von Patienten (9-20)

Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen

- Einführung neuer Zusatzkodes für die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen kombinierten Eltern-Kind-Setting bei therapiebedürftigem Elternteil und therapiebedürftigem Kind, unterteilt nach der Anzahl der Tage (9-64a ff.)

Andere ergänzende Maßnahmen und Informationen

- Streichung der Kodes für die Behandlung in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen (9-980 ff., 9-981 ff., 9-982 ff., 9-983 ff.)
- Einführung neuer Zusatzkodes für die teilstationäre pädiatrische Behandlung (9-985 ff.)
- Einführung nicht-belegter Schlüsselnummern (9-999 ff.)

Hinweise für die Benutzung

(BfArM, redaktionell bearbeitet)

Anwendungsbereich

Zur Erfüllung der Vorgaben des § 301 und des § 295 Absatz 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 BfArM [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)

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 Sechststeller

Dreisteller-Klassen werden auch als Kategorien, Vier- bis Sechststeller 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/Kodes 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 Resteklasse „Sonstige“ soll nur dann verwendet werden, wenn eine spezifische Prozedur dokumentiert ist, aber keiner der spezifischen Codes der übergeordneten Kategorie passt.
5. Die Resteklasse „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 „Zusatzcode“, „Zusatzkodierung“, „Zusatzinformation“ o.Ä. im Klassentitel oder im Hinweis zu erkennen.

Zusatzinformationen

Zusatzcodes können außer als Einzelcodes in 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 z.B. 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** Kodes 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“),
- Mindestmerkmale, die patientenbezogen zu erfüllen sind, damit der Kode angegeben werden darf,
- Strukturmerkmale, die gemäß SGB V § 275d einzuhalten sind, damit der Kode angegeben werden darf; ist beim Kode spezifisch angegeben, dass ein Strukturmerkmal am Standort des Krankenhauses verfügbar sein muss, kann es nur dann durch Kooperation erfüllt werden, wenn die Verfügbarkeit am Standort codespezifisch sichergestellt ist.

und folgende („ff.“)

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

Listen

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

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

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

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

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

Verwendete Begriffe und Symbole

Folgende Begriffe und Symbole werden verwendet:

Verwendung des Begriffs der ärztlichen „Behandlungsleitung“

Die Behandlungsleitung erfolgt durch einen Facharzt mit der jeweils kodespezifisch geforderten Qualifikation. Sie kann durch unterschiedliche Personen mit der jeweils kodespezifisch geforderten Qualifikation sichergestellt werden.

Die Behandlungsleitung trägt die fachlich-inhaltliche Verantwortung für die Versorgung des Patienten. Sie plant, koordiniert und überwacht die Leistungen und ärztlichen Tätigkeiten am Patienten. Für die Behandlungsleitung kann kodespezifisch der Umfang für die Anwesenheit und die Teilnahme an den Teambesprechungen festgelegt werden.

Doppelstern „**“

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

Runde Klammern „()“

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

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

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

Eckige Klammern „[]“

Eckige Klammern enthalten Synonyme, alternative Formulierungen, andere Schreibweisen und Abkürzungen zu einer Bezeichnung. *[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 Kodes. *[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 Kodes, z.B. bei der Aufzählung von Prozeduren wie „Inzision, Exzision und Destruktion ...“ oder von Lokalisationen wie „... Naht eines Nerven und Nervenplexus“
- bei nicht-endständigen 5-stelligen Kodes, deren Klassentitel ausschließlich Lokalisationsangaben ohne weiteren Zusatz enthält und die ihre 6. Stelle über eine Lokalisationsliste erhalten (z.B. 5-380.1 Arterien Schulter und Oberarm)
- bei endständigen 5-stelligen Kodes, deren Klassentitel ausschließlich Lokalisationsangaben ohne weiteren Zusatz enthält (z.B. 1-502.2 Oberarm und Ellenbogen)
- in den Lokalisationslisten für die 6. Stellen (z.B. Liste unter 5-890)

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

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

3D	Dreidimensional	BRAF	Rapidly accelerated fibrosarcoma B-type
4D	Vierdimensional	BSS	Beeinträchtigungsschwere-Score
A., Aa.	Arteria, Arteriae	BWS	Brustwirbelsäule
ADI	Autism Diagnostic Interview	CAD	Computer assisted design
ADOS	Autism Diagnostic Observation Schedule	CAM	Computer assisted manufacture
AEP	Akustisch evozierte Potentiale	CAPD	Continuous ambulatory peritoneal dialysis
ALK	Anaplastic lymphoma kinase	CAVH	Continuous arteriovenous hemofiltration
ALL	Akute lymphatische Leukämie	CAVHDF	Continuous arteriovenous hemodiafiltration
AMDP	Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie	CCM	Cardiac contractility modulation
AML	Akute myeloische Leukämie	CD274	Programmed cell death 1 ligand 1
AP	Anus praeter	CERA	Cortical evoked response audiometry (Spät-akustisch evozierte Potentiale)
APD	Ambulatory peritoneal dialysis	CIOMM	Kontinuierliches intraoperatives Neuromonitoring
AV	Arteriovenös	CLL	Chronische lymphatische Leukämie
AV	Atrioventrikular	CMV	Zytomegalievirus
AZGP1	Alpha-2-glycoprotein 1, zinc-binding	CNP	Continuous negative pressure
BASDAI	Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index	CO	Kohlenmonoxid
BASFI	Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index	CO₂	Kohlendioxid
BAT25	Bethesda A-tandem repeat 25	CP-Stent	Cheatham-Platinum-Stent
BCL2	B-cell CLL/lymphoma 2	CPAP	Continuous positive airway pressure
BCR-ABL	Breakpoint cluster region – Abelson-Tyrosinkinase	CpG	5'-C-phosphate-G-3'
BERA	Brainstem electric response audiometry	CPM	Continuous passive motion (Motorschienenbehandlung)
BIRC5	Baculoviral IAP repeat containing 5		
BIS	Bispektraler Index		

CPPV	Continuous positive pressure ventilation	ECLS	Extracorporeal live support
CRT	Cardiac Resynchronization Therapy [Kardiale Resynchronisationstherapie]	ECMES	Embrochage centro-medullaire élastique Stable
CT	Computertomographie	ECMO	Extrakorporale Membranoxygenation
CTCs	Circulating tumor cells	EDTA	Ethylendiamintetraessigsäure [Ethylene diamine tetraacetic acid]
CUP	Cancer of unknown primary	EEG	Elektroenzephalographie
cVEMP	Zervikale vestibulär evozierte myogene Potentiale	EFTR	Endoscopic full-thickness resection [endoskopische transmurale Vollwandexzision]
CVVH	Continuous venovenous hemofiltration	EGFR	Epidermal growth factor receptor
CVVHD	Continuous venovenous hemodialysis	EKG	Elektrokardiographie
CVVHDF	Continuous venovenous hemodiafiltration	EKT	Elektrokonvulsionstherapie
DACI	Direct Acoustic Cochlear Implant	EMG	Elektromyographie
DAS 28	Disease Activity Score 28	EMILOS	Endoscopic Mini- or Less-open Sublay
DDG	Deutsche Diabetes-Gesellschaft	EML4	Echinoderm microtubule associated protein like 4
delins	Deletion and insertion	EOG	Elektrookulographie
DFPP	Doppelfiltrationsplasmapherese	ePTFE	Expandiertes Polytetrafluoroethylen
DHCR7	7-dehydrocholesterol reductase	ERBB2	Erb-b2 receptor tyrosine kinase 2
DIEP	Deep inferior epigastric perforator	ERC	Endoskopische retrograde Cholangiographie
DIPI	Direkte intraperitoneale Insemination	ERCP	Endoskopisch-retrograde Cholangiopankreatikographie
DISYPS	Diagnostiksystem für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter	ERG	Elektroretinographie
DLS	Dorsale Lordosierungsspondylodese	ERP	Endoskopische retrograde Pankreatikographie
DOTA	1,4,7,10-Tetraazacyclododecane-1,4,7,10-tetraacetic acid [1,4,7,10-Tetraazacyclododecane-1,4,7,10-tetraessigsäure]	ESD	Endoskopische submukosale Dissektion
DSA	Digitale Subtraktionsangiographie	ESIN	Elastisch stabile intramedulläre Nagelung
EBT	Elektronenstrahltomographie	ESWL	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie
ECCE	Extracapsular cataract extraction (Extrakapsuläre Extraktion der Linse)	ET	Embryotransfer
		eTEP	Enhanced-view total extraperitoneal

EVLT	Endovenöse Lasertherapie	hdEEG	Hochauflösende Elektroenzephalographie
EXIT	Ex utero intrapartum treatment	HDR	High dose rate
Exkl.	Exklusivum	HER2	Human epidermal growth factor receptor 2
FACS	Fluorescence-activated cell sorting	HFJV	High frequency jet ventilation
FAEP	Früh-akustisch evozierte Potentiale	HFNC	High flow nasal cannula
FEIBA	Prothrombinkomplex mit Faktor-VIII-Inhibitor-Bypass-Aktivität [Factor eight inhibitory bypassing activity]	HFOV	High frequency oscillatory ventilation
FFbH	Funktionsfragebogen Hannover	HFV	High frequency ventilation
FFP	Fresh Frozen Plasma [gefrorenes Frischplasma]	HIFU	Hochintensiver fokussierter Ultraschall
FFRmyo	Fraktionelle myokardiale Flussreserve	HIPEC	Hypertherme intraperitoneale Chemotherapie
FIRM	Focal impulse and rotor modulation	HI-Virus	Humanes Immundefizienz-Virus [Human immunodeficiency virus]
FISH	Fluoreszenz-in-situ-Hybridisierung [Fluorescent in situ hybridization]	Hinw.	Hinweis
FR1 – FR4	Framework 1 - Framework 4	HITOC	Hypertherme intrathorakale Chemotherapie
FRC	Funktionelle Residualkapazität	HLA	Humanes Leukozyten-Antigen
FSSEP	Früh-somatosensorisch evozierte Potentiale	HNO-	Hals-Nasen-Ohren-
g	Gramm	HSA	Human serum albumin
GAF	Global assessment of functioning	HSV-TK Mut2	Herpes-simplex-Virus-Typ-I-Thymidinkinase Mut2
G-DRG	German Diagnosis Related Group(s)	HTS	High throughput sequencing (Hochdurchsatz-Sequenzierungsverfahren)
GBA	Geriatrisches Basisassessment	HWS	Halswirbelsäule
GBq	Gigabecquerel	IABP	Intraaortale Ballonpumpe
GIFT	Intratubarer Gametentransfer [Gamete intrafallopian (tube) transfer]	IBZM	[¹²³ I]-3-Jodo-6-methoxybenzamin
GvHD	Graft-versus-Host-Krankheit [Graft versus Host Disease]	ICA	Immunhistochemische Analyse
Gy	Gray	ICD	Implantierbarer Kardioverter/Defibrillator
HAART	Hochaktive antiretrovirale Therapie	ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision – German Modification
HBO	Hyperbare Oxygenation	ICE	Intrakardiale Echokardiographie
		IE	Internationale Einheit(en)

IGH	Immunoglobulin heavy locus	M., Mm.	Musculus, Musculi
IGRT	Image-guided radiotherapy	MAPCA	Multiple major aortopulmonary collateral artery
IL6ST	Interleukin 6 signal transducer	MBS	Mehrdimensionale Bereichsdiagnostik der Sozialpädiatrie
IMA	Internal mammary artery (Arteria mammaria interna)	MDS	Myelodysplastisches Syndrom
IMV	Intermittent mandatory ventilation	MEG	Magnetenzephalographie
Inkl.	Inklusivum	MEP	Motorisch evozierte Potentiale
IONM	Nicht-kontinuierliches intra-operatives Neuromonitoring	MeV	Megaelektronenvolt
IPD	Intermittent peritoneal dialysis	mg	Milligramm
IPOM	Intraperitoneales Onlay-Mesh	MGP	Matrix Gla protein
IPPV	Intermittent positive pressure ventilation	MIBG	Metaiodobenzylguanidin
IUD	Intrauterine (contraceptive) device	MILOS	Mini- or Less-open Sublay
i.th.	intrathekal	MLC	Multi-leaf collimator
i.v.	intravenös	MLH1	MutL homolog 1
IVF	In-vitro-Fertilisation	MNA	Minimal Nutritional Assessment
IVUS	Intravaskuläre Ultraschalluntersuchung der Koronargefäße	MPFL	Mediales patellofemorales Ligament
K-SADS	Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children	MR	Magnetresonanz
KEP	Kognitiv evozierte Potentiale	MRCp	Magnetresonanz-Cholangiopancreatikographie
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz	MRD	Minimal residual disease (Rest-tumorlast)
KHK	Koronare Herzkrankheit	MRgFUS	Magnetresonanz-gesteuerter fokussierter Ultraschall
Ki67	Kiel 67 (Marker of proliferation)	MRT	Magnetresonanztomographie
kIE	Kallikrein-Inhibitor-Einheit	MSLT	Multipler Schlaflatenztest
KRAS	Kirsten rat sarcoma	MTS	Medizinischer Thromboseprophylaxestrumpf
KTP-Laser	Kalium-Titanyl-Phosphat-Laser	MTX	Metothrexat
L-DOPA	L-3,4-Dihydroxyphenylalanin	MWT	Multipler Wachbleibetest
LBO-Laser	Lithium-Triborat-Laser	N.	Nervus
LDL	Low density lipoproteins	N-BCA	N-Butyl-2-Cyanoacrylat, Enbucrilat
LEER	Laterale erweiterte endopelvine Resektion	NAVA	Neurally adjusted ventilatory assist
Lig.	Ligament	NGS	Next generation sequencing (Hochdurchsatz-Sequenzierungsverfahren)
LWS	Lendenwirbelsäule		

NHL	Non-Hodgkin-Lymphom	PES	Pharyngeale elektrische Stimulation
NK-Zellen	Natural-Killer-Zellen	pESS	Powered endoscopic sinonasal surgery
N.n.bez.	Nicht näher bezeichnet	PET	Positronenemissionstomographie
NOTES	Natural orifice transluminal endoscopic surgery	PICC	Peripherally inserted central venous catheter (Peripher eingeführter zentralvenöser Katheter)
NRS	Numeric rating scale	PIPAC	Pressurized intra peritoneal aerosol chemotherapy [Intraperitoneale Druck-Aerosolchemotherapie]
NRS	Nutritional Risk Screening	PMR	Percutaneous transluminal transmyocardial laser revascularization
NSM	Nipple sparing mastectomy [mamillenerhaltende Mastektomie]	p.o.	per os / peroral
NTMS	Navigierte transkraniale Magnetstimulation	POCS	Perorale Cholangioskopie
NUTRIC	Nutrition Risk in Critically Ill	POPS	Perorale Pankreatikoskopie
OAE	Otoakustische Emissionen	PSAP	Posteriore sagittale Anoproktoplastik
OCT	Optische Kohärenztomographie	PSARP	Posteriore sagittale Anorektoplastik
ÖGD	Ösophagogastrroduodenoskopie	PSMA	Prostata-spezifisches Membranantigen
OP	Operation	Psy-BaDo	Basisdokumentation in der Psychotherapie
OPD	Operationalisierte psychodynamische Diagnostik	PTC	Perkutane transhepatische Cholangiographie
OPD	Ostium protection device	PTCA	Percutaneous transluminal coronary angioplasty (Perkutane transluminale Koronarangioplastie)
oVEMP	Okuläre vestibulär evozierte myogene Potentiale	PTFE	Polytetrafluorethylen
PBA	Palliativmedizinisches Basisassessment	PUVA	Photochemotherapie (Psoralen plus UV-A)
PCA	Patientengesteuerte Analgesie	PVDF	Polyvinylidenfluorid
PCR	Polymerase chain reaction (Polymerase-Kettenreaktion)	R.	Ramus [Ast]
PDL1	Programmed cell death 1 ligand 1	rh-TSH	Rekombinantes Thyreotropin
PDT	Photodynamische Therapie	rTMS	Repetitive transkraniale Magnetstimulation
PE	Probeexzision		
PECLA	Pumpless extracorporeal lung assist		
PEG	Perkutan-endoskopische Gastrostomie		
PEG	Polyethylenglykol		
PEJ	Perkutan-endoskopische Jejunostomie		
PEP	Positive expiratory pressure		
PEPP	Pauschalierende Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik		

RA-PA-ECMO	ECMO-Modul mit Kanülen im rechten Vorhof und in der Pulmonalarterie	SZT	Stammzelltherapie
RBBP8	Retinoblastom binding protein 8, endonuclease	TAPP	Transabdominal präperitoneal
RNA	Ribonukleinsäure	TDI	Tissue Doppler imaging
RSV	Respiratory syncytial virus	TE	Therapieeinheit(en)
SAEP	Spät-akustisch evozierte Potentiale	TE	Transfusionseinheit(en)
SAPS	Simplified Acute Physiology Score	TEA	Thrombendarteriektomie
S-CPPV	Synchronized continuous positive pressure ventilation	TEE	Transösophageale Echokardiographie
SCN1A	Sodium channel neuronal typ 1 alpha	TEN	Titanic elastic nail
SeHCA-Test	Selen-Homotaurocholsäure-Test	TENS	Transkutane elektrische Nervenstimulation
SEP	Somatisch evozierte Potentiale	TEP	Endoskopisch total extraperitoneal
sFlt-1	Lösliche, FMS-ähnliche Tyrosinkinase 1 [soluble FMS-like tyrosine kinase-1]	TES	Totally endoscopic sublay
S-IPPV	Synchronized intermittent positive pressure ventilation	TFCC	Triangular fibrocartilage complex
SIEP	Superficial inferior epigastric perforator	TFG	Transfusionsgesetz
SIRT	Selektive intravaskuläre Radionuklidtherapie	TGA	Transposition der großen Arterien
SIS	Small intestinal submucosa	TIA	Transitorische ischämische Attacke
SLNE	Sentinel-Lymphonodektomie	TIPP	Transinguinal präperitoneal
SMA	Shape memory alloy (Formgedächtnislegierungen)	TIPS	Transjugular intrahepatic portosystemic shunt
SO₂	Sauerstoffsättigung	TISS	Therapeutic Intervention Scoring System
SPECT	Single-Photon-Emissionscomputertomographie	TMLR	Transmyokardiale Laserrevaskularisation
SSEP	Somatosensorisch evozierte Potentiale	TMMR	Totale mesometriale Resektion des Uterus
SSM	Skin sparing mastectomy [hautsparende Mastektomie]	TOT	Trans obturator tape (Transobturatorisches Band)
STC2	Stanniocalcin 2	TRAM	Transversaler Rectus-abdominis-Muskellappen
STEP	Serielle transverse Enteroplastie	TRUS	Transrektale Ultraschallbildgebung
SUP	Selektive Ultraviolettphototherapie	TUNA	Transurethrale Nadelablation
		TVT	Spannungsfreies vaginales Band [Tension free vaginal tape]

TVT-O	Tension free vaginal tape obturator (TVT-Obturator)	VNTR	Variable number of tandem repeats
UBE2E	Ubiquitin conjugating enzyme E2 E2	VZV	Varicella-Zoster-Virus
V., Vv.	Vena, Venae	WIT	Wasserinduzierte Thermotherapie
VAS	Visual Analogue Scale	WPW-	Wolff-Parkinson-White-
VEMP	Vestibulär evozierte myogene Potentiale	YAG-Laser	Yttrium-Aluminium-Granat-Laser
VEP	Visuell evozierte Potentiale	ZIFT	Intratubärer Zygotenttransfer [Zygote intrafallopian (tube) transfer]
VEPTR	Vertikale expandierbare prothetische Titanrippe	ZNS	Zentrales Nervensystem
VHI	Voice Handicap Index	ZVK	Zentraler Venenkatheter
VLAP	Visuell kontrollierte laserunterstützte Resektion [Visually-guided Laser Ablation of the Prostate]		

Systematisches Verzeichnis

Zusammenfassende wichtige Benutzungshinweise

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

Alle **Änderungen gegenüber der im Jahr 2020 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 XIII):

- **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 benutzten 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 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 BfArM-Dateien. Bei Ein- und Ausschlussbemerkungen sowie bei Hinweisen wird hingegen der Originaltext wiedergegeben und auf die Kennzeichnung verzichtet.

Die meisten in der BfArM-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 Kodes 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 Kodes, 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-System)
Inkl.: Provokationsmethoden
 1-207.1 Schlaf-EEG (10-20-System)
 1-207.2 Video-EEG (10-20-System)
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-System)
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.

3 BILDGEBENDE DIAGNOSTIK

3

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 Codes 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 Codes setzt den Einsatz der Farbdopplersonographie voraus.
Die Anwendung dieses Codes 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 Codes zwingend erforderlich.

3-05 Endosonographie

Inkl.: Duplexsonographie

Hinw.: Es ist das Zielorgan der Untersuchung zu kodieren.

3-050 Endosonographie von Mundhöhle und Hypopharynx**3-051 Endosonographie des Ösophagus****3-052 Transösophageale Echokardiographie [TEE]**

Inkl.: Untersuchung der großen Gefäße

3-053 Endosonographie des Magens**3-054 Endosonographie des Duodenums****3-055.– Endosonographie der Gallenwege und der Leber**

3-055.0 Gallenwege

3-055.1 Leber

3-056 Endosonographie des Pankreas**3-057 Endosonographie des Kolons****3-058 Endosonographie des Rektums****3-059 Endosonographie der Bauchhöhle [Laparoskopische Sonographie]****3-05a Endosonographie des Retroperitonealraumes**

Inkl.: Untersuchung der Nebennieren

3-05b.– Endosonographie der Harnblase und der Urethra

3-05b.0 Transrektal

3-05b.1 Transurethral

3-05c.– Endosonographie der männlichen Genitalorgane

3-05c.0 Transrektal

3-05c.1 Transurethral

3-05d Endosonographie der weiblichen Genitalorgane**3-05e.– Intravaskuläre Endosonographie der Blutgefäße**

Hinw.: Für die Zuordnung einzelner Gefäße zu den Gruppen siehe auch die Liste der Gefäße vor 5-38. [Anmerkung der Bearbeiter: Unsere Buchausgabe enthält diese Liste nicht, da, wie in den einleitenden Informationen ausgeführt, die meisten Listen aufgelöst sind. Alle Gefäße sind bei den jeweils zutreffenden Fünfstellern der Codes 5-380.– bis 5-397.– angegeben.]

3-05e.0♦ Gefäße Schulter und Oberarm

3-05e.1♦ Gefäße Unterarm

3-05e.2 Aorta

3-05e.3 V. cava

3-05e.4♦ Andere Gefäße abdominal und pelvin

3-05e.5 Gefäße viszeral

3-05e.6♦ Gefäße Oberschenkel

5-45 Inzision, Exzision, Resektion und Anastomose an Dünn- und Dickdarm**Inkl.:** Innere Schienung**Hinw.:** Das Anlegen eines Enterostomas als protektive Maßnahme im Rahmen eines anderen Eingriffs ist gesondert zu kodieren (5-462 ff.).**5-450.– Inzision des Darms****Inkl.:** Entfernung eines Fremdkörpers**Exkl.:** Endoskopische Entfernung eines Fremdkörpers (8-100.8, 8-100.9, 8-100.a)

5-450.0 Duodenum

5-450.1 Jejunum oder Ileum

5-450.2 Kolon

5-450.3 Perkutan-endoskopische Jejunostomie (PEJ)

Exkl.: Wechsel und Entfernung einer PEJ (8-124 ff.)

5-450.x Sonstige

5-450.y N.n.bez.

5-451.– Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dünndarms**Inkl.:** Blutstillung

5-451.0 Exzision intraluminaler Membranen

5-451.1 Sonstige Exzision, offen chirurgisch

5-451.2 Exzision, laparoskopisch

5-451.4- Destruktion, offen chirurgisch

.40 Elektrokoagulation

.41 Laserkoagulation

.42 Thermokoagulation

.43 Kryokoagulation

.44 Photodynamische Therapie

.4x Sonstige

5-451.5- Destruktion, laparoskopisch

.50 Elektrokoagulation

.51 Laserkoagulation

.52 Thermokoagulation

.53 Kryokoagulation

.54 Photodynamische Therapie

.5x Sonstige

5-451.7- Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik)

Hinw.: Die Blutstillung durch einen auf ein Endoskop aufgesteckten ringförmigen Clip (5-469.s3) oder durch Auftragen von Substanzen (5-469.t3, 5-469.w3) ist gesondert zu kodieren.

.70 Exzision ohne weitere Maßnahmen

.71 Polypektomie von 1–2 Polypen mit Schlinge

Hinw.: Die Anzahl der Polypen mit mindestens 2 cm Durchmesser ist gesondert zu kodieren (5-451.b ff.).

.72 Polypektomie von mehr als 2 Polypen mit Schlinge

Hinw.: Die Anzahl der Polypen mit mindestens 2 cm Durchmesser ist gesondert zu kodieren (5-451.b ff.).

.73 Endoskopische Mukosaresektion

Hinw.: Die Anzahl der Polypen mit mindestens 2 cm Durchmesser ist gesondert zu kodieren (5-451.b ff.).

.74 Endoskopische submukosale Dissektion [ESD]

.75 Endoskopische Vollwandexzision [EFTR]

.7x Sonstige

5-451.8- Exzision, endoskopisch, Push-and-pull-back-Technik

Inkl.: Exzision durch Single- oder Doppel-Ballon-Enteroskopie**Hinw.:** Die Blutstillung durch einen auf ein Endoskop aufgesteckten ringförmigen Clip (5-469.s3) oder durch Auftragen von Substanzen (5-469.t3, 5-469.w3) ist gesondert zu kodieren.

.80 Exzision ohne weitere Maßnahmen

.81 Polypektomie von 1–2 Polypen mit Schlinge

Hinw.: Die Anzahl der Polypen mit mindestens 2 cm Durchmesser ist gesondert zu kodieren (5-451.b ff.).

.82 Polypektomie von mehr als 2 Polypen mit Schlinge

Hinw.: Die Anzahl der Polypen mit mindestens 2 cm Durchmesser ist gesondert zu kodieren (5-451.b ff.).

.83 Endoskopische Mukosaresektion

Hinw.: Die Anzahl der Polypen mit mindestens 2 cm Durchmesser ist gesondert zu kodieren (5-451.b ff.).

.8x Sonstige

5-451.9- Destruktion, endoskopisch, einfach (Push-Technik)

.90 Elektrokoagulation

.91 Laserkoagulation

.92 Thermokoagulation

.93 Kryokoagulation

.94 Photodynamische Therapie

.9x Sonstige

5-451.a- Destruktion, endoskopisch, Push-and-pull-back-Technik

Inkl.: Destruktion durch Single- oder Doppel-Ballon-Enteroskopie

.a0 Elektrokoagulation

.a1 Laserkoagulation

.a2 Thermokoagulation

.a3 Kryokoagulation

.a4 Photodynamische Therapie

.ax Sonstige

5-451.b- Anzahl der Polypen mit mindestens 2 cm Durchmesser

Hinw.: Diese Codes sind Zusatzcodes. Sie können zusätzlich zu den Codes 5-451.71, 5-451.72, 5-451.73, 5-451.81, 5-451.82, 5-451.83, 5-451.c1, 5-451.c2 und 5-451.c3 verwendet werden.

.b0 1 Polyp

.b1 2 oder mehr Polypen

5-451.c- Exzision, endoskopisch, motorisierte Spiral-Endoskopie

Hinw.: Die Blutstillung durch einen auf ein Endoskop aufgesteckten ringförmigen Clip (5-469.s3) oder durch Auftragen von Substanzen (5-469.t3, 5-469.w3) ist gesondert zu kodieren.

.c0 Exzision ohne weitere Maßnahmen

.c1 Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge

Hinw.: Die Anzahl der Polypen mit mindestens 2 cm Durchmesser ist gesondert zu kodieren (5-451.b ff.).

.c2 Polypektomie von mehr als 2 Polypen mit Schlinge

Hinw.: Die Anzahl der Polypen mit mindestens 2 cm Durchmesser ist gesondert zu kodieren (5-451.b ff.).

.c3 Endoskopische Mukosaresektion

Hinw.: Die Anzahl der Polypen mit mindestens 2 cm Durchmesser ist gesondert zu kodieren (5-451.b ff.).

.c4 Endoskopische Vollwandexzision [EFTR]

.cx Sonstige

- 5-451.d- Destruktion, endoskopisch, motorisierte Spiral-Endoskopie
 - .d0 Elektrokoagulation
 - .d1 Laserkoagulation
 - .d2 Thermokoagulation
 - .d3 Kryokoagulation
 - .d4 Photodynamische Therapie
 - .dx Sonstige
- 5-451.e Endoskopische Thermoablation der Duodenalschleimhaut zur Reduktion der Insulin-Resistenz
- 5-451.x- Sonstige
 - .x0 Elektrokoagulation
 - .x1 Laserkoagulation
 - .x2 Thermokoagulation
 - .x3 Kryokoagulation
 - .x4 Photodynamische Therapie
 - .xx Sonstige
- 5-451.y N.n.bez.

5-452.– Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes

Inkl.: Blutstillung

- 5-452.0 Exzision, offen chirurgisch
- 5-452.1 Exzision, laparoskopisch
- 5-452.3- Destruktion, offen chirurgisch
 - .30 Elektrokoagulation
 - .31 Laserkoagulation
 - .32 Thermokoagulation
 - .33 Kryokoagulation
 - .34 Photodynamische Therapie
 - .3x Sonstige
- 5-452.4- Destruktion, laparoskopisch
 - .40 Elektrokoagulation
 - .41 Laserkoagulation
 - .42 Thermokoagulation
 - .43 Kryokoagulation
 - .44 Photodynamische Therapie
 - .4x Sonstige
- 5-452.6- Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik)

Hinw.: Die Blutstillung durch einen auf ein Endoskop aufgesteckten ringförmigen Clip (5-469.s3) oder durch Auftragen von Substanzen (5-469.t3, 5-469.w3) ist gesondert zu kodieren.

 - .60 Exzision ohne weitere Maßnahmen
 - .61 Polypektomie von 1–2 Polypen mit Schlinge

Hinw.: Die Anzahl der Polypen mit mindestens 2 cm Durchmesser ist gesondert zu kodieren (5-452.a ff.).
 - .62 Polypektomie von mehr als 2 Polypen mit Schlinge

Hinw.: Die Anzahl der Polypen mit mindestens 2 cm Durchmesser ist gesondert zu kodieren (5-452.a ff.).
 - .63 Endoskopische Mukosaresektion

Hinw.: Die Anzahl der Polypen mit mindestens 2 cm Durchmesser ist gesondert zu kodieren (5-452.a ff.).
 - .64 Endoskopische submukosale Dissektion [ESD]
 - .65 Endoskopische Vollwandexzision [EFTR]
 - .6x Sonstige

- 5-452.7- Exzision, endoskopisch, Push-and-pull-back-Technik

Inkl.: Exzision durch Single- oder Doppel-Ballon-Enteroskopie

Hinw.: Die Blutstillung durch einen auf ein Endoskop aufgesteckten ringförmigen Clip (5-469.s3) oder durch Auftragen von Substanzen (5-469.t3, 5-469.w3) ist gesondert zu kodieren.

 - .70 Exzision ohne weitere Maßnahmen
 - .71 Polypektomie von 1–2 Polypen mit Schlinge

Hinw.: Die Anzahl der Polypen mit mindestens 2 cm Durchmesser ist gesondert zu kodieren (5-452.a ff.).
 - .72 Polypektomie von mehr als 2 Polypen mit Schlinge

Hinw.: Die Anzahl der Polypen mit mindestens 2 cm Durchmesser ist gesondert zu kodieren (5-452.a ff.).
 - .73 Endoskopische Mukosaresektion

Hinw.: Die Anzahl der Polypen mit mindestens 2 cm Durchmesser ist gesondert zu kodieren (5-452.a ff.).
 - .74 Endoskopische submukosale Dissektion [ESD]
 - .7x Sonstige
- 5-452.8- Destruktion, endoskopisch, einfach (Push-Technik)
 - .80 Elektrokoagulation
 - .81 Laserkoagulation
 - .82 Thermokoagulation
 - .83 Kryokoagulation
 - .84 Photodynamische Therapie
 - .8x Sonstige
- 5-452.9- Destruktion, endoskopisch, Push-and-pull-back-Technik

Inkl.: Destruktion durch Single- oder Doppel-Ballon-Enteroskopie

 - .90 Elektrokoagulation
 - .91 Laserkoagulation
 - .92 Thermokoagulation
 - .93 Kryokoagulation
 - .94 Photodynamische Therapie
 - .9x Sonstige
- 5-452.a- Anzahl der Polypen mit mindestens 2 cm Durchmesser

Hinw.: Diese Codes sind Zusatzcodes. Sie können zusätzlich zu den Codes 5-452.61, 5-452.62, 5-452.63, 5-452.71, 5-452.72, 5-452.73, 5-452.b1, 5-452.b2 und 5-452.b3 verwendet werden.

 - .a0 1 Polyp
 - .a1 2 Polypen
 - .a2 3 Polypen
 - .a3 4 Polypen
 - .a4 5 Polypen
 - .a5 6 Polypen
 - .a6 7 Polypen
 - .a7 8 Polypen
 - .a8 9 Polypen
 - .a9 10 oder mehr Polypen
- 5-452.b- Exzision, endoskopisch, motorisierte Spiral-Endoskopie

Hinw.: Die Blutstillung durch einen auf ein Endoskop aufgesteckten ringförmigen Clip (5-469.s3) oder durch Auftragen von Substanzen (5-469.t3, 5-469.w3) ist gesondert zu kodieren.

 - .b0 Exzision ohne weitere Maßnahmen
 - .b1 Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge

Hinw.: Die Anzahl der Polypen mit mindestens 2 cm Durchmesser ist gesondert zu kodieren (5-452.a ff.).

5-83**Operationen an der Wirbelsäule**

Exkl.: Operationen an Rückenmark, Rückenmarkshäuten und Spinalkanal (5-03)

Hinw.: Der offen chirurgische oder der endoskopische Zugang ist gesondert zu kodieren (5-030 ff., 5-031 ff., 5-032 ff.).

Aufwendige Gipsverbände sind gesondert zu kodieren (8-310 ff.).

Die computergestützte Planung von Wirbelsäulenoperationen ist zusätzlich zu kodieren (5-83w.2 ff.).

5-830.– Inzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule

5-830.0 Débridement

5-830.1 Sequesterotomie

5-830.2 Facettendenerivation

5-830.3 Entfernung eines Fremdkörpers

5-830.4 Drainage

5-830.5 Revision einer Fistel

5-830.6 Revision einer Fistel mit Sequesterotomie

5-830.7 Einbringen eines Medikamententrägers

5-830.x Sonstige

5-830.y N.n.bez.

5-831.– Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe

Hinw.: Ein zusätzlicher Verschluss eines Bandscheibendefektes mit Implantat ist gesondert zu kodieren (5-839.g ff.).

5-831.0 Exzision einer Bandscheibe

Inkl.: Gleichzeitige Entfernung eines freien Sequesters

5-831.2 Exzision einer Bandscheibe mit Radikulodekompression

5-831.3 Exzision von extraforaminal gelegenem Bandscheibengewebe

Inkl.: Gleichzeitige Entfernung eines freien Sequesters

5-831.4 Exzision einer Bandscheibe, perkutan ohne Endoskopie

5-831.5 Exzision einer Bandscheibe, perkutan mit Endoskopie

Inkl.: Gleichzeitige Entfernung eines freien Sequesters

5-831.6 Reoperation bei Rezidiv

Hinw.: Hierunter ist der Eingriff an einer voroperierten Bandscheibe zu verstehen, nicht jedoch die Operation eines erneuten Bandscheibenvorfalles nach konservativer Behandlung.

5-831.7 Reoperation mit Radikulolyse bei Rezidiv

Hinw.: Hierunter ist der Eingriff an einer voroperierten Bandscheibe zu verstehen, nicht jedoch die Operation eines erneuten Bandscheibenvorfalles nach konservativer Behandlung.

5-831.8 Perkutane Volumenreduktion der Bandscheibe

Inkl.: Perkutane Laser-Diskdekompression, Chemonukleolyse, Coblation

Hinw.: Der Zugang ist hier nicht gesondert zu kodieren.

5-831.9 Entfernung eines freien Sequesters ohne Endoskopie

5-831.a Entfernung eines freien Sequesters mit Endoskopie

5-831.x Sonstige

5-831.y N.n.bez.

5-832.– Exzision von (erkranktem) Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule

Inkl.: Osteotomie nach Schwab

5-832.0 Spondylophyt

5-832.1 Wirbelkörper, partiell

Inkl.: Ausbohrung eines Wirbelkörpers

Osteotomie nach Schwab Grad 3 und 4 (Pedikelsubtraktionsosteotomie, Closing-wedge-Osteotomie)

5-832.2 Wirbelkörper, total

Inkl.: Osteotomie nach Schwab Grad 5

5-832.3 Densresektion (am 2. Halswirbel)

5-832.4 Arthrektomie, partiell

Inkl.: Osteotomie nach Schwab Grad 1 (Smith-Petersen-Osteotomie)

Hinw.: Eine zugangsbedingte partielle Arthrektomie ist nicht gesondert zu kodieren.

5-832.5 Arthrektomie, total

Inkl.: Osteotomie nach Schwab Grad 2 (Ponte-Osteotomie)

5-832.6 Unkofoaminektomie

5-832.7 Mehrere Wirbelsegmente (und angrenzende Strukturen)

Inkl.: Osteotomie nach Schwab Grad 6 (Vertebral column resection)

5-832.8 Wirbelbogen

5-832.9 Wirbelbogen (und angrenzende Strukturen)

5-832.x Sonstige

5-832.y N.n.bez.

5-835.– Knochenersatz an der Wirbelsäule

Hinw.: Diese Codes sind zur Angabe eines zusätzlich durchgeführten Knochenersatzes zu verwenden. Die Durchführung einer Knochenmarkpunktion ist gesondert zu kodieren (5-410.00).

5-835.9 Transplantation von Spongiosa(spänen) oder kortikospongiösen Spänen (autogen)

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

5-835.a- Verwendung von Knochenersatzmaterial aus Kollagenfasern

.a0 Ohne Anreicherung von Knochenwachstumszellen

.a1 Mit Anreicherung von Knochenwachstumszellen

5-835.b- Verwendung von keramischem Knochenersatzmaterial

Inkl. Verwendung von bioaktiver Glaskeramik

.b0 Ohne Anreicherung von Knochenwachstumszellen

.b1 Mit Anreicherung von Knochenwachstumszellen

5-835.c- Verwendung von humaner demineralisierter Knochenmatrix

.c0 Ohne Anreicherung von Knochenwachstumszellen

.c1 Mit Anreicherung von Knochenwachstumszellen

5-835.d- Verwendung von allogenen Knochentransplantat

.d0 Ohne Anreicherung von Knochenwachstumszellen

.d1 Mit Anreicherung von Knochenwachstumszellen

5-835.e- Verwendung von xenogenem Knochentransplantat

Inkl.: Verwendung eines peptidverstärkten Knochentransplantates

.e0 Ohne Anreicherung von Knochenwachstumszellen

.e1 Mit Anreicherung von Knochenwachstumszellen

5-835.x Sonstige

5-835.y N.n.bez.

5-836.– Spondylodese**Inkl.:** Korrekturspondylodese**Exkl.:** Komplexe Rekonstruktionen der Wirbelsäule (5-838 ff.)**Hinw.:** Die Entnahme eines Knochenspanes ist gesondert zu kodieren (5-783 ff.).

Eine zusätzlich durchgeführte Osteosynthese oder eine dynamische Stabilisierung sind gesondert zu kodieren (5-83b ff.).

Die Art der verwendeten Knochenersatzmaterialien oder Knochentransplantate ist gesondert zu kodieren (5-835 ff.).

Ein zusätzlich durchgeführter Wirbelkörperersatz durch Implantat oder durch sonstige Materialien ist gesondert zu kodieren (5-837.0 ff., 5-837.a ff.).

Eine zusätzlich durchgeführte Exzision von Knochen- und Gelenkgewebe (z.B. zur Osteotomie) ist gesondert zu kodieren (5-832 ff.).

Ein zusätzlich durchgeführtes ventrales Release ist gesondert zu kodieren (5-839.7).

Eine Spondylodese liegt nur bei Verwendung von Knochenersatzmaterialien oder Knochentransplantaten vor, nicht bei alleiniger Instrumentierung oder Osteosynthese (5-83b ff.).

5-836.3- Dorsal

.30 1 Segment

.31 2 Segmente

.34 3 Segmente

.35 4 Segmente

.36 5 Segmente

.37 6 Segmente

.38 7 bis 10 Segmente

.39 11 oder mehr Segmente

5-836.4- Dorsal und ventral kombiniert, interkorporal

Hinw.: Diese Kodes sind nur zu verwenden, wenn alle innerhalb einer Operation betroffenen Segmente sowohl dorsal als auch ventral versorgt wurden.

Diese Kodes sind nicht zu verwenden, wenn innerhalb einer Operation

- neben kombiniert versorgten Segmenten auch Segmente nur dorsal und/oder nur ventral versorgt wurden. Dann sind sämtliche Segmente getrennt nach dorsal und ventral zu addieren und entsprechend zu kodieren (5-836.3 ff., 5-836.5 ff.).

- Segmente an unterschiedlichen Lokalisationen jeweils nur dorsal und nur ventral versorgt wurden. Dann sind sämtliche Segmente getrennt nach dorsal und ventral zu addieren und entsprechend zu kodieren (5-836.3 ff., 5-836.5 ff.).

.40 1 Segment

.41 2 Segmente

.44 3 Segmente

.45 4 Segmente

.46 5 Segmente

.47 6 Segmente

.48 7 bis 10 Segmente

.49 11 oder mehr Segmente

5-836.5- Ventral

.50 1 Segment

.51 2 Segmente

.55 3 Segmente

.56 4 Segmente

.57 5 Segmente

.58 6 Segmente

.59 7 bis 10 Segmente

.5a 11 oder mehr Segmente

5-836.x Sonstige

5-836.y N.n.bez.

5-837.– Wirbelkörperersatz**Hinw.:** Eine zusätzlich durchgeführte Osteosynthese oder eine dynamische Stabilisierung sind gesondert zu kodieren (5-83b ff.).

Die zusätzliche Verwendung von Knochenersatzmaterialien oder Knochentransplantaten ist gesondert zu kodieren (5-835 ff.).

Die Entnahme eines Knochenspanes ist gesondert zu kodieren (5-783 ff.).

Eine zusätzlich durchgeführte Spondylodese ist gesondert zu kodieren (5-836 ff.).

Eine zusätzlich durchgeführte Exzision von Knochen- und Gelenkgewebe (z.B. zur Osteotomie) ist gesondert zu kodieren (5-832 ff.).

5-837.0- Wirbelkörperersatz durch Implantat

Inkl.: (Stufenlos) (distrahierbarer) Wirbelkörperersatz mit osteosynthetischer Fixierung**Exkl.:** Wirbelkörperersatz durch sonstige Materialien (5-837.a ff.)**Hinw.:** Diese Kodes gelten für Implantate mit einer durchgehenden vertikalen Lastabstützung von der Endplatte zur Deckplatte über die Strecke von mindestens einem Wirbelkörper (entsprechend bei mehreren Wirbelkörpern, Anzahl siehe 6. Stelle) und den jeweils anschließenden oberen und unteren Bandscheiben.

.00 1 Wirbelkörper

.01 2 Wirbelkörper

.02 3 Wirbelkörper

.04 4 Wirbelkörper

.05 5 oder mehr Wirbelkörper

5-837.a- Wirbelkörperersatz durch sonstige Materialien

Inkl.: Knochenzement**Exkl.:** Wirbelkörperersatz durch Implantat (5-837.0 ff.)

.a0 1 Wirbelkörper

.a1 2 Wirbelkörper

.a2 3 Wirbelkörper

.a3 4 Wirbelkörper

.a4 5 oder mehr Wirbelkörper

5-837.x Sonstige

5-837.y N.n.bez.

5-838.– Komplexe Rekonstruktionen der Wirbelsäule (bei Kindern und Jugendlichen)**Hinw.:** Die Entnahme eines Knochenspanes ist gesondert zu kodieren (5-783 ff.).

5-838.0 Epiphyseodese, dorsoventral

5-838.1 Epiphyseodese mit dorsaler Wirbelfusion, unilateral

5-838.2 Epiphyseodese mit dorsaler Wirbelfusion, bilateral

5-838.3 Subkutane Harrington-Instrumentation

5-838.c- Wachstumslenkende Epiphyseodese durch Klammern aus einer Formgedächtnislegierung [Shape Memory Alloy (SMA)-Staples]

.c0 1 Klammer

.c1 2 Klammern

.c2 3 Klammern

.c3 4 Klammern

.c4 5 Klammern

.c5 6 Klammern

.c6 7 Klammern

.c7 8 Klammern

.c8 9 Klammern

.c9 10 Klammern

.ca 11 Klammern

.cb 12 Klammern

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	.ba	110 mg bis unter 120 mg
.b3	40 mg bis unter 50 mg	.bb	120 mg bis unter 140 mg
.b4	50 mg bis unter 60 mg	.bc	140 mg bis unter 160 mg
.b5	60 mg bis unter 70 mg	.bd	160 mg bis unter 180 mg
.b6	70 mg bis unter 80 mg	.be	180 mg bis unter 200 mg
.b7	80 mg bis unter 90 mg	.bf	200 mg bis unter 220 mg
.b8	90 mg bis unter 100 mg	.bg	220 mg bis unter 240 mg
.b9	100 mg bis unter 110 mg	.bh	240 mg bis unter 260 mg

.bj	260 mg bis unter 280 mg	.bm	300 mg bis unter 320 mg
.bk	280 mg bis unter 300 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		
6-001.e-	Infliximab, parenteral		
.e0	50 mg bis unter 100 mg		
Hinw.: Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben.			
.e1	100 mg bis unter 150 mg		
Hinw.: Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben.			
.e2	150 mg bis unter 200 mg	.ea	900 mg bis unter 1.000 mg
.e3	200 mg bis unter 300 mg	.eb	1.000 mg bis unter 1.200 mg
.e4	300 mg bis unter 400 mg	.ec	1.200 mg bis unter 1.400 mg
.e5	400 mg bis unter 500 mg	.ed	1.400 mg bis unter 1.600 mg
.e6	500 mg bis unter 600 mg	.ee	1.600 mg bis unter 1.800 mg
.e7	600 mg bis unter 700 mg	.ef	1.800 mg bis unter 2.000 mg
.e8	700 mg bis unter 800 mg	.eg	2.000 mg oder mehr
.e9	800 mg bis unter 900 mg		
6-001.f-	Paclitaxel, parenteral		
.f7	1.320 mg bis unter 1.500 mg	.fb	2.040 mg bis unter 2.220 mg
.f8	1.500 mg bis unter 1.680 mg	.fc	2.220 mg bis unter 2.400 mg
.f9	1.680 mg bis unter 1.860 mg	.fd	2.400 mg oder mehr
.fa	1.860 mg bis unter 2.040 mg		
6-001.g-	Imatinib, oral		
.g0	800 mg bis unter 1.200 mg		
Hinw.: Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben.			
.g1	1.200 mg bis unter 2.000 mg		
Hinw.: Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben.			

.g2	2.000 mg bis unter 2.800 mg		
Hinw.: Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben.			
.g3	2.800 mg bis unter 4.000 mg	.gb	16.000 mg bis unter 18.400 mg
.g4	4.000 mg bis unter 5.200 mg	.gd	18.400 mg bis unter 20.800 mg
.g5	5.200 mg bis unter 6.400 mg	.ge	20.800 mg bis unter 23.200 mg
.g6	6.400 mg bis unter 7.600 mg	.gf	23.200 mg bis unter 25.600 mg
.g7	7.600 mg bis unter 8.800 mg	.gg	25.600 mg bis unter 30.400 mg
.g8	8.800 mg bis unter 11.200 mg	.gh	30.400 mg bis unter 35.200 mg
.g9	11.200 mg bis unter 13.600 mg	.gj	35.200 mg oder mehr
.ga	13.600 mg bis unter 16.000 mg		
6-001.h-	Rituximab, intravenös		
.h0	150 mg bis unter 250 mg	.ha	1.250 mg bis unter 1.450 mg
.h1	250 mg bis unter 350 mg	.hb	1.450 mg bis unter 1.650 mg
.h2	350 mg bis unter 450 mg	.hc	1.650 mg bis unter 1.850 mg
.h3	450 mg bis unter 550 mg	.hd	1.850 mg bis unter 2.050 mg
.h4	550 mg bis unter 650 mg	.he	2.050 mg bis unter 2.450 mg
.h5	650 mg bis unter 750 mg	.hf	2.450 mg bis unter 2.850 mg
.h6	750 mg bis unter 850 mg	.hg	2.850 mg bis unter 3.250 mg
.h7	850 mg bis unter 950 mg	.hh	3.250 mg bis unter 3.650 mg
.h8	950 mg bis unter 1.050 mg	.hj	3.650 mg oder mehr
.h9	1.050 mg bis unter 1.250 mg		
6-001.j-	Rituximab, subkutan		
.j0	1.400 mg bis unter 2.800 mg	.j3	5.600 mg bis unter 7.000 mg
.j1	2.800 mg bis unter 4.200 mg	.j4	7.000 mg bis unter 8.400 mg
.j2	4.200 mg bis unter 5.600 mg	.j5	8.400 mg oder mehr
6-001.k-	Trastuzumab, intravenös		
.k0	100 mg bis unter 150 mg	.kb	800 mg bis unter 900 mg
.k1	150 mg bis unter 200 mg	.kc	900 mg bis unter 1.000 mg
.k2	200 mg bis unter 250 mg	.kd	1.000 mg bis unter 1.200 mg
.k3	250 mg bis unter 300 mg	.ke	1.200 mg bis unter 1.400 mg
.k4	300 mg bis unter 350 mg	.kf	1.400 mg bis unter 1.600 mg
.k5	350 mg bis unter 400 mg	.kg	1.600 mg bis unter 1.800 mg
.k6	400 mg bis unter 450 mg	.kh	1.800 mg bis unter 2.000 mg
.k7	450 mg bis unter 500 mg	.kj	2.000 mg bis unter 2.200 mg
.k8	500 mg bis unter 600 mg	.kk	2.200 mg bis unter 2.400 mg
.k9	600 mg bis unter 700 mg	.km	2.400 mg oder mehr
.ka	700 mg bis unter 800 mg		
6-001.m-	Trastuzumab, subkutan		
.m0	600 mg bis unter 1.200 mg	.m3	2.400 mg bis unter 3.000 mg
.m1	1.200 mg bis unter 1.800 mg	.m4	3.000 mg bis unter 3.600 mg
.m2	1.800 mg bis unter 2.400 mg	.m5	3.600 mg oder mehr

6-002.– Applikation von Medikamenten, Liste 2

6-002.1-	Filgrastim, parenteral		
.10	70 Mio. IE bis unter 130 Mio. IE		
Hinw.: Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben.			
.11	130 Mio. IE bis unter 190 Mio. IE		
Hinw.: Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben.			
.12	190 Mio. IE bis unter 250 Mio. IE		
Hinw.: Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben.			
.13	250 Mio. IE bis unter 350 Mio. IE	.1b	1.050 Mio. bis unter 1.250 Mio. IE
.14	350 Mio. IE bis unter 450 Mio. IE	.1c	1.250 Mio. bis unter 1.450 Mio. IE
.15	450 Mio. IE bis unter 550 Mio. IE	.1d	1.450 Mio. bis unter 1.650 Mio. IE
.16	550 Mio. IE bis unter 650 Mio. IE	.1e	1.650 Mio. bis unter 1.850 Mio. IE
.17	650 Mio. IE bis unter 750 Mio. IE	.1f	1.850 Mio. bis unter 2.050 Mio. IE
.18	750 Mio. IE bis unter 850 Mio. IE	.1g	2.050 Mio. bis unter 2.250 Mio. IE
.19	850 Mio. IE bis unter 950 Mio. IE	.1h	2.250 Mio. bis unter 2.450 Mio. IE
.1a	950 Mio. bis unter 1.050 Mio. IE	.1j	2.450 Mio. IE oder mehr
6-002.2-	Lenograstim, parenteral		
.20	75 Mio. IE bis unter 150 Mio. IE		
Hinw.: Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben.			
.21	150 Mio. IE bis unter 225 Mio. IE		
Hinw.: Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben.			
.22	225 Mio. IE bis unter 300 Mio. IE		
Hinw.: Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben.			
.23	300 Mio. IE bis unter 400 Mio. IE	.2b	1.600 Mio. bis unter 1.800 Mio. IE
.24	400 Mio. IE bis unter 500 Mio. IE	.2c	1.800 Mio. bis unter 2.000 Mio. IE
.25	500 Mio. IE bis unter 600 Mio. IE	.2d	2.000 Mio. bis unter 2.200 Mio. IE
.26	600 Mio. IE bis unter 800 Mio. IE	.2e	2.200 Mio. bis unter 2.400 Mio. IE
.27	800 Mio. bis unter 1.000 Mio. IE	.2f	2.400 Mio. bis unter 2.600 Mio. IE
.28	1.000 Mio. bis unter 1.200 Mio. IE	.2g	2.600 Mio. bis unter 2.800 Mio. IE
.29	1.200 Mio. bis unter 1.400 Mio. IE	.2h	2.800 Mio. bis unter 3.000 Mio. IE
.2a	1.400 Mio. bis unter 1.600 Mio. IE	.2j	3.000 Mio. IE oder mehr
6-002.4-	Topotecan, parenteral		
.4c	30,0 mg bis unter 40,0 mg	.4f	60,0 mg bis unter 70,0 mg
.4d	40,0 mg bis unter 50,0 mg	.4g	70,0 mg oder mehr
.4e	50,0 mg bis unter 60,0 mg		
6-002.5-	Voriconazol, oral		
.50	1,00 g bis unter 1,75 g		
Hinw.: Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben.			
.51	1,75 g bis unter 2,50 g		
Hinw.: Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben.			
.52	2,50 g bis unter 3,50 g	.59	20,50 g bis unter 25,50 g
.53	3,50 g bis unter 4,50 g	.5a	25,50 g bis unter 30,50 g
.54	4,50 g bis unter 6,50 g	.5c	30,50 g bis unter 35,50 g
.55	6,50 g bis unter 8,50 g	.5d	35,50 g bis unter 40,50 g
.56	8,50 g bis unter 10,50 g	.5e	40,50 g bis unter 45,50 g
.57	10,50 g bis unter 15,50 g	.5f	45,50 g oder mehr
.58	15,50 g bis unter 20,50 g		

8-55...8-60 Frührehabilitative und physikalische Therapie**8-55 Frührehabilitative Komplexbehandlung**

Hinw.: Ein Kode aus diesem Bereich ist jeweils nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben und darf nur solange verwendet werden, wie akutstationärer Behandlungsbedarf besteht.

8-550.– Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung

Exkl.: Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (8-552 ff.)
 Fachübergreifende und andere Frührehabilitation (8-559 ff.)
 Physikalisch-medizinische Komplexbehandlung (8-563 ff.)

Hinw.: Strukturmerkmale:

- Multiprofessionelles Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Zusatzbezeichnung, Schwerpunktbezeichnung oder Facharztbezeichnung im Bereich Geriatrie erforderlich). Die Behandlungsleitung muss überwiegend in der zugehörigen geriatrischen Einheit tätig sein.
- Vorhandensein von besonders geschultem Pflegepersonal für aktivierend-therapeutische Pflege. Hierfür muss mindestens eine Pflegefachkraft des multiprofessionellen Teams eine strukturierte curriculare geriatrispezifische Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 180 Stunden sowie eine mindestens 6-monatige Erfahrung in einer geriatrischen Einrichtung nachweisen.
- Vorhandensein mindestens folgender Therapiebereiche: Physiotherapie / Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie / fazioorale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie.

Mindestmerkmale:

- Standardisiertes geriatrisches Assessment zu Beginn der Behandlung in mindestens 4 Bereichen (Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition, Emotion) und am Ende der geriatrischen frührehabilitativen Behandlung in mindestens 2 Bereichen (Selbsthilfefähigkeit, Mobilität). Lässt der Zustand des Patienten die Erhebung einzelner Assessmentbestandteile nicht zu, ist dies zu dokumentieren. Wenn der Zustand des Patienten es erlaubt, ist die Erhebung nachzuholen.
- Soziales Assessment zum bisherigen Status in mindestens 5 Bereichen (soziales Umfeld, Wohnumfeld, häusliche/außerhäusliche Aktivitäten, Pflege-/Hilfsmittelbedarf, rechtliche Verfügungen). Lässt der Zustand des Patienten die Erhebung einzelner Assessmentbestandteile nicht zu, ist dies zu dokumentieren. Sofern möglich, sind die fehlenden Bestandteile fremdanamnestisch zu erheben bzw. ist die Erhebung nachzuholen, wenn der Zustand des Patienten es erlaubt.
- Die wöchentliche Teambesprechung erfolgt unter Beteiligung der fachärztlichen Behandlungsleitung und jeweils mindestens eines Vertreters der Pflege sowie der Therapiebereiche Physiotherapie / Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie / fazioorale Therapie und Psychologie/Neuropsychologie pro vollständiger Woche. Die für diesen Kode erforderliche wochenbezogene Dokumentation ist erfüllt, wenn sie die Ergebnisse der bisherigen Behandlung und die weiteren Behandlungsziele umfasst. Hierfür sind die Beiträge der patientenbezogenen beteiligten Berufsgruppen ausreichend. Weitere Nachweise zur Durchführung der Teambesprechung sind nicht erforderlich.
- Teamintegrierter Einsatz von mindestens 2 der folgenden 4 Therapiebereiche: Physiotherapie / Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie / fazioorale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie.

Eine gleichzeitige (dauernde oder intermittierende) akutmedizinische Diagnostik bzw. Behandlung ist gesondert zu kodieren.

8-550.0 Mindestens 7 Behandlungstage und 10 Therapieeinheiten

Hinw.: Der therapeutische Anteil umfasst insgesamt mindestens 10 Therapieeinheiten von durchschnittlich 30 Minuten, davon mindestens 9 Therapieeinheiten als Einzeltherapie.

8-550.1 Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten

Hinw.: Der therapeutische Anteil umfasst insgesamt mindestens 20 Therapieeinheiten von durchschnittlich 30 Minuten, davon mindestens 18 Therapieeinheiten als Einzeltherapie.

8-550.2 Mindestens 21 Behandlungstage und 30 Therapieeinheiten

Hinw.: Der therapeutische Anteil umfasst insgesamt mindestens 30 Therapieeinheiten von durchschnittlich 30 Minuten, davon mindestens 27 Therapieeinheiten als Einzeltherapie.

8-552.– Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation

Exkl.: Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (8-550 ff.)
 Fachübergreifende und andere Frührehabilitation (8-559 ff.)
 Physikalisch-medizinische Komplexbehandlung (8-563 ff.)

Hinw.: Strukturmerkmale:

- Frühreheatteam mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Neurologie, Neurochirurgie, Physikalische und rehabilitative Medizin oder Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Neuropädiatrie, der über eine mindestens 3-jährige Erfahrung in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation verfügt. Im Frühreheatteam muss der neurologische oder neurochirurgische Sachverstand kontinuierlich eingebunden sein.
- Vorhandensein von auf dem Gebiet der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation besonders geschultem Pflegepersonal für aktivierend-therapeutische Pflege.
- Vorhandensein von folgenden Therapiebereichen: Physiotherapie/Krankengymnastik, Physikalische Therapie, Ergotherapie, Neuropsychologie, Logopädie / fazioorale Therapie.

Mindestmerkmale:

- Standardisiertes Frührehabilitations-Assessment in mindestens 5 Bereichen (Bewusstseinslage, Kommunikation, Kognition, Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Verhalten, Emotion) zu Beginn der Behandlung. Der Patient hat einen Frührehabilitations-Barthel-Index nach Schönle bis maximal 30 Punkte zu Beginn der Behandlung. (Angaben zur Berechnung des Frührehabilitations-Barthel-Index nach Schönle sind im Anhang zur ICD-10-GM zu finden.)
- Wöchentliche Teambesprechung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele.
- Der vom Patienten benötigte Einsatz der Leistungen der therapeutischen Pflege (Wachtraining, Anziehungstraining, Esstraining, Kontinenztraining, Orientierungstraining, Schlucktraining, Tracheostomamanagement, Isolierungspflichtige Maßnahmen u.a.) und der Therapiebereiche erfolgt in unterschiedlichen Kombinationen von mindestens 300 Minuten täglich (bei simultanem Einsatz von zwei oder mehr Mitarbeitern dürfen die Mitarbeiterminuten aufsummiert werden) im Durchschnitt der Behandlungsdauer der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation. Leistungen der durch Musiktherapeuten durchgeführten Musiktherapie können auf die tägliche Therapiezeit angerechnet werden, wenn das therapeutische Konzept der Frührehabilitationseinrichtung Musiktherapie vorsieht.

Eine gleichzeitige (dauernde oder intermittierende) akutmedizinische Diagnostik bzw. Behandlung ist gesondert zu kodieren.

8-552.0 Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage

8-552.5 Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage

8-552.6 Mindestens 21 bis höchstens 27 Behandlungstage

8-552.7 Mindestens 28 bis höchstens 41 Behandlungstage

8-552.8 Mindestens 42 bis höchstens 55 Behandlungstage

8-552.9 Mindestens 56 Behandlungstage

8-553.– Frührehabilitative Komplexbehandlung von Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren

Inkl.: Wiederholte Erhebung einzelner Assessmentbestandteile je nach Zustand des Patienten

Exkl.: Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (8-550 ff.)
 Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (8-552 ff.)
 Fachübergreifende und andere Frührehabilitation (8-559 ff.)
 Physikalisch-medizinische Komplexbehandlung (8-563 ff.)
 Alleinige Durchführung eines Frührehabilitationsassessments von Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren (1-775 ff.)

Hinw.: Die Durchführung eines Frührehabilitationsassessments im Rahmen der frührehabilitativen Komplexbehandlung ist nicht gesondert zu kodieren.

Strukturmerkmale:

- Multiprofessionelles, auf die Rehabilitation von Patienten mit Sprech-, Stimm-, Kau- und Schluckstörungen bei Kopf-Hals-Tumoren (z.B. bei Tumoren der Mundhöhle, des Epipharynx, des Oropharynx, des Hypopharynx, des Larynx und bei zervikalem CUP-Syndrom) spezialisiertes Frührehabilitationsteam mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Phoniatrie und Pädaudiologie.

gie/Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen oder einen Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde oder einen Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie. Der Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie muss über eine mindestens 3-jährige Erfahrung in der Frührehabilitation von Kopf-Hals-Tumor-Patienten verfügen. Zum Frührehabilitationsteam gehören mindestens ein Facharzt der Fachrichtungen, die die betreffenden Patienten onkologisch betreuen können, sowie mindestens ein Logopäde oder Sprachtherapeut oder Klinischer Linguist.

Mindestmerkmale:

- Durchführung eines standardisierten Frührehabilitationsassessments entsprechend den Mindestmerkmalen des Kodes 1-775 zu Beginn der Behandlung.
- Wöchentliche Teambesprechung unter Beteiligung aller Berufsgruppen mit Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele (z.B. im Rahmen einer Tumorkonferenz).
- Einsatz von mindestens einem der folgenden 3 Therapiebereiche: Logopädie / Sprachtherapie / Klinische Linguistik, Physiotherapie / Physikalische Therapie, Ernährungstherapie.
- Eine Therapieeinheit entspricht 30 Minuten. Die standardisierten Assessments werden als Therapieeinheiten gezählt, wenn sie mindestens 30 Minuten betragen.

8-553.0 5 Therapieeinheiten

8-553.1 Mehr als 5 bis höchstens 10 Therapieeinheiten

8-553.2 Mehr als 10 bis höchstens 20 Therapieeinheiten

8-553.3 Mehr als 20 bis höchstens 30 Therapieeinheiten

8-553.4 Mehr als 30 bis höchstens 40 Therapieeinheiten

8-553.5 Mehr als 40 bis höchstens 50 Therapieeinheiten

8-553.6 Mehr als 50 Therapieeinheiten

8-559.– Fachübergreifende und andere Frührehabilitation

Exkl.: Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (8-550 ff.)
Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (8-552 ff.)
Physikalisch-medizinische Komplexbehandlung (8-563 ff.)

Hinw.: Strukturmerkmale:

- Frührehabteam unter fachärztlicher Behandlungsleitung (mindestens 5 Jahre in der Rehabilitationsmedizin tätig oder 5 Jahre Tätigkeit in der physikalischen und rehabilitativen Medizin oder Facharzt für physikalische und rehabilitative Medizin).
- Vorhandensein von besonders geschultem Pflegepersonal für aktivierend-therapeutische Pflege (Therapeutische Lagerung, Mobilisierung, Körperpflege, Kleiden, Essen und Trinken; Ausscheidungstraining, Wahrnehmungsförderung, Aktivierungstherapie, Trachealkanülenmanagement u.a.).
- Vorhandensein von mindestens 4 der folgenden Therapiebereiche: Physiotherapie/Krankengymnastik, Physikalische Therapie, Ergotherapie, Neuropsychologie/Psychologie, Psychotherapie, Logopädie / fazioorale Therapie / Sprachtherapie, künstlerische Therapie (Kunst- und/oder Musiktherapie), Dysphagitherapie.

Mindestmerkmale:

- Standardisiertes Frührehabilitations-Assessment oder Einsatz von krankheitsspezifischen Scoring-Systemen in mindestens 5 Bereichen (Bewusstseinslage, Kommunikation, Kognition, Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Verhalten, Emotion) zu Beginn der Behandlung.
 - Wöchentliche Teambesprechung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele.
 - Einsatz von mindestens 3 der oben genannten Therapiebereiche patientenbezogen in unterschiedlichen Kombinationen und mit unterschiedlichem Zeitaufwand.
 - Entlassungsassessment zur gezielten Entlassung oder Verlegung des Patienten.
- Eine gleichzeitige (dauernde oder intermittierende) akutmedizinische Diagnostik bzw. Behandlung ist gesondert zu kodieren.

8-559.3- Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage

.30 Durchschnittlicher Einsatz von 15 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche

.31 Durchschnittlicher Einsatz von 20 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche

.32 Durchschnittlicher Einsatz von 30 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche

.33 Durchschnittlicher Einsatz von 40 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche

8-559.4- Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage

.40 Durchschnittlicher Einsatz von 15 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche

.41 Durchschnittlicher Einsatz von 20 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche

.42 Durchschnittlicher Einsatz von 30 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche

.43 Durchschnittlicher Einsatz von 40 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche

8-559.5- Mindestens 21 bis höchstens 27 Behandlungstage

.50 Durchschnittlicher Einsatz von 15 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche

.51 Durchschnittlicher Einsatz von 20 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche

.52 Durchschnittlicher Einsatz von 30 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche

.53 Durchschnittlicher Einsatz von 40 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche

8-559.6- Mindestens 28 bis höchstens 34 Behandlungstage

.60 Durchschnittlicher Einsatz von 15 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche

.61 Durchschnittlicher Einsatz von 20 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche

.62 Durchschnittlicher Einsatz von 30 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche

.63 Durchschnittlicher Einsatz von 40 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche

8-559.7- Mindestens 35 bis höchstens 41 Behandlungstage

.70 Durchschnittlicher Einsatz von 15 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche

.71 Durchschnittlicher Einsatz von 20 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche

.72 Durchschnittlicher Einsatz von 30 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche

.73 Durchschnittlicher Einsatz von 40 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche

8-559.8- Mindestens 42 Behandlungstage

.80 Durchschnittlicher Einsatz von 15 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche

.81 Durchschnittlicher Einsatz von 20 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche

.82 Durchschnittlicher Einsatz von 30 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche

.83 Durchschnittlicher Einsatz von 40 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche

8-56 Physikalisch-therapeutische Einzelmaßnahmen

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

8-560.– Lichttherapie

8-560.0 Selektive Ultraviolettphototherapie [SUP]

8-560.1 Photochemotherapie (PUVA)

8-560.2 Lichttherapie des Neugeborenen (bei Hyperbilirubinämie)

Hinw.: Dauer mindestens 12 Stunden

8-560.3 Lichttherapie UV-A1

8-560.4 Photodynamische Therapie [PDT]

8-560.5 Solephototherapie

8-560.x Sonstige

8-560.y N.n.bez.

8-561.– Funktionsorientierte physikalische Therapie

Hinw.: Mindestmerkmal:

- Standardisierte Befunderhebung bei vorübergehender oder vorbestehender Beeinträchtigung der Körperfunktionen und -strukturen unter therapeutischer bzw. sekundärpräventiver Zielstellung.

8-561.1 Funktionsorientierte physikalische Monotherapie

Inkl.: Sensomotorische Entwicklungs- und Übungsbehandlung und weitere Therapieformen

Hinw.: Einsatz von einem der folgenden Therapiebereiche:

Physiotherapie/Krankengymnastik, Physikalische Therapie, Ergotherapie mit mindestens 5 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche

8-561.2 Kombinierte funktionsorientierte physikalische Therapie

Hinw.: Behandlung unter fachärztlicher Leitung

Einsatz von 2 Therapiebereichen:

Physiotherapie/Krankengymnastik, Physikalische Therapie und Ergotherapie mit mindestens 10 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche über mindestens 10 Behandlungstage

8-563.– Physikalisch-medizinische Komplexbehandlung

Exkl.: Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (8-550 ff.)

Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (8-552 ff.)

Fachübergreifende und andere Frührehabilitation (8-559 ff.)

Hinw.: Strukturmerkmale:

- Behandlungsleitung durch einen Facharzt für physikalische und rehabilitative Medizin oder einen Facharzt mit mindestens 5-jähriger Tätigkeit in der physikalischen und rehabilitativen Medizin.

Mindestmerkmale:

- Standardisierte Befunderhebung zur Beurteilung der Körperfunktionen und -strukturen und der Aktivität unter therapeutischer bzw. sekundärpräventiver Zielstellung.
- Wöchentliche Teambesprechung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele.
- Einsatz von durchschnittlich 15 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche aus folgenden Therapiebereichen: Physiotherapie/Krankengymnastik, Physikalische Therapie, Ergotherapie, Dysphagie-therapie, Logopädie, künstlerische Therapie (Kunst- und/oder Musiktherapie), psychologische Verfahren und Psychotherapie, Schmerztherapie patientenbezogen in unterschiedlichen Kombinationen und mit unterschiedlichem Zeitaufwand.

8-563.0 Bis zu 6 Behandlungstage

8-563.1 Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage

8-563.2 Mindestens 14 Behandlungstage

8-60 Hyperthermie und Hypothermie**8-600.– Lokoregionale Hyperthermie im Rahmen einer onkologischen Therapie**

Hinw.: Eine simultan durchgeführte zytostatische Chemotherapie ist gesondert zu kodieren (8-54).

Eine computergestützte Planung ist gesondert zu kodieren (8-604).

8-600.0 Lokale (oberflächliche) Hyperthermie

8-600.1 Tiefenhyperthermie

8-601 Teilkörperhyperthermie im Rahmen einer onkologischen Therapie

Hinw.: Erwärmung einer Körperregion (z.B. Bauchraum, Becken) mit adäquat großem Ringapplikator unter MR-Monitoring

Das MR-Monitoring ist im Kode enthalten.

Eine simultan durchgeführte zytostatische Chemotherapie ist gesondert zu kodieren (8-54).

Eine computergestützte Planung ist gesondert zu kodieren (8-604).

8-602 Ganzkörperhyperthermie im Rahmen einer onkologischen Therapie

Hinw.: Die Anwendung der Herz-Lungen-Maschine ist gesondert zu kodieren (8-851).

Eine simultan durchgeführte zytostatische Chemotherapie ist gesondert zu kodieren (8-54).

Eine computergestützte Planung ist gesondert zu kodieren (8-604).

8-603 Interstitielle und intrakavitäre Hyperthermie im Rahmen einer onkologischen Therapie

Hinw.: Eine Thermoablation ist im Kapitel 5 „Operationen“ unter dem jeweiligen Verfahren, z.B. Destruktion von erkranktem Gewebe, zu kodieren.

Eine simultan durchgeführte zytostatische Chemotherapie ist gesondert zu kodieren (8-54).

Eine computergestützte Planung ist gesondert zu kodieren (8-604).

8-604 Computergestützte Planung einer Hyperthermie

Inkl.: Erstellung eines patientenspezifischen Modells aus CT- oder MRT-Daten

8-607.– Hypothermiebehandlung

Inkl.: Hypothermiebehandlung z.B. bei zerebraler Ischämie, bei Zustand nach Herzstillstand oder Schädel-Hirn-Trauma

Hinw.: Wenn die Anwendung der Herz-Lungen-Maschine mit den Codes 8-851.1 bis 8-851.5 verschlüsselt wird, ist die Hypothermiebehandlung nicht gesondert zu kodieren.

8-607.0 Invasive Kühlung durch Anwendung eines speziellen Kühlkatheters

Hinw.: Die Kühlung und Wiedererwärmung müssen kontrolliert und steuerbar erfolgen.

8-607.1 Nichtinvasive Kühlung durch Anwendung eines Speziallagerungssystems

Hinw.: Die Kühlung und Wiedererwärmung müssen kontrolliert und steuerbar erfolgen.

8-607.2 Nasopharyngeale Kühlung

8-607.3 Nichtinvasive Kühlung durch Anwendung eines über Biofeedback kontrollier- und steuerbaren Kühlpad- oder Kühlelementesystems

Hinw.: Es muss eine Messung der Körperkerntemperatur über eine Sonde erfolgen.

Die Kühlpads müssen adhäsiv sein.

Ein Kühlelementesystem besteht aus Matten, Decken, Westen und/oder Hauben.

8-607.4 Nichtinvasive Kühlung durch Anwendung eines sonstigen Kühlpad- oder Kühlelementesystems

Hinw.: Es muss eine Messung der Körperkerntemperatur über eine Sonde erfolgen.

Die Kühlpads müssen adhäsiv sein.

Ein Kühlelementesystem besteht aus Matten, Decken, Westen und/oder Hauben.

8-607.x Sonstige

9-40...9-41 Psychosoziale, psychosomatische, neuropsychologische und psychotherapeutische Therapie

9-40 Psychosoziale, psychosomatische und neuropsychologische Therapie

Hinw.: Ein Kode aus diesem Bereich ist jeweils nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben, es sei denn, beim jeweiligen Kode ist dies anders geregelt.

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

9-401.– Psychosoziale Interventionen

Hinw.: Bei Durchführung mehrerer Beratungen, organisatorischer oder therapeutischer Maßnahmen sind die Zeiten jeweils zu addieren.

9-401.0- Sozialrechtliche Beratung

Hinw.: Information und Beratung zu Möglichkeiten sozialrechtlicher Unterstützungen, einschließlich organisatorischer Maßnahmen.

.00 Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden

.01 Mehr als 2 Stunden bis 4 Stunden

.02 Mehr als 4 Stunden

9-401.1- Familien-, Paar- und Erziehungsberatung

Exkl.: Schwerpunktmäßig gezielte therapeutische Maßnahmen zur Veränderung von Erleben und Verhalten (9-402 ff.)

Hinw.: Zielorientierte Beratung zu definierten Problemstellungen seitens der Familie oder einzelner Familienmitglieder.

.10 Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden

.11 Mehr als 2 Stunden bis 4 Stunden

.12 Mehr als 4 Stunden

9-401.2- Nachsorgeorganisation

Hinw.: Beratung und organisatorische Maßnahmen hinsichtlich ambulanter und stationärer Nachsorge.

.22 Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden

.23 Mehr als 2 Stunden bis 4 Stunden

.25 Mehr als 4 Stunden bis 6 Stunden

.26 Mehr als 6 Stunden

9-401.3- Supportive Therapie

Hinw.: Interventionen zur psychischen Verarbeitung somatischer Erkrankungen, ihrer Begleit- bzw. Folgeerscheinungen sowie resultierender interaktioneller Probleme.

.30 Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden

.31 Mehr als 2 Stunden bis 4 Stunden

.32 Mehr als 4 Stunden

9-401.4- Künstlerische Therapie

Inkl.: Kunst- und Musiktherapie u.a.

Hinw.: Therapeutische Maßnahmen, die Wahrnehmungs- und Gestaltungsprozesse umfassen, sowie therapeutische Anwendung künstlerischer Medien.

.40 Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden

.41 Mehr als 2 Stunden bis 4 Stunden

.42 Mehr als 4 Stunden

9-40...9-41 Psychosoziale, psychosomatische, neuropsychologische und psychotherapeut. Therapie

9-401.5- Integrierte psychosoziale Komplexbehandlung

Hinw.: Strukturmerkmale:

• Behandlungsleitung durch einen Facharzt, einen psychologischen Psychotherapeuten oder einen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten auf einer somatischen Station.

Mindestmerkmale:

• Einsatz von mindestens 2 psychosozialen Berufsgruppen (Ärzte, psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten oder Psychologen, Pädagogen, Sozialarbeiter oder Künstlerische Therapeuten), davon mindestens die Hälfte der Behandlungszeit durch einen Arzt, psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten oder Psychologen.

• Die psychosozialen Maßnahmen können je nach Bedarf im Einzelfall umfassen:

– psychotherapeutische, psychologische oder neuropsychologische Diagnostik, Psychotherapie, supportive Therapie, Krisenintervention, künstlerische Therapie (Kunst- und Musiktherapie u.a.),
– beratende Interventionen (Einzel-, Familien-, Paar-, Erziehungs- und sozialrechtliche Beratung),
– Nachsorgeorganisation und präventive Maßnahmen.

.50 Mindestens 3 Stunden

.51 Mehr als 3 bis 5 Stunden

.52 Mehr als 5 bis 8 Stunden

.53 Mehr als 8 Stunden

9-402.– Psychosomatische Therapie

Hinw.: Operationalisierte, therapieziel-orientierte stationäre Therapie durch multidisziplinäre Teams. Hier sind diejenigen pädiatrisch-psychosomatischen Therapien zu verschlüsseln, die die unter 9-403 ff genannten Mindestanforderungen nicht erfüllen.

9-402.0 Psychosomatische und psychotherapeutische Komplexbehandlung

Hinw.: Psychodynamisches oder kognitiv-behaviorales Grundverfahren als reflektierter Mehrpersonen-Interaktionsprozess mit schriftlicher Behandlungsplanung (einmal pro Woche), ärztlicher/psychologischer Einzeltherapie (100 Minuten/Woche; ggf. davon 50 Minuten/Woche ressourcenäquivalent als Gruppentherapie), Gruppenpsychotherapie (maximal 10 Patienten 120 Minuten/Woche) und Einsatz spezifischer psychotherapeutischer Techniken (360 Minuten/Woche) im standardisierten Setting nach den Regeln der psychosomatischen und psychotherapeutischen Medizin.

9-402.1 Integrierte klinisch-psychosomatische Komplexbehandlung

Hinw.: Stationäre somatische und psychosomatische Behandlung bei akuten und chronischen somatischen Erkrankungen mit psychischer Komorbidität und Coping-Störungen, neben der somatischen Therapie durch ärztliche/psychologische Einzeltherapie (100 Minuten/Woche) und Einsatz spezifischer psychotherapeutischer Techniken auch unter Supervision (360 Minuten/Woche) im standardisierten Setting nach den Regeln der psychosomatischen und psychotherapeutischen Medizin oder der Pädiatrie.

9-402.2 Psychosomatische und psychotherapeutische Krisenintervention als Komplexbehandlung

Hinw.: Stationäre Kurztherapie mit umgrenztem Therapieziel zur Stabilisierung bei akuter Dekompensation (Verschiebung der Therapie-Dosis zu höherem Anteil an Einzelpsychotherapie im Vergleich zu 9-402.0) nach den Regeln der psychosomatischen und psychotherapeutischen Medizin.

9-403.– Sozialpädiatrische, neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie**Hinw.:** Strukturmerkmale:

- Multidisziplinäres Team mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin.

Mindestmerkmale:

- Operationalisierte individuelle Diagnostik und Therapie und Anleitung von Bezugspersonen durch das multidisziplinäre Team bei drohender oder manifester Behinderung, Entwicklungs- und Verhaltensstörung sowie seelischen Störungen.

Die Therapie erfolgt nach Diagnoseerstellung entsprechend der Mehrdimensionalen Bereichsdiagnostik der Sozialpädiatrie [MBS] / pädiatrischen Psychosomatik.

Die Therapiedurchführung ist an den jeweiligen Standards der neuropädiatrischen oder sozialpädiatrischen Gesellschaft oder der pädiatrischen Psychosomatik orientiert. Folgende Therapeuten-Gruppen sind dabei u.a. je nach Behandlungsplan einzubeziehen: Ärzte, Psychologen (Diplom/Master), Ergotherapeuten, (Heil-)Erzieher, (Heil-)Pädagogen, Kunsttherapeuten, Logopäden, Musiktherapeuten, Ökotrophologen/Ernährungsberater, Physiotherapeuten (inkl. physikalischer Therapie), Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, Schmerztherapeuten und Sozialpädagogen.

Bei den Therapieformen 9-403.2, 9-403.4, 9-403.5, 9-403.6 und 9-403.7 sind die Mindestleistungen innerhalb des angegebenen Zeitraumes zu erbringen.

Die jeweilige Therapieform ist so oft zu kodieren, wie sie erbracht wurde. Die Therapieformen dürfen nur nacheinander erbracht werden.

Wochenendbeurlaubungen zur Unterstützung des Therapieerfolges sind möglich, wenn die Mindestleistungen im Restzeitraum erbracht werden.

9-403.0 Begleitende Therapie

Hinw.: An 3 Tagen werden täglich mindestens zwei Therapieeinheiten von 45 Minuten durchgeführt. Davon müssen mindestens 3 Einheiten durch einen Arzt, Psychologen und/oder Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten geleistet werden.

9-403.1 Therapie als Blockbehandlung

Hinw.: Über 5 Tage werden täglich mindestens zwei Therapieeinheiten von 45 Minuten durchgeführt. Davon müssen mindestens 5 Einheiten durch einen Arzt, Psychologen und/oder Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten geleistet werden. Es erfolgt eine zielorientierte Beratung zu definierten Problemstellungen seitens der Familie oder einzelner Familienmitglieder.

9-403.2 Therapie als erweiterte Blockbehandlung

Hinw.: Über 12 Tage werden mindestens 20 Therapieeinheiten von 45 Minuten durchgeführt. Davon müssen mindestens 5 Therapieeinheiten durch einen Arzt, Psychologen und/oder Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten geleistet werden. Es müssen mindestens 3 Therapeutengruppen zum Einsatz kommen.

9-403.3 Intensivtherapie

Hinw.: Über 5 Tage werden mindestens 15 Therapieeinheiten von 45 Minuten durchgeführt. Davon müssen mindestens 5 Therapieeinheiten durch einen Arzt, Psychologen und/oder Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten geleistet werden. Es müssen mindestens 3 Therapeutengruppen zum Einsatz kommen.

9-403.4 Erweiterte Intensivtherapie

Hinw.: Über 12 Tage werden mindestens 30 Therapieeinheiten von 45 Minuten durchgeführt. Davon müssen mindestens 6 Therapieeinheiten durch einen Arzt, Psychologen und/oder Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten geleistet werden. Es müssen mindestens 3 Therapeutengruppen zum Einsatz kommen.

9-403.5 Langzeit-Intensivtherapie

Hinw.: Über 7 Tage werden 15 Therapieeinheiten von 45 Minuten durchgeführt. Davon müssen mindestens 5 Therapieeinheiten durch einen Arzt, Psychologen und/oder Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten geleistet werden. Es müssen mindestens 3 Therapeutengruppen zum Einsatz kommen. Dieser Kode kann jeweils für eine Therapie über 7 Tage für die maximale Dauer von 8 Wochen pro Jahr angegeben werden.

9-40...9-41 Psychosoziale, psychosomatische, neuropsychologische und psychotherapeut. Therapie**9-403.6 Langzeit-Intensivtherapie zum verhaltenstherapeutischen Training**

Hinw.: Über 7 Tage werden 20 Therapieeinheiten von 45 Minuten durchgeführt. Davon müssen mindestens 5 Therapieeinheiten durch einen Arzt, 5 Therapieeinheiten durch einen Psychologen und 10 Therapieeinheiten durch unterstützende Physiotherapie und begleitende andere Therapieverfahren durch die oben angeführten Therapeutengruppen geleistet werden. Über den normalen Pflegebedarf hinaus werden mindestens 2 Stunden pro Tag für Trainingsmaßnahmen durch Pflegepersonal oder heilpädagogisches Personal eingesetzt.

Dieser Kode kann jeweils für eine Therapie über 7 Tage für die maximale Dauer von 12 Wochen pro Jahr angegeben werden.

9-403.7 Therapie im Gruppen-Setting

Hinw.: Mehrpersonen-Interaktionsprozess, reflektiert und für jeweils 7 Tage geplant im heilpädagogisch orientierten Gruppen-Setting (maximal 6 Kinder pro Gruppe), unter ärztlich-psychologischer Anleitung (mindestens 35 Stunden pro Woche), Einzel- oder Gruppentherapie (maximal 5 Personen pro Gruppe), Psychotherapie einzeln oder in Gruppen unter Einsatz spezifischer psychotherapeutischer Technik, Beratung und Anleitung von Bezugspersonen (mindestens 180 Minuten pro Woche). Mindestens ein Drittel der Therapieeinheiten ist im Gruppen-Setting zu erbringen. Ziel ist es, möglichst alltagsbezogen und wirklichkeitsnah Verhaltensbeobachtung, Verhaltensmodifikation, Selbständigkeitstraining, soziales Kompetenztraining und Training der Handlungsplanung durchzuführen. Die Maßnahmen erfolgen unabhängig von pädagogischen Fördermaßnahmen in Schule oder Kindergarten. In Abhängigkeit von der zugrunde liegenden Erkrankung müssen ergänzend funktionelle Therapien eingesetzt werden, wie sie durch die Therapeutengruppen repräsentiert werden.

Dieser Kode kann jeweils für eine Therapie über 7 Tage für die maximale Dauer von 8 Wochen pro Jahr angegeben werden.

9-403.8 Integrierte Blockbehandlung

Hinw.: Über 7 Tage werden mindestens 10 Therapieeinheiten von 45 Minuten durchgeführt. Davon müssen mindestens 3 Therapieeinheiten durch einen Arzt, Psychologen und/oder Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten geleistet werden. Es müssen mindestens 3 Berufsgruppen zum Einsatz kommen.

Dieser Kode kann jeweils für eine Therapie über 7 Tage angegeben werden.

9-403.x Sonstige**9-403.y N.n.bez.****9-404.– Neuropsychologische Therapie**

Hinw.: Therapie beeinträchtigter kognitiver, affektiver und verhaltensbezogener Funktionen (Orientierung, Aufmerksamkeit, Wahrnehmung, Lernen und Gedächtnis, Planen und Problemlösen, Affekt- und Verhaltenskontrolle, soziale Kompetenz) bei Patienten mit angeborenen oder erworbenen Hirnschädigungen, basierend auf kognitions-psychologischen, lerntheoretischen und funktional-neuroanatomischen Erkenntnissen.

9-404.0 Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden**9-404.1 Mehr als 2 Stunden bis 4 Stunden****9-404.2 Mehr als 4 Stunden****9-41****Psychotherapie**

Hinw.: Diese Codes sind für die psychotherapeutischen Maßnahmen anzuwenden, die nicht in 9-402 ff. bis 9-404 ff. definiert sind.

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

9-410.– Einzeltherapie

Hinw.: Dauer der Therapie mindestens 1 Stunde pro Tag.

9-410.0- Kognitive Verhaltenstherapie**.04 An einem Tag****.05 An 2 bis 5 Tagen**

9-98...9-99 Andere ergänzende Maßnahmen und Informationen**9-98 Pflegebedürftigkeit und teilstationäre pädiatrische Behandlung****9-984.– Pflegebedürftigkeit**

Hinw.: Diese Codes 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 Code für die höhere Pflegebedürftigkeit anzugeben. Liegt noch keine Einstufung in einen Pflegegrad vor, ist diese aber bereits beantragt, ist der Code 9-984.b anzugeben. Wurde eine Höherstufung bei vorliegendem Pflegegrad beantragt, ist neben dem zutreffenden Code aus 9-984.6 bis 9-984.9 zusätzlich der Code 9-984.b anzugeben.

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

9-985.– Teilstationäre pädiatrische Behandlung

Hinw.: Diese Codes sind Zusatzcodes. Sie sind nur für Patienten bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres anzugeben.

Diese Codes sind für jeden Tag mit teilstationärer pädiatrischer Behandlung gesondert zu kodieren. Strukturmerkmale:

- Vorhandensein einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin am Standort des Krankenhauses.

9-985.0 Ohne Notwendigkeit der Bewegungslosigkeit

Hinw.: Dieser Code kann nur für folgende Behandlungen als Zusatzcode angegeben werden:

- Infusion oder Transfusion von Arzneimitteln mit der Notwendigkeit einer Überwachung, Nachbeobachtung oder langsamen Verabreichung (8-020 ff., 8-54, 8-800 ff., 8-802 ff., 8-81). Diese wird durch einen Kinder- und Jugendarzt mit krankheitsspezifischer Spezialisierung (z.B. Kinder-Rheumatologie, Kinder-Gastroenterologie, Kinder-Hämatologie und -Onkologie, Neuropädiatrie, Kinder-Pneumologie) durchgeführt bei Vorliegen mindestens einer der folgenden Erkrankungen: hämatologische Erkrankung, onkologische Erkrankung, Autoimmunerkrankung, chronisch-entzündliche Darmerkrankung, Stoffwechselerkrankung, neuromuskuläre Erkrankung, Seltene Erkrankung.

9-985.1 Mit Notwendigkeit der Bewegungslosigkeit

Hinw.: Dieser Code kann nur für folgende Behandlungen als Zusatzcode angegeben werden:

- Dilatation des Anus (5-499.0).
 - Bougierung des Ösophagus (5-429.8).
- Mindestmerkmale:
- Behandlung durch einen Facharzt für Kinderchirurgie.
 - Analgosedierung oder Anästhesie durch einen Facharzt für Anästhesie und eine Pflegekraft.
- Die Analgosedierung oder Anästhesie ist nicht gesondert zu kodieren.

9-99 Obduktion, nicht-belegte Schlüsselnummern**9-990 Klinische Obduktion bzw. Obduktion zur Qualitätssicherung**

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

9-999.– Nicht-belegte Schlüsselnummern

Hinw.: Die Verwendung der Schlüsselnummern dieser Kategorie ist dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) vorbehalten, um eine provisorische Zuordnung von neuartigen Prozeduren in Ausnahmesituationen zu ermöglichen. Die Schlüsselnummern dieser Kategorie dürfen nur über das BfArM mit Inhalten belegt werden; eine Anwendung für andere Zwecke ist nicht erlaubt. Das BfArM wird den Anwendungszeitraum solcher Schlüsselnummern bei Bedarf bekannt geben.

„Das BfArM hat nach Abstimmung mit den Organisationen der Selbstverwaltung im OPS 2021 die bisher nicht belegten Schlüsselnummern 9-999.00 bis 9-999.10 für die parenterale Applikation von Remdesivir mit Unterteilung in Dosisklassen belegt. Die Schlüssel können ab Gültigkeitsbeginn des OPS 2021 angewendet werden, d.h. ab dem 01. Januar 2021.“ (BfArM, 9. 12. 2020)

9-999.0- Applikation von Remdesivir, parenteral, Liste 1

- .00 Bis 100 mg
- .01 Mehr als 100 mg bis 200 mg
- .02 Mehr als 200 mg bis 300 mg
- .03 Mehr als 300 mg bis 400 mg
- .04 Mehr als 400 mg bis 500 mg
- .05 Mehr als 500 mg bis 600 mg
- .06 Mehr als 600 mg bis 700 mg
- .07 Mehr als 700 mg bis 800 mg
- .08 Mehr als 800 mg bis 900 mg
- .09 Mehr als 900 mg bis 1.000 mg

9-999.1- Applikation von Remdesivir, parenteral, Liste 2

- .10 Mehr als 1.000 mg bis 1.100 mg
- .11 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.11
- .12 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.12
- .13 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.13
- .14 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.14
- .15 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.15
- .16 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.16
- .17 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.17
- .18 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.18
- .19 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.19

9-999.2- Nicht-belegte Schlüsselnummern, Liste 3

- .20 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.20
- .21 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.21
- .22 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.22
- .23 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.23
- .24 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.24
- .25 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.25
- .26 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.26
- .27 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.27
- .28 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.28
- .29 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.29

- 9-999.3- Nicht-belegte Schlüsselnummern, Liste 4
 .30 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.30
 .31 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.31
 .32 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.32
 .33 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.33
 .34 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.34
 .35 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.35
 .36 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.36
 .37 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.37
 .38 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.38
 .39 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.39
- 9-999.4- Nicht-belegte Schlüsselnummern, Liste 5
 .40 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.40
 .41 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.41
 .42 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.42
 .43 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.43
 .44 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.44
 .45 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.45
 .46 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.46
 .47 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.47
 .48 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.48
 .49 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.49
- 9-999.5- Nicht-belegte Schlüsselnummern, Liste 6
 .50 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.50
 .51 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.51
 .52 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.52
 .53 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.53
 .54 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.54
 .55 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.55
 .56 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.56
 .57 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.57
 .58 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.58
 .59 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.59
- 9-999.6- Nicht-belegte Schlüsselnummern, Liste 7
 .60 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.60
 .61 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.61
 .62 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.62
 .63 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.63
 .64 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.64
 .65 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.65
 .66 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.66
 .67 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.67
 .68 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.68
 .69 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.69

- 9-999.7- Nicht-belegte Schlüsselnummern, Liste 8
 .70 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.70
 .71 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.71
 .72 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.72
 .73 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.73
 .74 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.74
 .75 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.75
 .76 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.76
 .77 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.77
 .78 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.78
 .79 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.79
- 9-999.8- Nicht-belegte Schlüsselnummern, Liste 9
 .80 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.80
 .81 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.81
 .82 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.82
 .83 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.83
 .84 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.84
 .85 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.85
 .86 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.86
 .87 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.87
 .88 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.88
 .89 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.89
- 9-999.9- Nicht-belegte Schlüsselnummern, Liste 10
 .90 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.90
 .91 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.91
 .92 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.92
 .93 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.93
 .94 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.94
 .95 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.95
 .96 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.96
 .97 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.97
 .98 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.98
 .99 Nicht-belegte Schlüsselnummer 9-999.99

Anhang zum OPS

Tabellen zur Berechnung der Aufwandspunkte für die Kodes 8-980.–, 8-98d.– und 8-98f.– und der anrechenbaren Therapieeinheiten für die Kodes 9-60 bis 9-63, 9-65, 9-66 und 9-68

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.

Inhalt dieses Anhangs zum OPS

Anhang zum OPS

807

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

809

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

812

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

815

Deutscher Ärzteverlag

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

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

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

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

* Erhebung nur im Falle der maschinellen Beatmung

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

Variablen	Punkte					
	0	6	8	9	10	17
Chronische Leiden				Neoplasie mit Metastase	Hämatologische Neoplasie	AIDS*
Aufnahme-status**	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

Für Profis nur das Beste:
Die Kodierwerke mit dem richtigen Schliff!



Deutscher Ärzteverlag



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 2021 sind bearbeitet von Prof. Dr. med. Thomas Auhuber und dem Kodierwerke-Team des Deutschen Ärzteverlags.

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

GÜNSTIGE MENGENPREISE

ICD-10-GM 2021
Systematisches Verzeichnis
broschiert, € 24,98*
ab 20 Ex. € 17,51 zzgl. 7% MwSt.
ISBN 978-3-7691-3722-4

ICD-10-GM 2021
Alphabetisches Verzeichnis
broschiert, € 24,98*
ab 20 Ex. € 17,51 zzgl. 7% MwSt.
ISBN 978-3-7691-3723-1

OPS 2021
Systematisches Verzeichnis
broschiert, € 24,98*
ab 20 Ex. € 17,51 zzgl. 7% MwSt.
ISBN 978-3-7691-3724-8

OPS 2021
Alphabetisches Verzeichnis
broschiert, € 24,98*
ab 20 Ex. € 17,51 zzgl. 7% MwSt.
ISBN 978-3-7691-3725-5

Deutsche Kodierrichtlinien 2021
broschiert, € 7,99*
ab 20 Ex. € 5,95 zzgl. 7% MwSt.
ISBN 978-3-7691-3726-2

Direkt bestellen: www.aerzteverlag.de/buecher

>Versandkostenfreie Lieferung innerhalb Deutschlands bei Online-Bestellung, ausgenommen Mengenabnahmen
E-Mail: kundenservice@aerzteverlag.de | Telefon: 02234 7011-335 | Telefax: 02234 7011-476
Oder in Ihrer Buchhandlung

*Alle Preise verstehen sich inkl. gesetzlicher Mehrwertsteuer und zzgl. Versandkosten in Höhe von 4,90 € (zzgl. MwSt).
Bei Mengenabnahmen auf Anfrage. Irrtümer und Preisänderungen vorbehalten.

Schnell und sicher kodieren



16. aktualisierte Auflage 2020
449 Seiten, 30 Abbildungen,
46 Tabellen, broschiert
ISBN 978-3-7691-3706-4
ISBN eBook 978-3-7691-3716-3
jeweils € 59,99*

Kommen Sie mit der anwendergerechten Aufbereitung und Kommentierung der Deutschen Kodierrichtlinien 2020 schneller zum Ziel:

- Sachgerechte Kodierung der Diagnosen und Prozeduren leicht gemacht
- Basierend auf den Regeln der Deutschen Kodierrichtlinien 2020, der ICD-10-GM 2020 und des OPS 2020
- Mit wichtigen Aktualisierungen zu den Themen:
 - Maschinelle Beatmung
 - Bakteriämie, Sepsis, SIRS
 - Corona-Viruskrankheit
- Nach medizinischen Gesichtspunkten gegliederte Zusammenfassungen in Themenbereiche, z.B. Tumore oder Geburtshilfe
- Umfangreiche Lern- und Schulungsmaterialien wie Übersichten, Flussdiagramme, Tabellen und Abbildungen
- Kompetente Autoren, die im Krankenhaus arbeiten, ärztliche Mitarbeiter schulen und genau wissen, worauf es beim Verschlüsseln ankommt.

Profitieren Sie von der jahrelangen Praxiserfahrung des Autorenteam!



Dr. med. Dipl.-Math. Albrecht Zaiß, ehemaliger Leiter der Abteilung Medizincontrolling des Universitätsklinikums Freiburg, Arbeitsschwerpunkte: medizinische Klassifikation, Basisdokumentation und Kodierung, Krankenhausinformationssysteme.

Deutscher Ärzteverlag

OPS 2021 Systematisches Verzeichnis

278 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 2021 berücksichtigt. Zusätzlich wurden 40 Anträge im Rahmen des NUB-Verfahrens eingereicht. Wichtige Änderungen, d. h. neue oder überarbeitete Codes und Codebereiche, gibt es z. B. für die Definition von Struktur- und Mindestmerkmalen, die Feststellung des Beatmungstatus und des Beatmungsentwöhnungspotenzials, die Schlaganfallbehandlung und für Operationen an der Wirbelsäule. Ersatzlos gestrichen wurden die Codes für die hochaufwendige Pflege (PKMS).



Prof. Dr. med. Thomas Auhuber
 Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Notfallmedizin, Gesundheitsökonom. Medizinischer Direktor BG Universitätsklinikum Bergmannsheil. 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 2020
- 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. Rolf-Detlef Treede (KKG) und Frank Plate (BAS)
- Anwenderfreundliches Layout und redaktionelle Bearbeitung der BfArM-Daten
- 27 Jahre Erfahrung von Verlag und Bearbeitern bei der Herausgabe der medizinischen Klassifikationen.

Direkt bestellen: www.aerzteverlag.de/buecher

>Versandkostenfreie Lieferung innerhalb Deutschlands bei Online-Bestellung, ausgenommen Mengenabnahmen

E-Mail: kundenservice@aerzteverlag.de | Telefon: 02234 7011-335 | Telefax: 02234 7011-476

Oder in Ihrer Buchhandlung

*Alle Preise verstehen sich inkl. gesetzlicher Mehrwertsteuer und zzgl. Versandkosten in Höhe von 4,90 € (zzgl. MwSt). Irrtümer und Preisänderungen vorbehalten.

 **Deutscher
Ärzteverlag**

 **Deutscher
Ärzteverlag**

ISBN 978-3-7691-3724-8

 9 783769 137248