

Aktualisierungsliste zur Endfassung des OPS Version 2017

Diese Aktualisierungsliste enthält die Änderungen des
OPS Version 2017 gegenüber dem OPS Version 2016.

Einfügungen sind rot und unterstrichen,
Löschungen blau und durchgestrichen.

Das DIMDI übernimmt keine Gewähr für Vollständigkeit und Fehlerfreiheit
dieser Aktualisierungsliste. Verbindliche Referenzfassung ist die vollständi-
ge amtliche Endfassung des OPS Version 2017 als PDF.

Stand: 19. Oktober 2016

DIMDI
Waisenhausgasse 36-38a
50676 Köln

Tel.: +49 221 4724-1
Fax +49 221 4724-444
www.dimdi.de

Medizinische Begriffssysteme
klassi@dimdi.de

Im Geschäftsbereich des



Bundesministerium
für Gesundheit

Kapitel 1**DIAGNOSTISCHE MASSNAHMEN****(1-10...1-99)****Untersuchung einzelner Körpersysteme****(1-20...1-33)**

1-20	Neurologische Untersuchungen
1-202	Diagnostik zur Feststellung des Hirntodes
<i>Hinw.:</i>	Diese Codes ist sind nur zu verwenden bei Diagnostik nach der jeweils gültigen Fortschreibung der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Feststellung des Hirntodes (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
1-208	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]
<u>1-208.9</u>	<u>Vestibulär myogen [VEMP]</u>
<i>Inkl.:</i>	<u>Zervikale vestibulär evozierte myogene Potentiale [cVEMP]</u> <u>Okuläre vestibulär evozierte myogene Potentiale [oVEMP]</u>
1-20a	Andere neurophysiologische Untersuchungen
<u>1-20a.3</u>	<u>Neurophysiologische Diagnostik bei Schwindelsyndromen</u>
<u>.30</u>	<u>Elektro- und/oder Video-Nystagmographie</u>
<u>.31</u>	<u>Video-Kopfimpulstest</u>
<u>.32</u>	<u>Bestimmung der subjektiven visuellen Vertikalen</u>
<u>.33</u>	<u>Posturographie</u>

1-26	Untersuchungen der elektrophysiologischen Aktivität des Herzens
1-265	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt
1-265.7	Bei nicht anhaltenden Kammertachykardien und oder ventrikulären Extrasystolen

Biopsie ohne Inzision**(1-40...1-49)**

- Inkl.:* Perkutane (Fein-)Nadelbiopsie, Stanzbiopsie [Punchbiopsie], durch bildgebende Verfahren gesteuerte perkutane Biopsie, endoskopische Biopsie, endosonographische Biopsie, arthroskopische Biopsie, Saugbiopsie
- Exkl.:* Biopsie durch Inzision, intraoperative Biopsie, Biopsie bei diagnostischer Endoskopie durch Inzision und intraoperativ (1-50 bis 1-58)
- Hinw.:* Das Anästhesieverfahren bei einer diagnostischen Maßnahme kann zusätzlich kodiert werden, sofern die diagnostische Maßnahme üblicherweise ohne Allgemeinanästhesie durchgeführt wird (8-90)

1-46 Biopsie ohne Inzision an Harnorganen und männlichen Geschlechtsorganen**1-464 Transrektale Biopsie an männlichen Geschlechtsorganen**

1-464.0 Stanzbiopsie der Prostata
 .01 20 ~~und~~ oder mehr Zylinder
Inkl.: Extensive Prostatastanzbiopsie

1-47 Biopsie ohne Inzision an weiblichen Geschlechtsorganen**1-470 (Perkutane) (Nadel-)Biopsie an weiblichen Geschlechtsorganen**

1-470.5 Vulva
Exkl.: Exzision von erkranktem Gewebe der Vulva (5-712.0)

1-470.6 Perineum
Exkl.: Exzision an der Vulva unter Mitnahme der Haut des Perineums (5-712.0)

1-474 (Perkutane) Biopsie an weiblichen Geschlechtsorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren

Hinw.: Eine durchgeführte diagnostische Kolposkopie ist gesondert zu kodieren (1-671)

1-474.5 Vulva
Exkl.: Exzision von erkranktem Gewebe der Vulva (5-712.0)

1-474.6 Perineum
Exkl.: Exzision an der Vulva unter Mitnahme der Haut des Perineums (5-712.0)

Biopsie durch Inzision**(1-50...1-58)**

Inkl.: Intraoperative Biopsie, Biopsie bei diagnostischer Endoskopie durch Inzision und intraoperativ

Exkl.: Biopsie ohne Inzision (1-40 bis 1-49)
 Arthroskopische Biopsie (1-482 ff.)
 Biopsie bei Staging-Laparotomie zur Diagnostik lymphatischer Systemerkrankungen (5-401.6)
 Biopsie bei Staging-Laparoskopie zur Diagnostik lymphatischer Systemerkrankungen (5-401.b)

Hinw.: Die Bezeichnung "durch Inzision" bezieht sich auf die Art des Zuganges
 Das Anästhesieverfahren bei einer diagnostischen Maßnahme kann zusätzlich kodiert werden, sofern die diagnostische Maßnahme üblicherweise ohne Allgemeinanästhesie durchgeführt wird (8-90)

1-57 Biopsie an weiblichen Geschlechtsorganen durch Inzision

~~1-573 Biopsie an der Vulva durch Inzision~~

1-574 Biopsie am weiblichen Perineum durch Inzision

Exkl.: Biopsie an der Haut des Perineums bei der Frau (1-470.6, 1-474.6)

Diagnostische Endoskopie**(1-61...1-69)**

Inkl.: Foto- und Videodokumentation

Exkl.: Endoskopische Fremdkörperentfernung (8-100 ff.)

Hinw.: Eine durchgeführte endoskopische Biopsie ist gesondert zu kodieren (1-40 bis 1-49)
 Das Anästhesieverfahren bei einer diagnostischen Maßnahme kann zusätzlich kodiert werden, sofern die diagnostische Maßnahme üblicherweise ohne Allgemeinanästhesie durchgeführt wird (8-90)

1-63	Diagnostische Endoskopie des oberen Verdauungstraktes
1-636	Diagnostische Intestinoskopie (Endoskopie des tiefen Jejunums und Ileums)
	<i>Hinw.:</i> <u>Diese Codes sind zu verwenden, wenn die Untersuchung peroral vorgenommen wird</u>
1-636.1	Durch Push-and-pull-back-Technik
	<i>Inkl.:</i> <u>Single-Ballon-Enteroskopie</u> Doppel-Ballon-Enteroskopie
1-64	Diagnostische Endoskopie der Gallen- und Pankreaswege
	<i>Exkl.:</i> Endoskopische Operationen an Gallengängen (5-513 <u>ff.</u>) am Pankreasgang (5-526 <u>ff.</u>)
	<i>Hinw.:</i> Eine durchgeführte endoskopische Biopsie ist gesondert zu kodieren (1-440.6, 1-440.7, 1-440.8, 1-440.x)
1-645	Zugang durch retrograde Endoskopie
	<i>Hinw.:</i> Dieser Code ist ein Zusatzcode. Er ist nur anzugeben, wenn eine retrograde Endoskopie als Zugang für eines der unter 1-640 bis 1-644 <u>ff.</u> aufgeführten Verfahren eingesetzt wurde Mit diesem Code soll <u>ausschließlich</u> die <u>aufgrund von Voroperationen (z.B. nach partieller Pankreatoduodenektomie, bei Roux-Y-Anastomose nach totaler oder partieller Gastrektomie retrograde (von weiter aboral gelegenen Darmabschnitten in Richtung weiter oral gelegener Darmabschnitte) durchgeführte</u> Endoskopie zur diagnostischen <u>retrograden Darstellung/Untersuchung</u> der Gallen- <u>oder Pankreaswege z.B. nach Gastrektomie oder Magenteilresektion mit Roux-Y-Anastomose oder partieller Pankreatoduodenektomie</u> verschlüsselt werden
1-646	Diagnostische Endoskopie der Gallen- und Pankreaswege bei anatomischer Besonderheit
	<i>Hinw.:</i> <u>Dieser Code ist ein Zusatzcode. Er ist nur anzugeben, wenn bei Durchführung einer der unter 1-640 bis 1-642 aufgeführten Verfahren eine der folgenden Besonderheiten vorlag:</u> <ul style="list-style-type: none"> <u>Lage der Papilla Vateri am Rand oder innerhalb eines Duodenaldivertikels oder</u> <u>Pancreas divisum mit Erfordernis der Kanülierung der Papilla minor oder</u> <u>Stenosierende Neubildung der Papilla Vateri bei erstmaliger, erfolgreicher Kanülierung</u>
1-65	Diagnostische Endoskopie des unteren Verdauungstraktes
1-657	(Ileo-)Koloskopie durch Push-and-pull-back-Technik
	<i>Inkl.:</i> Single-Ballon-Enteroskopie Doppel-Ballon-Enteroskopie
	<i>Hinw.:</i> Dieser Code ist ein Zusatzcode. Er kann zusätzlich zu anderen Codes aus dem Bereich <u>1-63 oder</u> 1-65 Diagnostische Endoskopie des <u>oberen oder</u> unteren Verdauungstraktes angegeben werden

Funktionstests (1-70...1-79)

1-77	Palliativmedizinische, geriatrische und frührehabilitative Funktionsuntersuchung
1-774	Standardisiertes palliativmedizinisches Basisassessment (PBA)
	<i>Exkl.:</i> Palliativmedizinische Komplexbehandlung (8-982 <u>ff.</u>) Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung (8-98e <u>ff.</u>) <u>Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst (8-98h ff.)</u>
	<i>Hinw.:</i> Dieser Code ist nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben Die Anwendung dieses Codes setzt die Untersuchung von mindestens fünf Bereichen der Palliativversorgung (z.B. Schmerzanamnese, Symptomintensität, Lebensqualität, Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Stimmung, Ernährung, soziale Situation, psychosoziale Belastetheit, Alltagskompetenz) voraus, die mit standardisierten Messverfahren untersucht werden

1-775

Frührehabilitationsassessment von Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren**Inkl.:** Wiederholte Erhebung einzelner Assessmentbestandteile je nach Zustand des Patienten**Exkl.:** Frührehabilitative Komplexbehandlung von Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren (8-553 ff.)**Hinw.:** Dieser Codes ~~ist~~ **sind** nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben

Die Durchführung der Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop (1-613) ist nicht gesondert zu kodieren

Mindestmerkmale:

- Untersuchung durch ein interdisziplinäres Frührehabilitationsteam, qualifiziert für die Rehabilitation von Patienten mit Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen bei Kopf-Hals-Tumoren (z.B. bei Tumoren der Mundhöhle, des Epipharynx, des Oropharynx, des Hypopharynx, des Larynx und zervikalem CUP-Syndrom) unter Behandlungsleitung eines Facharztes für Phoniatrie und Pädaudiologie oder eines Facharztes für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde oder eines Facharztes für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie mit Erfahrung im Bereich des frührehabilitativen Managements. Zum Frührehabilitationsteam gehören ein Facharzt der Fachrichtung, die den betreffenden Patienten onkologisch betreut, sowie mindestens ein Logopäde oder Sprachtherapeut oder Klinischer Linguist
- Standardisiertes Frührehabilitationsassessment zur Erfassung und Wertung der Funktionsdefizite in mindestens 2 der folgenden 5 Bereiche:
 - Standardisiertes Assessment der Dysphonie: Stroboskopie, Stimmanalyse und ein subjektiver Bewertungsbogen (z.B. VHI)
 - Standardisiertes Assessment der Dysglossie: Morphologisch-funktioneller Organbefund, Sprechanalyse und Lautbestandsprüfung, Überprüfung des Hirnnervenstatus
 - Standardisiertes Assessment der Dysphagie: Fiberendoskopische Schluckuntersuchung (z.B. nach Langmore 2001) oder Videofluoroskopie, die Durchführung erfolgt interdisziplinär durch 2 Untersucher
 - Standardisiertes Screening des Ernährungsstatus: Nutritional Risk Screening (NRS 2002) nach Kondrup
 - Standardisiertes Assessment des Kauens: Zahnärztliches Konsil zur frühzeitigen kaufunktionellen zahnärztlichen Versorgung
- Die Zeiten beinhalten die Vor- und Nachbereitung des Patienten und die Erstellung eines differenzierten standardisierten Befundberichtes zur Entwicklung eines Frührehabilitationskonzeptes

Andere diagnostische Maßnahmen**(1-90...1-99)**

1-94	Komplexe Diagnostik
1-940	Komplexe Diagnostik bei hämatologischen und onkologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen
Hinw.:	Mindestmerkmale: <ul style="list-style-type: none"> • Umfassende Diagnostik im Rahmen der Initial- und Verlaufsdagnostik einer Erkrankung aus Kapitel II bzw. III der ICD-10-GM • Alle nachfolgenden Leistungen müssen im Rahmen desselben stationären Aufenthaltes erbracht werden • Es müssen mindestens eine Untersuchung aus den Bereichen Knochenmarkpunktion, Histologie mit immunhistologischen Spezialfärbungen und Referenzbegutachtung und mindestens drei Untersuchungen mit mindestens zwei der folgenden Verfahren Magnetresonanztomographie [MRT], Positronenemissionstomographie [PET], Computertomographie [CT] und Szintigraphie (außer szintigraphische Teiluntersuchung) erbracht werden. Bei zwei Untersuchungen mit dem-selben Verfahren (z.B. CT) muss es sich um unterschiedliche Untersuchungsorte handeln • Dieser Kode ist nur für Patienten mit einem Alter von unter 19 Jahren anzugeben
1-99	Andere diagnostische Maßnahmen
1-992	Durchführung von Genmutationsanalysen und Genexpressionsanalysen bei soliden bösartigen Neubildungen
1-992.3	Analyse von 13 und-oder mehr genetischen Alterationen

Kapitel 3

BILDGEBENDE DIAGNOSTIK

(3-03...3-99)

Computertomographie (CT)

(3-20...3-26)

3-22	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
3-224	Computertomographie des Herzens mit Kontrastmittel
3-224.3	CT-Koronarangiographie
<i>Hinw.:</i>	Diese f Codes s ist en die Durchführung der CT-Koronarangiographie mindestens mit einem 64-Schicht-Multidetektorgerät voraus

Kapitel 5

OPERATIONEN

(5-01...5-99)

Operationen am Nervensystem

(5-01...5-05)

5-01	Inzision (Trepanation) und Exzision an Schädel, Gehirn und Hirnhäuten
5-010	Schädeleröffnung über die Kalotte
<i>Exkl.:</i>	Kraniotomie und Kraniektomie als selbständiger Eingriff (5-012 <u>ff.</u>) Stereotaktische Operationen (5-014 <u>ff.</u>)
<i>Hinw.:</i>	Diese f Codes s ist en lediglich zur Angabe des Zuganges im Rahmen einer Operation zu verwenden Ausgenommen sind stereotaktische Operationen (5-014 <u>ff.</u>)
5-011	Zugang durch die Schädelbasis
<i>Hinw.:</i>	Diese f Codes s ist en lediglich zur Angabe des Zuganges im Rahmen einer Operation zu verwenden
5-013	Inzision von Gehirn und Hirnhäuten
<i>Inkl.:</i>	Instillation von Medikamenten
<i>Exkl.:</i>	Stereotaktische Operationen (5-014 <u>ff.</u>) Inzision von intrakraniellen Gefäßen (5-025.0)
<i>Hinw.:</i>	Der Zugang ist gesondert zu kodieren (5-010 <u>ff.</u> , 5-011 <u>ff.</u>)
5-013.7	Leukotomie [Lobotomie] und oder Traktotomie
<i>Inkl.:</i>	Ausschaltung epileptogener Herde
5-014	Stereotaktische Operationen an Schädel, Gehirn und Hirnhäuten
<i>Exkl.:</i>	Stereotaktische Biopsie an intrakraniellm Gewebe (1-511 <u>ff.</u>)
<i>Hinw.:</i>	Der Zugang ist im Kode enthalten Die stereotaktische Lokalisation ist im Kode enthalten
5-014.6	Implantation und oder Explantation von radioaktivem Material als selbständiger Eingriff (interstitielle Brachytherapie)
<i>Hinw.:</i>	Die genaue Form der Brachytherapie ist gesondert zu kodieren (8-524 <u>ff.</u> , 8-525 <u>ff.</u>)
5-014.9	Implantation oder Wechsel von intrazerebralen Elektroden
.92	Implantation oder Wechsel eines r permanenten Einzel Elektroden systems zur Dauerstimulation
.93	Implantation oder Wechsel eines mehrerer permanenten r Mehrelektroden systems Elektroden zur Dauerstimulation

- .96 Implantation von temporären Mikroelektroden zur multilokulären Ableitung und Stimulation, 11 ~~und~~oder mehr Elektroden
- 5-014.b Revision von intrazerebralen Elektroden
- .b0 Eine ~~p~~Permanentes ~~Einzelelektrodensystem~~ Elektrode zur Dauerstimulation
- .b1 Mehrere ~~p~~Permanentes ~~Mehrelektrodensystem~~ Elektroden zur Dauerstimulation

5-02 Andere Operationen an Schädel, Gehirn und Hirnhäuten

5-026 Rekonstruktion von intrakraniellen Blutgefäßen

- 5-026.4 Anzahl der Clips an intrakraniellen Blutgefäßen
- .45 6 ~~und~~oder mehr Clips

5-028 Funktionelle Eingriffe an Schädel, Gehirn und Hirnhäuten

- 5-028.9 Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Hirnstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode
- .90 Einkanal ~~system~~stimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar
- .91 Mehrkanal ~~system~~stimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar
- .92 Mehrkanal ~~system~~stimulator, vollimplantierbar, wiederaufladbar
- 5-028.a Wechsel eines Neurostimulators zur Hirnstimulation ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode
- .a0 Einkanal ~~system~~stimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar
- .a1 Mehrkanal ~~system~~stimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar
- .a2 Mehrkanal ~~system~~stimulator, vollimplantierbar, wiederaufladbar
- 5-028.b Implantation eines temporären subduralen Neuroelektrodensystems (Grid)
- .b2 11 ~~und~~oder mehr subdurale Neuroelektrodensysteme mit 1 bis 31 Kontakten pro System
- .b3 1 subdurales Neuroelektrodensystem mit 32 ~~und~~oder mehr Kontakten pro System
- .b4 2 ~~und~~oder mehr subdurale Neuroelektrodensysteme mit 32 ~~und~~oder mehr Kontakten pro System
- 5-028.c Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode
- .c0 Einkanal ~~system~~stimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar
- .c1 Mehrkanal ~~system~~stimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar
- .c2 Mehrkanal ~~system~~stimulator, vollimplantierbar, wiederaufladbar

5-03 Operationen an Rückenmark, Rückenmarkhäuten und Spinalkanal

5-030 Zugang zum kraniozervikalen Übergang und zur Halswirbelsäule

Inkl.: Zervikothorakaler Übergang

Hinw.: Dieser Codes ~~ist~~sind auch zur Angabe des Zuganges im Rahmen einer Operation zu verwenden

5-031 Zugang zur Brustwirbelsäule

Inkl.: Thorakolumbaler Übergang

Hinw.: Dieser Codes ~~ist~~sind auch zur Angabe des Zuganges im Rahmen einer Operation zu verwenden

5-032 Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis

Inkl.: Lumbosakraler Übergang

Hinw.: Dieser Codes ~~ist~~sind auch zur Angabe des Zuganges im Rahmen einer Operation zu verwenden

5-035 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rückenmarkes und der Rückenmarkhäute

Inkl.: Gleichzeitige Exzision von Rückenmarkhäuten und Knochen

Exkl.: Operationen an der knöchernen Wirbelsäule (5-83-ff.)

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

- 5-035.6 Intraspinale Nervenwurzeln und/oder Ganglien, Tumorgewebe

- 5-035.7 Intraspinale Nervenwurzeln und/oder Ganglien, sonstiges erkranktes Gewebe

5-038 Operationen am spinalen Liquorsystem

- 5-038.2 Implantation oder Wechsel eines Katheters zur intrathekalen und/oder epiduralen Infusion

Inkl.: Ersteinstellung

Hinw.: Der Zugang ist hier nicht gesondert zu kodieren

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

Inkl.: Ersteinstellung

5-038.6 Revision eines Katheters zur intrathekalen und oder epiduralen Infusion

5-038.8 Revision einer Medikamentenpumpe zur intrathekalen und oder epiduralen Infusion

Inkl.: Ersteinstellung

5-038.b Entfernung eines Katheters zur intrathekalen und oder epiduralen Infusion

5-038.d Entfernung einer Medikamentenpumpe zur intrathekalen und oder epiduralen Infusion

5-039 Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen

5-039.3 Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode zur Rückenmarkstimulation

.32 Implantation eines ~~er~~ temporären ~~Einzel~~Elektroden~~systems~~ zur epiduralen Teststimulation

.33 Implantation ~~eines~~~~mehrerer~~ temporären ~~n~~ ~~Mehrelektroden~~~~systems~~ ~~Elektroden~~ zur epiduralen Teststimulation

.34 Implantation oder Wechsel eines ~~er~~ permanenten ~~Einzel~~Elektroden~~systems~~ zur epiduralen Dauerstimulation, perkutan

.35 Implantation oder Wechsel ~~eines~~~~mehrerer~~ permanenten ~~n~~ ~~Mehrelektroden~~~~systems~~ ~~Elektroden~~ zur epiduralen Dauerstimulation, perkutan

.36 Implantation oder Wechsel eines ~~er~~ permanenten ~~Einzel~~Elektroden~~systems~~ (Plattenelektrode) zur epiduralen Dauerstimulation, offen chirurgisch

.37 Implantation oder Wechsel ~~eines~~~~mehrerer~~ permanenten ~~n~~ ~~Mehrelektroden~~~~systems~~ ~~Elektroden~~ (Plattenelektroden) zur epiduralen Dauerstimulation, offen chirurgisch

5-039.a Entfernung von Elektroden

.a2 ~~Eine e~~Epidural~~e~~, Stabelektrode, ~~Einzel~~elektroden~~system~~

.a3 ~~Mehrere e~~Epidural~~e~~, Stabelektroden, ~~n~~, ~~Mehrelektroden~~~~system~~

.a4 ~~Eine e~~Epidural~~e~~, Plattenelektrode, ~~Einzel~~elektroden~~system~~

.a5 ~~Mehrere e~~Epidural~~e~~, Plattenelektroden, ~~n~~, ~~Mehrelektroden~~~~system~~

.a6 ~~Eine s~~Subdural~~e~~, ~~Einzel~~elektroden~~system~~ Elektrode

.a7 ~~Mehrere s~~Subdural~~e~~, ~~Mehrelektroden~~~~system~~ Elektroden

.a8 Spinalganglion, ~~eine Elektrode~~Einzel~~elektroden~~~~system~~

.a9 Spinalganglion, ~~mehrere Elektroden~~Mehrelektroden~~system~~

5-039.b Revision von Neurostimulatoren zur epiduralen Rückenmarkstimulation ~~und~~oder zur Vorderwurzelstimulation

5-039.c Revision von Elektroden

.c0 ~~Eine e~~Epidural~~e~~, Stabelektrode, ~~Einzel~~elektroden~~system~~

.c1 ~~Mehrere e~~Epidural~~e~~, Stabelektroden, ~~n~~, ~~Mehrelektroden~~~~system~~

.c2 ~~Eine e~~Epidural~~e~~, Plattenelektrode, ~~Einzel~~elektroden~~system~~

.c3 ~~Mehrere e~~Epidural~~e~~, Plattenelektroden, ~~n~~, ~~Mehrelektroden~~~~system~~

.c4 ~~Eine s~~Subdural~~e~~, ~~Einzel~~elektroden~~system~~ Elektrode

.c5 ~~Mehrere s~~Subdural~~e~~, ~~Mehrelektroden~~~~system~~ Elektroden

.c6 Spinalganglion, ~~eine Elektrode~~Einzel~~elektroden~~~~system~~

.c7 Spinalganglion, ~~mehrere Elektroden~~Mehrelektroden~~system~~

5-039.d Entfernung von Neurostimulatoren zur epiduralen Rückenmarkstimulation ~~und~~oder zur Vorderwurzelstimulation

5-039.e Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode

.e0 Einkanal~~system~~stimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar

.e1 Mehrkanal~~system~~stimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar

.e2 Mehrkanal~~system~~stimulator, vollimplantierbar, wiederaufladbar

5-039.f Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode

.f0 Einkanal~~system~~stimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar

.f1 Mehrkanal~~system~~stimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar

.f2 Mehrkanal~~system~~stimulator, vollimplantierbar, wiederaufladbar

5-039.j Implantation oder Wechsel von Neurostimulationselektroden zur Stimulation von Spinalganglien

.j0 ~~Einzel~~elektroden~~system~~ ~~zur~~ ~~Eine Elektrode~~ zur Ganglienstimulation

.j1 ~~Mehrelektroden~~~~system~~ ~~zur~~ ~~Mehrere Elektroden~~ zur Ganglienstimulation

5-039.k Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation von Spinalganglien mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode

- .k0 Einkanal~~system~~stimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar
- .k1 Mehrkanal~~system~~stimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar
- 5-039.m Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation von Spinalganglien ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode
- .m0 Einkanal~~system~~stimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar
- .m1 Mehrkanal~~system~~stimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar
- 5-039.n Implantation eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode
- .n0 Einkanal~~system~~stimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar
- .n1 Mehrkanal~~system~~stimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar
- .n2 Mehrkanal~~system~~stimulator, vollimplantierbar, wiederaufladbar

5-05 Andere Operationen an Nerven und Nervenganglien

5-059 Andere Operationen an Nerven und Ganglien

- 5-059.8 Implantation oder Wechsel von Neurostimulationselektroden zur Stimulation des peripheren Nervensystems
 - .80 Implantation eines~~er~~ temporären ~~Einzel~~Elektroden~~nsystems~~ zur Teststimulation
 - .81 Implantation ~~einesmehrerer~~ temporären~~er~~ ~~Mehrelektroden~~systemeElektroden zur Teststimulation
 - .82 Implantation oder Wechsel eines~~er~~ permanenten ~~Einzel~~Elektroden~~nsystems~~
 - .83 Implantation oder Wechsel ~~einesmehrerer~~ permanenten~~er~~ ~~Mehrelektroden~~systemeElektroden
 - .86 Implantation oder Wechsel einer Elektrode für ein System zur Hypoglossusnerv-Stimulation

Inkl.: Implantation oder Wechsel eines interkostalen Drucksensors zur Detektion des Atemsignals

Hinw.: Die Erst- oder Neueinstellung des Systems ist gesondert zu kodieren (8-631.3)
- 5-059.9 Revision von Neurostimulationselektroden zur Stimulation des peripheren Nervensystems
 - .90 ~~Eine Elektrode Einzel~~elektroden~~system~~
 - .91 ~~Mehrere Elektroden Mehrelektroden~~system
 - .94 Elektrode für ein System zur Hypoglossusnerv-Stimulation

Inkl.: Revision eines interkostalen Drucksensors zur Detektion des Atemsignals

Hinw.: Die Neueinstellung des Systems ist gesondert zu kodieren (8-631.3)
- 5-059.a Entfernung von Neurostimulationselektroden zur Stimulation des peripheren Nervensystems
 - .a0 ~~Eine Elektrode Einzel~~elektroden~~system~~
 - .a1 ~~Mehrere Elektroden Mehrelektroden~~system
 - .a4 Elektrode für ein System zur Hypoglossusnerv-Stimulation

Inkl.: Entfernung eines interkostalen Drucksensors zur Detektion des Atemsignals
- 5-059.c Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode
 - .c0 Einkanal~~system~~stimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar

Exkl.: Implantation oder Wechsel spezieller Neurostimulationssysteme (5-059.c4 bis 5-059.cb)

- .c1 Mehrkanal~~system~~stimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar

Exkl.: Implantation oder Wechsel spezieller Neurostimulationssysteme (5-059.c4 bis 5-059.cb)

- .c2 Mehrkanal~~system~~stimulator, vollimplantierbar, wiederaufladbar

Exkl.: Implantation oder Wechsel spezieller Neurostimulationssysteme (5-059.c4 bis 5-059.cb)

- .c4 Kardiales Vagusnervstimulationssystem,~~ohne Positionierung des Sensors in der rechten Herzkammer~~

Hinw.: Die Verwendung eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems mit zusätzlicher Mess- und/oder Stimulationsfunktion ist gesondert zu kodieren (5-059.h ff.)

- ~~.c5 Kardiales Vagusnervstimulationssystem, mit Positionierung des Sensors in der rechten Herzkammer~~
- .c7 System zur Hypoglossusnerv-Stimulation

Hinw.: Die Erst- oder Neueinstellung ist bei diesem Verfahren gesondert zu kodieren (8-631.3)

Die Verwendung eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems mit zusätzlicher Mess- und/oder Stimulationsfunktion ist gesondert zu kodieren (5-059.h ff.)

- .c8 Vagusnervstimulationssystem~~ohne zusätzliche Funktion~~

Exkl.: Kardiales Vagusnervstimulationssystem (5-059.c4,~~5-059.c5~~)

Hinw.: Die Verwendung eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems mit zusätzlicher Mess- und/oder Stimulationsfunktion ist gesondert zu kodieren (5-059.h ff.)

- ~~.c9 Vagusnervstimulationssystem mit automatisierter täglicher Impedanzprüfung~~

- Exkl.:** ~~Kardiales Vagusnervstimulationssystem (5-059.e4, 5-059.e5)~~
- .ea** Vagusnervstimulationssystem mit herzfrequenzgestützter Erkennung zerebraler Anfälle und automatischer Stimulation
Exkl.: ~~Kardiales Vagusnervstimulationssystem (5-059.e4, 5-059.e5)~~
- .cb** System zur Phrenikusnerv-Stimulation
Hinw.: Die ~~Erst-~~ **Neu**einstellung ist bei diesem Verfahren gesondert zu kodieren (8-631.4)
- 5-059.d Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode
- .d0** Einkanal ~~system~~ **stimulator**, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar
Exkl.: ~~Wechsel spezieller Neurostimulationssysteme (5-059.d4 bis 5-059.db)~~
- .d1** Mehrkanal ~~system~~ **stimulator**, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar
Exkl.: ~~Wechsel spezieller Neurostimulationssysteme (5-059.d4 bis 5-059.db)~~
- .d2** Mehrkanal ~~system~~ **stimulator**, vollimplantierbar, wiederaufladbar
Exkl.: ~~Wechsel spezieller Neurostimulationssysteme (5-059.d4 bis 5-059.db)~~
- .d4** Kardiales Vagusnervstimulationssystem, ~~ohne Wechsel des Sensors in der rechten Herzkammer~~
Hinw.: Die Verwendung eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems mit zusätzlicher Mess- und/oder Stimulationsfunktion ist gesondert zu kodieren (5-059.h ff.)
- .d5** ~~Kardiales Vagusnervstimulationssystem, mit Wechsel des Sensors in der rechten Herzkammer~~
- .d7** System zur Hypoglossusnerv-Stimulation
Hinw.: Die ~~Erst~~ **Neu**einstellung ist bei diesem Verfahren gesondert zu kodieren (8-631.3)
Die Verwendung eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems mit zusätzlicher Mess- und/oder Stimulationsfunktion ist gesondert zu kodieren (5-059.h ff.)
- .d8** Vagusnervstimulationssystem ~~ohne zusätzliche Funktion~~
Exkl.: ~~Kardiales Vagusnervstimulationssystem (5-059.d4, 5-059.d5)~~
Hinw.: Die Verwendung eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems mit zusätzlicher Mess- und/oder Stimulationsfunktion ist gesondert zu kodieren (5-059.h ff.)
- .d9** ~~Vagusnervstimulationssystem mit automatisierter täglicher Impedanzprüfung~~
Exkl.: ~~Kardiales Vagusnervstimulationssystem (5-059.d4, 5-059.d5)~~
- .da** Vagusnervstimulationssystem mit herzfrequenzgestützter zerebraler Anfallserkennung und automatischer Stimulation
Exkl.: ~~Kardiales Vagusnervstimulationssystem (5-059.d4, 5-059.d5)~~
- .db** System zur Phrenikusnerv-Stimulation
Hinw.: Die ~~Erst~~ **Neu**einstellung ist bei diesem Verfahren gesondert zu kodieren (8-631.4)
- 5-059.g Implantation eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode
- .g0** Einkanal ~~system~~ **stimulator**, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar
- .g1** Mehrkanal ~~system~~ **stimulator**, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar
- .g2** Mehrkanal ~~system~~ **stimulator**, vollimplantierbar, wiederaufladbar
- 5-059.h** Verwendung eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems mit zusätzlicher Mess- und/oder Stimulationsfunktion
Hinw.: Diese Codes sind Zusatzcodes. Die Implantation oder der Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems sind gesondert zu kodieren
- .h0** Mit Positionierung eines Sensors in der rechten Herzkammer
- .h1** Mit automatisierter täglicher Impedanzprüfung
- .h2** Mit herzfrequenzgestützter Erkennung zerebraler Anfälle und automatischer Stimulation
- .h3** Mit Positionierung eines interkostalen Drucksensors zur Detektion des Atemsignals
- .hx** Sonstige

Operationen an endokrinen Drüsen (5-06...5-07)

- Hinw.:** Die Anwendung mikrochirurgischer Technik ist, sofern nicht als eigener Code angegeben, zusätzlich zu kodieren (5-984)
 Die Anwendung von Lasertechnik ist, sofern nicht als eigener Code angegeben, zusätzlich zu kodieren (5-985 [ff.](#))
 Die Durchführung der Operation im Rahmen der Versorgung einer Mehrfachverletzung ist zusätzlich zu kodieren (5-981)
 Die Durchführung der Operation im Rahmen der Versorgung eines Polytraumas ist zusätzlich zu kodieren (5-982 [ff.](#))
 Die Durchführung einer Reoperation ist, sofern nicht als eigener Code angegeben, zusätzlich zu kodieren (5-983)
 Der vorzeitige Abbruch einer Operation ist zusätzlich zu kodieren (5-995)

5-06 Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüse

Hinw.: Eine durchgeführte Neck dissection ist gesondert zu kodieren (5-403 [ff.](#))

5-061 Hemithyreoidektomie

Hinw.: Eine durchgeführte Neck dissection ist gesondert zu kodieren (5-403 [ff.](#))
 Das Monitoring des N. recurrens ist gesondert zu kodieren (5-069.4 [ff.](#))

5-062 Andere partielle Schilddrüsenresektion

Hinw.: Das Monitoring des N. recurrens ist gesondert zu kodieren (5-069.4 [ff.](#))

5-062.1 [↔](#) Exzision eines Knotens

5-063 Thyreoidektomie

Hinw.: Eine durchgeführte Neck dissection ist gesondert zu kodieren (5-403 [ff.](#))
 Das Monitoring des N. recurrens ist gesondert zu kodieren (5-069.4 [ff.](#))

5-064 Operationen an der Schilddrüse durch Sternotomie

Hinw.: Eine durchgeführte Neck dissection ist gesondert zu kodieren (5-403 [ff.](#))
 Das Monitoring des N. recurrens ist gesondert zu kodieren (5-069.4 [ff.](#))

5-066 Partielle Nebenschilddrüsenresektion

Hinw.: Das Monitoring des N. recurrens ist gesondert zu kodieren (5-069.4 [ff.](#))

5-067 Parathyreoidektomie

Hinw.: Das Monitoring des N. recurrens ist gesondert zu kodieren (5-069.4 [ff.](#))

5-068 Operationen an der Nebenschilddrüse durch Sternotomie

Hinw.: Das Monitoring des N. recurrens ist gesondert zu kodieren (5-069.4 [ff.](#))

5-069 Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen

5-069.4 Monitoring des N. recurrens im Rahmen einer anderen Operation

[.40](#) [Nicht kontinuierlich \[IONM\]](#)

[.41](#) [Kontinuierlich \[CIONM\]](#)

5-07 Operationen an anderen endokrinen Drüsen

Hinw.: Der Zugang ist für die Codes 5-071 [ff.](#) bis 5-073 [ff.](#) nach folgender Liste zu kodieren:

- 0↔ Offen chirurgisch lumbal
- 1↔ Offen chirurgisch abdominal
- 2↔ Thorakoabdominal
- 3↔ Laparoskopisch
- x↔ Sonstige

Operationen an den Augen

(5-08...5-16)

- Hinw.:** Die Anwendung mikrochirurgischer Technik ist, sofern nicht als eigener Kode angegeben, zusätzlich zu kodieren (5-984)
- Die Anwendung von Lasertechnik ist, sofern nicht als eigener Kode angegeben, zusätzlich zu kodieren (5-985 ff.)
- Die Anwendung von minimalinvasiver Technik ist, sofern nicht als eigener Kode angegeben, zusätzlich zu kodieren (5-986 ff.)
- Die Durchführung der Operation im Rahmen der Versorgung einer Mehrfachverletzung ist zusätzlich zu kodieren (5-981)
- Die Durchführung der Operation im Rahmen der Versorgung eines Polytraumas ist zusätzlich zu kodieren (5-982 ff.)
- Die Durchführung einer Reoperation ist, sofern nicht als eigener Kode angegeben, zusätzlich zu kodieren (5-983)
- Der vorzeitige Abbruch einer Operation ist zusätzlich zu kodieren (5-995)

5-09 Operationen an den Augenlidern**5-096 Andere Rekonstruktion der Augenlider**

- 5-096.2 Durch Transplantation
 .23↔ Schleimhaut und Knorpel kombiniert

5-10 Operationen an den Augenmuskeln

- Hinw.:** Revisionsoperationen sind mit dem Kode für den jeweiligen Eingriff und dem Zusatzkode 5-983 zu kodieren
- Kombinierte Operationen an mehreren Augenmuskeln sind unter 5-10k ff. zu kodieren

5-10b Schwächende Eingriffe an einem geraden Augenmuskel

- 5-10b.2↔ Tenotomie, Myotomie, Tenektomie und oder Myektomie
- 5-10b.3↔ Partielle Tenotomie und oder Myotomie

5-10g Schwächende Eingriffe an einem schrägen Augenmuskel

- 5-10g.2↔ Tenotomie, Myotomie, Tenektomie und oder Myektomie
- 5-10g.3↔ Partielle Tenotomie und oder Myotomie

5-12 Operationen an der Kornea**5-125 Hornhauttransplantation und Keratoprothetik**

- 5-125.5↔ Hornhaut-Retransplantation während desselben stationären Aufenthaltes

5-13 Operationen an Iris, Corpus ciliare, vorderer Augenkammer und Sklera**5-132 Senkung des Augeninnendruckes durch Operationen am Corpus ciliare**

- 5-132.2 Zyklphotokoagulation
.22↔ Transskleral

5-137 Andere Operationen an der Iris

- 5-137.6↔ Operation mit Implantation eines ms künstlichen Irisdiaphragmas

5-14 Operationen an der Linse

- Hinw.:** Die Angabe zur Linsenimplantation ist für die Codes 5-143 ff. bis 5-146 ff. nach folgender Liste zu kodieren. Es ist jedoch nicht jede Listenposition mit jedem 5-stelligen Kode kombinierbar:
- 0↔ Ohne Implantation einer alloplastischen Linse
 - 5↔ Mit Einführung einer kammerwinkelgestützten Vorderkammerlinse
 - 6↔ Mit Einführung einer irisfixierten Vorderkammerlinse
 - 7↔ Mit Einführung einer sonstigen Vorderkammerlinse
 - 8↔ Mit Einführung einer Vorderkammerlinse, n.n.bez.
 - 9↔ Mit Einführung mehrerer alloplastischer Linsen

- a↔ Mit Einführung einer kapselfixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse
- b↔ Mit Einführung einer sulkusfixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse
- c↔ Mit Einführung einer sklerafixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse
- d↔ Mit Einführung einer Hinterkammerlinse, n.n.bez., monofokale Intraokularlinse
- e↔ Mit Einführung einer kapselfixierten Hinterkammerlinse, Sonderform der Intraokularlinse
- f↔ Mit Einführung einer sulkusfixierten Hinterkammerlinse, Sonderform der Intraokularlinse
- g↔ Mit Einführung einer sklerafixierten Hinterkammerlinse, Sonderform der Intraokularlinse
- h↔ Mit Einführung einer Hinterkammerlinse, n.n.bez., Sonderform der Intraokularlinse
- j↔ Mit Einführung einer irisfixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse
- k↔ Mit Einführung einer irisfixierten Hinterkammerlinse, Sonderform der Intraokularlinse
- x↔ Sonstige

5-144 Extrakapsuläre Extraduktion der Linse [ECCE]

Inkl.: Linsenberechnung, ggf. auch optisch

Hinw.: Eine durchgeführte Iridektomie und eine Spülung sind im Kode enthalten

Eine durchgeführte Vitrektomie ist gesondert zu kodieren (5-158 [ff.](#), 5-159 [ff.](#))

Die Angabe der Linsenimplantation ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-140 zu kodieren

Die verwendete Sonderform der Intraokularlinse ist für die 6. Stelle e bis h und k gesondert zu kodieren (5-149.2 [ff.](#))

5-16 Operationen an Orbita und Augapfel

5-166 Revision und Rekonstruktion von Orbita und Augapfel

5-166.2↔ Sekundäre Rekonstruktion des Augapfels

Operationen an den Ohren (5-18...5-20)

5-18 Operationen an Ohrmuschel und äußerem Gehörgang

5-181 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des äußeren Ohres

5-181.9↔ Exzision und/oder Destruktion am knöchernen äußeren Gehörgang

Inkl.: Operation eines Gehörgangscholesteatoms
Operation von Gehörgangsexostosen

Operationen an Nase und Nasennebenhöhlen (5-21...5-22)

5-22 Operationen an den Nasennebenhöhlen

5-222 Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle

Inkl.: Polypenentfernung
Elektrokoagulation von Blutungen

Exkl.: Dakryozystorhinostomie (5-087 [ff.](#))
Ethmoidsphektomie (5-224.3)

[5-222.9↔ Einlegen oder Wechsel eines medikamentenfreisetzenen selbstexpandierenden bioresorbierbaren Nasennebenhöhlen-Implantates](#)

Inkl.: [Einlegen oder Wechsel eines Mometasonfuroat freisetzenen selbstexpandierenden bioresorbierbaren Implantates](#)

Operationen an Mundhöhle und Gesicht (5-23...5-28)

- Hinw.:** Die Anwendung mikrochirurgischer Technik ist, sofern nicht als eigener Kode angegeben, zusätzlich zu kodieren (5-984)
 Die Anwendung von Lasertechnik ist, sofern nicht als eigener Kode angegeben, zusätzlich zu kodieren (5-985 ff.)
 Die Anwendung eines Navigationssystems ist, sofern nicht als eigener Kode angegeben, zusätzlich zu kodieren (5-988)
 Die Durchführung der Operation im Rahmen der Versorgung einer Mehrfachverletzung ist zusätzlich zu kodieren (5-981)
 Die Durchführung der Operation im Rahmen der Versorgung eines Polytraumas ist zusätzlich zu kodieren (5-982 ff.)
 Die Durchführung einer Reoperation ist, sofern nicht als eigener Kode angegeben, zusätzlich zu kodieren (5-983)
 Der vorzeitige Abbruch einer Operation ist zusätzlich zu kodieren (5-995)

5-23 Entfernung und Wiederherstellung von Zähnen

- Hinw.:** Die Anzahl der Zähne ist für die Codes 5-231 ff. und 5-232 ff. nach folgender Liste zu kodieren:
- 0 Ein Zahn
 - 1 Mehrere Zähne eines Quadranten
 - 2 Mehrere Zähne eines Kiefers
 - 3 Mehrere Zähne ~~des Ober- und Unterkiefers~~ beider Kiefer

5-25 Operationen an der Zunge

5-250 Inzision, Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Zunge

- 5-250.3 Destruktion
.35 Elektrochemotherapie

5-26 Operationen an Speicheldrüsen und Speicheldrüsenausführungsgängen

5-269 Andere Operationen an Speicheldrüse und Speicheldrüsenausführungsgang

- 5-269.3↔ Elektrochemotherapie

5-27 Andere Operationen an Mund und Gesicht

5-272 Exzision und Destruktion des (erkrankten) harten und weichen Gaumens

- Hinw.:** Eine durchgeführte Neck dissection ist gesondert zu kodieren (5-403 ff.)

- 5-272.6 Destruktion
.65 Elektrochemotherapie

5-273 Inzision, Exzision und Destruktion in der Mundhöhle

- Inkl.:** Exzision einer Weichteilzyste
 Exzision einer papillären Hyperplasie

- Exkl.:** Resektion des Mundbodens mit plastischer Rekonstruktion (5-277 ff.)
 Resektion der Wange mit plastischer Rekonstruktion (5-278 ff.)

- 5-273.9 Destruktion
.95 Elektrochemotherapie

Operationen an Pharynx, Larynx und Trachea (5-29...5-31)

5-29 Operationen am Pharynx

5-293 Pharyngoplastik

- Exkl.:** Partielle Resektion des Pharynx mit Rekonstruktion (5-295 ff.)
 Radikale Resektion des Pharynx mit Rekonstruktion (5-296 ff.)

Hinw.: Diese Codes ~~ist~~^{sind} für die alleinige Pharyngoplastik ohne Resektion des Pharynx zu verwenden

5-31 Andere Larynxoperationen und Operationen an der Trachea

5-315 Rekonstruktion des Larynx

5-315.a Implantation oder Wechsel eines künstlichen Larynx

5-315.b Entfernung eines künstlichen Larynx

5-315.c Einsetzen oder Wechsel eines Ventilsystems für den künstlichen Larynx

5-315.d Entfernung eines Ventilsystems für den künstlichen Larynx

Operationen an Lunge und Bronchus

(5-32...5-34)

5-32 Exzision und Resektion an Lunge und Bronchus

Inkl.: Simultan mit Lungenparenchymresektion durchgeführte Dekortikationen und viszerale Pleurektomien

Exkl.: Pleurektomie ohne Lungenresektion (5-344 ff.)

5-322 Atypische Lungenresektion

5-322.c Enukeleation, offen chirurgisch

.cg↔ 20 ~~und~~oder mehr Läsionen, ohne Lymphadenektomie

.ch↔ 20 ~~und~~oder mehr Läsionen, mit Entfernung einzelner Lymphknoten

.cj↔ 20 ~~und~~oder mehr Läsionen, mit radikaler Lymphadenektomie

5-322.e Keilresektion, mehrfach, offen chirurgisch

.ed↔ 20 ~~und~~oder mehr Keile, ohne Lymphadenektomie

.ee↔ 20 ~~und~~oder mehr Keile, mit Entfernung einzelner Lymphknoten

.ef↔ 20 ~~und~~oder mehr Keile, mit radikaler Lymphadenektomie

5-322.f Enukeleation, thorakoskopisch

.fg↔ 20 ~~und~~oder mehr Läsionen, ohne Lymphadenektomie

.fh↔ 20 ~~und~~oder mehr Läsionen, mit Entfernung einzelner Lymphknoten

.fj↔ 20 ~~und~~oder mehr Läsionen, mit radikaler Lymphadenektomie

5-322.h Keilresektion, mehrfach, thorakoskopisch

.hd↔ 20 ~~und~~oder mehr Keile, ohne Lymphadenektomie

.he↔ 20 ~~und~~oder mehr Keile, mit Entfernung einzelner Lymphknoten

.hf↔ 20 ~~und~~oder mehr Keile, mit radikaler Lymphadenektomie

5-33 Andere Operationen an Lunge und Bronchus

5-335 Lungentransplantation

5-335.3 Retransplantation während desselben stationären Aufenthaltes

5-339 Andere Operationen an Lunge und Bronchien

5-339.6 Plastische Deckung bronchialer oder vaskulärer Anastomosen und oder Nähte

Inkl.: Plastische Deckung eines Bronchusstumpfes

Hinw.: Diese Codes sind Zusatzcodes für Operationen im Bereich Operationen an Lunge und Bronchus. Die durchgeführten Operationen sind gesondert zu kodieren. Diese Codes sind nur anzugeben, wenn der Kode für die Operation diese Information nicht enthält

5-339.7 Einführung von polymerisierendem Hydrogelschaum, bronchoskopisch

.73 In 4 ~~und~~oder mehr pulmonale Subsegmente

5-34 Operationen an Brustwand, Pleura, Mediastinum und Zwerchfell

5-346 Plastische Rekonstruktion der Brustwand

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

5-346.7 Knochenplastik und/oder Knochentransplantation

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

Operationen am Herzen

(5-35...5-37)

Exkl.: (~~Perkutan-~~)transluminale Gefäßintervention (8-836 ff.)

Perkutan-transluminale Koronarangioplastie (8-837.0 ff., 8-837.1 ff.)

Shuntoperationen zwischen großem und kleinem Kreislauf (5-390 ff.)

Hinw.: Die Anwendung mikrochirurgischer Technik ist, sofern nicht als eigener Code angegeben, zusätzlich zu kodieren (5-984)

Die Anwendung von Lasertechnik ist, sofern nicht als eigener Code angegeben, zusätzlich zu kodieren (5-985 ff.)

Anwendung von minimalinvasiver Technik ist, sofern nicht als eigener Code angegeben, zusätzlich zu kodieren (5-986 ff.)

Die Anwendung eines OP-Roboters ist, sofern nicht als eigener Code angegeben, zusätzlich zu kodieren (5-987 ff.)

Die Anwendung eines Navigationssystems ist, sofern nicht als eigener Code angegeben, zusätzlich zu kodieren (5-988)

Die Durchführung der Operation im Rahmen der Versorgung einer Mehrfachverletzung ist zusätzlich zu kodieren (5-981)

Die Durchführung der Operation im Rahmen der Versorgung eines Polytraumas ist zusätzlich zu kodieren (5-982 ff.)

Die Durchführung einer Reoperation ist, sofern nicht als eigener Code angegeben, zusätzlich zu kodieren (5-983)

Der vorzeitige Abbruch einer Operation ist zusätzlich zu kodieren (5-995)

Eine Volumenreduktion im Rahmen der Anwendung der Herz-Lungen-Maschine ist nicht gesondert zu kodieren

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

5-35 Operationen an Klappen und Septen des Herzens und herznaher Gefäße

5-351 Ersatz von Herzklappen durch Prothese

Hinw.: Die Anwendung der Herz-Lungen-Maschine ist im Code enthalten

Wenn der Einsatz der Herz-Lungen-Maschine in tiefer oder profunder Hypothermie erfolgt, ist der entsprechende Code (8-851.40, 8-851.41, 8-851.50, 8-851.51) zusätzlich anzugeben

Wenn die Anwendung der Herz-Lungen-Maschine mit intraaortaler Ballonokklusion erfolgt, ist der entsprechende Code aus dem Bereich 8-851 ff. zusätzlich anzugeben

Eine gleichzeitig durchgeführte Valvuloplastik ist gesondert zu kodieren (5-353 ff.)

Bei Ersatz mehrerer Herzklappen ist jede Klappe einzeln zu kodieren

Die Art des Transplantates ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:

- 1 Durch Allotransplantat
- 2 Durch Xenotransplantat (Bioprothese)
- 3 Durch Xenotransplantat, stentless
- 4 Durch Kunstprothese
- 5 Durch selbstexpandierendes Xenotransplantat, nahtfrei
- 6 Durch ballonexpandierendes Xenotransplantat mit Fixierungsnähten
- 7 Durch dezellularisiertes Allotransplantat ("mitwachsende Herzklappe")
- x Sonstige

5-351.0** Aortenklappe

[Subklassifikation - 6. Stelle: 1-67,x]

5-352 Wechsel von Herzklappenprothesen

Hinw.: Die Anwendung der Herz-Lungen-Maschine ist im Code enthalten

Wenn der Einsatz der Herz-Lungen-Maschine in tiefer oder profunder Hypothermie erfolgt, ist der entsprechende Code (8-851.40, 8-851.41, 8-851.50, 8-851.51) zusätzlich anzugeben

Wenn die Anwendung der Herz-Lungen-Maschine mit intraaortaler Ballonokklusion erfolgt, ist der entsprechende Code aus dem Bereich 8-851 ff. zusätzlich anzugeben

Die Art des Wechsels ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:

- 0 Xenotransplantat durch Kunstprothese
- 1 Kunstprothese durch Xenotransplantat
- 2 Kunstprothese durch Kunstprothese
- 3 Xenotransplantat durch Xenotransplantat
- 4 Xenotransplantat/Kunstprothese durch klappentragende Gefäßprothese, mechanisch
- 5 Xenotransplantat/Kunstprothese durch klappentragende Gefäßprothese, biologisch
- 6 Xenotransplantat/Kunstprothese durch selbstexpandierendes Xenotransplantat, nahtfrei
- 7 Xenotransplantat/Kunstprothese durch ballonexpandierendes Xenotransplantat mit Fixierungsnähten
- 8 Xenotransplantat/Kunstprothese durch dezellularisiertes Alлотransplantat ("mitwachsende Herzklappe")
- x Sonstige

5-352.0** Aortenklappe
[Subklassifikation - 6. Stelle: 0-78,x]

5-354 Andere Operationen an Herzklappen

Hinw.: Die Anwendung der Herz-Lungen-Maschine ist im Code enthalten

Wenn der Einsatz der Herz-Lungen-Maschine in tiefer oder profunder Hypothermie erfolgt, ist der entsprechende Code (8-851.40, 8-851.41, 8-851.50, 8-851.51) zusätzlich anzugeben

Wenn die Anwendung der Herz-Lungen-Maschine mit intraaortaler Ballonokklusion erfolgt, ist der entsprechende Code aus dem Bereich 8-851 ff. zusätzlich anzugeben

5-354.1 Mitralklappe
.12 Rekonstruktion Chordae tendineae und /oder Papillarmuskeln

5-354.3 Trikuspidalklappe
.32 Rekonstruktion Chordae tendineae und /oder Papillarmuskeln

5-357 Operationen bei kongenitalen Gefäßanomalien

5-357.9 Durchtrennung des Lig. arteriosum bei Kompression der intrathorakalen Trachea

5-358 Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens

Exkl.: Operationen im Rahmen einer Fallot-Korrektur (5-359.0)

Hinw.: Die Art der Operation ist an der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:

- 0 Klappenrekonstruktion
- 1 Klappenersatz durch Alлотransplantat
- 2 Klappenersatz durch Xenotransplantat (Bioprothese)
- 3 Klappenersatz durch Xenotransplantat, stentless
- 4 Klappenersatz durch Kunstprothese
- 5 Klappenersatz durch klappentragendes Conduit
- 6 Klappenersatz durch Autotransplantat und Alлотransplantat/Xenotransplantat (Ross-Operation)
- 7 Klappenersatz durch Autotransplantat und Alлотransplantat/Xenotransplantat mit Erweiterungsplastik des linksventrikulären Ausflusstraktes (Ross-Konno-Operation)
- 8 Valvulotomie, offen chirurgisch
- 9 Klappenersatz durch dezellularisiertes Alлотransplantat ("mitwachsende Herzklappe")
- x Sonstige

5-358.0** Aortenklappe
[Subklassifikation - 6. Stelle: 0-9.x]

5-358.1** Mitralklappe
[Subklassifikation - 6. Stelle: 0-8.x]

5-358.2** Pulmonalklappe
[Subklassifikation - 6. Stelle: 0-9.x]

5-358.3** Trikuspidalklappe
[Subklassifikation - 6. Stelle: 0-8.x]

5-358.4** AV-Klappe
[Subklassifikation - 6. Stelle: 0-8.x]

Aktualisierungsliste OPS Version 2017

5-358.5** Truncusklappe
[Subklassifikation - 6. Stelle: 0-8,x]

5-35a Minimalinvasive Operationen an Herzklappen

5-35a.2 Endovaskuläre Mitralklappenanuloplastik

Inkl.: ~~Perkutane Mitralklappenanulorrhaphie mit Spange~~

Exkl.: Transarterielle oder transvenöse Mitralklappenrekonstruktion (5-35a.40, 5-35a.41)

.20 Perkutane Mitralklappenanulorrhaphie mit Spange

.21 Perkutane Mitralklappenanulorrhaphie mit Band

.2x Sonstige

5-35a.4 Mitralklappenrekonstruktion

.41 Transvenös

Inkl.: Transvenöse Clip-Rekonstruktion der Mitralklappe

Hinw.: Die Anzahl der Clips ist gesondert zu kodieren (5-35a.6 ff.)

5-35a.6 Anzahl der Clips bei einer transvenösen Mitralklappenrekonstruktion

Hinw.: Diese Codes sind Zusatzcodes. Sie können zusätzlich zu dem Code 5-35a.41 angegeben werden

.60 1 Clip

.61 2 Clips

.62 3 Clips

.63 4 Clips

.64 5 oder mehr Clips

5-36 Operationen an den Koronargefäßen

Exkl.: Operationen bei kongenitalen Gefäßanomalien (5-357 ff.)

Hinw.: Die Anwendung der Herz-Lungen-Maschine ist, sofern nicht im Code enthalten, gesondert zu kodieren (8-851 ff.)

Die Art des Transplantates ist für die Codes 5-361 ff. und 5-362 ff. nach folgender Liste zu kodieren:

3 Mit autogenen Arterien

5 Mit Xenotransplantat

6 Mit Prothese

7 Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz

8 Mit autogenen Venen mit externem Stabilisierungsnetz

x Sonstige

5-360 Desobliteration (Endarteriektomie) der Koronararterien

Inkl.: Laserdesobliteration

Offene Ballon-Angioplastie

Thrombendarteriektomie (TEA)

Anwendung eines Embolieprotektionssystems

Exkl.: Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen (8-837 ff.)

~~(Perkutan-)~~transluminale Gefäßintervention an Gefäßen des Lungenkreislaufes (8-838 ff.)

5-361 Anlegen eines aortokoronaren Bypass

5-361.5** Bypass sechsfach ~~und~~oder mehr

5-362 Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik

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

Die offen chirurgische Entnahme eines Gefäßes zur Transplantation ist im Code enthalten

Die endoskopische Entnahme eines Gefäßes zur Transplantation ist gesondert zu kodieren (5-38b ff.)

Die Art des Transplantates ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Code 5-360 zu kodieren

5-362.f** Bypass sechsfach ~~und~~oder mehr, durch Sternotomie
[Subklassifikation - 6. Stelle: 3,5-7,x]

5-362.g** Bypass sechsfach ~~und~~oder mehr, durch Thorakotomie
[Subklassifikation - 6. Stelle: 3,5-7,x]

5-362.h** Bypass sechsfach ~~und~~oder mehr, durch Endoskopie
[Subklassifikation - 6. Stelle: 3,5-7,x]

Inkl.: Telemanipulator

5-364 Anwendung eines mechanischen Anastomosensystems bei Operationen an den Koronargefäßen

5-364.0 Anwendung eines mechanischen Anastomosensystems, proximal (an der Aorta)
.02 3 ~~und~~oder mehr Anastomosen

5-364.1 Anwendung eines mechanischen Anastomosensystems, distal (an den Koronargefäßen)
.14 5 ~~und~~oder mehr Anastomosen

5-37 Rhythmuschirurgie und andere Operationen an Herz und Perikard

5-375 Herz- und Herz-Lungen-Transplantation

Hinw.: Die Anwendung der Herz-Lungen-Maschine ist im Code enthalten
Wenn der Einsatz der Herz-Lungen-Maschine in tiefer oder profunder Hypothermie erfolgt, ist der entsprechende Code (8-851.40, 8-851.41, 8-851.50, 8-851.51) zusätzlich anzugeben
Wenn die Anwendung der Herz-Lungen-Maschine mit intraaortaler Ballonokklusion erfolgt, ist der entsprechende Code aus dem Bereich 8-851 ff. zusätzlich anzugeben

5-375.3 Herz-Retransplantation während desselben stationären Aufenthaltes

5-375.4 Herz-Lungen-Retransplantation (En-bloc) während desselben stationären Aufenthaltes

5-376 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch

5-376.0 Intraaortale Ballonpumpe

Hinw.: Die Dauer der Behandlung mit einer intraaortalen Ballonpumpe ist gesondert zu kodieren (8-83a.0 ff.)

5-376.2 Extrakorporale Pumpe (z.B. Kreislumpumpe oder Zentrifugalpumpe), univentrikulär

Hinw.: Die Dauer der Behandlung mit einer extrakorporalen univentrikulären Pumpe ist gesondert zu kodieren (8-83a.1 ff.)

5-376.3 Extrakorporale Pumpe (z.B. Kreislumpumpe oder Zentrifugalpumpe), biventrikulär

Hinw.: Die Dauer der Behandlung mit einer extrakorporalen biventrikulären Pumpe ist gesondert zu kodieren (8-83a.2 ff.)

~~.32 Isolierter Pumpenwechsel, nicht offen chirurgisch~~

~~.33 Isolierter Pumpenwechsel einer Pumpe, nicht offen chirurgisch~~

~~.34 Isolierter Pumpenwechsel beider Pumpen, nicht offen chirurgisch~~

5-376.8 Parakorporale Pumpe, biventrikulär

~~.82 Isolierter Pumpenwechsel, nicht offen chirurgisch~~

~~.83 Isolierter Pumpenwechsel einer Pumpe, nicht offen chirurgisch~~

~~.84 Isolierter Pumpenwechsel beider Pumpen, nicht offen chirurgisch~~

5-378 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators

5-378.a Zusatzinformation für die Sondenentfernung

Hinw.: Diese Codes sind Zusatzcodes. Sie dürfen nur gemeinsam mit den Codes aus 5-378.1 ff., 5-378.2 ff., 5-378.6 ff. und 5-378.7 ff. verwendet werden

.a6 Einsatz von 3 ~~und~~oder mehr intraluminalen expandierenden Extraktionshilfen

5-379 Andere Operationen an Herz und Perikard

5-379.8 Implantation, Wechsel oder Revision eines myokardmodulierenden Systems [CCM]

.80 Implantation ~~und~~oder Wechsel

5-379.9 Implantation, Wechsel ~~und~~oder Entfernung eines epikardialen Ventrikel-Unterstützungssystems

5-379.d Offen chirurgische Entfernung von Implantaten aus Herz ~~und~~oder Koronargefäßen

Inkl.: Entfernung von Stents und Okkludern

Exkl.: Offen chirurgische Entfernung von Kanülen für die Anwendung eines extrakorporalen (herz- und lungenunterstützenden Systems (5-37b.3 ff.)

5-37b Offen chirurgische Implantation und Entfernung von Kanülen für die Anwendung eines extrakorporalen (herz- und) lungenunterstützenden Systems mit Gasaustausch

- 5-37b.0 Offen chirurgische Implantation von Kanülen in das Herz und/oder zentrale Gefäße
.02 3 ~~und~~oder mehr Kanülen
- 5-37b.1 Offen chirurgische Implantation von Kanülen in periphere Gefäße ohne Gefäßprothese
.12 3 ~~und~~oder mehr Kanülen
- 5-37b.2 Offen chirurgische Implantation von Kanülen in periphere Gefäße mit Gefäßprothese
.22 3 ~~und~~oder mehr Kanülen
- 5-37b.3 Offen chirurgische Entfernung von Kanülen
.32 3 ~~und~~oder mehr Kanülen

**Operationen an den Blutgefäßen
(5-38...5-39)**

Exkl.: Operationen an den Koronargefäßen (5-36)

Operationen an intrakraniellen Blutgefäßen (5-025 ff., 5-026 ff., 5-027 ff.)

Operationen an intraspinalen Blutgefäßen (5-037 ff.)

(Perkutan-)transluminale Gefäßinterventionen (8-836 ff.)

Hinw.: Die Anwendung mikrochirurgischer Technik ist, sofern nicht als eigener Kode angegeben, zusätzlich zu kodieren (5-984)

Die Anwendung von Lasertechnik ist, sofern nicht als eigener Kode angegeben, zusätzlich zu kodieren (5-985 ff.)

Die Anwendung von minimalinvasiver Technik ist, sofern nicht als eigener Kode angegeben, zusätzlich zu kodieren (5-986 ff.)

Die Durchführung der Operation im Rahmen der Versorgung einer Mehrfachverletzung ist zusätzlich zu kodieren (5-981)

Die Durchführung der Operation im Rahmen der Versorgung eines Polytraumas ist zusätzlich zu kodieren (5-982 ff.)

Die Durchführung einer Reoperation ist, sofern nicht als eigener Kode angegeben, zusätzlich zu kodieren (5-983)

Der vorzeitige Abbruch einer Operation ist zusätzlich zu kodieren (5-995)

Die ~~offen chirurgische~~ Implantation von Stents (8-84) und die ~~offen chirurgische~~ Angioplastie (8-836.0 ff.) sind gesondert zu kodieren (~~5-38e ff., 5-38d ff., 5-38e ff., 5-38f ff.~~)

Die Anwendung der Hybridchirurgie ist gesondert zu kodieren (5-98a.0)

Die intraoperative Anwendung eines Embolieprotektionssystems ist gesondert zu kodieren (5-399.e)

5-38 Inzision, Exzision und Verschluss von Blutgefäßen

5-384 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta

5-384.6** Aorta abdominalis, suprarenal

Hinw.: Diese Codes sind bei der Abklemmung der Aorta oberhalb einer oder beider Nierenarterien zu verwenden

5-385 Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen

5-385.d (Isolierte) Rezidivcrossektomie

.d0↔ V. saphena magna

.d1↔ V. saphena parva

.d2↔ Vv. saphenae magna et parva

5-38a Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen

Inkl.: Ausschaltung von arteriellen Aneurysmen

Anwendung eines Embolieprotektionssystems

Perkutan-transluminale Einbringung von Stent-Prothesen (Stent-Graft) in die Aorta über großlumige Schleusen

Hinw.: Bei Implantation mehrerer Stent-Prothesen ist jedes Implantat gesondert zu kodieren

Zu den Öffnungen zählen Seitenarme und Fenster. Der Scallop (Mulde am Prothesenoberrand) gilt nicht als Öffnung

Die Verwendung einer patientenindividuell angefertigten Stent-Prothese ist gesondert zu kodieren (5-38a.w)

Ein Gefäßverschluss durch Naht/Clip oder perkutanes Nahtsystem ist nicht gesondert zu kodieren

5-38a.1 Aorta abdominalis

Hinw.: ~~Die Implantation einer Stent-Prothese mit Seitenarm in die A. iliaca interna ist gesondert zu kodieren (5-38a.41)~~

- ~~.42 Aortomonoiliakale Prothese ohne Fenestrierung oder Seitenarm~~
- ~~.43 Aortomonoiliakale Prothese mit Seitenarm~~
- ~~.44 Bifurkationsprothese, aortobiliakal ohne Fenestrierung oder Seitenarm~~
- ~~.46 Bifurkationsprothese, aortobiliakal mit 1 Fenestrierung~~
- ~~.47 Bifurkationsprothese, aortobiliakal mit 2 Fenestrierungen~~
- ~~.48 Bifurkationsprothese, aortobiliakal mit 3 Fenestrierungen~~
- ~~.49 Bifurkationsprothese, aortobiliakal mit 4 Fenestrierungen und mehr~~
- ~~.4a Bifurkationsprothese, aortobiliakal mit 1 Seitenarm~~
- ~~.4b Bifurkationsprothese, aortobiliakal mit 2 Seitenarmen~~
- ~~.4e Bifurkationsprothese, aortobiliakal mit 3 Seitenarmen~~
- ~~.4d Bifurkationsprothese, aortobiliakal mit 4 Seitenarmen und mehr~~
- ~~.4e Rohrprothese, aortal ohne Fenestrierung oder Seitenarm~~
- ~~.4f Rohrprothese, aortal mit 1 Fenestrierung~~
- ~~.4g Rohrprothese, aortal mit 2 Fenestrierungen~~
- ~~.4h Rohrprothese, aortal mit 3 Fenestrierungen~~
- ~~.4j Rohrprothese, aortal mit 4 Fenestrierungen und mehr~~
- ~~.4k Rohrprothese, aortal mit 1 Seitenarm~~
- ~~.4m Rohrprothese, aortal mit 2 Seitenarmen~~
- ~~.4n Rohrprothese, aortal mit 3 Seitenarmen~~
- ~~.4p Rohrprothese, aortal mit 4 Seitenarmen und mehr~~
- ~~.4q Bifurkationsprothese, aortobiliakal mit 1 Seitenarm und 1 Fenestrierung in Kombination~~
- ~~.4r Bifurkationsprothese, aortobiliakal mit insgesamt 3 Seitenarmen und Fenestrierungen, in unterschiedlicher Kombination~~
- ~~.4s Bifurkationsprothese, aortobiliakal mit insgesamt 4 oder mehr Seitenarmen und Fenestrierungen, in unterschiedlicher Kombination~~
- ~~.4t Rohrprothese, aortal mit 1 Seitenarm und 1 Fenestrierung in Kombination~~
- ~~.4u Rohrprothese, aortal mit insgesamt 3 Seitenarmen und Fenestrierungen, in unterschiedlicher Kombination~~
- ~~.4v Rohrprothese, aortal mit insgesamt 4 oder mehr Seitenarmen und Fenestrierungen, in unterschiedlicher Kombination~~
- ~~.4x Sonstige~~

5-38a.4 Arterien Becken

- ~~.40 RohrStent-P~~rothese, iliakal ohne Seitenarm
- ~~.41 RohrStent-P~~rothese, iliakal mit Seitenarm
- .42 Stent-Prothese, mit Versorgung eines Gefäßabganges in Chimney-Technik
- Inkl.:** Stent-Prothese mit Versorgung eines Gefäßabganges in Schnorchel-Technik, in Periskop-Technik, in Sandwich-Technik oder in Parallelgraft-Technik
- Hinw.:** Dieser Kode ist für die gleichzeitige Implantation einer Stent-Prothese in die A. iliaca communis und einer kleinlumigen Stent-Prothese in die A. iliaca interna zu verwenden

5-38a.7 Aorta thoracica

Hinw.: Die Verwendung von mehreren aortalen Stent-Prothesen ist gesondert zu kodieren (5-38a.v ff.)

- ~~.70 RohrStent-P~~rothese, ohne ~~Fenestrierung oder Seitenarm~~ Öffnung
- ~~.72 Rohrprothese, mit 1 Fenestrierung~~
- ~~.73 Rohrprothese, mit 2 Fenestrierungen~~
- ~~.74 Rohrprothese, mit 3 Fenestrierungen und mehr~~
- ~~.75 Rohrprothese, mit 1 Seitenarm~~
- ~~.76 Rohrprothese, mit 2 Seitenarmen~~
- ~~.77 Rohrprothese, mit 3 Seitenarmen und mehr~~
- ~~.78 Rohrprothese, mit 1 Seitenarm und 1 Fenestrierung in Kombination~~
- ~~.79 Rohrprothese, mit insgesamt 3 Seitenarmen und Fenestrierungen, in unterschiedlicher Kombination~~
- ~~.7a Rohrprothese, mit insgesamt 4 oder mehr Seitenarmen und Fenestrierungen, in unterschiedlicher Kombination~~
- .7b Stent-Prothese, mit 1 Öffnung
- .7c Stent-Prothese, mit 2 Öffnungen

- .7d Stent-Prothese, mit 3 oder mehr Öffnungen
- .7e Stent-Prothese, mit Versorgung eines Gefäßabganges in Chimney-Technik
- Inkl.:** Stent-Prothese mit Versorgung eines Gefäßabganges in Schnorchel-Technik, in Periskop-Technik, in Sandwich-Technik oder in Parallelgraft-Technik
- Hinw.:** Dieser Kode ist für die gleichzeitige Implantation einer großlumigen Stent-Prothese in die Aorta thoracica und einer kleinumigen Stent-Prothese in den Seitenast zu verwenden
- .7f Stent-Prothese, mit Versorgung von zwei oder mehr Gefäßabgängen in Chimney-Technik
- Inkl.:** Stent-Prothese mit Versorgung von Gefäßabgängen in Schnorchel-Technik, in Periskop-Technik, in Sandwich-Technik oder in Parallelgraft-Technik
- Hinw.:** Dieser Kode ist für die gleichzeitige Implantation einer großlumigen Stent-Prothese in die Aorta thoracica und von kleinumigen Stent-Prothesen in die Seitenäste zu verwenden
- .7x Sonstige
- 5-38a.8 Aorta thoracoabdominalis
- Hinw.:** Die Verwendung von mehreren aortalen Stent-Prothesen ist gesondert zu kodieren (5-38a.v ff.)
Die zusätzliche Verwendung von iliakalen Y-Prothesen ist mit dem Kode 5-38a.41 (ggf. für beide Seiten) zu kodieren
Die Art des Endes der untersten aortalen Prothese ist gesondert zu kodieren (5-38a.u ff.)
- .80 ~~Rohr~~Stent-Prothese, ohne ~~Fenestrierung oder Seitenarm~~ Öffnung
- ~~.81~~ Rohrprothese, mit 1 Fenestrierung
- ~~.82~~ Rohrprothese, mit 2 Fenestrierungen
- ~~.83~~ Rohrprothese, mit 3 Fenestrierungen
- ~~.84~~ Rohrprothese, mit 4 Fenestrierungen und mehr
- ~~.85~~ Rohrprothese, mit 1 Seitenarm
- ~~.86~~ Rohrprothese, mit 2 Seitenarmen
- ~~.87~~ Rohrprothese, mit 3 Seitenarmen
- ~~.88~~ Rohrprothese, mit 4 Seitenarmen und mehr
- ~~.89~~ Rohrprothese, mit 1 Seitenarm und 1 Fenestrierung in Kombination
- ~~.8a~~ Rohrprothese, mit insgesamt 3 Seitenarmen und Fenestrierungen, in unterschiedlicher Kombination
- ~~.8b~~ Rohrprothese, mit insgesamt 4 oder mehr Seitenarmen und Fenestrierungen, in unterschiedlicher Kombination
- .8c Stent-Prothese, mit 1 Öffnung
- .8d Stent-Prothese, mit 2 Öffnungen
- .8e Stent-Prothese, mit 3 Öffnungen
- .8f Stent-Prothese, mit 4 oder mehr Öffnungen
- .8g Stent-Prothese, mit Versorgung eines Gefäßabganges in Chimney-Technik
- Inkl.:** Stent-Prothese mit Versorgung eines Gefäßabganges in Schnorchel-Technik, in Periskop-Technik, in Sandwich-Technik oder in Parallelgraft-Technik
- Hinw.:** Dieser Kode ist für die gleichzeitige Implantation einer großlumigen Stent-Prothese in die Aorta thoracoabdominalis und einer kleinumigen Stent-Prothese in den Seitenast zu verwenden
- .8h Stent-Prothese, mit Versorgung von zwei oder mehr Gefäßabgängen in Chimney-Technik
- Inkl.:** Stent-Prothese mit Versorgung von Gefäßabgängen in Schnorchel-Technik, in Periskop-Technik, in Sandwich-Technik oder in Parallelgraft-Technik
- Hinw.:** Dieser Kode ist für die gleichzeitige Implantation einer großlumigen Stent-Prothese in die Aorta thoracoabdominalis und von kleinumigen Stent-Prothesen in die Seitenäste zu verwenden
- .8x Sonstige
- 5-38a.a Bei Hybridverfahren an Aorta ascendens, Aortenbogen oder Aorta thoracica
- .a2 Mit Implantation von drei ~~und~~oder mehr Stent-Prothesen
- 5-38a.b Bei Hybridverfahren an der Aorta thoracoabdominalis
- .b2 Mit Implantation von drei ~~und~~oder mehr Stent-Prothesen
- 5-38a.c Aorta abdominalis
- Hinw.:** Reicht die aortale Stent-Prothese kranial über den Truncus coeliacus hinaus und wird dieser mit einer Stent-Prothese versorgt, ist eine thorakoabdominale Stent-Prothese zu kodieren (5-38a.8 ff.)
Die Verwendung von mehreren aortalen Stent-Prothesen ist gesondert zu kodieren (5-38a.v ff.)
Die zusätzliche Verwendung von iliakalen Y-Prothesen ist mit dem Kode 5-38a.41 (ggf. für beide Seiten) zu kodieren
Die Art des Endes der untersten aortalen Prothese ist gesondert zu kodieren (5-38a.u ff.)

- .c0 Stent-Prothese, ohne Öffnung
- .c1 Stent-Prothese, mit 1 Öffnung
- .c2 Stent-Prothese, mit 2 Öffnungen
- .c3 Stent-Prothese, mit 3 oder mehr Öffnungen
- .c4 Stent-Prothese, mit Versorgung eines Gefäßabganges in Chimney-Technik
- Inkl.:** Stent-Prothese mit Versorgung eines Gefäßabganges in Schnorchel-Technik, in Periskop-Technik, in Sandwich-Technik oder in Parallelgraft-Technik
- Hinw.:** Dieser Code ist für die gleichzeitige Implantation einer großlumigen Stent-Prothese in die Aorta abdominalis und einer kleinlumigen Stent-Prothese in den Seitenast zu verwenden
- .c5 Stent-Prothese, mit Versorgung von zwei oder mehr Gefäßabgängen in Chimney-Technik
- Inkl.:** Stent-Prothese mit Versorgung von Gefäßabgängen in Schnorchel-Technik, in Periskop-Technik, in Sandwich-Technik oder in Parallelgraft-Technik
- Hinw.:** Dieser Code ist für die gleichzeitige Implantation einer großlumigen Stent-Prothese in die Aorta abdominalis und von kleinlumigen Stent-Prothesen in die Seitenäste zu verwenden
- .cx Sonstige
- 5-38a.u Art des Endes der untersten Stent-Prothese
- Hinw.:** Diese Codes sind Zusatzcodes. Die durchgeführten Eingriffe sind gesondert zu kodieren
Mit diesen Codes ist zu dokumentieren, wie die unterste Stent-Prothese in der Aorta endet
Die zusätzliche Verwendung von iliakalen Y-Prothesen ist mit dem Code 5-38a.41 (ggf. für beide Seiten) zu kodieren
- .u0 Aortale Stent-Prothese
- .u1 Aortomonoiliakale Stent-Prothese
- .u2 Aortobiliakale Stent-Prothese
- 5-38a.v Anzahl der verwendeten (großlumigen) aortalen Stent-Prothesen
- Hinw.:** Diese Codes sind Zusatzcodes. Die durchgeführten Eingriffe sind gesondert zu kodieren
- .v0 2 aortale Stent-Prothesen
- .v1 3 aortale Stent-Prothesen
- .v2 4 oder mehr aortale Stent-Prothesen
- 5-38a.w Patientenindividuell angefertigte Stent-Prothesen
- Hinw.:** Dieser Code ist ein Zusatzcode. Die durchgeführten Eingriffe sind gesondert zu kodieren
- 5-38e Offen-chirurgische Implantation von nicht-großlumigen ungecoverten Stents**
- Hinw.:** Diese Codes sind Zusatzcodes und zu den jeweiligen Operationscodes aus den Bereichen 5-38 und 5-39 anzuwenden
Ein Code aus diesem Bereich darf nicht verwendet werden, wenn die alleinige Inzision eines Gefäßes als Zugang (ohne weitere Maßnahmen wie z.B. eine Embolektomie oder eine Thrombektomie) als primäres Verfahren durchgeführt wurde. In diesen Fällen ist ein Code aus dem Bereich 8-84 zu verwenden
Die zu kodierende Lokalisation bezieht sich auf das Gefäß, in das der Stent eingebracht wurde
Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:
- 0 Gefäße intrakraniell
 - 1↔ Gefäße Kopf extrakraniell und Hals
 - 2↔ Gefäße Schulter und Oberarm
 - 3↔ Gefäße Unterarm
 - 4 Aorta
 - 5 Aortenisthmus
 - 6 Ductus arteriosus apertus
 - 7 V. cava
 - 8↔ Andere Gefäße thorakal
 - 9↔ Andere Gefäße abdominal und pelvin
 - a Gefäße viszeral
 - b↔ Gefäße Oberschenkel
 - c↔ Gefäße Unterschenkel
 - d Gefäßmalformationen
 - e Künstliche Gefäße
 - f Gefäße spinal
 - g V. portae

x↔ Sonstige

~~5-38c.0**~~ Ein-Stent
[Subklassifikation]

~~5-38c.1**~~ Zwei-Stents
[Subklassifikation]

~~5-38c.2**~~ Drei und mehr Stents
[Subklassifikation]

5-38d **Offen-chirurgische-Implantation-von-nicht-großlumigen-gecoverten-Stents**

Exkl.: Iliakale Stent-Prothese ohne Seitenarm (5-38a.40)

Hinw.: Diese Codes sind Zusatzcodes und zu den jeweiligen Operationscodes aus den Bereichen 5-38 und 5-39 anzuwenden

Ein Kode aus diesem Bereich darf nicht verwendet werden, wenn die alleinige Inzision eines Gefäßes als Zugang (ohne weitere Maßnahmen wie z.B. eine Embolektomie oder eine Thrombektomie) als primäres Verfahren durchgeführt wurde. In diesen Fällen ist ein Kode aus dem Bereich 8-84 zu verwenden
Die zu kodierende Lokalisation bezieht sich auf das Gefäß, in das der Stent eingebracht wurde

Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:

- 0 Gefäße intrakraniell
- 1↔ Gefäße Kopf extrakraniell und Hals
- 2↔ Gefäße Schulter und Oberarm
- 3↔ Gefäße Unterarm
- 4 Aorta
- 5 Aortenisthmus
- 6 Ductus arteriosus apertus
- 7 V. cava
- 8↔ Andere Gefäße thorakal
- 9↔ Andere Gefäße abdominal und pelvin
- a Gefäße viszeral
- b↔ Gefäße Oberschenkel
- c↔ Gefäße Unterschenkel
- d Gefäßmalformationen
- e Künstliche Gefäße
- f Gefäße spinal
- g V. portae
- x↔ Sonstige

~~5-38d.0**~~ Ein-Stent
[Subklassifikation]

~~5-38d.1**~~ Zwei und mehr Stents
[Subklassifikation]

5-38e **Offen-chirurgische-Implantation-von-großlumigen-ungecoverten-Stents**

Hinw.: Diese Codes sind Zusatzcodes und zu den jeweiligen Operationscodes aus den Bereichen 5-38 und 5-39 anzuwenden

Ein Kode aus diesem Bereich darf nicht verwendet werden, wenn die alleinige Inzision eines Gefäßes als Zugang (ohne weitere Maßnahmen wie z.B. eine Embolektomie oder eine Thrombektomie) als primäres Verfahren durchgeführt wurde. In diesen Fällen ist ein Kode aus dem Bereich 8-84 zu verwenden
Die zu kodierende Lokalisation bezieht sich auf das Gefäß, in das der Stent eingebracht wurde

Großlumige Stents beginnen für Erwachsene bei einem Durchmesser von mehr als 16 mm und für Kinder bei einem Durchmesser von mehr als 8 mm

Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:

- 0 Gefäße intrakraniell
- 1↔ Gefäße Kopf extrakraniell und Hals
- 2↔ Gefäße Schulter und Oberarm
- 3↔ Gefäße Unterarm
- 4 Aorta
- 5 Aortenisthmus
- 6 Ductus arteriosus apertus

- z V.-cava
- 8↔ Andere Gefäße thorakal
- 9↔ Andere Gefäße abdominal und pelvin
- a Gefäße viszeral
- b↔ Gefäße Oberschenkel
- c↔ Gefäße Unterschenkel
- d Gefäßmalformationen
- e Künstliche Gefäße
- f Gefäße spinal
- g V.-portae
- x↔ Sonstige

~~5-38e.0**~~ Ein Stent
[Subklassifikation]

~~5-38e.1**~~ Zwei und mehr Stents
[Subklassifikation]

5-38f **Offen-chirurgische Angioplastie (Ballon)**

Hinw.: Diese Codes sind Zusatzcodes und zu den jeweiligen Operationscodes aus den Bereichen 5-38 und 5-39 anzuwenden

~~Ein Kode aus diesem Bereich darf nicht verwendet werden, wenn die alleinige Inzision eines Gefäßes als Zugang (ohne weitere Maßnahmen wie z.B. eine Embolektomie oder eine Thrombektomie) als primäres Verfahren durchgeführt wurde. In diesen Fällen ist ein Kode aus dem Bereich 8-836 zu verwenden~~

~~Die zu kodierende Lokalisation bezieht sich auf das Gefäß, in dem die Angioplastie durchgeführt wurde~~

~~Die Art und die Anzahl der verwendeten medikamentenfreisetzenden Ballons sind gesondert zu kodieren (8-83b.b ff.)~~

- ~~5-38f.0~~ Gefäße intrakraniell
- ~~5-38f.1↔~~ Gefäße Kopf extrakraniell und Hals
- ~~5-38f.2↔~~ Gefäße Schulter und Oberarm
- ~~5-38f.3↔~~ Gefäße Unterarm
- ~~5-38f.4~~ Aorta
- ~~5-38f.5~~ Aortenisthmus
- ~~5-38f.6~~ Ductus arteriosus apertus
- ~~5-38f.7~~ V.-cava
- ~~5-38f.8↔~~ Andere Gefäße thorakal
- ~~5-38f.9↔~~ Andere Gefäße abdominal und pelvin
- ~~5-38f.a~~ Gefäße viszeral
- ~~5-38f.b↔~~ Gefäße Oberschenkel
- ~~5-38f.c↔~~ Gefäße Unterschenkel
- ~~5-38f.d~~ Gefäßmalformationen
- ~~5-38f.e~~ Künstliche Gefäße
- ~~5-38f.f~~ Gefäße spinal
- ~~5-38f.g~~ V.-portae
- ~~5-38f.x~~ Sonstige
- ~~5-38f.y~~ N.n.bez.

5-38g **Selektive offene intravasale Lyse**

Hinw.: Dieser Kode ist ein Zusatzkode und zu den jeweiligen Operationscodes aus den Bereichen 5-38 und 5-39 anzuwenden

~~Dieser Kode darf nicht verwendet werden, wenn die alleinige Inzision eines Gefäßes als Zugang (ohne weitere Maßnahmen wie z.B. eine Embolektomie oder eine Thrombektomie) als primäres Verfahren durchgeführt wurde. In diesen Fällen ist ein Kode aus dem Bereich 8-836 zu verwenden~~

5-39	Andere Operationen an Blutgefäßen
5-391	Anlegen eines intraabdominalen venösen Shuntes
<u>5-391.3</u>	<u>Mesenterikoportal</u>
5-393	Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen
<i>Inkl.:</i>	Mit Prothesenimplantation
<i>Exkl.:</i>	Anlegen eines arteriovenösen Shuntes (5-392 <u>ff.</u>)
<i>Hinw.:</i>	Die Art des Transplantates kann zusätzlich kodiert werden (5-930 <u>ff.</u>) Die Anwendung einer Gefäßprothese mit integriertem Stent ist gesondert zu kodieren (5-399.h) <u>Das Zusammenfügen eines Venenbypass-Grafts aus mindestens zwei Teilstücken ist gesondert zu kodieren (5-399.j)</u>
5-394	Revision einer Blutgefäßoperation
5-394.3	Wechsel eines vaskulären Implantates
<i>Hinw.:</i>	Dieser Kode ist ein Zusatzkode. Die durchgeführten <u>Spezifisch kodierbare</u> Eingriffe sind gesondert zu kodieren
5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen
5-399.2	Adhäsiolyse und <u>oder</u> Dekompression
5-399.5	Implantation <u>und/oder</u> Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)
<i>Inkl.:</i>	Portsystem, zentralvenöser Katheter zu Dialysezwecken (Demers-Katheter)
5-399.b	Implantation <u>und/oder</u> Wechsel einer implantierbaren Medikamentenpumpe (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)
<u>5-399.j</u>	<u>Zusammenfügen eines Venenbypass-Grafts aus mindestens zwei Teilstücken</u>
<i>Hinw.:</i>	<u>Dieser Kode ist ein Zusatzkode. Die jeweilige Gefäßoperation ist gesondert zu kodieren</u>

Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem (5-40...5-41)

5-40	Operationen am Lymphgewebe
5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße
<u>5-401.h</u>	<u>Abdominal, offen chirurgisch</u>
<i>Hinw.:</i>	<u>Zu den abdominalen Lymphknoten gehören die Lymphknoten entlang der A. gastrica, A. hepatica, A. gastroduodenalis, A. lienalis, A. coeliaca, A. mesenterica superior und inferior sowie perigastrische, periportale, kolische und rektosigmoidale Lymphknoten</u>
<u>5-401.j</u>	<u>Abdominal, laparoskopisch</u>
<i>Hinw.:</i>	<u>Zu den abdominalen Lymphknoten gehören die Lymphknoten entlang der A. gastrica, A. hepatica, A. gastroduodenalis, A. lienalis, A. coeliaca, A. mesenterica superior und inferior sowie perigastrische, periportale, kolische und rektosigmoidale Lymphknoten</u>
5-402	Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) als selbständiger Eingriff
<u>5-402.g</u>	<u>Abdominal, offen chirurgisch</u>
<i>Hinw.:</i>	<u>Zu den abdominalen Lymphknoten gehören die Lymphknoten entlang der A. gastrica, A. hepatica, A. gastroduodenalis, A. lienalis, A. coeliaca, A. mesenterica superior und inferior sowie perigastrische, periportale, kolische und rektosigmoidale Lymphknoten</u>
<u>5-402.h</u>	<u>Abdominal, laparoskopisch</u>
<i>Hinw.:</i>	<u>Zu den abdominalen Lymphknoten gehören die Lymphknoten entlang der A. gastrica, A. hepatica, A. gastroduodenalis, A. lienalis, A. coeliaca, A. mesenterica superior und inferior sowie perigastrische, periportale, kolische und rektosigmoidale Lymphknoten</u>

5-404 Radikale (systematische) Lymphadenektomie als selbständiger Eingriff5-404.m Abdominal, offen chirurgisch

Hinw.: Zu den abdominalen Lymphknoten gehören die Lymphknoten entlang der A. gastrica, A. hepatica, A. gastroduodenalis, A. lienalis, A. coeliaca, A. mesenterica superior und inferior sowie perigastrische, periportale, kolische und rektosigmoidale Lymphknoten

5-404.n Abdominal, laparoskopisch

Hinw.: Zu den abdominalen Lymphknoten gehören die Lymphknoten entlang der A. gastrica, A. hepatica, A. gastroduodenalis, A. lienalis, A. coeliaca, A. mesenterica superior und inferior sowie perigastrische, periportale, kolische und rektosigmoidale Lymphknoten

5-406 Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) im Rahmen einer anderen Operation5-406.a Abdominal, offen chirurgisch

Hinw.: Zu den abdominalen Lymphknoten gehören die Lymphknoten entlang der A. gastrica, A. hepatica, A. gastroduodenalis, A. lienalis, A. coeliaca, A. mesenterica superior und inferior sowie perigastrische, periportale, kolische und rektosigmoidale Lymphknoten

5-406.b Abdominal, laparoskopisch

Hinw.: Zu den abdominalen Lymphknoten gehören die Lymphknoten entlang der A. gastrica, A. hepatica, A. gastroduodenalis, A. lienalis, A. coeliaca, A. mesenterica superior und inferior sowie perigastrische, periportale, kolische und rektosigmoidale Lymphknoten

5-407 Radikale (systematische) Lymphadenektomie im Rahmen einer anderen Operation5-407.6 Abdominal, offen chirurgisch

Hinw.: Zu den abdominalen Lymphknoten gehören die Lymphknoten entlang der A. gastrica, A. hepatica, A. gastroduodenalis, A. lienalis, A. coeliaca, A. mesenterica superior und inferior sowie perigastrische, periportale, kolische und rektosigmoidale Lymphknoten

5-407.7 Abdominal, laparoskopisch

Hinw.: Zu den abdominalen Lymphknoten gehören die Lymphknoten entlang der A. gastrica, A. hepatica, A. gastroduodenalis, A. lienalis, A. coeliaca, A. mesenterica superior und inferior sowie perigastrische, periportale, kolische und rektosigmoidale Lymphknoten

5-408 Andere Operationen am Lymphgefäßsystem5-408.6 Transplantation ~~und~~ oder Transposition von Lymphgefäßen

Inkl.: Mikrochirurgische Technik

Hinw.: Die Transplantatentnahme ist gesondert zu kodieren (5-401.f. ff.)

5-408.7 Revision nach einer zervikalen Lymphadenektomie mit Entfernung von erkranktem Gewebe5-408.8 (Teil-)Resektion einer Lymphozele

.80 Offen chirurgisch

.81 Laparoskopisch

5-41 Operationen an Milz und Knochenmark**5-411 Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen aus dem Knochenmark**

Exkl.: Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen (8-805. ff.)
Autogene Stammzelltherapie (8-860. ff.)

Hinw.: Die In-vitro-Aufbereitung bei Entnahme der Stammzellen ist von der Klinik gesondert zu kodieren, bei der der Aufwand für die In-vitro-Aufbereitung entstanden ist (5-410.2 ff.)
Die Art der In-vitro-Aufbereitung der transplantierten oder transfundierten hämatopoetischen Stammzellen ist gesondert zu kodieren (5-411.7 ff.)

5-411.6 Retransplantation während desselben stationären Aufenthaltes

Hinw.: Dieser Kode ist ein Zusatzkode

Eine Retransplantation meint nicht die fraktionierte Gabe eines Transplantats über mehrere Tage verteilt. Mit diesem Kode ist nur eine komplett neue Transplantation hämatopoetischer Stammzellen nach Versagen der vorherigen Transplantation während desselben stationären Aufenthaltes (ungeplante

Retransplantation) zu kodieren. Dabei wird nach Ausschöpfung aller Mittel zur Erhaltung des ersten Transplantats eine neue Transplantation mit erneuter Konditionierung und/oder einem Wechsel des Stammzellspenders durchgeführt

Operationen am Verdauungstrakt (5-42...5-54)

5-42	Operationen am Ösophagus
5-429	Andere Operationen am Ösophagus
5-429.4	Naht, primär Inkl.: Verschluss einer erworbenen en ösophagotrachealen Fistel Exkl.: Verschluss einer kongenitalen ösophagotrachealen Fistel (5-428 ff.)
5-429.d	Endoskopisches Clippen Exkl.: Endoskopische(r) Geweberaffung oder Gewebeverschluss durch einen auf ein Endoskop aufgesteckten ringförmigen Clip [OTSC] (5-429.u)
5-429.m .m0	Endoskopische Antirefluxverfahren Naht- und oder Klammertechiken
5-429.u	Endoskopische(r) Geweberaffung oder Gewebeverschluss durch einen auf ein Endoskop aufgesteckten ringförmigen Clip [OTSC]
<u>5-429.w</u>	<u>Endoskopische Entfernung von Clips durch elektrische Desintegration</u>
5-44	Andere Operationen am Magen
5-449	Andere Operationen am Magen
5-449.d**	Clippen Exkl.: Endoskopische(r) Geweberaffung oder Gewebeverschluss durch einen auf ein Endoskop aufgesteckten ringförmigen Clip [OTSC] (5-449.s3)
5-449.s**	Geweberaffung oder Gewebeverschluss durch einen auf ein Endoskop aufgesteckten ringförmigen Clip [OTSC] [Subklassifikation - 6. Stelle: 3]
<u>5-449.u**</u>	<u>Endoskopische Entfernung von Clips durch elektrische Desintegration</u> <u>[Subklassifikation - 6. Stelle: 3]</u>
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 Eingriffes ist gesondert zu kodieren (5-462 ff.) Die Art der Destruktion ist für die Codes 5-451 <u>ff.</u> und 5-452 <u>ff.</u> nach folgender Liste zu kodieren: 0 Elektrokoagulation 1 Laserkoagulation 2 Thermokoagulation 3 Kryokoagulation 4 Photodynamische Therapie x Sonstige
5-451	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dünndarmes
5-451.8	Exzision, endoskopisch, Push-and-pull-back-Technik Inkl.: Exzision durch <u>Single- oder</u> Doppel-Ballon-Enteroskopie <u>.80 Exzision ohne weitere Maßnahmen</u> <u>.81 Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge</u> <u>.82 Polypektomie von mehr als 2 Polypen mit Schlinge</u> <u>.83 Endoskopische Mukosaresektion</u>

- .8x Sonstige
- 5-451.a** Destruktion, endoskopisch, Push-and-pull-back-Technik
Inkl.: Destruktion durch Single- oder Doppel-Ballon-Enteroskopie
- 5-452 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes**
Inkl.: Blutstillung
Hinw.: Die Art der Destruktion ist für die Subkodes .3, .4, .8 bis .x in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-450 zu kodieren
- 5-452.2 Exzision, endoskopisch
.20 Exzision ohne weitere Maßnahmen
.24 Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge
.22 Polypektomie von mehr als 2 Polypen mit Schlinge
.23 Endoskopische Mukosaresektion
.24 Endoskopische submukosale Dissektion [ESD]
.25 Endoskopische Vollwandexzision [EFTR]
.2x Sonstige
- 5-452.5** Destruktion, endoskopisch
[Subklassifikation]
- 5-452.6 Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik)
.60 Exzision ohne weitere Maßnahmen
.61 Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge
.62 Polypektomie von mehr als 2 Polypen mit Schlinge
.63 Endoskopische Mukosaresektion
.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
- .70 Exzision ohne weitere Maßnahmen
.71 Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge
.72 Polypektomie von mehr als 2 Polypen mit Schlinge
.73 Endoskopische Mukosaresektion
.74 Endoskopische submukosale Dissektion [ESD]
.7x Sonstige
- 5-452.8** Destruktion, endoskopisch, einfach (Push-Technik)
- 5-452.9** Destruktion, endoskopisch, Push-and-pull-back-Technik
Inkl.: Destruktion durch Single- oder Doppel-Ballon-Enteroskopie

5-46 Andere Operationen an Dünn- und Dickdarm

- 5-467 Andere Rekonstruktion des Darmes**
Exkl.: Rekonstruktion des Rektums (5-486.ff.)
- 5-467.9** Dünndarm-Retransplantation während desselben stationären Aufenthaltes
 [Subklassifikation - 6. Stelle: 0-2,x]
- 5-469 Andere Operationen am Darm**
Hinw.: Die Durchführung der endoskopischen Verfahren in Push-and-pull-back-Technik ist gesondert zu kodieren (5-469.v3)
- 5-469.2** Adhäsiolyse
 [Subklassifikation - 6. Stelle: 0-2,x]
Hinw.: Seromuskuläre Übernähungen akzidenteller Darmläsionen sind im Kode enthalten. Eine Naht bei akzidenteller Eröffnung des Darmlumens ist gesondert zu kodieren (5-467.0 ff.)
- 5-469.d** Clippen
Exkl.: Endoskopische(r) Geweberaffung oder Gewebeverschluss durch einen auf ein Endoskop aufgesteckten ringförmigen Clip-~~OTSC~~ (5-469.s3)

~~5-469.g** Transduodenale Drainage einer Pankreaszyste~~
~~[Subklassifikation]~~

5-469.s** Geweberaffung oder Gewebeverschluss durch einen auf ein Endoskop aufgesteckten ringförmigen Clip ~~[OTSC]~~
 [Subklassifikation - 6. Stelle: 3]

~~5-469.u** Endoskopische Entfernung von Clips durch elektrische Desintegration~~
~~[Subklassifikation - 6. Stelle: 3]~~

~~5-469.v Endoskopie durch Push-and-pull-back-Technik~~

~~**Hinw.:** Dieser Code ist ein Zusatzcode. Er kann zusätzlich zu anderen Codes aus dem Bereich 5-469 Andere Operationen am Darm angegeben werden~~

5-48 Operationen am Rektum

5-485 Rektumresektion ohne Sphinktererhaltung

5-485.0 Abdominoperineal

Hinw.: Die (Teil-)Resektion von Nachbarorganen ist gesondert zu kodieren

5-485.1 Abdominoperineal mit Entfernung von Nachbarorganen

Hinw.: Die (Teil-)Resektion von Nachbarorganen ist gesondert zu kodieren

Dieser Code ist im Geltungsbereich des G-DRG-Systems (§ 17b KHG) nicht zu verwenden. Dafür sind bei einer abdominoperinealen Rektumresektion mit gleichzeitiger Entfernung von Nachbarorganen ein Code aus 5-485.0 ff. und die entsprechenden Codes für die (Teil-)Resektion von Nachbarorganen anzugeben

5-485.2 Abdominosakral

Hinw.: Die (Teil-)Resektion von Nachbarorganen ist gesondert zu kodieren

5-485.3 Abdominosakral mit Entfernung von Nachbarorganen

Hinw.: Die (Teil-)Resektion von Nachbarorganen ist gesondert zu kodieren

Dieser Code ist im Geltungsbereich des G-DRG-Systems (§ 17b KHG) nicht zu verwenden. Dafür sind bei einer abdominosakralen Rektumresektion mit gleichzeitiger Entfernung von Nachbarorganen ein Code aus 5-485.2 ff. und die entsprechenden Codes für die (Teil-)Resektion von Nachbarorganen anzugeben

5-489 Andere Operation am Rektum

5-489.d Endoskopisches Clippen

Exkl.: Endoskopische(r) Geweberaffung oder Gewebeverschluss durch einen auf ein Endoskop aufgesteckten ringförmigen Clip ~~[OTSC]~~ (5-489.j)

5-489.j Endoskopische(r) Geweberaffung oder Gewebeverschluss durch einen auf ein Endoskop aufgesteckten ringförmigen Clip ~~[OTSC]~~

~~5-489.m Endoskopische Entfernung von Clips durch elektrische Desintegration~~

5-49 Operationen am Anus

5-495 Primäre plastische Rekonstruktion bei anorektalen Anomalien

5-495.1** Posteriore sagittale Anorektoplastik [PSARP] ~~[OP nach Pena und de Vries]~~

5-496 Rekonstruktion des Anus und des Sphinkterapparates

~~5-496.c Implantation, Wechsel oder Entfernung von selbstexpandierenden Implantaten im intersphinkteren Raum~~

~~.c0 Implantation~~

~~.c1 Wechsel~~

~~.c2 Entfernung~~

5-50 Operationen an der Leber

5-501 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion)

Inkl.: Blutstillung

Exkl.: Exzision einer Zyste mit Drainage über Hepatojejunostomie (5-512.2 ff., 5-512.3 ff., 5-512.4 ff.)

5-504 Lebertransplantation**Exkl.:** Allogene Hepatozytentransplantation (8-862 [ff.](#))**Hinw.:** Bei AB0-nichtkompatibler Transplantation ist der Kode 5-930.21 zusätzlich anzugeben

5-504.3 Retransplantation, komplett (gesamtes Organ) während desselben stationären Aufenthaltes

Inkl.: Simultane Hepatektomie

5-504.4 Retransplantation, partiell (Split-Leber) während desselben stationären Aufenthaltes

5-504.5 Retransplantation, auxiliär (linker Leberlappen zusätzlich zum vorhandenen Organ) während desselben stationären Aufenthaltes

5-51 Operationen an Gallenblase und Gallenwegen**Exkl.:** Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie in Gallenblase und Gallengängen (8-111 [ff.](#))**5-510 Cholezystotomie und Cholezystostomie**

5-510.4 Cholezystostomie

[.40 Offen chirurgisch](#)[.41 Laparoskopisch](#)[.42 Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch](#)[.43 Endoskopisch](#)**Hinw.:** [Die Verwendung von selbstexpandierenden Stents ist gesondert zu kodieren \(5-449.h3, 5-469.k3\)](#)[.4x Sonstige](#)**5-512 Biliodigestive Anastomose (von Ductus hepaticus, Ductus choledochus und Leberparenchym)****Inkl.:** Operationen bei kongenitaler Gallengangsatresie
Einlage einer Gallengangs-/T-Drainage**Hinw.:** Die Resektion von Gallengangsgewebe ist gesondert zu kodieren (5-515 [ff.](#))
Eine intraoperative Cholangiographie durch Zugang im Rahmen einer Laparotomie oder Laparoskopie ist gesondert zu kodieren (3-13c.3)[Die Verwendung von selbstexpandierenden Stents ist gesondert zu kodieren \(5-449.h ff., 5-469.k ff.\)](#)[Der Zugang ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:](#)[0 Offen chirurgisch](#)[1 Laparoskopisch](#)[2 Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch](#)[3 Endoskopisch](#)[x Sonstige](#)

5-512.0** Zum Magen

5-512.1** Zum Duodenum

5-512.2** Zum Jejunum

5-512.3** Zum Jejunum, mit Interposition einer Darmschlinge

[\[Subklassifikation - 6. Stelle: 0-2.x\]](#)

5-512.4** Zum Jejunum, mit Roux-Y-Anastomose

[\[Subklassifikation - 6. Stelle: 0-2.x\]](#)**Inkl.:** Zur Ableitung einer Leberzyste mit Anschluss an das Gallensystem

5-512.x** Sonstige

5-513 Endoskopische Operationen an den Gallengängen**Inkl.:** Röntgendarstellung der Gallenwege (ERC) sowie der Gallen- und Pankreaswege (ERCP)**Exkl.:** Diagnostische Endoskopie der Gallen- und Pankreaswege (1-64)
Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie in Gallenblase und Gallengängen (8-111 [ff.](#))

5-513.k Zugang durch retrograde Endoskopie

Hinw.: Dieser Kode ist ein Zusatzkode. Er ist nur anzugeben, wenn eine retrograde Endoskopie als Zugang für eines der unter 5-513.1 bis 5-513.h [ff.](#) und 5-513.m [ff.](#) bis 5-513.n [ff.](#) aufgeführten Verfahren eingesetzt wurde. Mit diesem Kode soll [ausschließlich](#) die ~~retrograde Endoskopie zur retrograden Darstellung der Gallenwege z.B. nach Gastrektomie oder Magenteilresektion mit Roux-Y-Anastomose oder partieller~~

Pankreatoduodenektomie aufgrund von Voroperationen (z.B. nach partieller Pankreatoduodenektomie, bei Roux-Y-Anastomose nach totaler oder partieller Gastrektomie) retrograd (von weiter aboral gelegenen Darmabschnitten in Richtung weiter oral gelegener Darmabschnitte) durchgeführte Endoskopie zur therapeutischen Intervention an den Gallenwegen verschlüsselt werden

- 5-513.p** Endoskopische Operation an den Gallengängen bei anatomischer Besonderheit
Hinw.: Dieser Code ist ein Zusatzcode. Er ist nur anzugeben, wenn bei Durchführung einer der unter 5-513.1 bis 5-513.h ff. und 5-513.m ff. bis 5-513.n ff. aufgeführten Verfahren eine der folgenden Besonderheiten vorlag:
- Lage der Papilla Vateri am Rand oder innerhalb eines Duodenaldivertikels oder
 - Klatskin-Tumor (Stadium III oder IV) mit Drainageeinlage im rechten und linken Gallengang oder
 - Stenosierende Neubildung der Papilla Vateri bei erstmaliger, erfolgreicher Kanülierung
- 5-514** **Andere Operationen an den Gallengängen**
Exkl.: Dilatation an Sphincter Oddi und Papilla duodeni major (5-518.0 ff.)
 Papillotomie (5-518.1 ff.)
Hinw.: Eine intraoperative Cholangiographie durch Zugang im Rahmen einer Laparotomie oder Laparoskopie ist gesondert zu kodieren (3-13c.3)
- ~~5-514.4**~~ ~~Destruktion~~
~~[Subklassifikation]~~
- 5-514.p** Wechsel einer Drainage
5-514.q** Destruktion durch Elektrokoagulation
5-514.r** Destruktion durch photodynamische Therapie
5-514.s** Destruktion durch Radiofrequenzablation
5-514.t** Destruktion durch sonstige Verfahren

5-52 **Operationen am Pankreas**

- 5-526** **Endoskopische Operationen am Pankreasgang**
Inkl.: Röntgendarstellung der Pankreaswege (ERP)
Exkl.: Diagnostische Endoskopie der Gallen- und Pankreaswege (1-64)
 Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie von Steinen in Gallenblase und Gallengängen (8-111 ff.)
- 5-526.3 Exzision
Inkl.: Endoskopische Ausräumung von Pankreasnekrosen
- 5-526.g Zugang durch retrograde Endoskopie
Hinw.: Dieser Code ist ein Zusatzcode. Er ist nur anzugeben, wenn eine retrograde Endoskopie als Zugang für eines der unter 5-526.1 bis 5-526.f ff. aufgeführten Verfahren eingesetzt wurde. Mit diesem Code soll ausschließlich die retrograde Endoskopie zur retrograden Darstellung des Pankreasganges z.B. nach Gastrektomie oder Magenteilresektion mit Roux-Y-Anastomose oder partieller Pankreatoduodenektomie aufgrund von Voroperationen (z.B. nach partieller Pankreatoduodenektomie, bei Roux-Y-Anastomose nach totaler oder partieller Gastrektomie) retrograd (von weiter aboral gelegenen Darmabschnitten in Richtung weiter oral gelegener Darmabschnitte) durchgeführte Endoskopie zur therapeutischen Intervention am Pankreasgang verschlüsselt werden
- 5-526.h Endoskopische Operation am Pankreasgang bei anatomischer Besonderheit
Hinw.: Dieser Code ist ein Zusatzcode. Er ist nur anzugeben, wenn bei Durchführung einer der unter 5-526.1 bis 5-526.f ff. aufgeführten Verfahren die folgende Besonderheit vorlag:
- Pancreas divisum mit Erfordernis der Kanülierung der Papilla minor
- 5-528** **Transplantation von Pankreas(gewebe)**
 5-528.3 Retransplantation von Pankreasgewebe während desselben stationären Aufenthaltes
 5-528.4 Retransplantation eines Pankreassegmentes während desselben stationären Aufenthaltes
 5-528.5 Retransplantation des Pankreas (gesamtes Organ) während desselben stationären Aufenthaltes

5-529 Andere Operationen am Pankreas und am Pankreasgang

- 5-529.n Transgastrale Drainage einer Pankreaszyste
 .n4 Endoskopisch mit Einlegen eines selbstexpandierenden Stents
 Exkl.: Einlegen einer selbstexpandierenden Prothese in den Pankreasgang (5-526.e0)
- 5-529.p Endoskopische transgastrale Entfernung von Pankreasnekrosen
 .p2 Mit Einlegen eines selbstexpandierenden Stents
 Exkl.: Einlegen einer selbstexpandierenden Prothese in den Pankreasgang (5-526.e0)
- 5-529.r Transduodenale Drainage einer Pankreaszyste
 .r0 Offen chirurgisch
 .r1 Endoskopisch ohne Einlegen eines Stents
 .r2 Endoskopisch mit Einlegen eines nicht selbstexpandierenden Stents
 .r3 Endoskopisch mit Einlegen eines selbstexpandierenden Stents
 Exkl.: Einlegen einer selbstexpandierenden Prothese in den Pankreasgang (5-526.e0)
 .rx Sonstige
- 5-529.s Endoskopische transduodenale Entfernung von Pankreasnekrosen
 Inkl.: Drainage
 Entfernung von retroperitonealen postpankreatitischen Nekrosen
 .s0 Ohne Einlegen eines Stents
 .s1 Mit Einlegen eines nicht selbstexpandierenden Stents
 .s2 Mit Einlegen eines selbstexpandierenden Stents
 Exkl.: Einlegen einer selbstexpandierenden Prothese in den Pankreasgang (5-526.e0)

5-54 Andere Operationen in der Bauchregion

Exkl.: Inzision und Exzision von retroperitonealem Gewebe (5-590 ff.)

5-546 Plastische Rekonstruktion von Bauchwand und Peritoneum

- 5-546.2 Plastische Rekonstruktion der Bauchwand
 Inkl.: Rekonstruktion bei Rektusdiastase
 Verschluss einer Fistel
 Exkl.: Implantation von alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material zum Verschluss abdominalen Hernien (5-53)
 Hinw.: Die Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz oder Gewebeverstärkung ist gesondert zu kodieren (5-932 ff.)
 .20 Ohne Implantation von alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material
 .21 Mit Implantation von alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material in Onlay-Technik
 .22 Mit Implantation von alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material in Sublay-Technik
 .2x Sonstige

5-549 Andere Bauchoperationen

Exkl.: Implantation von Medikamententrägern in die Bauchwand (5-892.3 ff.)

- 5-549.7 Drainage, präsakral nach Rektumexstirpation
 Inkl.: Drainage durch perinealen Zugang

Operationen an den Harnorganen (5-55...5-59)

5-55 Operationen an der Niere

Exkl.: Operationen an den Nierengefäßen (5-38 ff., 5-39 ff.)
 (Perkutan-)transluminale Gefäßinterventionen (8-836 ff.)
 Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie von Harnsteinen (8-110 ff.)
 Therapeutische perkutane Punktion der Niere (8-155.0) und des Nierenbeckens (8-155.1)

5-554 Nephrektomie

5-554.9 Nephrektomie zur Transplantation, postmortal

Inkl.: Beidseitige Nephrektomie

Hinw.: Diese ~~f~~ Codes ~~ist~~ sind auch zu verwenden, wenn die Leistung nicht abschließend erbracht wird oder sich erst intraoperativ die Nichtverwendbarkeit des Organs für eine spätere Transplantation herausstellt
Diese ~~f~~ Codes ~~s~~ und der im Fall eines vorzeitigen Abbruchs dieses Eingriffes zusätzlich zu kodierende Zusatzcode 5-995 werden nicht im Rahmen des Datensatzes nach § 301 SGB V bzw. § 21 KHEntgG übermittelt
Die Aufrechterhaltung der Homöostase für die postmortale Organspende ist im Code enthalten

5-555 Nierentransplantation

5-555.6 Retransplantation, allogene, Lebendspender während desselben stationären Aufenthaltes

5-555.7 Retransplantation, allogene, Leichenniere während desselben stationären Aufenthaltes

5-555.8 Retransplantation, En-bloc-Transplantat während desselben stationären Aufenthaltes

5-57 Operationen an der Harnblase

Exkl.: Harninkontinenz-Operationen (5-592 ~~f~~. bis 5-598 ff., 5-599.0 ff.)

Hinw.: Prozeduren an einer Ersatzharnblase oder einem Pouch sind, sofern sie mit dem OPS nicht spezifisch kodierbar sind, mit dem Code der jeweiligen Prozedur an der Harnblase zu verschlüsseln

5-58 Operationen an der Urethra

Exkl.: Harninkontinenz-Operationen (5-592 ~~f~~. bis 5-598 ff., 5-599.0 ff.)

5-59 Andere Operationen an den Harnorganen

5-590 Inzision und Exzision von retroperitonealem Gewebe

5-590.1** Drainage, perirenal
[Subklassifikation - 6. Stelle: 0-3.x]

Inkl.: Drainage eines paranephritischen Abszesses

Exkl.: Perkutane perirenale Drainage (8-148.2)

5-590.3** Drainage, pelvin
[Subklassifikation - 6. Stelle: 0-3.x]

Inkl.: Drainage von Flüssigkeitsansammlungen

Exkl.: Perkutane pelvine Drainage (8-148.3)

**Operationen an den männlichen Geschlechtsorganen
(5-60...5-64)**

5-60 Operationen an Prostata und Vesiculae seminales

5-601 Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe

5-601.9 Exzision durch fokussierten Wasserstrahl

Hinw.: Die Steuerung erfolgt durch transrektale Ultraschallbildgebung [TRUS]

5-604 Radikale Prostatovesikulektomie

Exkl.: Radikale pelvine Lymphadenektomie als selbständiger Eingriff (5-404.f ~~f~~. 5-404.g)
Revision nach radikaler Prostatovesikulektomie (5-609.7)

5-609 Andere Operationen an der Prostata

5-609.8 Transurethrale Implantation von Prostatagewebe-Retraktoren
.87 ~~und~~ oder mehr Prostatagewebe-Retraktoren

5-61 Operationen an Skrotum und Tunica vaginalis testis**5-613 Plastische Rekonstruktion von Skrotum und Tunica vaginalis testis***Hinw.:* Siehe auch Operationen zur Geschlechtsumwandlung (5-646 [ff.](#))5-613.2 Konstruktion und [/oder](#) Rekonstruktion des Skrotums**5-64 Operationen am Penis****5-649 Andere Operationen am Penis**

5-649.b Wechsel einer hydraulischen Penisprothese

.b2 Isolierter Pumpenwechsel [\[Zylinder\]](#).b4 Isolierter Wechsel des Schwellkörperimplantats [\[Zylinder\]](#)**Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen
(5-65...5-71)****5-65 Operationen am Ovar****5-653 Salpingoovarektomie**5-653.3 Salpingoovar*e*ktomie (ohne weitere Maßnahmen)**5-657 Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung**5-657.9 An Ovar und Tuba uterina [, kombiniert](#)**5-658 Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina mit mikrochirurgischer Versorgung**5-658.9↔ An Ovar und Tuba uterina [, kombiniert](#)**5-67 Operationen an der Cervix uteri****5-671 Konisation der Cervix uteri**

5-671.0 Konisation

[.00 Laserexzision](#)[.01 Schlingenexzision](#)[.02 Messerkonisation](#)[.03 Exzision mit elektrischer Nadel/Messer](#)[.0x Sonstige](#)

5-671.1 Rekonisation

[.10 Laserexzision](#)[.11 Schlingenexzision](#)[.12 Messerkonisation](#)[.13 Exzision mit elektrischer Nadel/Messer](#)[.1x Sonstige](#)**5-68 Inzision, Exzision und Exstirpation des Uterus****5-683 Uterusexstirpation [Hysterektomie]**5-683.0** Ohne Salpingoovar*e*ktomie5-683.1** Mit Salpingoovar*e*ktomie, einseitig5-683.2** Mit Salpingoovar*e*ktomie, beidseitig

5-70	Operationen an Vagina und Douglasraum
5-704	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik
Exkl.:	Urethrokolposuspension (5-595.1 ff.) Transvaginale Suspensionsoperation bei Inkontinenz (5-593 ff.)
Hinw.:	Bei gleichzeitiger Vorder- und Hinterwandplastik sind beide gesondert zu kodieren Eine ggf. durchgeführte Zervixamputation ist gesondert zu kodieren (5-673)
5-71	Operationen an der Vulva
Exkl.:	<u>Operationen im Zusammenhang mit einer Geburt (5-758 ff., 5-759.1)</u>
Hinw.:	<u>Operationen an der Urethra, der Vagina oder am Anus sind gesondert zu kodieren (5-58, 5-70, 5-49)</u> <u>Lappenplastiken sind gesondert zu kodieren (5-903.1 ff. bis 5-903.4 ff., 5-903.6 ff. bis 5-903.x ff., 5-857 ff.)</u>
5-710	Inzision der Vulva
Exkl.:	<u>Inzision an der Haut der Vulva (5-892 ff.)</u>
Inkl.:	<u>Inzision an der Haut der Vulva</u>
5-711	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste)
5-711.0↔	Inzision
5-711.1↔	Marsupialisation
5-711.2↔	Exzision
5-711.x↔	Sonstige
5-712	Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vulva
5-712.0	Exzision
Inkl.:	<u>Exzision von erkrankter Haut der Vulva</u> <u>Exzision an der Vulva unter Mitnahme der Haut des Perineums</u>
Exkl.:	<u>Exzision von erkrankter Haut der Vulva (5-894 ff., 5-895 ff.)</u> <u>Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut (5-896 ff.)</u> <u>Exzision und Resektion der Klitoris (5-713 ff.)</u> <u>Exzision und Resektion der Urethra (5-58)</u> <u>Exzision von mindestens einem Viertel (90° oder mehr) der Vulva (5-714 ff.)</u> <u>Alleinige Exzision an der Bartholin-Drüse (5-711.2)</u>
Hinw.:	<u>Hier ist die Exzision von weniger als einem Viertel der Vulva (weniger als 90°) zu kodieren</u> <u>Eine Lymphadenektomie ist gesondert zu kodieren (5-40)</u>
5-712.1	Destruktion
.12	Laserkoagulation
Inkl.:	<u>Laservaporisation</u>
5-713	Operationen an der Klitoris
Exkl.:	<u>(Teil-)Resektion der Klitoris im Rahmen einer Vulvektomie (5-714 ff.)</u>
Hinw.:	<u>Eine Lymphadenektomie ist gesondert zu kodieren (5-40)</u>
5-713.2	Plastische Rekonstruktion (Ziehharmonikoplastik)
5-714	Vulvektomie
Hinw.:	<u>Eine ggf. durchgeführte (Teil-)Resektion von Klitoris und/oder Meatus urethrae externus ist im Code enthalten</u>
5-714.4↔	Partiell
Exkl.:	<u>Exzision von weniger als einem Viertel der Vulva (weniger als 90°) (5-712.0)</u>
Hinw.:	<u>Eine Lymphadenektomie ist gesondert zu kodieren (5-40)</u>

- .40 Mit Entfernung von einem Viertel bis weniger als der Hälfte der Vulva (90° bis weniger als 180°)
- .41 Mit Entfernung von mindestens der Hälfte der Vulva (180° oder mehr)
- Inkl.:** Hemivulvektomie (lateral, ventral, dorsal)
- 5-714.5↔ Total
- Inkl.:** Entfernung der kompletten Vulva (360°)
- Hinw.:** Eine Lymphadenektomie ist gesondert zu kodieren (5-40)
- 5-714.6 En bloc mit inguinaler und femoraler Lymphadenektomie
- Hinw.:** Hierbei handelt es sich um ein spezielles Operationsverfahren mit En-bloc-Entnahme der kompletten Haut der Vulva und ggf. der Inguinalfalte sowie inguinaler und femoraler Lymphknoten
- Die Lymphadenektomie inguinaler und femoraler Lymphknoten ist hier nicht gesondert zu kodieren
- .60 Ohne Entfernung der Haut der Inguinalfalte
- .61 Mit Entfernung der Haut der Inguinalfalte
- 5-715 ↔ Radikale Vulvektomie**
- Inkl.:** Lymphadenektomie
- 5-716 Konstruktion und Rekonstruktion der Vulva (und des Perineums)**
- 5-716.0↔ Naht (nach Verletzung)
- 5-716.1↔ Plastische Rekonstruktion
- 5-716.2↔ Plastische Rekonstruktion, mikrochirurgisch (bei kongenitalen Fehlbildungen)
- 5-716.x↔ Sonstige
- 5-718 Andere Operationen an der Vulva**
- 5-718.0↔ Adhäsiolyse der Labien
- Exkl.:** Durchtrennung von Labiensynechien bei Verbrennungen (5-927 ff.)
- 5-718.x↔ Sonstige

Geburtshilfliche Operationen (5-72...5-75)

Exkl.: Überwachung und Leitung einer normalen und einer Risikogeburt (9-260, 9-261)

Hinw.: Die Anwendung mikrochirurgischer Technik ist, sofern nicht als eigener Code angegeben, zusätzlich zu kodieren (5-984)

Die Anwendung von Lasertechnik ist, sofern nicht als eigener Code angegeben, zusätzlich zu kodieren (5-985 ff.)

Die Durchführung einer Reoperation ist, sofern nicht als eigener Code angegeben, zusätzlich zu kodieren (5-983)

5-75 Andere geburtshilfliche Operationen

5-754 Intrauterine Therapie des Feten

5-754.0 Transfusion

Hinw.: Die Menge der verabreichten Blutprodukte ist gesondert zu kodieren (8-800.c ff.)

5-759 Andere geburtshilfliche Operationen

5-759.1 Entleerung eines Hämatoms an Vulva, Perineum und oder paravaginalem Gewebe

Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen (5-76...5-77)

5-77 Andere Operationen an Gesichtsschädelknochen

5-77b Knochentransplantation und -transposition an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen

5-77b.5 Knorpel-Knochen-~~trans~~plantation, autogen

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

5-78	Operationen an anderen Knochen Exkl.: Operationen an Gesichtsschädelknochen (5-76, 5-77) Operationen an Rippe und Sternum (5-34) Operationen an der Wirbelsäule (5-83) Hinw.: Aufwendige Gipsverbände sind gesondert zu kodieren (8-310 <u>ff.</u>) Bei Verbundosteosynthesen ist die Verwendung des Zements zusätzlich zu kodieren (5-785.0 ff., 5-785.1 ff.) Die Lokalisation ist für die Codes 5-780 <u>ff.</u> bis 5-782, 5-783, 5-784 , 5-785 <u>ff.</u> , 5-787 <u>ff.</u> und 5-789 <u>ff.</u> nach folgender Liste zu kodieren: 0↔ Klavikula 1↔ Humerus proximal 2↔ Humerusschaft 3↔ Humerus distal 4↔ Radius proximal 5↔ Radiuschaft 6↔ Radius distal 7↔ Ulna proximal 8↔ Ulnaschaft 9↔ Ulna distal a↔ Karpale b↔ Metakarpale c↔ Phalangen Hand d Becken e↔ Schenkelhals f↔ Femur proximal g↔ Femurschaft h↔ Femur distal j↔ Patella k↔ Tibia proximal m↔ Tibiaschaft n↔ Tibia distal p↔ Fibula proximal q↔ Fibulaschaft r↔ Fibula distal s↔ Talus t↔ Kalkaneus u↔ Tarsale v↔ Metatarsale w↔ Phalangen Fuß z↔ Skapula x↔ Sonstige
5-783	Entnahme eines Knochentransplantates Exkl.: Entnahme eines Knorpeltransplantates (5-801.a <u>ff.</u> , 5-812.8 <u>ff.</u>) Entnahme von Rippengewebe zur Transplantation (5-343.2, 5-343.4) Hinw.: Eine durchgeführte Knochentransplantation ist gesondert zu kodieren (5-275 <u>ff.</u> , 5-346.7, 5-77b <u>ff.</u> , 5-784 <u>ff.</u>) Die Lokalisation ist für die mit ** gekennzeichneten Codes in der 6. Stelle nach der Liste vor Code 5-780 zu kodieren 5-783.6** Knorpel-Knochen- t <u>r</u> ansplantat [Subklassifikation - 6. Stelle: 1,3,4,6,9-b,f,h-k,n,p,r-v,x]

5-784 Knochentransplantation und -transposition**Inkl.:** Planung und Zurichtung**Exkl.:** Knorpeltransplantation (5-801.b ff., 5-812.9 ff.)

Hinw.: Die Entnahme eines Knochentransplantates ist gesondert zu kodieren (5-783 ff.)
 Eine (Kortiko-)Spongiosaplastik ist bei einer therapeutischen Transposition oder Transplantation von Knochengewebe zu kodieren. Diese ~~f~~ Codes ~~ist~~sind nicht anzugeben bei Verschluss oder Verfüllung von iatrogen geschaffenen oder zugangsbedingten Knochendefekten (inkl. Markräumen) mit ortsständigem Gewebe. Die Bezeichnung "ortsständig" bezieht bei Gelenkeingriffen alle gelenkbildenden Flächen mit ein
 Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-780 zu kodieren

5-784.5** Knorpel-Knochen~~t~~-Transplantation, autogen
 [Subklassifikation - 6. Stelle: 0,1,3,4,6,7,9-e,h-k,n,p,r-x]

5-784.6** Knorpel-Knochen~~t~~-Transplantation, allogene
 [Subklassifikation - 6. Stelle: 0,1,3,4,6,7,9-e,h-k,n,p,r-x]

5-786 Osteosyntheseverfahren5-786.p Durch Transfixationsschraube**5-787 Entfernung von Osteosynthesematerial****Inkl.:** Resorbierbares Material

Exkl.: Entfernung von Osteosynthesematerial am Thorax (5-349.3)
 Entfernung von Osteosynthesematerial an der Wirbelsäule (5-839.0)
 Arthroskopische Entfernung von Osteosynthesematerial (5-810.3 ff.)

Hinw.: Bei Verfahrenswechsel sind die Entfernung des Osteosynthesematerials und die erneute Osteosynthese gesondert zu kodieren
 Bei Wechsel von Teilen des Osteosynthesematerials sind die Entfernung des Osteosynthesematerials und die erneute Osteosynthese gesondert zu kodieren
 Bei der Entfernung von Osteosynthesematerial einer Schraubenosteosynthese ist der Kode auch bei Entfernung mehrerer Schrauben nur einmal zu verwenden
 Bei der Entfernung von Osteosynthesematerial einer Plattenosteosynthese ist die Entfernung der dazugehörigen Schrauben im Kode enthalten
 Die Lokalisation ist für die mit ** gekennzeichneten Codes in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-780 zu kodieren

5-787.p** Transfixationsschraube
[Subklassifikation - 6. Stelle: s-v.x]

5-788 Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes

5-788.0 Resektion (Exostose)
 .0f↔ Digitus II bis V, 5 ~~und~~oder mehr Phalangen

5-788.4 Weichteilkorrektur
Inkl.: Kapsel- und/oder Bandplastik

Exkl.: Naht oder Plastik der plantaren Platte eines Metatarsophalangealgelenkes (5-788.7 ff.)

5-788.5 Osteotomie
 .51↔ Os metatarsale I, Doppelosteotomie

Hinw.: Eine Doppelosteotomie liegt vor, wenn eine kombinierte proximale und distale Metatarsale-I-Osteotomie erfolgt

.5b↔ Digitus II bis V, 5 ~~und~~oder mehr Phalangen

.5e↔ Os metatarsale I, mehrdimensionale Osteotomie**Hinw.:** Eine mehrdimensionale Osteotomie liegt vor, wenn eine Korrektur in der sagittalen, frontalen und transversalen Ebene erfolgt

5-788.6 Arthroplastik
 .6a↔ Interphalangealgelenk, Digitus II bis V, 5 ~~und~~oder mehr Gelenke

5-788.7 Naht oder Plastik der plantaren Platte eines Metatarsophalangealgelenkes
.70↔ Naht, 1 Gelenk

- [.71↔ Naht, 2 oder mehr Gelenke](#)
[.72↔ Plastik, 1 Gelenk](#)
[.73↔ Plastik, 2 oder mehr Gelenke](#)

5-789 Andere Operationen am Knochen

5-789.b** [Stabilisierung eines frakturgefährdeten Knochens](#)

Hinw.: [Das verwendete Osteosynthesematerial ist gesondert zu kodieren \(5-786 ff.\)](#)

5-79 **Reposition von Fraktur und Luxation**

5-790 Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese

Inkl.: Versorgung kindlicher Frakturen

[Reposition einer Luxationsfraktur](#)

Exkl.: Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese (5-79a ff.)

Fixateur externe am Becken (5-798.6)

Fixateur externe am Hüftgelenk (5-799.8)

Hinw.: Die arthroskopisch assistierte Versorgung einer Fraktur ist gesondert zu kodieren (5-810.6 ff.)

5-79a Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese

Exkl.: [Reposition einer Luxationsfraktur \(5-790 ff.\)](#)

Hinw.: Die geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese ist unter 8-201 [ff.](#) zu kodieren

Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:

- 0↔ Humerglenoidalgelenk
- 1↔ Akromioklavikulargelenk
- 2↔ Thorakoskapulargelenk(raum)
- 3↔ Sternoklavikulargelenk
- 4↔ Humeroulnargelenk
- 5↔ Proximales Radioulnargelenk
- 6↔ Distales Radioulnargelenk
- 7↔ Handgelenk [n.n.bez.](#)
- 8↔ Radiokarpalgelenk
- 9↔ Ulnokarpalgelenk
- a↔ Handwurzelgelenk
- b↔ Karpometakarpalgelenk
- c↔ Metakarpophalangealgelenk
- d↔ Interphalangealgelenk
- e↔ Iliosakralgelenk
- f Symphyse
- g↔ Hüftgelenk
- h↔ Kniegelenk
- j↔ Proximales Tibiofibulargelenk
- k↔ Oberes Sprunggelenk
- m↔ Unteres Sprunggelenk
- n↔ Tarsalgelenk
- p↔ Tarsometatarsalgelenk
- q↔ Metatarsophalangealgelenk
- r↔ Zehengelenk
- [s↔ Humero-radialgelenk](#)
- [t↔ Ellenbogengelenk n.n.bez.](#)
- x↔ Sonstige

5-79a.0** Durch Schraube
 [Subklassifikation - 6. Stelle: 0,1,3-[f](#),x]

5-79a.e** Durch (Blount-)Klammern
 [Subklassifikation - 6. Stelle: 0,1,3-a,h-q,[s](#),[t](#),x]

5-79a.g** Durch intramedullären Draht
 [Subklassifikation - 6. Stelle: 0,1,3-9,b-d,g-[f](#),x]

Inkl.: Federnagel

5-79b

Offene Reposition einer Gelenkluxation

Hinw.: Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:

- 0↔ Humero Glenoidalgelenk
- 1↔ Akromioklavikulargelenk
- 2↔ Thorakoskopulargelenk(raum)
- 3↔ Sternoklavikulargelenk
- 4↔ Humeroulnargelenk
- 5↔ Proximales Radioulnargelenk
- 6↔ Distales Radioulnargelenk
- 7↔ Handgelenk n.n.bez.
- 8↔ Radiokarpalgelenk
- 9↔ Ulnokarpalgelenk
- a↔ Handwurzelgelenk
- b↔ Karpometakarpalgelenk
- c↔ Metakarpophalangealgelenk
- d↔ Interphalangealgelenk
- e↔ Iliosakralgelenk
- f Symphyse
- g↔ Hüftgelenk
- h↔ Kniegelenk
- j↔ Proximales Tibiofibulargelenk
- k↔ Oberes Sprunggelenk
- m↔ Unteres Sprunggelenk
- n↔ Tarsalgelenk
- p↔ Tarsometatarsalgelenk
- q↔ Metatarsophalangealgelenk
- r↔ Zehengelenk
- s↔ Humero radialgelenk
- t↔ Ellenbogengelenk n.n.bez.
- x↔ Sonstige

5-79b.g**

Durch intramedullären Draht

[Subklassifikation - 6. Stelle: 0,1,3-d,g-m,p-~~f~~,x]

Inkl.: Federnagel

5-80**Offen chirurgische Gelenkoperationen**

Exkl.: Offene Reposition von Gelenkfrakturen (5-793 ff.)

Offene Reposition von Gelenkluxationen (5-79b ff.)

Arthroskopische Gelenkoperationen (5-81)

Hinw.: Das Einbringen von Osteosynthesematerial in Weichteilgewebe ist gesondert zu kodieren (5-869.2)

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

Die Lokalisation ist für die Codes 5-800 ff., 5-801 ff. und 5-809 ff. nach folgender Liste zu kodieren:

- 0↔ Humero Glenoidalgelenk
- 1↔ Akromioklavikulargelenk
- 2↔ Thorakoskopulargelenk(raum)
- 3↔ Sternoklavikulargelenk
- 4↔ Humeroulnargelenk
- 5↔ Proximales Radioulnargelenk
- 6↔ Distales Radioulnargelenk
- 7↔ Handgelenk n.n.bez.
- 8↔ Radiokarpalgelenk
- 9↔ Ulnokarpalgelenk
- e↔ Iliosakralgelenk
- f Symphyse
- g↔ Hüftgelenk
- h↔ Kniegelenk
- j↔ Proximales Tibiofibulargelenk
- k↔ Oberes Sprunggelenk

m↔ Unterer Sprunggelenk
n↔ Tarsalgelenk
p↔ Tarsometatarsalgelenk
q↔ Metatarsophalangealgelenk
r↔ Zehngelenk
s↔ Humeroradialgelenk
t↔ Ellenbogengelenk n.n.bez.
x↔ Sonstige

5-800 Offen chirurgische Operation eines Gelenkes

Inkl.: Handgelenk

Exkl.: Operation an Gelenken der Hand (5-844 ff.)

Hinw.: Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach vorstehender Liste zu kodieren

5-800.c** Resektion von Bandanteilen und oder Bandresten

5-801 Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken

Hinw.: Die Entnahme eines Knorpel-Knochen-Transplantates ist gesondert zu kodieren (5-783.6 ff.)

Die Knorpel-Knochen-Transplantation ist gesondert zu kodieren (5-784.5 ff., 5-784.6 ff.)

Die Lokalisation ist für die Subkodes .0 bis .4, .a bis .c und .x in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-800 zu kodieren

5-801.0** Exzision von erkranktem Gewebe am Gelenkknorpel
[Subklassifikation - 6. Stelle: 0,1,3-9,e-f,x]

5-801.3** Refixation eines osteochondralen Fragmentes
[Subklassifikation - 6. Stelle: 0,1,3-9,e-f,x]

Exkl.: Offene Reposition einer Pipkinfraktur (5-799 ff.)

5-801.4** Subchondrale Spongiosaplastik mit Fragmentfixation
[Subklassifikation - 6. Stelle: 0,1,3-9,e-f,x]

5-801.a** Entnahme eines Knorpeltransplantates
[Subklassifikation - 6. Stelle: 0,4,7,g,h,k,m,s,t,x]

Inkl.: Entnahme von Knorpel zur Zell- und Gewebezüchtung

5-801.b** Knorpeltransplantation
[Subklassifikation - 6. Stelle: 0,1,3-9,e,g-f,x]

5-801.c** Implantation von in vitro hergestellten Gewebekulturen
[Subklassifikation - 6. Stelle: 0,1,3-9,e,g-f,x]

Exkl.: Autogene matrixinduzierte Chondrozytentransplantation (5-801.k ff.)

5-801.g** Knorpelglättung, mechanisch (Chondroplastik)
[Subklassifikation - 6. Stelle: 0,1,3-9,e,g-f,x]

5-801.h** Subchondrale Knocheneröffnung (z.B. nach Pridie, Mikrofrakturierung, Abrasionsarthroplastik)
[Subklassifikation - 6. Stelle: 0,1,3-9,e,g-f,x]

5-801.k** Autogene matrixinduzierte Chondrozytentransplantation
[Subklassifikation - 6. Stelle: 0,1,3-9,e,g-f,x]

5-801.n** Subchondrale Knocheneröffnung mit Einbringen eines azellulären Implantates
[Subklassifikation - 6. Stelle: 0,1,3-9,e,g-f,x]

Inkl.: Autogene matrixinduzierte Chondrogenese

5-801.p** Subchondrale Knocheneröffnung mit Einbringen eines mit homologem Vollblut oder seinen Bestandteilen angereicherten azellulären Implantates
[Subklassifikation - 6. Stelle: 0,1,3-9,e,g-f,x]

Exkl.: Autogene matrixinduzierte Chondrogenese (5-801.n ff.)

5-805 Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes

Exkl.: Osteotomie am Schultergelenk (5-781 ff.)

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

5-807 Offen chirurgische Refixation am Kapselbandapparat anderer Gelenke**Inkl.:** Bandplastik

Exkl.: Offen chirurgische Refixation am Kapselbandapparat des Kniegelenkes (5-802 ff., 5-803 ff.)
 Offen chirurgische Refixation am Kapselbandapparat des Schultergelenkes (5-805 ff.)
 Offen chirurgische Refixation am Kapselbandapparat des Sprunggelenkes (5-806 ff.)
 Operationen an der Hand (5-84)
 Naht eines Bandes des unteren Sprunggelenkes (5-806.8)
 Bandplastik des medialen Bandapparates (5-806.9), der Syndesmose (5-806.a) oder des unteren Sprunggelenkes (5-806.b)

5-807.7 Naht oder Plastik des Kapselbandapparates des Ellenbogengelenkes**Inkl.:** Transossäre Fixation oder Fixation mit Knochenanker.70↔ Naht des medialen Kapselbandapparates.71↔ Naht des lateralen Kapselbandapparates.72↔ Plastik des medialen Kapselbandapparates**Inkl.:** Augmentation**Hinw.:** Die Transplantatentnahme ist gesondert zu kodieren.73↔ Plastik des lateralen Kapselbandapparates**Inkl.:** Augmentation**Hinw.:** Die Transplantatentnahme ist gesondert zu kodieren**5-808 Arthrodesen**

5-808.7 Oberes Sprunggelenk

.72↔ Mit unterem Sprunggelenk und Chopartgelenk, kombiniert**Inkl.:** Tibio-kalkaneare Arthrodesen, tibio-tarsale Arthrodesen5-808.a Fußwurzel und oder Mittelfuß**Inkl.:** Tarsometatarsale Arthrodesen, naviculo-cuneiforme Arthrodesen**Exkl.:** Arthrodesen am Metatarsophalangealgelenk (5-808.b ff.)

Hinw.: Zu den zu zählenden Gelenkfächern gehören die Gelenkfächer der Tarsometatarsalgelenke 1-5 und der intercuneiformen Gelenke sowie die naviculocuneiformen Gelenkfächer. Die korrespondierenden Gelenkflächen zwischen Os cuneiforme mediale und Os naviculare, Os cuneiforme intermedium und Os naviculare sowie Os cuneiforme laterale und Os naviculare zählen jeweils als ein Gelenkfach. Die knorpeligen Flächen zwischen den Metatarsalbasen werden nicht gezählt

~~.a0↔ Ein oder zwei Gelenkfächer~~~~.a2↔ Drei oder vier Gelenkfächer~~~~.a3↔ Fünf oder mehr Gelenkfächer~~**Inkl.:** Komplette Lisfranc-Arthrodesen.a4↔ Ein Gelenkfach.a5↔ Zwei Gelenkfächer.a6↔ Drei Gelenkfächer.a7↔ Vier Gelenkfächer.a8↔ Fünf oder mehr Gelenkfächer**Inkl.:** Komplette Lisfranc-Arthrodesen

5-808.b Zehengelenk

.b6↔ Kleinzehengelenk, 5 und oder mehr Gelenke**Inkl.:** Metatarsophalangealgelenk der Kleinzehen**5-809 Andere offen chirurgische Gelenkoperationen**

5-809.0** Durchtrennung eines Bandes

[Subklassifikation - 6. Stelle: 0,1,3-9,e-~~f~~,x]**Exkl.:** Durchtrennung des Lig. carpi transversum, Ringbandspaltung (5-841.1 ff.)

5-809.2** Temporäre Fixation eines Gelenkes

[Subklassifikation - 6. Stelle: 0,2-9,e-t,x]

Exkl.: Temporäre Fixation an Gelenken der Hand (5-849.1)

Temporäre Fixation des Akromioklavikulargelenkes (5-807.5, 5-807.6)

Hinw.: Das zur temporären Fixation angewandte Osteosyntheseverfahren ist gesondert zu kodieren (5-786 ff.)

5-81

Arthroskopische Gelenkoperationen

Inkl.: Endoskopische Eingriffe im periartikulären Raum

Exkl.: Alleinige diagnostische Arthroskopie (1-697 ff.)

Hinw.: Eine gleichzeitig durchgeführte diagnostische Arthroskopie ist im Code enthalten

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

Die Lokalisation ist für die Codes 5-810 ff. bis 5-812 ff. und 5-819 ff. nach folgender Liste zu kodieren:

- 0↔ Humero Glenoidalgelenk
- 1↔ Akromioklavikulargelenk
- 2↔ Thorakoskapulargelenk(raum)
- 3↔ Sternoklavikulargelenk
- 4↔ Humeroulnargelenk
- 5↔ Proximales Radioulnargelenk
- 6↔ Distales Radioulnargelenk
- 7↔ Handgelenk n.n.bez.
- 8↔ Radiokarpalgelenk
- 9↔ Ulnokarpalgelenk
- e↔ Iliosakralgelenk
- f Symphyse
- g↔ Hüftgelenk
- h↔ Kniegelenk
- j↔ Proximales Tibiofibulargelenk
- k↔ Oberes Sprunggelenk
- m↔ Unteres Sprunggelenk
- n↔ Tarsalgelenk
- p↔ Tarsometatarsalgelenk
- q↔ Metatarsophalangealgelenk
- r↔ Zehngelenk
- s↔ Humeroradialgelenk
- t↔ Ellenbogengelenk n.n.bez.
- x↔ Sonstige

5-810 Arthroskopische Gelenkoperation

5-810.3** Entfernung von Osteosynthesematerial
[Subklassifikation - 6. Stelle: 0,1,3-9,e-f,x]

Inkl.: Entfernung anderer Implantate

5-810.4** Entfernung freier Gelenkkörper
[Subklassifikation - 6. Stelle: 0,1,3-9,e,g-f,x]

Inkl.: Entfernung eines Fremdkörpers
Entfernung osteochondraler Fragmente

5-810.6** Arthroskopisch assistierte Versorgung einer Fraktur

Hinw.: Dieser Code ~~ist~~ ist Zusatzcode ~~s~~ und zur Angabe einer arthroskopischen Unterstützung bei einer Frakturversorgung zu verwenden

Eine durchgeführte Frakturosteosynthese ist gesondert zu kodieren (5-79 ff.)

5-810.9** Resektion von Bandanteilen und/oder Bandresten
[Subklassifikation - 6. Stelle: 0,1,3-9,e-f,x]

5-811 Arthroskopische Operation an der Synovialis

5-811.2** Synovektomie, partiell
[Subklassifikation - 6. Stelle: 0,1,3-9,e,g-f,x]

5-811.3** Synovektomie, total
[Subklassifikation - 6. Stelle: 0,1,3-9,e,g-f,x]

5-812 Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken

- 5-812.0** Exzision von erkranktem Gewebe am Gelenkknorpel
[Subklassifikation - 6. Stelle: 0,1,3-9,e-**f**,x]
- 5-812.3** Refixation eines osteochondralen Fragmentes
[Subklassifikation - 6. Stelle: 0,1,3-9,e-**f**,x]
- 5-812.4** Subchondrale Spongiosaplastik
[Subklassifikation - 6. Stelle: 0,1,3-9,e-**f**,x]
- 5-812.8** Entnahme eines Knorpeltransplantates
[Subklassifikation - 6. Stelle: 0,4,7,g,h,k,m,**s,t**,x]
Inkl.: Entnahme von Knorpel zur Zell- und Gewebezüchtung
- 5-812.9** Knorpeltransplantation
[Subklassifikation - 6. Stelle: 0,1,3-9,e-**f**,x]
- 5-812.a** Implantation von in vitro hergestellten Gewebekulturen
[Subklassifikation - 6. Stelle: 0,1,3-9,e-**f**,x]
Exkl.: Autogene matrixinduzierte Chondrozytentransplantation (5-812.h ff.)
- 5-812.e** Knorpelglättung (Chondroplastik)
[Subklassifikation - 6. Stelle: 0,1,3-9,e-**f**,x]
- 5-812.f** Subchondrale Knocheneröffnung (z.B. nach Pridie, Mikrofrakturierung, Abrasionsarthroplastik)
[Subklassifikation - 6. Stelle: 0,1,3-9,e,g-**f**,x]
- 5-812.g** Subchondrale Knocheneröffnung mit Einbringen eines azellulären Implantates
[Subklassifikation - 6. Stelle: 0,1,3-9,e,g-**f**,x]
Inkl.: Autogene matrixinduzierte Chondrogenese
- 5-812.h** Autogene matrixinduzierte Chondrozytentransplantation
[Subklassifikation - 6. Stelle: 0,1,3-9,e-**f**,x]
- 5-812.m** Subchondrale Knocheneröffnung mit Einbringen eines mit homologem Vollblut oder seinen Bestandteilen angereicherten azellulären Implantates
[Subklassifikation - 6. Stelle: 0,1,3-9,e,g-**f**,x]
Exkl.: Autogene matrixinduzierte Chondrogenese (5-812.g ff.)
- 5-819 Andere arthroskopische Operationen**
- 5-819.0** Durchtrennung eines Bandes
[Subklassifikation - 6. Stelle: 0,1,3-9,e-**f**,x]
- 5-819.1** Debridement einer Sehne
[Subklassifikation - 6. Stelle: 0,4,5,h,k,**s,t**,x]
Exkl.: Offen chirurgisches Debridement einer Sehne (5-850.c ff.)

5-82 Endoprothetischer Gelenk- und Knochenersatz**5-820 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk**

- Hinw.:** Eine durchgeführte Pfannendachplastik ist gesondert zu kodieren (5-829.1)
Eine durchgeführte Pfannenbodenplastik ist gesondert zu kodieren (5-829.h)
Eine durchgeführte Spongiosaplastik ist gesondert zu kodieren (5-784 ff.)
Die zusätzliche Verwendung von Osteosynthesematerial ist gesondert zu kodieren (5-786 ff.)
Die Verwendung einer Gelenkschnapp-Pfanne ist gesondert zu kodieren (5-820.7 ff.)
Die komplexe Erstimplantation einer Endoprothese z.B. mit Femurersatz oder mit Ersatz benachbarter Gelenke ist gesondert zu kodieren (5-829.a)
Die Verwendung einer Tumorendoprothese ist gesondert zu kodieren (5-829.c)
Die **An**Verwendung **von**einer hypoallergenen Prothesen**a** ist gesondert zu kodieren (5-829.e)
Aufwendige Gipsverbände sind gesondert zu kodieren (8-310 ff.)
Die Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation ist gesondert zu kodieren (5-829.n)
Ein durchgeführter alloplastischer Knochenersatz ist gesondert zu kodieren (5-785 ff.)
Die Implantation einer CAD-CAM-Prothese ist mit dem jeweiligen Kode für die Implantation der

Endoprothese und den Zusatzcodes 5-829.m oder 5-829.p zu kodieren

5-820.2** Totalendoprothese, Sonderprothese
Inkl.: Langschaft, Tumorprothese, ~~CAD-CAM-Prothese~~

5-821 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk

Hinw.: Eine durchgeführte Spongiosaplastik ist gesondert zu kodieren (5-784 ff.)
Eine durchgeführte Pfannenbodenplastik ist gesondert zu kodieren (5-829.h)
Der Einbau einer Gelenkpfannenstützschale oder eines Antiluxationspfannenrandes ist gesondert zu kodieren (5-820.5 ff.)
Die zusätzliche Verwendung von Osteosynthesematerial ist gesondert zu kodieren (5-786 ff.)
Die Verwendung einer Gelenkschnapp-Pfanne ist gesondert zu kodieren (5-820.7 ff.)
Komplexe Wechseloperationen z.B. mit Femurersatz oder mit Ersatz benachbarter Gelenke sind gesondert zu kodieren (5-829.b)
Die Verwendung einer Tumorendoprothese ist gesondert zu kodieren (5-829.c)
Ein durchgeführter alloplastischer Knochenersatz ist gesondert zu kodieren (5-785 ff.)
Der (Teil-)Wechsel in eine CAD-CAM-Prothese ist mit dem jeweiligen Kode für den (Teil-)Wechsel der Endoprothese und den Zusatzcodes 5-829.m oder 5-829.p zu kodieren

5-821.1 Wechsel einer Femurkopfprothese
.15↔ In Totalendoprothese, Sonderprothese
Inkl.: Langschaft, Tumorprothese, ~~CAD-CAM-Prothese~~

5-821.2 Wechsel einer Gelenkpfannenprothese
.29↔ In Totalendoprothese, Sonderprothese
Inkl.: Langschaft, Tumorprothese, ~~CAD-CAM-Prothese~~

5-821.3 Wechsel einer zementierten Totalendoprothese
.33↔ In Totalendoprothese, Sonderprothese
Inkl.: Langschaft, Tumorprothese, ~~CAD-CAM-Prothese~~

5-821.4 Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese
.43↔ In Totalendoprothese, Sonderprothese
Inkl.: Langschaft, Tumorprothese, ~~CAD-CAM-Prothese~~

5-821.5 Wechsel einer Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert)
.53↔ In Totalendoprothese, Sonderprothese
Inkl.: Langschaft, Tumorprothese, ~~CAD-CAM-Prothese~~

5-821.6 Wechsel einer Totalendoprothese, Sonderprothese
Inkl.: Langschaft, Tumorprothese, ~~CAD-CAM-Prothese~~
.63↔ In Totalendoprothese, Sonderprothese
Inkl.: Langschaft, Tumorprothese, ~~CAD-CAM-Prothese~~

5-821.e↔ Entfernung einer Totalendoprothese, Sonderprothese
Inkl.: Langschaft, Tumorprothese, ~~CAD-CAM-Prothese~~

5-821.f Wechsel einer Duokopfprothese
.f4↔ In Totalendoprothese, Sonderprothese
Inkl.: Langschaft, Tumorprothese, ~~CAD-CAM-Prothese~~

5-822 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk

Hinw.: Eine durchgeführte Spongiosaplastik ist gesondert zu kodieren (5-784 ff.)
Die zusätzliche Verwendung von Osteosynthesematerial ist gesondert zu kodieren (5-786 ff.)
Die komplexe Erstimplantation einer Endoprothese z.B. mit Knochenersatz oder mit Ersatz benachbarter Gelenke ist gesondert zu kodieren (5-829.a)
Die Verwendung einer Tumorendoprothese ist gesondert zu kodieren (5-829.c)
Die ~~An~~Verwendung ~~von einer~~ hypoallergenen Prothese ist gesondert zu kodieren (5-829.e)
Die Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation ist gesondert zu kodieren (5-829.n)
Ein durchgeführter alloplastischer Knochenersatz ist gesondert zu kodieren (5-785 ff.)
Die Implantation einer CAD-CAM-Prothese ist mit dem jeweiligen Kode für die Implantation der Endoprothese und den Zusatzcodes 5-829.m oder 5-829.p zu kodieren

- 5-822.9** Sonderprothese
Inkl.: Tumorprothese, ~~CAD-CAM-Prothese~~
Hinw.: Ein Patellaersatz ist gesondert zu kodieren (5-822.8 ff.)
- 5-823 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk**
Hinw.: Eine durchgeführte Spongiosaplastik ist gesondert zu kodieren (5-784 ff.)
 Die zusätzliche Verwendung von Osteosynthesematerial ist gesondert zu kodieren (5-786 ff.)
 Komplexe Wechseloperationen z.B. mit Knochenersatz oder mit Ersatz benachbarter Gelenke sind gesondert zu kodieren (5-829.b)
 Die Verwendung einer Tumorendoprothese ist gesondert zu kodieren (5-829.c)
 Die ~~An~~Verwendung einer hypoallergen Prothese ist gesondert zu kodieren (5-829.e)
 Die Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation ist gesondert zu kodieren (5-829.n)
 Ein durchgeführter alloplastischer Knochenersatz ist gesondert zu kodieren (5-785 ff.)
Der (Teil-)Wechsel in eine CAD-CAM-Prothese ist mit dem jeweiligen Kode für den (Teil-)Wechsel der Endoprothese und den Zusatzkodes 5-829.m oder 5-829.p zu kodieren
- 5-824 Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität**
Exkl.: Implantation eines Humerusersatzes (5-828 ff.)
Hinw.: Eine durchgeführte Spongiosaplastik ist gesondert zu kodieren (5-784 ff.)
 Die zusätzliche Verwendung von Osteosynthesematerial ist gesondert zu kodieren (5-786 ff.)
 Die komplexe Erstimplantation einer Endoprothese z.B. mit Knochenersatz oder mit Ersatz benachbarter Gelenke ist gesondert zu kodieren (5-829.a)
 Die Verwendung einer Tumorendoprothese ist gesondert zu kodieren (5-829.c)
 Die ~~An~~Verwendung ~~von einer~~ hypoallergen Prothesen ~~n~~ ist gesondert zu kodieren (5-829.e)
 Die Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation ist gesondert zu kodieren (5-829.n)
 Ein durchgeführter alloplastischer Knochenersatz ist gesondert zu kodieren (5-785 ff.)
- 5-824.0 Teilprothese im Bereich des proximalen Humerus
- 5-824.4↔ Totalendoprothese Ellenbogengelenk, gekoppelt
.40↔ ~~Humeroulnargelenk, ohne Ersatz des Radiuskopfes~~
.41↔ ~~Humeroulnargelenk, mit Ersatz des Radiuskopfes~~
- 5-824.5↔ Totalendoprothese Ellenbogengelenk, ungekoppelt
.50↔ ~~Humeroulnargelenk, ohne Ersatz des Radiuskopfes~~
.51↔ ~~Humeroulnargelenk, mit Ersatz des Radiuskopfes~~
.52↔ ~~Humeroradialgelenk~~
- 5-824.6↔ ~~Ersatz der Teilprothese im Bereich des~~ distalen Humerus ~~gelenkfläche~~
.60↔ ~~Oberflächenersatzprothese~~
Inkl.: Teilersatz der distalen Humerusgelenkfläche
.61↔ ~~Schaftverankerte Prothese~~
- 5-824.7↔ Ulnakopfprothese
.70↔ ~~Ohne Kopplung am Radius~~
.71↔ ~~Mit Kopplung am Radius~~
- 5-824.9 Fingergelenkendoprothese
 .95↔ Sechs ~~und~~oder mehr Endoprothesen
- 5-825 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität**
- 5-825.f↔ Wechsel einer Oberflächenersatzprothese am proximalen Humerus
- 5-825.g↔ Entfernung einer Oberflächenersatzprothese am proximalen Humerus
- 5-825.m ~~Wechsel einer Teilprothese im Bereich des distalen Humerus~~
.m0↔ ~~In eine Oberflächenersatzprothese~~
Inkl.: Teilersatz der distalen Humerusgelenkfläche
.m1↔ ~~In eine schaftverankerte Prothese~~
.m2↔ ~~In eine gekoppelte Totalendoprothese am Humero-ulnargelenk, ohne Ersatz des Radiuskopfes~~
.m3↔ ~~In eine gekoppelte Totalendoprothese am Humero-ulnargelenk, mit Ersatz des Radiuskopfes~~
.m4↔ ~~In eine ungekoppelte Totalendoprothese am Humero-ulnargelenk, ohne Ersatz des Radiuskopfes~~

- .m5↔ In eine ungekoppelte Totalendoprothese am Humeroulnargelenk. mit Ersatz des Radiuskopfes
.m6↔ In eine Totalendoprothese am Humeroradialgelenk
- 5-825.n↔ Entfernung einer Teilprothese im Bereich des distalen Humerus
- 5-825.p Wechsel einer Ulnakopfprothese
.p0↔ In eine Ulnakopfprothese ohne Kopplung am Radius
.p1↔ In eine Ulnakopfprothese mit Kopplung am Radius
- 5-825.q↔ Entfernung einer Ulnakopfprothese
- 5-829 Andere gelenkplastische Eingriffe**
- 5-829.e Verwendung von hypoallergenem Knochenersatz- und oder Osteosynthesematerial
Inkl.: Titan
Hinw.: Dieser Kode ist ein Zusatzkode. Die durchgeführten Eingriffe sind gesondert zu kodieren
- 5-829.j Verwendung von beschichteten Endoprothesen oder beschichteten Abstandshaltern
Hinw.: Diese Codes sind Zusatzcodes. Die durchgeführten Eingriffe sind gesondert zu kodieren
- 5-829.m Implantation von oder (Teil-)Wechsel in ein patientenindividuell angefertigtes Implantat bei knöcherner Defektsituation oder angeborener oder erworbener Deformität
Inkl.: Implantation von oder (Teil-)Wechsel in eine CAD-CAM-Prothese bei knöcherner Defektsituation oder angeborener oder erworbener Deformität
Exkl.: Implantation oder Wechsel einer Tumorendoprothese bei primären oder sekundären malignen Knochentumoren, wobei das Implantat der Länge und Dicke des resezierten Knochens entspricht (5-829.c)
Hinw.: Dieser Kode ist ein Zusatzkode. Die durchgeführten Eingriffe sind gesondert zu kodieren
 Dieser Kode ist nicht anzuwenden bei der Implantation von oder dem (Teil-)Wechsel in patientenindividuell angefertigte Implantate bei Arthrosedeformitäten
 Eine alleinige Osteoporose ohne pathologische Fraktur (ICD-10-GM-Kode M81.-) ist keine knöcherne Defektsituation. Ebenfalls keine knöcherne Defektsituation liegt bei einer operationsbedingten Resektion eines gelenktragenden Anteils vor
 Ein Teilwechsel ist der Wechsel einer kompletten gelenkbildenden Komponente
- 5-829.p Implantation von oder (Teil-)Wechsel in ein patientenindividuell angefertigtes Implantat ohne knöcherne Defektsituation oder angeborene oder erworbene Deformität
Inkl.: Implantation von oder (Teil-)Wechsel in eine CAD-CAM-Prothese ohne knöcherne Defektsituation oder angeborene oder erworbene Deformität
Hinw.: Dieser Kode ist ein Zusatzkode. Die durchgeführten Eingriffe sind gesondert zu kodieren
Ein Teilwechsel ist der Wechsel einer kompletten gelenkbildenden Komponente
- 5-829.q Verwendung einer vollkeramischen Endoprothese
Hinw.: Dieser Kode ist ein Zusatzkode. Die durchgeführten Eingriffe sind gesondert zu kodieren

5-83 Operationen an der Wirbelsäule

5-835 Knochenersatz an der Wirbelsäule

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

5-836 Spondylodese

5-836.4 Dorsal und ventral kombiniert, interkorporal

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

Diese Codes 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.)

5-838 **Andere komplexe Rekonstruktionen der Wirbelsäule**

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

5-838.d Korrektur einer Wirbelsäulendeformität durch Implantation von vertikalen expandierbaren prothetischen Titanrippen [VEPTR]

Hinw.: Die operative Verlängerung von vertikalen expandierbaren prothetischen Titanrippen ist gesondert zu kodieren (5-838.g)

5-838.g Operative Verlängerung von vertikalen expandierbaren prothetischen Titanrippen [VEPTR]

5-83b **Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule**

Exkl.: Implantation einer Bandscheibenprothese (5-839.1 ff.)
 Implantation von Material in einen Wirbelkörper ohne Verwendung eines Systems zur intravertebralen, instrumentellen Wirbelkörperaufrichtung (5-839.9 ff.)
 Implantation von Material in einen Wirbelkörper mit Verwendung eines Systems zur intravertebralen, instrumentellen Wirbelkörperaufrichtung (5-839.a ff.)
 Implantation eines interspinösen Spreizers (5-839.b ff.)

Hinw.: Bei Kombinationen von unter 5-83b genannten verschiedenen Verfahren (Implantate) während eines Eingriffs sind alle Komponenten verschiedenen Verfahren (Implantate) einzeln zu kodieren. Bei Verwendung gleicher Implantate an verschiedenen Abschnitten der Wirbelsäule während eines Eingriffs ist nur ein Kode für das jeweilige Verfahren (Implantat) mit Summierung der Anzahl aller versorgten Wirbelsäulensegmente anzugeben

Die durch eine Osteosynthese bedingte Fixation von Wirbelsegmenten ist im Kode enthalten, nur eine zusätzlich mit Knochen oder Knochenersatzmaterialien durchgeführte Spondylodese ist gesondert zu kodieren (5-836 ff.)

Eine zusätzlich durchgeführte Wirbelkörperresektion ist gesondert zu kodieren (5-832.1, 5-832.2)

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 Augmentation des Schraubenlagers ist gesondert zu kodieren (5-83w.0)

Die Transplantation von Spongiosa(spänen) oder kortikospongiösen Spänen (autogen) ist gesondert zu kodieren (5-835.9)

Die zusätzliche Verwendung von Knochenersatzmaterialien oder Knochentransplantaten ist gesondert zu kodieren (5-835.a ff., 5-835.b ff., 5-835.c ff., 5-835.d ff., 5-835.e ff.)

Die Verwendung von Systemen zur dynamischen Stabilisierung ist gesondert zu kodieren (5-83w.1)

5-84 **Operationen an der Hand**

5-844 **Operation an Gelenken der Hand**

Exkl.: Operation am Handgelenk (5-800 ff.)
 Arthroskopische Gelenkoperationen (5-81)

5-844.8** Implantation von autogenem Material in ein Gelenk

Hinw.: Die Entnahme des autogenen Materials ist gesondert zu kodieren

5-847 **Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand**

Exkl.: Resektionsarthroplastik am Handgelenk (5-829.5)

Hinw.: Die Entnahme eines Knochentransplantates ist gesondert zu kodieren (5-783 ff.)
 Die temporäre Fixation eines Gelenkes ist gesondert zu kodieren (5-849.1)

5-847.7** Rekonstruktion mit xenogenem Material

5-848 **Operationen bei kongenitalen Anomalien der Hand**

Exkl.: Amputationen (5-863 ff.)
 Syndaktyliekorrektur (5-917 ff.)

Hinw.: Dieser Codes sollte sind nur zu verwendet n w er d e n, wenn aufgrund der Komplexität der Versorgung eine Zuordnung zu einzelnen Verfahren nicht möglich ist

5-85	Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln
Exkl.:	Operationen an Muskel, Sehne, Faszie der Hand und des Handgelenks (5-84)
Hinw.:	<p>Aufwendige Gipsverbände sind gesondert zu kodieren (8-310 ff.)</p> <p>Bei bereichsüberschreitenden Strukturen ist für die Kodierung der Operationsort ausschlaggebend. Wenn es zwei Operationsorte gibt, einen im Bereich der Hand und einen im Bereich des Unterarms, so ist sowohl der jeweilige Kode aus dem Bereich 5-84 als auch der jeweilige Kode aus dem Bereich 5-85 anzugeben. Die Grenze zu den Codes aus dem Bereich 5-84 Operationen an der Hand ist die proximale Grenze des Handgelenks</p> <p>Die Lokalisation ist für die Codes 5-850 ff. bis 5-853 ff., 5-855 ff. und 5-856 ff. nach folgender Liste zu kodieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> 0↔ Kopf und Hals 1↔ Schulter und Axilla 2↔ Oberarm und Ellenbogen 3↔ Unterarm 5↔ Brustwand und Rücken 6↔ Bauchregion 7↔ Leisten- und Genitalregion und Gesäß 8↔ Oberschenkel und Knie 9↔ Unterschenkel a↔ Fuß x↔ Sonstige
5-851	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie
Inkl.:	Kompartmentspaltung, auf die Faszie beschränkt
Exkl.:	Kompartmentresektion (5-852 ff.)
Hinw.:	Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-850 zu kodieren
5-851.8**	Fasziotomie längs, offen chirurgisch, partiell, ein Segment und oder n.n.bez.
5-851.9**	Fasziotomie längs, offen chirurgisch, total, ein Segment und oder n.n.bez.
5-854	Rekonstruktion von Sehnen
Exkl.:	Rekonstruktion der Rotatorenmanschette (5-805.7 bis 5-805.a , 5-814.4 , 5-814.6)
Hinw.:	Die Entnahme von Sehnengewebe zur Transplantation ist gesondert zu kodieren (5-852.f ff.)
5-855	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide
Exkl.:	<p>Verlagerung des Patellarsehnenansatzes (5-804.2, 5-804.3)</p> <p>Arthroskopische Tenotomie der langen Bizepssehne (5-814.7)</p> <p>Arthroskopische Naht der langen Bizepssehne (5-814.8)</p> <p>Arthroskopische Tenodese der langen Bizepssehne (5-814.9)</p> <p>Rekonstruktion der Rotatorenmanschette (5-805.7 bis 5-805.a, 5-814.4, 5-814.6)</p>
Hinw.:	Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-850 zu kodieren
5-86	Replantation, Exartikulation und Amputation von Extremitäten und andere Operationen an den Bewegungsorganen
5-864	Amputation und Exartikulation untere Extremität
5-864.5↔	Amputation mittlerer und oder distaler Oberschenkel
5-867↔	Operationen bei kongenitalen Anomalien des Fußes
Hinw.:	Dieser Kode sollte ist nur zu verwendet n werden , wenn aufgrund der Komplexität der Versorgung eine Zuordnung zu einzelnen Verfahren nicht möglich ist
5-868	Operationen bei anderen kongenitalen Anomalien des Bewegungsapparates
Exkl.:	Operationen bei kongenitalen Anomalien der Hand (5-848 ff.) und des Fußes (5-867)
Hinw.:	Dieser Codes sollte sind nur zu verwendet n werden , wenn aufgrund der Komplexität der Versorgung eine Zuordnung zu einzelnen Verfahren nicht möglich ist

5-86a Zusatzinformationen zu Operationen an den Bewegungsorganen

5-86a.2 Computergestützte Planung von Operationen an den Extremitätenknochen

.21 Mit Verwendung von patientenindividuell angepassten Implantaten

Exkl.: Gelenkplastische Eingriffe mit patientenindividuell angefertigten Implantaten bei knöcherner Defektsituation oder angeborener oder erworbener Deformität (5-829.m)[Gelenkplastische Eingriffe mit patientenindividuell angefertigten Implantaten ohne knöcherne Defektsituation oder angeborene oder erworbene Deformität \(5-829.p\)](#)**Operationen an Haut und Unterhaut
(5-89...5-92)****5-89 Operationen an Haut und Unterhaut****Exkl.:** Entnahme von Haut zur Transplantation (5-901 ff., 5-904 ff.)
Operationen an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen (5-92)
Operationen an den Augenlidern (5-09)
Operationen an den Ohren (5-18)
Operationen an der Nase (5-21)**Hinw.:** Die Lokalisation ist für die Codes 5-890 ff., 5-892 ff. bis 5-896 ff. nach folgender Liste zu kodieren:

- 0 Lippe
- 4 Sonstige Teile Kopf
- 5 Hals
- 6↔ Schulter und Axilla
- 7↔ Oberarm und Ellenbogen
- 8↔ Unterarm
- 9↔ Hand
- a Brustwand und Rücken
- b Bauchregion
- c Leisten- und Genitalregion
- d Gesäß
- e↔ Oberschenkel und Knie
- f↔ Unterschenkel
- g↔ Fuß
- x↔ Sonstige

5-892 Andere Inzision an Haut und Unterhaut**Inkl.:** Hämatomausräumung, Abszessspaltung, Abszessausräumung
Inzision an der Haut des Skrotums
[Inzision an der Haut der Vulva](#)**Exkl.:** [Inzision an der Haut der Vulva \(5-710\)](#)
Inzision an der Haut der Perianalregion (5-490.0)**Hinw.:** Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-890 zu kodieren**5-894 Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut****Inkl.:** Narbenkorrektur
Exzision von erkrankter Haut des Skrotums
Exzision von erkrankter Haut des Penis
[Exzision von erkrankter Haut der Vulva](#)**Exkl.:** [Exzision von erkrankter Haut der Vulva \(5-712.0\)](#)
Destruktion von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut (5-915 ff.)
Exzision von erkrankter Haut der Perianalregion (5-490.1)**Hinw.:** Multiple Exzisionen von Hautläsionen sind nur einmal zu kodieren, wenn sie während einer Sitzung durchgeführt werden und die Lokalisation mit einem Kode angegeben werden kann
Eine lokale Exzision entspricht einer Fläche von bis zu 4 cm² oder einem Raum bis zu 1cm³
Die Art einer ggf. durchgeführten Transplantation ist gesondert zu kodieren (5-902 ff.)

Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-890 zu kodieren

5-895 Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut

Inkl.: Exzision von erkrankter Haut des Skrotums

Exzision von erkrankter Haut des Penis

~~Exzision von erkrankter Haut der Vulva~~

Exkl.: Exzision von erkrankter Haut der Vulva (5-712.0)

Regionale Lymphknotendisektion nach radikaler Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut (5-40)

Exzision von erkrankter Haut der Perianalregion (5-490.1)

Hinw.: Multiple Exzisionen von Hautläsionen sind nur einmal zu kodieren, wenn sie während einer Sitzung durchgeführt werden und die Lokalisation mit einem Kode angegeben werden kann
Unter mikrophographischer Chirurgie (histographisch kontrolliert) werden Eingriffe verstanden, bei denen die Exzision des Tumors mit topographischer Markierung und anschließender Aufarbeitung der gesamten Exzidatflächen/-grenze erfolgt

Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-890 zu kodieren

5-91 Andere Operationen an Haut und Unterhaut

Hinw.: Die Lokalisation ist für die Kodes 5-911 ff., 5-913 ff. bis 5-916 ff. und 5-91a ff. nach folgender Liste zu kodieren:

- 0 Lippe
- 4 Sonstige Teile Kopf
- 5 Hals
- 6↔ Schulter und Axilla
- 7↔ Oberarm und Ellenbogen
- 8↔ Unterarm
- 9↔ Hand
- a Brustwand und Rücken
- b Bauchregion
- c Leisten- und Genitalregion
- d Gesäß
- e↔ Oberschenkel und Knie
- f↔ Unterschenkel
- g↔ Fuß
- x↔ Sonstige

5-916 Temporäre Weichteildeckung

5-916.a Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie

Inkl.: Bei Verbrennungen

Hinw.: Die Angabe dieses Kodes ist an die Durchführung unter Operationsbedingungen mit Anästhesie gebunden (Ausnahme: Es liegt eine neurologisch bedingte Analgesie vor oder es erfolgt eine endoösophageale oder endorektale Anwendung einer Vakuumtherapie)
Die alleinige Entfernung eines Systems zur Vakuumtherapie im Bereich von Haut und Unterhaut ohne Anästhesie ist mit einem Kode aus dem Bereich 8-192 ff. zu verschlüsseln. Bei einer Entfernung mit Debridement ist ein Kode aus den Bereichen 5-850 ff., 5-869.1 oder 5-896 ff. zu verwenden
Die Dauer der Anwendung der Vakuumtherapie ist gesondert zu kodieren (8-190.2 ff., 8-190.3 ff.)

.a0 An Haut und Unterhaut

Exkl.: Anlage oder Wechsel eines Systems zur kontinuierlichen Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie nach chirurgischem Wundverschluss (8-190.4 ff.)

.a1↔ Tiefreichend, subfaszial oder an Knochen und oder Gelenken der Extremitäten

.a2 Tiefreichend, an Thorax, Mediastinum und oder Sternum

Inkl.: Vakuumtherapie nach Herzoperation

5-916.b** Durch hydrolytisch resorbierbare Membran, kleinflächig

5-916.c** Durch hydrolytisch resorbierbare Membran, großflächig

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

5-93	Angaben zum Transplantat und zu verwendeten Materialien
5-931	Art des verwendeten Knorpelersatz- Knochenersatz- und Osteosynthesematerials
<u>5-931.2</u>	<u>Faserverbundwerkstoff</u> <u>Inkl.:</u> <u>Carbonfaserverstärktes Material</u>
5-934	Verwendung von MRT-fähigem Material
5-934.3	Neurostimulator zur epiduralen Rückenmarkstimulation , Ganzkörper-MRT-fähig
5-934.4	<u>Eine oder mehrere p</u> Permanentes Elektroden system <u>zur Neurostimulation</u> , Ganzkörper-MRT-fähig
5-98	Spezielle Operationstechniken und Operationen bei speziellen Versorgungssituationen
5-98a	Hybridtherapie
5-98a.0	Anwendung der Hybridchirurgie <i>Hinw.:</i> Dieser Code ist anzuwenden, wenn im Rahmen gefäßchirurgischer oder herzchirurgischer Maßnahmen ein (perkutan-)transluminales Verfahren aus den Bereichen 8-836 <u>ff.</u> , 8-837 <u>ff.</u> , 8-838 <u>ff.</u> , 8-83c <u>ff.</u> , 8-83d <u>ff.</u> oder 8-84 mit einem offen chirurgischen Zugang (z.B. zur Aorta oder zum Herzen) in gleicher Sitzung kombiniert wird
5-98c	Anwendung eines Klammernahtgerätes
5-98c.2	Zirkuläres Klammernahtgerät für die Anwendung am Gastrointestinaltrakt und <u>/oder</u> am Respirationstrakt

Kapitel 6 MEDIKAMENTE (6-00...6-00)

Applikation von Medikamenten (6-00...6-00)

6-00	Applikation von Medikamenten <i>Exkl.:</i> Applikation von Medikamenten zur Schmerztherapie (8-91) Applikation von Medikamenten und Elektrolytlösungen über das Gefäßsystem bei Neugeborenen (8-010 <u>ff.</u>) <i>Hinw.:</i> Ein Code aus diesem Bereich ist jeweils nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben Die Applikation von zytostatischen Chemotherapeutika, Immuntherapie oder eine antiretrovirale Therapie sind mit einem Code aus 8-54 zu kodieren und zusätzlich ggf. für jedes kodierbare Medikament (z.B. Zytostatika, Antikörper und Supportivmedikamente) mit einem Code aus Kapitel 6 Medikamente
6-001	Applikation von Medikamenten, Liste 1
6-001.0	Alemtuzumab, parenteral .0e 570 mg und <u>oder</u> mehr
6-001.1	Gemcitabin, parenteral .1e 34,0 g und <u>oder</u> mehr
6-001.3	Irinotecan, parenteral .3j 3.000 mg und <u>oder</u> mehr
6-001.4	Sargramostim, parenteral .4q 30 mg und <u>oder</u> mehr
6-001.8	Aldesleukin, parenteral .8n 805 Mio. IE und <u>oder</u> mehr

Aktualisierungsliste OPS Version 2017

6-001.9	Bortezomib, parenteral
.9k	29,5 mg und oder mehr
6-001.a	Cetuximab, parenteral
.ak	4.550 mg und oder mehr
6-001.b	Liposomales Doxorubicin, parenteral
.bn	320 mg und oder mehr
6-001.c	Pemetrexed, parenteral
.cj	3.900 mg und oder mehr
6-001.d	Adalimumab, parenteral
.dc	440 mg und oder mehr
6-001.e	Infliximab, parenteral
.eg	2.000 mg und oder mehr
6-001.f	Paclitaxel, parenteral
.fd	2.400 mg und oder mehr
6-001.g	Imatinib, oral
.gj	35.200 mg und oder mehr
6-001.h	Rituximab, intravenös
.hj	3.650 mg und oder mehr
6-001.j	Rituximab, subkutan
.j5	8.400 mg und oder mehr
6-001.k	Trastuzumab, intravenös
.km	2.400 mg und oder mehr
6-001.m	Trastuzumab, subkutan
.m5	3.600 mg und oder mehr

6-002 Applikation von Medikamenten, Liste 2

6-002.1	Filgrastim, parenteral
.1j	2.450 Mio. IE und oder mehr
6-002.2	Lenograstim, parenteral
.2j	3.000 Mio. IE und oder mehr
6-002.4	Topotecan, parenteral
.4g	70,0 mg und oder mehr
6-002.5	Voriconazol, oral
.5f	45,50 g und oder mehr
6-002.7	Pegfilgrastim, parenteral
.76	30 mg und oder mehr
6-002.8	Pegyliertes liposomales Doxorubicin, parenteral
.8h	240 mg und oder mehr
6-002.9	Bevacizumab, parenteral
.9k	4.550 mg und oder mehr
6-002.a	Liposomales Cytarabin, intrathekal
.a4	200 mg und oder mehr
6-002.b	Etanercept, parenteral
.b8	300 mg und oder mehr
6-002.c	Itraconazol, parenteral
.cp	23.200 mg und oder mehr
6-002.d	Busulfan, parenteral
.dg	1.000 mg und oder mehr
Hinw.: Dieser Code ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben	
6-002.e	Temozolomid, oral
.ek	7.000 mg und oder mehr
6-002.f	Bosentan, oral

.fp	11.000 mg und oder mehr
6-002.g	Jod-131-Metajodobenzylguanidin (MIBG), parenteral
.g8	11 GBq und oder mehr
6-002.h	Docetaxel, parenteral
.hf	1.080 mg und oder mehr
6-002.j	Tirofiban, parenteral
.ja	75,00 mg und oder mehr
6-002.k	Eptifibatid, parenteral
.kg	1.200 mg und oder mehr
6-002.m	Abciximab, parenteral
.m9	50 mg und oder mehr
6-002.n	Bivalirudin, parenteral
.n7	850 mg und oder mehr
6-002.p	Caspofungin, parenteral
.pv	8.400 mg und oder mehr
6-002.q	Liposomales Amphotericin B, parenteral
.qv	43.650 mg und oder mehr
6-002.r	Voriconazol, parenteral
.ru	90,4 g und oder mehr

6-003 Applikation von Medikamenten, Liste 3

6-003.1	Amphotericin-B-Lipidkomplex, parenteral
.1t	63.400 mg und oder mehr
6-003.2	Palifermin, parenteral
.2b	50,0 mg und oder mehr
6-003.3	Carmustin-Implantat, intrathekal
.32	10- Implantate und oder mehr <u>Implantate</u>
6-003.4	Diboterminalfa, Implantation am Knochen
.42	36 mg und oder mehr
6-003.5	Eptoterminalfa, Implantation am Knochen
.55	9,9 mg und oder mehr
6-003.a	Sunitinib, oral
.ae	1.500 mg und oder mehr
6-003.b	Sorafenib, oral
.bh	32.000 mg und oder mehr
6-003.e	Nelarabin, parenteral
.eq	36.000 mg und oder mehr
6-003.f	Natalizumab, parenteral
.f2	900 mg und oder mehr
6-003.g	Lenalidomid, oral
.gk	800 mg und oder mehr
6-003.h	Eculizumab, parenteral
.hk	6.000 mg und oder mehr
6-003.j	Clofarabin, parenteral
.jv	1.800 mg und oder mehr
6-003.k	Anidulafungin, parenteral
.kt	12.800 mg und oder mehr
6-003.n	Nicht pegylierte Asparaginase, parenteral

Exkl.: Parenterale Gabe von pegylierter Asparaginase (6-003.p ff.)

Parenterale Gabe von L-Asparaginase aus Erwinia chrysanthemi (6-003.r ff.)

.n0 25.000 Einheiten bis unter 50.000 Einheiten

Hinw.: Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben

Aktualisierungsliste OPS Version 2017

.n1	50.000 Einheiten bis unter 75.000 Einheiten
.n2	75.000 Einheiten bis unter 100.000 Einheiten
.n3	100.000 Einheiten bis unter 125.000 Einheiten
.n4	125.000 Einheiten bis unter 150.000 Einheiten
.n5	150.000 Einheiten bis unter 175.000 Einheiten
.n6	175.000 Einheiten bis unter 200.000 Einheiten
.n7	200.000 Einheiten bis unter 250.000 Einheiten
.n8	250.000 Einheiten bis unter 300.000 Einheiten
.n9	300.000 Einheiten bis unter 350.000 Einheiten
.na	350.000 Einheiten bis unter 400.000 Einheiten
.nb	400.000 oder mehr Einheiten

6-003.p Pegylierte Asparaginase, parenteral

Exkl.: Parenterale Gabe von nicht pegylierter Asparaginase (6-003.n [ff.](#))

Parenterale Gabe von L-Asparaginase aus Erwinia chrysanthemi (6-003.r [ff.](#))

.p0	625 IE bis unter 1.250 IE
	Hinw.: Dieser Code ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben
.p1	1.250 IE bis unter 2.500 IE
.p2	2.500 IE bis unter 3.750 IE
.p3	3.750 IE bis unter 5.000 IE
.p4	5.000 IE bis unter 6.250 IE
.p5	6.250 IE bis unter 7.500 IE
.p6	7.500 IE bis unter 8.750 IE
.p7	8.750 IE bis unter 10.000 IE
.p8	10.000 IE bis unter 11.250 IE
.p9	11.250 IE bis unter 12.500 IE
.pa	12.500 IE bis unter 13.750 IE
.pb	13.750 IE bis unter 15.000 IE
.pc	15.000 IE bis unter 17.500 IE
.pd	17.500 IE bis unter 20.000 IE
.pe	20.000 IE bis unter 22.500 IE
.pf	22.500 IE bis unter 25.000 IE
.pg	25.000 IE bis unter 27.500 IE
.ph	27.500 IE bis unter 30.000 IE
.pj	30.000 IE bis unter 35.000 IE
.pk	35.000 IE bis unter 40.000 IE
.pm	40.000 IE bis unter 45.000 IE
.pn	45.000 IE bis unter 50.000 IE
.pp	50.000 IE bis unter 60.000 IE
.pq	60.000 IE bis unter 70.000 IE
.pr	70.000 IE bis unter 80.000 IE
.ps	80.000 IE bis unter 90.000 IE
.pt	90.000 IE bis unter 100.000 IE
.pu	100.000 IE oder mehr

6-003.r L-Asparaginase aus Erwinia chrysanthemi [Erwinase], parenteral

Exkl.: Parenterale Gabe von pegylierter Asparaginase (6-003.p [ff.](#))

Parenterale Gabe von nicht pegylierter Asparaginase (6-003.n [ff.](#))

.r0	2.500 IE bis unter 5.000 IE
	Hinw.: Dieser Code ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben
.r1	5.000 IE bis unter 10.000 IE
.r2	10.000 IE bis unter 15.000 IE
.r3	15.000 IE bis unter 20.000 IE
.r4	20.000 IE bis unter 25.000 IE
.r5	25.000 IE bis unter 30.000 IE
.r6	30.000 IE bis unter 35.000 IE
.r7	35.000 IE bis unter 40.000 IE
.r8	40.000 IE bis unter 45.000 IE
.r9	45.000 IE bis unter 50.000 IE
.ra	50.000 IE bis unter 60.000 IE

<u>.rb</u>	<u>60.000 IE bis unter 70.000 IE</u>
<u>.rc</u>	<u>70.000 IE bis unter 80.000 IE</u>
<u>.rd</u>	<u>80.000 IE bis unter 90.000 IE</u>
<u>.re</u>	<u>90.000 IE bis unter 100.000 IE</u>
<u>.rf</u>	<u>100.000 IE bis unter 120.000 IE</u>
<u>.rg</u>	<u>120.000 IE bis unter 140.000 IE</u>
<u>.rh</u>	<u>140.000 IE bis unter 160.000 IE</u>
<u>.rj</u>	<u>160.000 IE bis unter 180.000 IE</u>
<u>.rk</u>	<u>180.000 IE bis unter 200.000 IE</u>
<u>.rm</u>	<u>200.000 IE bis unter 240.000 IE</u>
<u>.rn</u>	<u>240.000 IE bis unter 280.000 IE</u>
<u>.rp</u>	<u>280.000 IE bis unter 320.000 IE</u>
<u>.rq</u>	<u>320.000 IE bis unter 360.000 IE</u>
<u>.rr</u>	<u>360.000 IE bis unter 400.000 IE</u>
<u>.rs</u>	<u>400.000 IE oder mehr</u>

6-003.s	Abatacept, intravenös
.sc	3.000 mg und oder mehr
6-003.t	Abatacept, subkutan
.ta	1.500 mg und oder mehr

6-004 Applikation von Medikamenten, Liste 4

6-004.0	Palivizumab, parenteral
.of	600 mg und oder mehr
<i>Hinw.:</i> Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 3 Jahren anzugeben	
6-004.1	Hämin, parenteral
.19	2.600 mg und oder mehr
6-004.2	Ambrisentan, oral
.2g	450,0 mg und oder mehr
6-004.3	Dasatinib, oral
.3h	8.800 mg und oder mehr
6-004.4	Decitabine, parenteral
.4g	510 mg und oder mehr
6-004.5	Micafungin, parenteral
.5u	17.550 mg und oder mehr
6-004.7	Panitumumab, parenteral
.7d	2.460 mg und oder mehr
6-004.a	Trabectedin, parenteral
.aj	6,00 mg und oder mehr
6-004.e	Temsirolimus, parenteral
.ec	550,0 mg und oder mehr

6-005 Applikation von Medikamenten, Liste 5

6-005.0	Azacytidin, parenteral
.0e	3.000 mg und oder mehr
6-005.1	Catumaxomab, parenteral
.1h	690 µg und oder mehr
6-005.9	Romiplostim, parenteral
.9q	5.600 µg und oder mehr
6-005.b	Vinflunin, parenteral
.bj	2.800 mg und oder mehr
6-005.d	Nab-Paclitaxel, parenteral
.dk	3.000 mg und oder mehr
6-005.e	Plerixafor, parenteral
.en	240,0 mg und oder mehr
6-005.g	Mifamurtid, parenteral

Aktualisierungsliste OPS Version 2017

.gj	48,0 mg und oder mehr
6-005.k	Defibrotide, parenteral
.k0	<u>250 mg bis unter 500 mg</u>
	<u>Hinw.:</u> Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben
.k1	<u>500 mg bis unter 1.000 mg</u>
.k2	<u>1.000 mg bis unter 1.500 mg</u>
.k3	<u>1.500 mg bis unter 2.000 mg</u>
.k4	<u>2.000 mg bis unter 3.000 mg</u>
.k5	<u>3.000 mg bis unter 4.000 mg</u>
.k6	<u>4.000 mg bis unter 5.000 mg</u>
.k7	<u>5.000 mg bis unter 6.000 mg</u>
.k8	<u>6.000 mg bis unter 8.000 mg</u>
.k9	<u>8.000 mg bis unter 10.000 mg</u>
.ka	<u>10.000 mg bis unter 12.000 mg</u>
.kb	<u>12.000 mg bis unter 14.000 mg</u>
.kc	<u>14.000 mg bis unter 18.000 mg</u>
.kd	<u>18.000 mg bis unter 22.000 mg</u>
.ke	<u>22.000 mg bis unter 26.000 mg</u>
.kf	<u>26.000 mg bis unter 30.000 mg</u>
.kg	<u>30.000 mg bis unter 38.000 mg</u>
.kh	<u>38.000 mg bis unter 46.000 mg</u>
.kj	<u>46.000 mg bis unter 54.000 mg</u>
.kk	<u>54.000 mg bis unter 70.000 mg</u>
.km	<u>70.000 mg bis unter 86.000 mg</u>
.kn	<u>86.000 mg bis unter 102.000 mg</u>
.kp	<u>102.000 mg bis unter 118.000 mg</u>
.kq	<u>118.000 mg bis unter 150.000 mg</u>
.kr	<u>150.000 mg bis unter 182.000 mg</u>
.ks	<u>182.000 mg bis unter 214.000 mg</u>
.kt	<u>214.000 mg oder mehr</u>
6-005.m	Tocilizumab, intravenös
.md	2.080 mg und oder mehr
6-005.n	Tocilizumab, subkutan
.nd	2.268 mg und oder mehr

6-006 Applikation von Medikamenten, Liste 6

6-006.1	Cabazitaxel, parenteral
.1k	240 mg und oder mehr
6-006.2	Abirateronacetat, oral
.2g	51.000 mg und oder mehr
6-006.3	Ipilimumab, parenteral
.30	120 mg bis unter 140 mg
.31	140 mg bis unter 160 mg
.32	160 mg bis unter 180 mg
.33	180 mg bis unter 200 mg
.34	200 mg bis unter 220 mg
.35	220 mg bis unter 240 mg
.36	240 mg bis unter 260 mg
.37	260 mg bis unter 280 mg
.38	280 mg bis unter 300 mg
.39	300 mg bis unter 340 mg
.3a	340 mg bis unter 380 mg
.3b	380 mg bis unter 420 mg
.3c	420 mg bis unter 460 mg
.3d	460 mg bis unter 500 mg
.3e	500 mg bis unter 540 mg
.3f	540 mg bis unter 580 mg
.3g	580 mg bis unter 660 mg
.3h	660 mg bis unter 740 mg

.3j	740 mg bis unter 820 mg
.3k	820 mg bis unter 900 mg
.3m	900 mg bis unter 980 mg
.3n	980 mg bis unter 1.060 mg
.3p	1.060 mg bis unter 1.140 mg
.3q	1.140 mg bis unter 1.220 mg
.3r	1.220 mg und mehr
6-006.4	Ofatumumab, parenteral
.4g	24.000 mg und oder mehr
6-006.6	Belimumab, parenteral
<u>.60</u>	<u>200 mg bis unter 400 mg</u>
	<u>Hinw.:</u> Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben
<u>.61</u>	<u>400 mg bis unter 600 mg</u>
<u>.62</u>	<u>600 mg bis unter 800 mg</u>
<u>.63</u>	<u>800 mg bis unter 1.000 mg</u>
<u>.64</u>	<u>1.000 mg bis unter 1.200 mg</u>
<u>.65</u>	<u>1.200 mg bis unter 1.400 mg</u>
<u>.66</u>	<u>1.400 mg bis unter 1.600 mg</u>
<u>.67</u>	<u>1.600 mg bis unter 2.000 mg</u>
<u>.68</u>	<u>2.000 mg bis unter 2.400 mg</u>
<u>.69</u>	<u>2.400 mg bis unter 2.800 mg</u>
<u>.6a</u>	<u>2.800 mg bis unter 3.200 mg</u>
<u>.6b</u>	<u>3.200 mg bis unter 3.600 mg</u>
<u>.6c</u>	<u>3.600 mg bis unter 4.000 mg</u>
<u>.6d</u>	<u>4.000 mg bis unter 4.400 mg</u>
<u>.6e</u>	<u>4.400 mg bis unter 4.800 mg</u>
<u>.6f</u>	<u>4.800 mg bis unter 5.200 mg</u>
<u>.6g</u>	<u>5.200 mg oder mehr</u>
6-006.a	Paliperidon, intramuskulär
.ag	1.225 mg und oder mehr
<u>6-006.h</u>	<u>Ipilimumab, parenteral</u>
<u>.h0</u>	<u>50 mg bis unter 60 mg</u>
<u>.h1</u>	<u>60 mg bis unter 70 mg</u>
<u>.h2</u>	<u>70 mg bis unter 80 mg</u>
<u>.h3</u>	<u>80 mg bis unter 90 mg</u>
<u>.h4</u>	<u>90 mg bis unter 100 mg</u>
<u>.h5</u>	<u>100 mg bis unter 110 mg</u>
<u>.h6</u>	<u>110 mg bis unter 120 mg</u>
<u>.h7</u>	<u>120 mg bis unter 140 mg</u>
<u>.h8</u>	<u>140 mg bis unter 160 mg</u>
<u>.h9</u>	<u>160 mg bis unter 180 mg</u>
<u>.ha</u>	<u>180 mg bis unter 200 mg</u>
<u>.hb</u>	<u>200 mg bis unter 220 mg</u>
<u>.hc</u>	<u>220 mg bis unter 240 mg</u>
<u>.hd</u>	<u>240 mg bis unter 260 mg</u>
<u>.he</u>	<u>260 mg bis unter 300 mg</u>
<u>.hf</u>	<u>300 mg bis unter 340 mg</u>
<u>.hg</u>	<u>340 mg bis unter 380 mg</u>
<u>.hh</u>	<u>380 mg bis unter 420 mg</u>
<u>.hj</u>	<u>420 mg bis unter 460 mg</u>
<u>.hk</u>	<u>460 mg bis unter 500 mg</u>
<u>.hm</u>	<u>500 mg bis unter 580 mg</u>
<u>.hn</u>	<u>580 mg bis unter 660 mg</u>
<u>.hp</u>	<u>660 mg bis unter 740 mg</u>
<u>.hq</u>	<u>740 mg bis unter 820 mg</u>
<u>.hr</u>	<u>820 mg bis unter 900 mg</u>
<u>.hs</u>	<u>900 mg bis unter 980 mg</u>
<u>.ht</u>	<u>980 mg bis unter 1.060 mg</u>
<u>.hu</u>	<u>1.060 mg bis unter 1.140 mg</u>

Aktualisierungsliste OPS Version 2017

.hv 1.140 mg bis unter 1.220 mg
.hw 1.220 mg oder mehr

6-007 Applikation von Medikamenten, Liste 7

6-007.0 Posaconazol, oral, Suspension
.op 93.000 mg ~~und~~oder mehr

6-007.1 Posaconazol, oral, Tabletten
.1h 32.100 mg ~~und~~oder mehr

6-007.7 Lipegfilgrastim, parenteral

.70 1 mg bis unter 3 mg

Hinw.: Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben

.71 3 mg bis unter 6 mg

Hinw.: Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben

.72 6 mg bis unter 12 mg

.73 12 mg bis unter 18 mg

.74 18 mg bis unter 24 mg

.75 24 mg bis unter 30 mg

.76 30 mg oder mehr

6-007.n Thiotepa, parenteral

.n0 50 mg bis unter 100 mg

Hinw.: Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben

.n1 100 mg bis unter 150 mg

Hinw.: Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben

.n2 150 mg bis unter 200 mg

.n3 200 mg bis unter 250 mg

.n4 250 mg bis unter 300 mg

.n5 300 mg bis unter 350 mg

.n6 350 mg bis unter 400 mg

.n7 400 mg bis unter 500 mg

.n8 500 mg bis unter 600 mg

.n9 600 mg bis unter 700 mg

.na 700 mg bis unter 800 mg

.nb 800 mg bis unter 900 mg

.nc 900 mg bis unter 1.000 mg

.nd 1.000 mg bis unter 1.200 mg

.ne 1.200 mg bis unter 1.400 mg

.nf 1.400 mg bis unter 1.600 mg

.ng 1.600 mg bis unter 1.800 mg

.nh 1.800 mg bis unter 2.000 mg

.nj 2.000 mg bis unter 2.200 mg

.nk 2.200 mg bis unter 2.400 mg

.nm 2.400 mg bis unter 2.600 mg

.nn 2.600 mg bis unter 2.800 mg

.np 2.800 mg oder mehr

6-008 Applikation von Medikamenten, Liste 8

6-008.6 Asfotase alfa, parenteral

6-008.7 Blinatumomab, parenteral

6-008.8 Cabozantinib, oral

6-008.9 Carfilzomib, parenteral

6-008.a Ceritinib, oral

6-008.b Cholsäure, oral

6-008.c Cobimetinib, oral

6-008.d Daclatasvir, oral

6-008.e Dasabuvir-Ombitasvir-Paritaprevir-Ritonavir, oral

6-008.f Idarucizumab, parenteral

6-008.g	Isavuconazol, parenteral
6-008.h	Isavuconazol, oral
6-008.i	Lenvatinib, oral
6-008.k	Lumacaftor-Ivacaftor, oral
6-008.m	Nivolumab, parenteral
6-009	Applikation von Medikamenten, Liste 9
6-009.0	Olaparib, oral
6-009.1	Ombitasvir-Paritaprevir-Ritonavir, oral
6-009.2	Panobinostat, oral
6-009.3	Pembrolizumab, parenteral
6-009.4	Ruxolitinib, oral
6-009.5	Secukinumab, parenteral
6-009.6	Telaprevir, oral
6-009.7	Trametinib, oral
6-009.8	Vandetanib, oral

Kapitel 8

NICHT-OPERATIVE THERAPEUTISCHE MASSNAHMEN

(8-01...8-99)

Therapeutische Katheterisierung, Aspiration, Punktion und Spülung

(8-14...8-17)

8-14	Andere Formen von therapeutischer Katheterisierung und Kanüleneinlage
8-144	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle
	<i>Inkl.:</i> Zugang durch Mini-Thorakotomie
	<i>Exkl.:</i> Therapeutische perkutane Punktion der Pleurahöhle (8-152.1) Drainage der Brustwand oder Pleurahöhle, offen chirurgisch (5-340.0)
	<i>Hinw.:</i> Therapeutische Spülungen der Pleurahöhle sind gesondert zu kodieren (8-173.1 ff.)
8-144.0↔	Großlumig
	<i>Inkl.:</i> Bülow Thoraxdrainage <u>durch Mini-Thorakotomie</u>
	<i>Exkl.:</i> <u>Einführung einer Drainage über Hohnadel (8-144.2)</u>
8-148	Therapeutische Drainage von anderen Organen und Geweben
8-148.2	Perirenal
8-148.3	Pelvin
8-17	Spülung (Lavage)
8-173	Therapeutische Spülung (Lavage) der Lunge und der Pleurahöhle
8-173.1	Pleurahöhle
.13	22 und <u>oder</u> mehr Spülungen

Verbände (8-19...8-19)

8-19	Verbände und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
8-190	Spezielle Verbandstechniken
8-190.2	Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie <i>Inkl.:</i> Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie ohne Operationsbedingungen und Anästhesie Wechsel des Sogsystems <u>Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie bei offener Wunde</u> <i>Hinw.:</i> Die Angabe dieses Kodes ist an die Verwendung eines mechanischen Pumpensystems mit kontinuierlicher Druckkontrolle gebunden Die operative Anlage oder der Wechsel des Vakuumtherapie-Systems ist gesondert zu kodieren (5-916.a ff.) Für die kontinuierliche Sogbehandlung sind nur die Zeiten zu berechnen, in denen der Patient stationär behandelt wurde
8-190.3	Kontinuierliche Sogbehandlung mit sonstigen Systemen bei einer Vakuumtherapie <i>Inkl.:</i> Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie ohne Operationsbedingungen und Anästhesie Wechsel des Sogsystems Sogerzeugung durch Unterdruckflasche <u>Kontinuierliche Sogbehandlung mit sonstigen Systemen bei einer Vakuumtherapie bei offener Wunde</u> <i>Hinw.:</i> Die operative Anlage oder der Wechsel des Vakuumtherapie-Systems ist gesondert zu kodieren (5-916.a ff.) Für die kontinuierliche Sogbehandlung sind nur die Zeiten zu berechnen, in denen der Patient stationär behandelt wurde
<u>8-190.4</u>	<u>Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie nach chirurgischem Wundverschluss (zur Prophylaxe von Komplikationen)</u> <i>Inkl.:</i> <u>Anlage oder Wechsel des Systems</u> <i>Hinw.:</i> <u>Für die kontinuierliche Sogbehandlung sind nur die Zeiten zu berechnen, in denen der Patient stationär behandelt wurde</u>
<u>.40</u>	<u>Bis 7 Tage</u>
<u>.41</u>	<u>8 bis 14 Tage</u>
<u>.42</u>	<u>15 bis 21 Tage</u>
<u>.43</u>	<u>Mehr als 21 Tage</u>
8-191	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen <i>Inkl.:</i> Verband bei großflächigen blasenbildenden Hauterkrankungen, toxischer epidermaler Nekrolyse, Verbrennungen und großflächigen Hautverletzungen <i>Hinw.:</i> Ein Kode aus diesem Bereich ist nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben

Geschlossene Reposition und Korrektur von Deformitäten (8-20...8-22)

8-20	Geschlossene Reposition einer Fraktur und Gelenkluxation ohne Osteosynthese <i>Exkl.:</i> Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Luxation mit Osteosynthese (5-79) <i>Hinw.:</i> Bei Durchführung in Allgemeinanästhesie ist diese gesondert zu kodieren (8-90- f .)
8-201	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese <i>Exkl.:</i> Geschlossene Reposition an der Wirbelsäule ohne Osteosynthese (8-202 <u>ff.</u>) Reposition einer temporomandibulären Luxation, geschlossen (operativ) (5-779.0)

Hinw.: Die durchgeführte Immobilisation (Gipsverband oder andere Stützverbände) ist im Code enthalten
Aufwendige Gipsverbände sind gesondert zu kodieren (8-310.ff.)

8-201.7↔ Handgelenk n.n.bez.
8-201.t↔ Humeroradialgelenk
8-201.u↔ Ellenbogengelenk n.n.bez.

Immobilisation und spezielle Lagerung (8-31...8-39)

8-39	Lagerungsbehandlung
8-390	Lagerungsbehandlung
	Exkl.: Lagerung auf einer Antidekubitusmatratze
	Hinw.: Mit einem Code aus diesem Bereich sind nur Lagerungsbehandlungen mit einem deutlich erhöhten personellen, zeitlichen oder materiellen Aufwand zu kodieren. Dieser Codes <u>ist</u> <u>sind</u> für die Angabe spezieller Lagerungen (z.B. bei Schienen und Extensionen, Wirbelsäuleninstabilität, Hemi- und Tetraplegie oder nach großen Schädel-Hirn-Operationen) oder Lagerungen mit speziellen Hilfsmitteln (z.B. Rotations- oder Sandwichbett) zu verwenden. Ein Code aus diesem Bereich ist jeweils nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben

Strahlentherapie, nuklearmedizinische Therapie und Chemotherapie (8-52...8-54)

8-52	Strahlentherapie
8-523	Andere Hochvoltstrahlentherapie
8-523.4	Ganzkörperbestrahlung
.42	Gesamtdosis 10 Gy <u>und</u> <u>oder</u> mehr
8-53	Nuklearmedizinische Therapie
8-530	Therapie mit offenen Radionukliden
8-530.a	Intraarterielle Therapie mit offenen Radionukliden
<u>.a8</u>	<u>Selektive intravaskuläre Radionuklidtherapie (SIRT) mit Holmium-166-markierten Mikrosphären</u>
8-531	Radiojodtherapie
8-531.2	Radiojodtherapie mit 5 <u>und</u> <u>oder</u> mehr GBq I-131
	Inkl.: Ganzkörper-Szintigraphie Radiojodtherapie bei Metastasen, Rezidiven und Tumoraktivität des Schilddrüsenkarzinoms
8-54	Zytostatische Chemotherapie, Immuntherapie und antiretrovirale Therapie
8-542	Nicht komplexe Chemotherapie
	Inkl.: Ein- oder mehrtägige nicht komplexe Chemotherapie Beispiele für Kinder und Jugendliche:
	<ul style="list-style-type: none"> • Induktions- oder Reinduktionstherapie, Cyclophosphamidinfusionen Tag 36 (Protokoll I, II und III) oder Tag 64 (Protokoll I) bei ALL oder NHL • Einzelne Cytarabin- oder VCR-Injektionen oder einzelne ASP- oder DNR-/DOX-Infusionen bei ALL und AML • Erhaltungstherapie (PCV), Carboplatin-Serie (atypische teratoide rhabdoide Tumore), Doxorubicin liposomal bei Hirntumoren • DNR/VCR/PRED (ab 2. Gabe), ZNS-Phase oder Reinduktionsphase mit VCR/ADR/DEXA und CYC/Ara-C/6-TG bei ALL im COALL-Protokoll • Einzelgaben von Carboplatin, VCR oder Etoposid während LGG-Induktion oder Konsolidierung bei

niedrig-malignen Hirntumoren

- Einzelgaben von VCR in der Erhaltungstherapie
- Einzelne VBL-Injektionen, Etoposid- oder Cladribin-Infusionen bei Histiozytose oder ALCL (NHL)
- Blöcke COPP, OPPA, ABVD bei Morbus Hodgkin
- Einzelne VCR- oder AMD-Injektionen oder DOX-Infusionen während Block AV-1 oder AV-2 bei Nephroblastom
- Einzelne VCR- oder VBL-Injektionen während Block VA oder VAI oder CYC/VBL bei Weichteilsarkomen
- Gemcitabin-Monotherapie bei verschiedenen Tumoren
- N7 bei Neuroblastom (nur bei parenteraler Applikation)
- CVA bei ALCL (NHL)

Konditionierung vor Stammzelltransplantation (SZT) bei Kindern und Jugendlichen:

- Etoposid (ETO MONO; 1 Tag)
- Fludarabin (FLU MONO; 3 Tage)
- Busulfan po., Cyclophosphamid (BU-CY; 5-8 Tage)
- Busulfan po., Melphalan (BU-MEL; 5-6 Tage)
- Cyclophosphamid (CY MONO; 2-4 Tage)
- Melphalan (MEL MONO; 1 Tag)
- Topotecan (TOPO; 5 Tage)
- Mitoxantron-Thiotepa (MXN-TEPA; 2 Tage)

Beispiele für Erwachsene:

- BEACOPP (Tag 1-3 oder Tag 8), CHOP, MCP, VACOP-B, FCM, COP-BLAM, Fludarabin, Fludarabin/Cyclophosphamid, Cladribin, Bendamustin, 2-CDA, Alkeran i.v., Bortezomib, VAD, VID, VAP bei Lymphom oder Plasmozytom
- TAD bei Plasmozytom
- ALL-Vorphase, Konsolidierungstherapie V bei ALL
- Cloretazine bei AML, AT als Erhaltungstherapie bei AML
- Cyclophosphamid/Pentostatin bei CLL
- Azacitidine bei MDS
- Blöcke B, C bei ZNS-Lymphom bei Patienten ab dem vollendeten 60. Lebensjahr ("Bonner Protokoll")
- CE, Epi-CE, Epi-CO, CEV bei Bronchialkarzinom (SCLC)
- Taxol/Carboplatin, Topotecan, Gemcitabin, Docetaxel, Vinorelbine, Doxorubicin/Docetaxel, Pemetrexed, Gemcitabin/Pemetrexed, Gemcitabin/Irinotecan, ACO (ADM, VCR, CTX) bei NSCLC
- 5-FU/Carboplatin, Mitomycin/5-FU bei HNO-Tumoren
- 5-FU-mono, 5-FU/Folinsäure, Irinotecan-mono, Gemcitabin, Vinorelbin, Octreotid, Tomudex/Oxaliplatin, Gemcitabin/5-FU/Folinsäure (GFF), Oxaliplatin/Capecitabin bei gastrointestinalen Tumoren
- ELF, FLP bei Magenkarzinom
- Gemcitabin/Oxaliplatin, OFF bei Pankreaskarzinom
- CMF, FAC, AC, EP, MCP, Docetaxel, Vinorelbin, Gemcitabin, Doxorubicin/Docetaxel, Taxol-mono, Bendamustin, Docetaxel/Capecitabin, Docetaxel/Gemcitabin, Navelbine/Mitomycin, Ifosfamid/Carboplatin, FEC, EC, ET Paclitaxel/Gemcitabin, Paclitaxel bei Mammakarzinom
- Carboplatin-mono, Cyclophosphamid/Carboplatin, Treosulfan-mono i.v., pegyliertes liposomales Doxorubicin, Gemcitabin, Epirubicin, Vepesid Tag 1-3, Topotecan bei Ovarialkarzinom
- Cyclophosphamid, Doxorubicin, Cyclophosphamid/Doxorubicin, Mitoxantron/Prednisolon, Taxane/Mitoxantron/Prednisolon, Docetaxel/Estramustin/Prednisolon/Dexamethason bei Prostatakarzinom
- Gemcitabin, Paclitaxel, POMB-ACE bei Hodentumor
- Paclitaxel/Gemcitabin, Gemcitabin, Paclitaxel bei Urothelkarzinom
- Nitrosoharnstoffe (ACNU, BCNU)/Teniposid (VM26), Procarbacin, CCNU, Vincristin bei Gliomen
- IVA, Gemcitabin/Docetaxel bei Sarkom
- Doxorubicin bei Osteosarkom
- DTIC bei Melanom
- VAC bei Ewing-Sarkom
- MTX als GvHD-Prophylaxe nach allogener Transplantation

Konditionierung vor Stammzelltransplantation (SZT) bei Erwachsenen:

- TBI/Fludarabin
- HD-Treosulfan (OMF)
- Hochdosis-Melphalan
- VP16-TBI (ALL)

- Fludarabin/Melphalan als allo-Konditionierung
- CTX-Mobilisierung

Exkl.: Intrathekale Zytostatikainjektion (8-541.0)

Einnahme oraler Zytostatika

Gabe von Steroiden

Gabe von Antikörpern (8-547 ff.)

Hinw.: Diese Codes sind zu verwenden bei subkutaner oder intravenöser Chemotherapie mit 1-2 Medikamenten als Eintages-Chemotherapie

Jeder Therapieblock (ein- oder mehrtägig hintereinander) ist einmal zu kodieren

Es zählen nur die Tage, an denen eine Chemotherapie appliziert wird. Bei Gaben über Nacht zählt nur der Tag, an dem die Gabe begonnen wurde

Pausen von maximal einem Tag Dauer werden mitgezählt, wenn sie regelhaft zum jeweiligen Chemotherapie-Protokoll gehören. Pausen ab zwei Tagen führen dazu, dass ein neuer Code angegeben werden muss

Es zählen alle zytostatischen Medikamente, unabhängig davon, ob sie über alle zu berechnenden Tage verabreicht wurden oder über weniger Tage. Gezählt werden die verwendeten Zytostatika und nicht die Einzelapplikationen

8-542.1	1 Tag
.14	4 Medikamente und oder mehr <u>Medikamente</u>
8-542.2	2 Tage
.24	4 Medikamente und oder mehr <u>Medikamente</u>
8-542.3	3 Tage
.34	4 Medikamente und oder mehr <u>Medikamente</u>
8-542.4	4 Tage
.44	4 Medikamente und oder mehr <u>Medikamente</u>
8-542.5	5 Tage
.54	4 Medikamente und oder mehr <u>Medikamente</u>
8-542.6	6 Tage
.64	4 Medikamente und oder mehr <u>Medikamente</u>
8-542.7	7 Tage
.74	4 Medikamente und oder mehr <u>Medikamente</u>
8-542.8	8 Tage
.84	4 Medikamente und oder mehr <u>Medikamente</u>
8-542.9	9 Tage und oder mehr <u>Tage</u>
.94	4 Medikamente und oder mehr <u>Medikamente</u>
8-543	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie
8-543.1	1 Tag
.17	7 Medikamente und oder mehr <u>Medikamente</u>
8-543.2	2 Tage
.27	7 Medikamente und oder mehr <u>Medikamente</u>
8-543.3	3 Tage
.37	7 Medikamente und oder mehr <u>Medikamente</u>
8-543.4	4 Tage
.47	7 Medikamente und oder mehr <u>Medikamente</u>
8-543.5	5 Tage
.57	7 Medikamente und oder mehr <u>Medikamente</u>
8-543.6	6 Tage
.67	7 Medikamente und oder mehr <u>Medikamente</u>
8-543.7	7 Tage
.77	7 Medikamente und oder mehr <u>Medikamente</u>
8-543.8	8 Tage
.87	7 Medikamente und oder mehr <u>Medikamente</u>

8-543.9 9 ~~Tage und~~ oder mehr Tage
 .97 7 ~~Medikamente und~~ oder mehr Medikamente

Frührehabilitative und physikalische Therapie (8-55...8-60)

8-55	Frührehabilitative Komplexbehandlung
8-552	<p>Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation</p> <p>Exkl.: Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (8-550 ff.) Fachübergreifende und andere Frührehabilitation (8-559 ff.) Physikalisch-medizinische Komplexbehandlung (8-563 ff.)</p> <p>Hinw.: Mindestmerkmale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frühreheatteam unter Leitung eines Facharztes 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 • Standardisiertes Frührehabilitations-Assessment zur Erfassung und Wertung der funktionellen Defizite 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. (Die Berechnung des Frührehabilitations-Barthel-Index nach Schönle ist im Anhang zur ICD-10-GM zu finden) • Wöchentliche Teambesprechung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele • Aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal auf dem Gebiet der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation • Vorhandensein und Einsatz von folgenden Therapiebereichen: Physiotherapie/Krankengymnastik, Physikalische Therapie, Ergotherapie, Neuropsychologie, Logopädie/faziorale Therapie und oder therapeutische Pflege (Waschtraining, Anziehtraining, Esstraining, Kontinenztraining, Orientierungstraining, Schlucktraining, Tracheostomamanagement, isolierungspflichtige Maßnahmen u.a.) patientenbezogen. <u>Der vom Patienten benötigte Einsatz der Therapiebereiche erfolgt</u> 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 <p>Eine gleichzeitige (dauernde oder intermittierende) akutmedizinische Diagnostik bzw. Behandlung ist gesondert zu kodieren</p>
8-553	<p>Frührehabilitative Komplexbehandlung von Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren</p> <p>Inkl.: Wiederholte Erhebung einzelner Assessmentbestandteile je nach Zustand des Patienten</p> <p>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.)</p> <p>Hinw.: Die Durchführung eines Frührehabilitationsassessments im Rahmen der frührehabilitativen Komplexbehandlung ist nicht gesondert zu kodieren</p> <p>Mindestmerkmale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Behandlung durch ein interdisziplinäres Frührehabilitationsteam, qualifiziert für die Rehabilitation von Patienten mit Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen bei Kopf-Hals-Tumoren (z.B. bei Tumoren der Mundhöhle, des Epipharynx, des Oropharynx, des Hypopharynx, des Larynx und zervikalem CUP-Syndrom) unter Behandlungsleitung eines Facharztes für Phoniatrie und

Pädaudiologie oder eines Facharztes für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde oder eines Facharztes für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie mit Erfahrung im Bereich des frührehabilitativen Managements. Zum Frührehabilitationsteam gehören ein Facharzt der Fachrichtung, die den betreffenden Patienten onkologisch betreut, sowie mindestens ein Logopäde oder Sprachtherapeut oder Klinischer Linguist

- Durchführung eines standardisierten Frührehabilitationsassessments entsprechend ~~dem~~ den Mindestmerkmalen des Kodes 1-775 zu Beginn der Behandlung
- Regelmäßige Teambesprechung unter Beteiligung aller Berufsgruppen mit Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele (z.B. im Rahmen einer Tumorkonferenz)
- Teamintegrierter Einsatz von mindestens einem der folgenden 3 Therapiebereiche je nach vorliegenden Funktionsstörungen: 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

Elektrostimulation, Elektrotherapie und Dauer der Behandlung durch fokussierten Ultraschall (8-63...8-66)

8-63	Elektrostimulation des Nervensystems
8-630	Elektrokrampf<u>konvulsions</u>therapie [EKT]
8-630.2	Grundleistung
	<i>Hinw.:</i> Zur Grundleistung gehören die fachärztliche Indikationsstellung, die Aufklärung und die Durchführung der ersten Elektro krampf <u>konvulsions</u> therapie-Sitzung. Diese ist nicht gesondert zu kodieren
	Die Durchführung erfolgt unter Muskelrelaxation in Narkose
	Dieser Kode ist nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben

8-66	Dauer der Behandlung durch fokussierten Ultraschall
8-660	Dauer der Behandlung durch Magnetresonanz-gesteuerten fokussierten Ultraschall [MRgFUS]
	<i>Hinw.:</i> Dieser Kodes ist <u>sind</u> Zusatzkodes. Die Destruktion an der jeweiligen Lokalisation ist gesondert zu kodieren (Kap. 5)
8-660.5	5 Stunden und <u>oder</u> mehr <u>Stunden</u>

Maßnahmen für das Atmungssystem (8-70...8-72)

8-71	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung über Maske oder Tubus
8-714	Spezialverfahren zur maschinellen Beatmung bei schwerem Atemversagen
8-714.0	Inhalative Stickstoffmonoxid-Therapie
.02	Dauer der Behandlung 96 Stunden und <u>oder</u> mehr <u>Stunden</u>
8-716	Einstellung einer häuslichen maschinellen Beatmung
8-716.0	Ersteinstellung
.00	<u>Nicht invasive häusliche Beatmung</u>
.01	<u>Invasive häusliche Beatmung nach erfolgloser Beatmungsentwöhnung</u>
.02	<u>Invasive häusliche Beatmung als elektive Maßnahme oder ohne Beatmungsentwöhnungsversuch</u>
8-716.1	Kontrolle oder Optimierung einer früher eingeleiteten häuslichen Beatmung
.10	<u>Nicht invasive häusliche Beatmung</u>
.11	<u>Invasive häusliche Beatmung</u>
8-716.2	<u>Beendigung einer früher eingeleiteten häuslichen Beatmung</u>
.20	<u>Nicht invasive häusliche Beatmung</u>
.21	<u>Invasive häusliche Beatmung</u>

Maßnahmen für den Blutkreislauf (8-80...8-85)

8-80	Transfusion von Blutzellen
8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat
8-800.6	Patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate
.6f	71 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate und mehr
.6s	71 bis unter 79 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate
.6t	79 bis unter 87 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate
.6u	87 bis unter 95 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate
.6v	95 bis unter 103 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate
.6w	103 bis unter 111 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate
.6z	111 oder mehr patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate
8-800.c	Erythrozytenkonzentrat
.cr	280 TE und oder mehr
8-800.d	Pathogeninaktiviertes Apherese-Thrombozytenkonzentrat
.dw	126 und mehr pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
.dz	126 bis unter 134 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	Hinw.: Bei Transfusion von 134 oder mehr pathogeninaktivierten Apherese-Thrombozytenkonzentraten ist ein Kode aus dem Bereich 8-800.j ff. zu verwenden
8-800.f	Apherese-Thrombozytenkonzentrat
.fw	126 und mehr Apherese-Thrombozytenkonzentrate
.fz	126 bis unter 134 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	Hinw.: Bei Transfusion von 134 oder mehr Apherese-Thrombozytenkonzentraten ist ein Kode aus dem Bereich 8-800.k ff. zu verwenden
8-800.g	Thrombozytenkonzentrat
.gw	126 und mehr Thrombozytenkonzentrate
.gz	126 bis unter 134 Thrombozytenkonzentrate
	Hinw.: Bei Transfusion von 134 oder mehr Thrombozytenkonzentraten ist ein Kode aus dem Bereich 8-800.m ff. zu verwenden
8-800.h	Pathogeninaktiviertes Thrombozytenkonzentrat
.hw	126 und mehr pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
.hz	126 bis unter 134 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
	Hinw.: Bei Transfusion von 134 oder mehr pathogeninaktivierten Thrombozytenkonzentraten ist ein Kode aus dem Bereich 8-800.n ff. zu verwenden
8-800.j	Weitere pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
.j0	134 bis unter 146 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
.j1	146 bis unter 158 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
.j2	158 bis unter 170 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
.j3	170 bis unter 182 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
.j4	182 bis unter 194 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
.j5	194 bis unter 210 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
.j6	210 bis unter 226 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
.j7	226 bis unter 242 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
.j8	242 bis unter 258 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
.j9	258 bis unter 274 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
.ja	274 bis unter 294 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
.jb	294 bis unter 314 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
.jc	314 bis unter 334 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
.jd	334 bis unter 354 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
.je	354 bis unter 374 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
.jf	374 oder mehr pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
8-800.k	Weitere Apherese-Thrombozytenkonzentrate
.k0	134 bis unter 146 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
.k1	146 bis unter 158 Apherese-Thrombozytenkonzentrate

.k2	158 bis unter 170 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
.k3	170 bis unter 182 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
.k4	182 bis unter 194 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
.k5	194 bis unter 210 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
.k6	210 bis unter 226 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
.k7	226 bis unter 242 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
.k8	242 bis unter 258 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
.k9	258 bis unter 274 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
.ka	274 bis unter 294 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
.kb	294 bis unter 314 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
.kc	314 bis unter 334 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
.kd	334 bis unter 354 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
.ke	354 bis unter 374 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
.kf	374 oder mehr Apherese-Thrombozytenkonzentrate
8-800.m	Weitere Thrombozytenkonzentrate
	<u>Hinw.:</u> Der in den "Richtlinien zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie) gemäß §§ 12 und 18 des Transfusionsgesetzes (TFG) (Novelle 2005)" festgelegte Mindestgehalt von 2×10^{11} Thrombozyten/Einheit ist zu beachten
.m0	134 bis unter 146 Thrombozytenkonzentrate
.m1	146 bis unter 158 Thrombozytenkonzentrate
.m2	158 bis unter 170 Thrombozytenkonzentrate
.m3	170 bis unter 182 Thrombozytenkonzentrate
.m4	182 bis unter 194 Thrombozytenkonzentrate
.m5	194 bis unter 210 Thrombozytenkonzentrate
.m6	210 bis unter 226 Thrombozytenkonzentrate
.m7	226 bis unter 242 Thrombozytenkonzentrate
.m8	242 bis unter 258 Thrombozytenkonzentrate
.m9	258 bis unter 274 Thrombozytenkonzentrate
.ma	274 bis unter 294 Thrombozytenkonzentrate
.mb	294 bis unter 314 Thrombozytenkonzentrate
.mc	314 bis unter 334 Thrombozytenkonzentrate
.md	334 bis unter 354 Thrombozytenkonzentrate
.me	354 bis unter 374 Thrombozytenkonzentrate
.mf	374 oder mehr Thrombozytenkonzentrate
8-800.n	Weitere pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
	<u>Hinw.:</u> Der in den "Richtlinien zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie) gemäß §§ 12 und 18 des Transfusionsgesetzes (TFG) (Novelle 2005)" festgelegte Mindestgehalt von 2×10^{11} Thrombozyten/Einheit ist zu beachten
.n0	134 bis unter 146 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
.n1	146 bis unter 158 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
.n2	158 bis unter 170 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
.n3	170 bis unter 182 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
.n4	182 bis unter 194 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
.n5	194 bis unter 210 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
.n6	210 bis unter 226 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
.n7	226 bis unter 242 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
.n8	242 bis unter 258 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
.n9	258 bis unter 274 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
.na	274 bis unter 294 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
.nb	294 bis unter 314 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
.nc	314 bis unter 334 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
.nd	334 bis unter 354 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
.ne	354 bis unter 374 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
.nf	374 oder mehr pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
8-802	Transfusion von Leukozyten
8-802.6	Granulozyten
.6b	21 oder mehr Granulozytenkonzentrate und mehr

8-805 Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen

Exkl.: Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen aus dem Knochenmark (5-411 [ff.](#))
Autogene Stammzelltherapie (8-860 [ff.](#))

Hinw.: Die In-vitro-Aufbereitung bei Entnahme der Stammzellen ist von der Klinik gesondert zu kodieren, bei der der Aufwand für die In-vitro-Aufbereitung entstanden ist (5-410.2 ff.)
Die Art der In-vitro-Aufbereitung der transplantierten oder transfundierten hämatopoetischen Stammzellen ist gesondert zu kodieren (5-411.7 ff.)

8-805.7 Retransfusion während desselben stationären Aufenthaltes

Hinw.: [Dieser Kode ist ein Zusatzkode](#)

Eine Retransfusion meint nicht die fraktionierte Gabe eines Transplantats über mehrere Tage verteilt. Mit diesem Kode ist nur eine komplett neue Transfusion hämatopoetischer Stammzellen nach Versagen der vorherigen Transplantation während desselben stationären Aufenthaltes ([ungeplante Retransplantation](#)) zu kodieren. Dabei wird nach Ausschöpfung aller Mittel zur Erhaltung des ersten Transplantats eine neue Transfusion mit erneuter Konditionierung und/oder einem Wechsel des Stammzellspenders durchgeführt

8-81 Transfusion von Plasma, Plasmabestandteilen und Infusion von Volumenersatzmitteln
8-810 Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen

Exkl.: Plasmabestandteile und genetisch hergestellte Plasmaproteine, die unter 8-812 [ff.](#) aufgeführt sind

- 8-810.6 Rekombinanter aktivierter Faktor VII
.6z 70.000 kIE ~~und~~[oder](#) mehr
- 8-810.7 Plasmatischer Faktor VII
.7r 70.000 [oder mehr](#) Einheiten~~und mehr~~
- 8-810.8 Rekombinanter Faktor VIII
.8z 280.000 [oder mehr](#) Einheiten~~und mehr~~
- 8-810.9 Plasmatischer Faktor VIII
.9z 280.000 [oder mehr](#) Einheiten~~und mehr~~
- 8-810.a Rekombinanter Faktor IX
.az 280.000 [oder mehr](#) Einheiten~~und mehr~~
- 8-810.b Plasmatischer Faktor IX
.bz 280.000 [oder mehr](#) Einheiten~~und mehr~~
- 8-810.c FEIBA - Prothrombinkomplex mit Faktor-VIII-Inhibitor-Bypass-Aktivität
.cz 280.000 [oder mehr](#) Einheiten~~und mehr~~
- 8-810.d Von-Willebrand-Faktor
.dz 280.000 [oder mehr](#) Einheiten~~und mehr~~
- 8-810.e Faktor XIII
.ez 180.000 [oder mehr](#) Einheiten~~und mehr~~
- 8-810.g Antithrombin III
.gj 150.000 IE ~~und~~[oder](#) mehr
- 8-810.h C1-Esteraseinhibitor
.he 11.000 [oder mehr](#) Einheiten~~und mehr~~
- 8-810.j Fibrinogenkonzentrat
.jz 160,0 g ~~und~~[oder](#) mehr
- 8-810.q Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Hepatitis-B-surface-Antigen (HBsAg)
.qk 64.000 IE ~~und~~[oder](#) mehr
- 8-810.s Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Zytomegalie-Virus (CMV)
.se 50,0 g ~~und~~[oder](#) mehr
- 8-810.t Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Varicella-Zoster-Virus (VZV)
.td 8.000 IE ~~und~~[oder](#) mehr
- 8-810.w Human-Immunglobulin, polyvalent
.wu 845 g ~~und~~[oder](#) mehr

8-812 Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen**Exkl.:** Plasmabestandteile und genetisch hergestellte Plasmaproteine, die unter 8-810 ff. aufgeführt sind8-812.0 Alpha-1-Proteinaseninhibitor human, parenteral
.0q 39.600 mg undoder mehr8-812.1 Interferon alfa-2a, parenteral
.1n 1.400 Mio. IE undoder mehr8-812.2 Interferon alfa-2b, parenteral
.2p 1.400 Mio. IE undoder mehr8-812.5 Prothrombinkomplex
.5r 200.500 IE undoder mehr8-812.6 Normales Plasma
.64 31 TE undoder mehr8-812.7 Kryodepletiertes Plasma
.74 31 TE undoder mehr8-812.8 Pathogeninaktiviertes Plasma
.84 31 TE undoder mehr8-812.9 Humanes Protein C, parenteral
.9e 70.000 IE undoder mehr8-812.a Plasmatischer Faktor X
.am 100.000 undoder mehr Einheiten8-812.b Faktor XI**8-82 Plasmapherese, und Immunadsorption und verwandte Verfahren****8-820 Therapeutische Plasmapherese****Inkl.:** Therapeutische Plasmapherese mit gleichzeitiger Zellapherese**Hinw.:** Die Gabe von Plasma oder Albumin ist im Kode enthalten8-820.0 Mit normalem Plasma
.0w 50 undoder mehr Plasmapheresen8-820.1 Mit kryodepletiertem Plasma
.1w 50 undoder mehr Plasmapheresen8-820.2 Mit gefrorenem, pathogeninaktiviertem Plasma
.2t 50 undoder mehr Plasmapheresen**8-821 Immunadsorption und verwandte Verfahren****Hinw.:** Es ist jede durchgeführte (Immun-)Adsorption zu kodieren8-821.0 Immunadsorption M mit nicht regenerierbarer Säule zur Entfernung von Immunglobulinen und/oder Immunkomplexen8-821.1 Immunadsorption M mit regenerierbarer Säule zur Entfernung von Immunglobulinen und/oder Immunkomplexen
.10 Ersteinsatz**Hinw.:** Dieser Kode ist nur einmal pro therapeutischen Protokoll anzugeben. Jede weitere Anwendung der regenerierbaren Säule ist gesondert zu kodieren (8-821.11)8-821.2 Adsorption zur Entfernung hydrophober Substanzen (niedrig- und/oder mittelmolekular)**Inkl.:** Zytokin-Adsorption**8-826 Doppelfiltrationsplasmapherese (DFPP)**8-826.0 Ohne Kryofiltration
.0t 50 undoder mehr Doppelfiltrationsplasmapheresen8-826.1 Mit Kryofiltration
.1t 50 undoder mehr Doppelfiltrationsplasmapheresen

8-83 Therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Gefäße**8-835 Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie**

8-835.4 Ablation mit anderen Energiequellen

Inkl.: Ultraschall, Mikrowelle, Laser ohne endovaskuläre endoskopische Steuerung

8-835.f Perkutaner epikardialer Zugang für eine Ablation

Hinw.: Dieser Code ist ein Zusatzcode. Er ist nur anzugeben, wenn bei einem der unter 8-835.2 ff. bis 8-835.e oder 8-835.g ff. aufgeführten Verfahren die Ablation über einen perkutanen epikardialen Zugang durchgeführt wurde8-835.g Ablation mit Hilfe elektroanatomischer rotordetektierender Mappingverfahren**Inkl.:** Focal Impulse and Rotor Modulation [FIRM]**Hinw.:** Die Anwendung einer Ablation mit Hilfe dreidimensionaler, elektroanatomischer Mappingverfahren ist gesondert zu kodieren (8-835.8 ff., 8-835.d ff.).g0 Rechter Vorhof**Inkl.:** Venae cavae und Koronarsinus**Exkl.:** AV-Knoten (8-835.g1).g1 AV-Knoten.g2 Rechter Ventrikel.g3 Linker Vorhof**Inkl.:** Pulmonalvenen.g4 Linker Ventrikel**8-836 (~~Perkutan-~~)transluminale Gefäßintervention****Exkl.:** (~~Perkutan-~~)transluminale Gefäßintervention an Gefäßen des Lungenkreislaufes (8-838 ff.)Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen (8-837 ff.)Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen (5-38a ff.)(~~Perkutan-~~)transluminale Stentimplantation (8-84 ~~ff.~~)**Hinw.:** Die Anwendung eines Embolieprotektionssystems ist gesondert zu kodieren (8-83b.9)Die Verwendung von mehr als einem Mikrokatheter ist gesondert zu kodieren (8-83b.7 ff.)Die Verwendung von Rekanalisationssystemen zur perkutanen Passage organisierter Verschlüsse ist gesondert zu kodieren (8-83b.a ff.)Weitere (~~perkutan-~~)transluminale Gefäßinterventionen sind unter 8-83c ff. zu finden

Ein Code aus diesem Bereich ist auch zu verwenden, wenn eine der aufgeführten Prozeduren im

Rahmen einer Hybridchirurgie eingesetzt wird. Es ist dann zusätzlich zu dem jeweiligen Operationskode aus dem Bereich 5-38 bis 5-39 der Zusatzcode 5-98a.0 anzugeben

Für die Zuordnung einzelner Gefäße zu den Gruppen siehe auch Liste der Gefäße vor 5-38

Die A. uterina sowie die arteriellen Gefäße der Prostata sind mit dem Code ~~9.h~~ Andere ~~Gefäße~~ Arterien abdominal und pelvin zu verschlüsseln

Die Lokalisation ist für die mit ** gekennzeichneten Kodes in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:

- 0 Gefäße intrakraniell
- 1↔ Gefäße Kopf extrakraniell und Hals
- 2↔ Gefäße Schulter und Oberarm
- 3↔ Gefäße Unterarm
- 4 Aorta
- 5 Aortenisthmus
- 6 Ductus arteriosus apertus
- 7 V. cava
- 8↔ Andere Gefäße thorakal
- ~~9↔ Andere Gefäße abdominal und pelvin~~
- a Gefäße viszeral
- ~~b↔ Gefäße Oberschenkel~~
- c↔ Gefäße Unterschenkel
- d Gefäßmalformationen
- e Künstliche Gefäße

- f Gefäße spinal
- g V. portae
- [h↔ Andere Arterien abdominal und pelvin](#)
- [j↔ Andere Venen abdominal und pelvin](#)
- [k↔ Arterien Oberschenkel](#)
- [m↔ Venen Oberschenkel](#)
- x↔ Sonstige

8-836.0 Angioplastie (Ballon)

Hinw.: Die Verwendung eines Modellier- oder Doppellumenballons ist gesondert zu kodieren (8-83b.5 ff.)
 Die Art und die Anzahl der verwendeten medikamentenfreisetzenden Ballons sind gesondert zu kodieren (8-83b.b [ff.](#))
 Die Art der verwendeten antikörperbeschichteten Ballons ist gesondert zu kodieren (8-83b.b1)

- ~~.00↔ Andere Gefäße abdominal und pelvin~~
- ~~.0b↔ Gefäße Oberschenkel~~
- [.0q↔ Andere Arterien abdominal und pelvin](#)
- [.0r↔ Andere Venen abdominal und pelvin](#)
- [.0s↔ Arterien Oberschenkel](#)
- [.0t↔ Venen Oberschenkel](#)

8-836.k** Selektive Embolisation mit Partikeln

Hinw.: Die Art der verwendeten Partikel ist gesondert zu kodieren (8-83b.1 [ff.](#))
[Die Verwendung eines katheterbasierten Infusionssystems mit dynamischer expandierbarer Spitze ist gesondert zu kodieren \(8-83b.k\)](#)

8-836.n Anzahl der Metallspiralen

Hinw.: Diese Codes sind Zusatzcodes. Sie dürfen nur zusätzlich zu einem Code aus 8-836.m [ff.](#) oder 8-838.9 [ff.](#) verwendet werden

.nw 28 [oder mehr](#) Metallspiralen ~~und mehr~~

8-836.w** Atherektomie unter peripherem Embolieschutz
[Subklassifikation - 6. Stelle: [b](#), [c](#), [k](#), [m](#), [x](#)]

Hinw.: Die Anwendung eines Embolieprotektionssystems ist hier nicht gesondert zu kodieren

8-837 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen

Hinw.: Die Anwendung eines Embolieprotektionssystems ist gesondert zu kodieren (8-83b.9)
 Ein Code aus diesem Bereich ist auch zu verwenden, wenn eine der aufgeführten Prozeduren im Rahmen einer Hybridchirurgie eingesetzt wird
[Die Anwendung der Hybridchirurgie ist gesondert zu kodieren \(5-98a.0\)](#)

8-838 ~~(Perkutan-)~~transluminale Gefäßintervention an Gefäßen des Lungenkreislaufes

Hinw.: Die Anwendung eines Embolieprotektionssystems ist gesondert zu kodieren (8-83b.9)
 Die Verwendung von mehr als einem Mikrokatheter ist gesondert zu kodieren (8-83b.7 [ff.](#))
 Ein Code aus diesem Bereich ist auch zu verwenden, wenn eine der aufgeführten Prozeduren im Rahmen einer Hybridchirurgie eingesetzt wird
[Die Anwendung der Hybridchirurgie ist gesondert zu kodieren \(5-98a.0\)](#)

8-838.6** Selektive Thrombolyse

Hinw.: [Die Verwendung eines ultraschallgestützten Thrombolysesystems ist gesondert zu kodieren \(8-83b.j\)](#)

8-838.f** Einlegen von 2 ~~und~~[oder](#) mehr ungecoverten großlumigen Stents

Hinw.: Großlumige Stents beginnen für Erwachsene bei einem Durchmesser von mehr als 16 mm und für Kinder bei einem Durchmesser von mehr als 8 mm

8-838.h** Einlegen von 2 ~~und~~[oder](#) mehr gecoverten großlumigen Stents

Hinw.: Großlumige Stents beginnen für Erwachsene bei einem Durchmesser von mehr als 16 mm und für Kinder bei einem Durchmesser von mehr als 8 mm

8-839 Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße

8-839.0 Perkutane Einführung einer intraaortalen Ballonpumpe

Hinw.: Die Dauer der Behandlung [mit einer intraaortalen Ballonpumpe](#) ist gesondert zu kodieren (8-83a.0 ff.)

Aktualisierungsliste OPS Version 2017

- 8-839.4 Implantation oder Entfernung einer transvasal platzierten axialen Pumpe zur Kreislaufunterstützung
.42 Implantation einer univentrikulären axialen Pumpe
Hinw.: Die Dauer der Behandlung mit einer transvasal platzierten axialen Pumpe zur Kreislaufunterstützung ist gesondert zu kodieren (8-83a.3 ff.)
.43 Implantation einer biventrikulären axialen Pumpe
Hinw.: Die Dauer der Behandlung mit einer transvasal platzierten axialen Pumpe zur Kreislaufunterstützung ist gesondert zu kodieren (8-83a.3 ff.)
- 8-839.8 Portosystemischer Shunt (TIPSS)
.89 Perkutanes Anlegen von 2 ~~und~~oder mehr ungecoverten Stents
.8a Perkutanes Anlegen von 2 ~~und~~oder mehr gecoverten Stents
- 8-839.a Endovaskuläre Implantation oder Entfernung einer extrakorporalen Zentrifugalpumpe zur Kreislaufunterstützung
.a0 Implantation einer univentrikulären Zentrifugalpumpe, linker Ventrikel
Hinw.: Die Dauer der Behandlung mit einer extrakorporalen univentrikulären Pumpe ist gesondert zu kodieren (8-83a.1 ff.)
Die endovaskuläre Implantation der Kanülen ist im Code enthalten
.a1 Implantation einer univentrikulären Zentrifugalpumpe, rechter Ventrikel
Hinw.: Die Dauer der Behandlung mit einer extrakorporalen univentrikulären Pumpe ist gesondert zu kodieren (8-83a.1 ff.)
Die endovaskuläre Implantation der Kanülen ist im Code enthalten
.a2 Implantation einer biventrikulären Zentrifugalpumpe
Hinw.: Die Anwendung dieses Codes setzt die gleichzeitige Verwendung von zwei Zentrifugalpumpen voraus
Die Dauer der Behandlung mit einer extrakorporalen biventrikulären Pumpe ist gesondert zu kodieren (8-83a.2 ff.)
Die endovaskuläre Implantation der Kanülen ist im Code enthalten
.a4 Entfernung einer biventrikulären Zentrifugalpumpe
Hinw.: Die Anwendung dieses Codes setzt die gleichzeitige Entfernung von beiden Zentrifugalpumpen voraus
.a6 Anwendung eines transseptal fixierten, doppellumigen Katheters als Kanüle
Hinw.: Dieser Code ist ein Zusatzcode
- 8-839.b Endovaskuläre Implantation, Wechsel oder Entfernung einer parakorporalen pulsatilen Membranpumpe mit integrierter Gegenpulsation zur Kreislaufunterstützung
.b0 Implantation, linker Ventrikel
Hinw.: Die Dauer der Behandlung mit einer parakorporalen Pumpe zur Kreislaufunterstützung ist gesondert zu kodieren (8-83a.4 ff.)
Die endovaskuläre Implantation der Kanülen ist im Code enthalten
.b1 Implantation, rechter Ventrikel
Hinw.: Die Dauer der Behandlung mit einer parakorporalen Pumpe zur Kreislaufunterstützung ist gesondert zu kodieren (8-83a.4 ff.)
Die endovaskuläre Implantation der Kanülen ist im Code enthalten
.b2 Wechsel, linker Ventrikel
Hinw.: Die Dauer der Behandlung mit einer parakorporalen Pumpe zur Kreislaufunterstützung ist gesondert zu kodieren (8-83a.4 ff.)
Die endovaskuläre Implantation der Kanülen ist im Code enthalten
.b3 Wechsel, rechter Ventrikel
Hinw.: Die Dauer der Behandlung mit einer parakorporalen Pumpe zur Kreislaufunterstützung ist gesondert zu kodieren (8-83a.4 ff.)
Die endovaskuläre Implantation der Kanülen ist im Code enthalten
- 8-83a Dauer der Behandlung mit einem herzunterstützenden System**
- 8-83a.0 Intraaortale Ballonpumpe
.02 96 ~~und~~oder mehr Stunden
- 8-83a.1 Extrakorporale Pumpe (z.B. Kreislumpumpe oder Zentrifugalpumpe), univentrikulär
.1a 576 ~~und~~oder mehr Stunden
- 8-83a.2 Extrakorporale Pumpe (z.B. Kreislumpumpe oder Zentrifugalpumpe), biventrikulär
.2a 576 ~~und~~oder mehr Stunden

8-83a.3 Transvasal platzierte axiale Pumpe zur Kreislaufunterstützung
.33 120 ~~und~~oder mehr Stunden

8-83a.4 Parakorporale Pumpe zur Kreislaufunterstützung (z.B. Membranpumpe)
.48 480 ~~und~~oder mehr Stunden

~~8-83a.x Sonstige~~

~~8-83a.y N.n.bez.~~

8-83b Zusatzinformationen zu Materialien

8-83b.3 Art der Metall- oder Mikrospiralen zur selektiven Embolisation
.35 Großvolumige Metallspiralen [Volumencoils]

Hinw.: Volumencoils haben einen Durchmesser von mindestens 0,51 mm im Einführungszustand

.3a Hybrid-Mikrospiralen

Hinw.: Eine Hybrid-Mikrospirale besteht aus mindestens drei unterschiedlich weichen Segmenten

8-83b.8 Verwendung eines Mikrodrahtretriever- oder Stentretriever-Systems zur Thrombektomie oder Fremdkörperentfernung
.80 1 Mikrodrahtretriever-System

Inkl.: Mikrodrahtgestütztes Thrombektomiesystem mit kontinuierlicher Aspiration

.82 2 Mikrodrahtretriever-Systeme

Inkl.: Mikrodrahtgestütztes Thrombektomiesystem mit kontinuierlicher Aspiration

.83 3 oder mehr Mikrodrahtretriever-Systeme

Inkl.: Mikrodrahtgestütztes Thrombektomiesystem mit kontinuierlicher Aspiration

8-83b.b Art der verwendeten Ballons

~~**Hinw.:** Diese Zusatzkodes können auch zu den Codes aus Kapitel 5 (5-38f ff.) angegeben werden~~

.b9 Vier ~~und~~oder mehr medikamentenfreisetzende Ballons an Koronargefäßen

.bd Vier ~~und~~oder mehr medikamentenfreisetzende Ballons an anderen Gefäßen

8-83b.f Länge peripherer Stents

.f4 250 mm ~~und~~oder mehr

8-83b.k Verwendung eines katheterbasierten Infusionssystems mit dynamischer, expandierbarer Spitze zur selektiven Embolisation

8-83c Andere ~~(perkutan-)~~transluminale Gefäßintervention

Exkl.: ~~(Perkutan-)~~transluminale Gefäßintervention an Gefäßen des Lungenkreislaufes (8-838 ff.)

Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen (8-837 ff.)

Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen (5-38a ff.)

~~(Perkutan-)~~transluminale Stentimplantation (8-84)

Hinw.: Die Anwendung eines Embolieprotektionssystems ist gesondert zu kodieren (8-83b.9)

Weitere ~~(perkutan-)~~transluminale Gefäßinterventionen sind unter 8-836 ff. zu finden

Ein Kode aus diesem Bereich ist auch zu verwenden, wenn eine der aufgeführten Prozeduren im Rahmen einer Hybridchirurgie eingesetzt wird. Es ist dann zusätzlich zu dem jeweiligen Operationskode aus dem Bereich 5-38 bis 5-39 der Zusatzkode 5-98a.0 anzugeben

8-83c.6 Intraarterielle Spasmolyse bei zerebrovaskulären Vasospasmen
.62 3 ~~und~~oder mehr Gefäße

8-83c.7 Intraarterielle Spasmolyse an sonstigen Gefäßen

Exkl.: Intraarterielle Spasmolyse bei zerebrovaskulären Vasospasmen (8-83c.6 ff.)

Einmalige Gabe eines Spasmolytikums zu diagnostischen Zwecken im Rahmen eines anderen Eingriffs

Hinw.: Dieser Kode ~~ist~~sind auch zu verwenden, wenn eine intraarterielle Spasmolyse im Rahmen eines anderen Eingriffs erfolgt

.72 3 ~~und~~oder mehr Gefäße

8-83c.9** ~~(Perkutan-)~~transluminale Implantation selbstexpandierender endovaskulärer Klammern

Hinw.: Die Anzahl der verwendeten Klammern ist unter 8-83c.a ff. zu kodieren

8-83c.a Anzahl der selbstexpandierenden endovaskulären Klammern

.a5 5 oder mehr Klammern ~~und mehr~~

8-83c.b**

Lithoplastie

[\[Subklassifikation - 6. Stelle: 1-4.8-c.e.x\]](#)

Hinw.: Lithoplastie ist eine Kombination aus Stoßwellentherapie und Ballondilatation

[8-83c.c**](#)

[Endovaskuläre Anlage einer AV-Fistel durch magnetgeführte Hochfrequenzenergie](#)

[\[Subklassifikation - 6. Stelle: 2.3.b.c.x\]](#)

8-83d

Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen

Hinw.: Die Anwendung eines Embolieprotektionssystems ist gesondert zu kodieren (8-83b.9)

Ein Kode aus diesem Bereich ist auch zu verwenden, wenn eine der aufgeführten Prozeduren im Rahmen einer Hybridchirurgie eingesetzt wird

[Die Anwendung der Hybridchirurgie ist gesondert zu kodieren \(5-98a.0\)](#)

8-84

(Perkutan-)transluminale Stentimplantation

Exkl.: ~~(Perkutan-)transluminale Stentimplantation an Gefäßen des Lungenkreislaufes (8-838 ff.)~~

Perkutan-transluminale Stentimplantation an Herz und Koronargefäßen (8-837 ff.)

Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen (5-38a ff.)

~~(Perkutan-)transluminale Gefäßinterventionen (8-836 ff.)~~

Andere ~~(perkutan-)transluminale Gefäßinterventionen (8-83c ff.)~~

Hinw.: Die Anwendung eines Embolieprotektionssystems ist gesondert zu kodieren (8-83b.9)

Ein Kode aus diesem Bereich ist auch zu verwenden, wenn eine der aufgeführten Prozeduren im Rahmen einer Hybridchirurgie eingesetzt wird. [Es ist dann zusätzlich zu dem jeweiligen Operationskode aus dem Bereich 5-38 bis 5-39 der Zusatzkode 5-98a.0 anzugeben](#)

Für die Zuordnung einzelner Gefäße zu den Gruppen siehe auch Liste der Gefäße vor 5-38

Die Lokalisation ist für die Kodes 8-840 ff. bis 8-846 ff. und 8-848 ff. bis 8-84b ff. nach folgender Liste zu kodieren:

- 0 Gefäße intrakraniell
- 2↔ Gefäße Schulter und Oberarm
- 3↔ Gefäße Unterarm
- 4 Aorta
- 5 Aortenisthmus
- 6 Ductus arteriosus apertus
- 7 V. cava
- 8↔ Andere Gefäße thorakal
- ~~9↔ Andere Gefäße abdominal und pelvin~~
- a Gefäße viszeral
- ~~b↔ Gefäße Oberschenkel~~
- c↔ Gefäße Unterschenkel
- d Gefäßmalformationen
- e Künstliche Gefäße
- f Gefäße spinal
- g V. portae
- h↔ A. carotis n.n.bez.
- j↔ A. carotis communis
- k↔ A. carotis interna extrakraniell
- m↔ A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
- n↔ A. carotis externa
- p↔ A. vertebralis extrakraniell
- q↔ [Andere Arterien abdominal und pelvin](#)
- r↔ [Andere Venen abdominal und pelvin](#)
- s↔ [Arterien Oberschenkel](#)
- t↔ [Venen Oberschenkel](#)
- x↔ Sonstige

8-840

(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents

Hinw.: Die Verwendung von Stents mit einer Länge von 100 mm und mehr ist gesondert zu kodieren (8-83b.f ff.)

Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach vorstehender Liste zu kodieren

8-840.5**

Sechs ~~und~~oder mehr Stents

8-841 (~~Perkutan-~~)transluminale Implantation von medikamentenfreisetzenden Stents

Hinw.: Die Art der medikamentenfreisetzenden Stents ist gesondert zu kodieren (8-83b.0 ff.)
 Die Verwendung von Stents mit einer Länge von 100 mm und mehr ist gesondert zu kodieren (8-83b.f ff.)
 Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 8-840 zu kodieren

8-841.5** Sechs ~~und~~oder mehr Stents

8-842 (~~Perkutan-~~)transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft)

Exkl.: Perkutan-transluminale Einbringung von Stent-Prothesen (Stent-Graft) in die Aorta über großlumige Schleusen (5-38a ff.)

Hinw.: Die Art der Beschichtung ist gesondert zu kodieren (8-83b.e ff.)
 Die Verwendung von Stents mit einer Länge von 100 mm und mehr ist gesondert zu kodieren (8-83b.f ff.)
 Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 8-840 zu kodieren

8-842.0** Ein Stent
 [Subklassifikation - 6. Stelle: 0,2,3,6-~~p~~8.a.c-t,x]

8-842.1** Zwei Stents
 [Subklassifikation - 6. Stelle: 0,2,3,6-~~p~~8.a.c-t,x]

8-842.2** Drei Stents
 [Subklassifikation - 6. Stelle: 0,2,3,6-~~p~~8.a.c-t,x]

8-842.3** Vier Stents
 [Subklassifikation - 6. Stelle: 0,2,3,6-~~p~~8.a.c-t,x]

8-842.4** Fünf Stents
 [Subklassifikation - 6. Stelle: 0,2,3,6-~~p~~8.a.c-t,x]

8-842.5** Sechs ~~und~~oder mehr Stents
 [Subklassifikation - 6. Stelle: 0,2,3,6-~~p~~8.a.c-t,x]

8-843 (~~Perkutan-~~)transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents

Hinw.: Die Verwendung von Stents mit einer Länge von 100 mm und mehr ist gesondert zu kodieren (8-83b.f ff.)
 Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 8-840 zu kodieren

8-843.5** Sechs ~~und~~oder mehr Stents

8-844 (~~Perkutan-~~)transluminale Implantation von selbstexpandierenden Mikrostents

Hinw.: Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 8-840 zu kodieren

8-844.5** Sechs ~~und~~oder mehr Stents
 [Subklassifikation - 6. Stelle: 0,3,c,x]

8-845 (~~Perkutan-~~)transluminale Implantation von ungecoverten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]

Hinw.: Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 8-840 zu kodieren

8-845.0** Ein Stent
 [Subklassifikation - 6. Stelle: 0,2-8.a.c-n,q-t,x]

8-845.1** Zwei ~~und~~oder mehr Stents
 [Subklassifikation - 6. Stelle: 0,2-8.a.c-n,q-t,x]

8-846 (~~Perkutan-~~)transluminale Implantation von gecoverten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]

Hinw.: Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 8-840 zu kodieren

8-846.0** Ein Stent
 [Subklassifikation - 6. Stelle: 0,2-8.a.c-n,q-t,x]

8-846.1** Zwei ~~und~~oder mehr Stents
 [Subklassifikation - 6. Stelle: 0,2-8.a.c-n,q-t,x]

8-847 (~~Perkutan-~~)transluminale Implantation eines Wachstumsstents**8-848 (~~Perkutan-~~)transluminale Implantation von medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft)**

Exkl.: Perkutan-transluminale Einbringung von Stent-Prothesen (Stent-Graft) in die Aorta über großlumige Schleusen (5-38a ff.)

Aktualisierungsliste OPS Version 2017

Hinw.: Die Art der medikamentenfreisetzenden Stents ist gesondert zu kodieren (8-83b.0 ff.)
Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 8-840 zu kodieren

8-848.0** Ein Stent
[Subklassifikation - 6. Stelle: 0,2,3,6-~~p~~8.a.c.t,x]

8-848.1** Zwei Stents
[Subklassifikation - 6. Stelle: 0,2,3,6-~~p~~8.a.c.t,x]

8-848.2** Drei Stents
[Subklassifikation - 6. Stelle: 0,2,3,6-~~p~~8.a.c.t,x]

8-848.3** Vier Stents
[Subklassifikation - 6. Stelle: 0,2,3,6-~~p~~8.a.c.t,x]

8-848.4** Fünf Stents
[Subklassifikation - 6. Stelle: 0,2,3,6-~~p~~8.a.c.t,x]

8-848.5** Sechs ~~und~~oder mehr Stents
[Subklassifikation - 6. Stelle: 0,2,3,6-~~p~~8.a.c.t,x]

8-849 ~~(Perkutan-)~~transluminale Implantation von sonstigen ungedeckten großlumigen Stents

Exkl.: Ungedockte Cheatham-Platinum-Stents (8-845 ff.)

Hinw.: Großlumige Stents beginnen für Erwachsene bei einem Durchmesser von mehr als 16 mm und für Kinder bei einem Durchmesser von mehr als 8 mm
Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 8-840 zu kodieren

8-849.1** Zwei ~~und~~oder mehr Stents

8-84a ~~(Perkutan-)~~transluminale Implantation von sonstigen gedeckten großlumigen Stents

Exkl.: Gedockte Cheatham-Platinum-Stents (8-846 ff.)

Hinw.: Großlumige Stents beginnen für Erwachsene bei einem Durchmesser von mehr als 16 mm und für Kinder bei einem Durchmesser von mehr als 8 mm
Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 8-840 zu kodieren

8-84a.1** Zwei ~~und~~oder mehr Stents

8-84b ~~(Perkutan-)~~transluminale Implantation von Stents zur Strömungslaminierung bei Aneurysmen

Inkl.: Mehrschicht-Flechtstents wie Flow-Diverter oder Multilayer-Stents

Hinw.: Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 8-840 zu kodieren

8-84b.6** Sechs ~~und~~oder mehr Stents

8-84c ~~(Perkutan-)~~transluminale Implantation eines selbstexpandierenden Bifurkationsstents, intrakraniell

Hinw.: Mit diesem Kode ist nicht der Gebrauch zweier "normaler" Stents in der Kissing-Ballon-Technik zu kodieren

8-85 Extrakorporale Zirkulation und Behandlung von Blut

8-852 Extrakorporaler Gasaustausch ohne und mit Herzunterstützung und Prä-ECMO-Therapie

8-852.0 Veno-venöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung

~~.0a Dauer der Behandlung 576 Stunden und mehr~~

~~.0b Dauer der Behandlung 576 bis unter 768 Stunden~~

~~.0c Dauer der Behandlung 768 bis unter 960 Stunden~~

~~.0d Dauer der Behandlung 960 bis unter 1.152 Stunden~~

~~.0e Dauer der Behandlung 1.152 oder mehr Stunden~~

8-852.2 Extrakorporale Lungenunterstützung, pumpenlos (PECLA)

.24 Dauer der Behandlung 720 bis unter 1.008 Stunden

.25 Dauer der Behandlung 1.008 ~~oder mehr~~ Stunden ~~und mehr~~

8-852.3 Anwendung einer minimalisierten Herz-Lungen-Maschine

Inkl.: ECLS, veno-arterielle extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) mit Herzunterstützung, veno-venös-arterielle extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) mit Herzunterstützung

Hinw.: Die perkutane Implantation der Kanülen ist im Kode enthalten
 Die offen chirurgische Implantation der Kanülen ist gesondert zu kodieren (5-37b ff.)
 Dieser Kode ~~ist~~ **sind** anzugeben für die postoperative Kreislaufunterstützung oder die Kreislaufunterstützung kreislaufinstabiler Patienten mit der minimalisierten Herz-Lungen-Maschine. Bei Anwendung der minimalisierten Herz-Lungen-Maschine zur intraoperativen Herz-Lungen-Unterstützung und geforderter zusätzlicher Kodierung der Herz-Lungen-Maschine ist ein Kode aus 8-851 **ff.** anzugeben

- ~~.3a~~ ~~Dauer der Behandlung 576 Stunden und mehr~~
- ~~.3b~~ ~~Dauer der Behandlung 576 bis unter 768 Stunden~~
- ~~.3c~~ ~~Dauer der Behandlung 768 bis unter 960 Stunden~~
- ~~.3d~~ ~~Dauer der Behandlung 960 bis unter 1.152 Stunden~~
- ~~.3e~~ ~~Dauer der Behandlung 1.152 oder mehr Stunden~~

8-85a Dialyseverfahren wegen mangelnder Funktionsaufnahme und Versagen eines Nierentransplantates

Hinw.: Dieser Kode ~~s ist ein~~ **sind** Zusatzkodes zu den möglichen Dialyseverfahren. ~~Er ist Sie sind~~ nur zu verwenden, wenn ein Dialyseverfahren wegen mangelnder Funktionsaufnahme oder Versagen des Transplantates während desselben stationären Aufenthaltes durchgeführt wurde, bei dem auch die Nierentransplantation erfolgte

8-85a.0 Intermittierend
 .03 11 ~~und~~ **oder** mehr Behandlungen

Anästhesie und Schmerztherapie (8-90...8-91)

8-90 Anästhesie

Exkl.: Schmerztherapie (8-91)

Hinw.: Dieser Kode ~~s ist ein~~ **sind** Zusatzkodes. ~~Er ist Sie sind~~ nur zu verwenden, wenn das Anästhesieverfahren bei Behandlungen angewendet wurde, die normalerweise ohne Anästhesie durchgeführt werden (z.B. bei Kindern)
 Eine Analgosedierung beim Erwachsenen ist nicht zu kodieren

8-91 Schmerztherapie

8-918 Multimodale Schmerztherapie

Exkl.: Multimodale schmerztherapeutische Kurzzeitbehandlung (8-91b)

Hinw.: Mit einem Kode aus diesem Bereich ist eine mindestens siebentägige interdisziplinäre Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzzuständen (einschließlich Tumorschmerzen) unter Einbeziehung von mindestens zwei Fachdisziplinen, davon eine psychiatrische, psychosomatische oder psychologisch-psychotherapeutische Disziplin, nach festgelegtem Behandlungsplan mit ärztlicher Behandlungseitung zu kodieren. Die Patienten müssen mindestens drei der nachfolgenden Merkmale aufweisen:

- manifeste oder drohende Beeinträchtigung der Lebensqualität und/oder der Arbeitsfähigkeit
- Fehlschlag einer vorherigen unimodalen Schmerztherapie, eines schmerzbedingten operativen Eingriffs oder einer Entzugsbehandlung
- bestehende(r) Medikamentenabhängigkeit oder -missbrauch
- schmerzunterhaltende psychische Begleiterkrankung
- gravierende somatische Begleiterkrankung

Dieser Kode ~~s erfordert~~ **n** eine interdisziplinäre Diagnostik durch mindestens zwei Fachdisziplinen (obligatorisch eine psychiatrische, psychosomatische oder psychologisch-psychotherapeutische Disziplin) sowie die gleichzeitige Anwendung von mindestens drei der folgenden aktiven Therapieverfahren: Psychotherapie, Physiotherapie, Entspannungsverfahren, Ergotherapie, medizinische Trainingstherapie, sensomotorisches Training, Arbeitsplatztraining, künstlerische Therapie (Kunst- oder Musiktherapie) oder sonstige übende Therapien. Die Therapieeinheiten umfassen durchschnittlich 30 Minuten. ~~Der Diese~~ **Kodes** ~~umfassen~~ **en** weiter die Überprüfung des Behandlungsverlaufs durch ein standardisiertes therapeutisches Assessment, eine tägliche ärztliche Visite oder Teambesprechung und eine interdisziplinäre wöchentliche Teambesprechung
 Bei Gruppentherapie ist die Gruppengröße auf maximal 8 Personen begrenzt

Patientenmonitoring (8-92...8-93)

8-92	Neurologisches Monitoring
8-925	Intraoperatives neurophysiologisches Monitoring
	Inkl.: Elektrophysiologisches Monitoring Sprachmonitoring bei Wacheingriffen
	Exkl.: Intraoperatives neurophysiologisches Monitoring des N. recurrens im Rahmen einer anderen Operation (5-069.4 ff.) Intraoperatives neurophysiologisches Monitoring des N. facialis bei der Resektion einer Speicheldrüse (5-262 ff.) Intraoperatives neurophysiologisches Monitoring bei Operationen am Glomus caroticum und anderen Paraganglien (5-398.2)
8-925.0	Bis 4 Stunden
	Hinw.: Die Dauer berechnet sich z.B. vom Anlegen bis zur Abnahme der Elektroden
.00	Mit Stimulationselektroden (Hirnnerv, peripherer Nerv, spinal)
.01	Mit evozierten Potentialen (AEP, SEP, MEP, VEP)
	Hinw.: Eine ggf. durchgeführte Anwendung von Stimulationselektroden ist im Code enthalten
.03	Mit weniger als 8 kortikalen Elektroden (Elektrokortikographie, Phasenumkehr und/oder Kartierung) und mit evozierten Potentialen (AEP, SEP, MEP, VEP)
.04	Mit 8 und oder mehr kortikalen Elektroden (Elektrokortikographie, Phasenumkehr und/oder Kartierung)
	Hinw.: Ein ggf. durchgeführtes Monitoring mit evozierten Potentialen ist im Code enthalten
8-925.2	Mehr als 4 Stunden bis 8 Stunden
	Hinw.: Die Dauer berechnet sich z.B. vom Anlegen bis zur Abnahme der Elektroden
.20	Mit Stimulationselektroden (Hirnnerv, peripherer Nerv, spinal)
.21	Mit evozierten Potentialen (AEP, SEP, MEP, VEP)
	Hinw.: Eine ggf. durchgeführte Anwendung von Stimulationselektroden ist im Code enthalten
.23	Mit weniger als 8 kortikalen Elektroden (Elektrokortikographie, Phasenumkehr und/oder Kartierung) und mit evozierten Potentialen (AEP, SEP, MEP, VEP)
.24	Mit 8 und oder mehr kortikalen Elektroden (Elektrokortikographie, Phasenumkehr und/oder Kartierung)
	Hinw.: Ein ggf. durchgeführtes Monitoring mit evozierten Potentialen ist im Code enthalten
8-925.3	Mehr als 8 Stunden bis 12 Stunden
	Hinw.: Die Dauer berechnet sich z.B. vom Anlegen bis zur Abnahme der Elektroden
.30	Mit Stimulationselektroden (Hirnnerv, peripherer Nerv, spinal)
.31	Mit evozierten Potentialen (AEP, SEP, MEP, VEP)
	Hinw.: Eine ggf. durchgeführte Anwendung von Stimulationselektroden ist im Code enthalten
.33	Mit weniger als 8 kortikalen Elektroden (Elektrokortikographie, Phasenumkehr und/oder Kartierung) und mit evozierten Potentialen (AEP, SEP, MEP, VEP)
.34	Mit 8 und oder mehr kortikalen Elektroden (Elektrokortikographie, Phasenumkehr und/oder Kartierung)
	Hinw.: Ein ggf. durchgeführtes Monitoring mit evozierten Potentialen ist im Code enthalten
8-925.4	Mehr als 12 Stunden
	Hinw.: Die Dauer berechnet sich z.B. vom Anlegen bis zur Abnahme der Elektroden
.40	Mit Stimulationselektroden (Hirnnerv, peripherer Nerv, spinal)
.41	Mit evozierten Potentialen (AEP, SEP, MEP, VEP)
	Hinw.: Eine ggf. durchgeführte Anwendung von Stimulationselektroden ist im Code enthalten
.43	Mit weniger als 8 kortikalen Elektroden (Elektrokortikographie, Phasenumkehr und/oder Kartierung) und mit evozierten Potentialen (AEP, SEP, MEP, VEP)

- .44 Mit 8 **und/oder** mehr kortikalen Elektroden (Elektrokortikographie, Phasenumkehr und/oder Kartierung)
Hinw.: Ein ggf. durchgeführtes Monitoring mit evozierten Potentialen ist im Kode enthalten

8-93 Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf

8-931 Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes

Hinw.: Diese **Kodes** **s** **ist/sind** nur für intensivmedizinisch versorgte Patienten anzugeben. Diese **Kodes** **s** **umfass** **en** das kontinuierliche EKG-Monitoring, das Monitoring des Blutdruckes, die Messung von Atemfrequenz, Sauerstoffsättigung und sonstigen Vitalparametern sowie die Bilanzierung

Komplexbehandlung (8-97...8-98)

8-97 Multimodale Komplexbehandlung

8-97a Multimodale intensivmedizinische Überwachung und Behandlung bei zerebrovaskulären Vasospasmen

Hinw.: Diese **Kodes** **s** **ist/sind** nur anzugeben für nicht beatmete Patienten

Die intraarterielle Spasmolyse ist gesondert zu kodieren (8-83c.6 ff.)

Mindestmerkmale:

- Hypertensive hypervolämische Hämodilution (Triple-H-Therapie) mit systemischer Katecholamingabe
- Intensivmedizinisches Monitoring mit stündlicher Kontrolle aller neurologischen Funktionen
- Mindestens einmal täglich transkranielle Doppleruntersuchung aller intrazerebralen Gefäßabschnitte

8-97c Stationäre Behandlung bei erfolgter Aufnahme auf die Warteliste zur Organtransplantation

Exkl.: Präoperative Behandlungsdauer während des Transplantationsaufenthaltes (8-979 **ff.**)

Hinw.: Mit einem Kode aus diesem Bereich ist die stationäre Behandlungsdauer bei Patienten zu kodieren, die bereits auf der Warteliste zur Organtransplantation stehen bzw. in demselben Aufenthalt auf die Warteliste aufgenommen werden und bei denen die Transplantation nicht während desselben Aufenthaltes durchgeführt wird

Diese **Kodes** **s** **ist/sind** anzugeben von Transplantationszentren bzw. von Krankenhäusern, die Kooperationspartner eines Transplantationszentrums sind

Die Kodes für 1 bis 15 Behandlungstage finden sich am Ende der Liste

8-98 Sonstige multimodale Komplexbehandlung

8-980 Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)

Exkl.: Intensivüberwachung ohne akute Behandlung lebenswichtiger Organsysteme oder kurzfristige (< 24 Stunden) Intensivbehandlung

Kurzfristige (< 24 Stunden) Stabilisierung von Patienten nach operativen Eingriffen

Hinw.: Mindestmerkmale:

- Kontinuierliche, 24-stündige Überwachung und akute Behandlungsbereitschaft durch ein Team von Pflegepersonal und Ärzten, die in der Intensivmedizin erfahren sind und die aktuellen Probleme ihrer Patienten kennen
- Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzweiterbildung "Intensivmedizin"
- Eine ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation muss gewährleistet sein
- Die Anzahl der Aufwandspunkte errechnet sich aus der Summe des täglichen SAPS II (ohne Glasgow Coma Scale) über die Verweildauer auf der Intensivstation (total SAPS II) plus der Summe von 10 täglich ermittelten aufwendigen Leistungen aus dem TISS-Katalog über die Verweildauer auf der Intensivstation
- Die zu verwendenden Parameter des SAPS II und des TISS sind im Anhang zum OPS zu finden
- Spezielle intensivmedizinische Prozeduren, wie Transfusion von Plasma und Plasmabestandteilen, Plasmapherese und Immunadsorption, Maßnahmen im Rahmen der Reanimation u.a. sind gesondert zu kodieren
- Diese **Kodes** **s** **ist/sind** für Patienten, die bei stationärer Aufnahme das 14. Lebensjahr vollendet haben, anzugeben

8-980.f 19321 ~~und~~oder mehr Aufwandspunkte

8-981 Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls

Exkl.: Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls (8-98b ff.)

Hinw.: Dieser Code ~~kann~~ können auch beim Vorliegen einer TIA angegeben werden

Besteht über die Therapiemöglichkeiten der vorhandenen Schlaganfalleinheit hinaus die Indikation zu einer Behandlung auf der Intensivstation, kann, wenn die Mindestmerkmale dieses OPS-Kodes erfüllt sind, die dortige Behandlungszeit auch für die Kodierung der neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls berücksichtigt werden, auch wenn auf der Intensivstation nicht ausschließlich Patienten mit einem akuten Schlaganfall behandelt werden

Mindestmerkmale: Behandlung auf einer spezialisierten Einheit durch ein multidisziplinäres, auf die Schlaganfallbehandlung spezialisiertes Team unter fachlicher Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Neurologie mit:

- 24-stündiger ärztlicher Anwesenheit (Von Montag bis Freitag wird tagsüber eine mindestens 12-stündige ärztliche Anwesenheit (Der Arzt kann ein Facharzt für Neurologie oder ein Assistenzarzt in der Weiterbildung zum Facharzt für Neurologie sein.) gefordert, bei der sich der jeweilige Arzt auf der Spezialeinheit für Schlaganfallpatienten ausschließlich um diese Patienten kümmert und keine zusätzlichen Aufgaben zu erfüllen hat. Er kann sich in dieser Zeit nur von der Spezialeinheit entfernen, um Schlaganfallpatienten zum Beispiel zu untersuchen, zu übernehmen und zu versorgen. Während der 12-stündigen ärztlichen Anwesenheit in der Nacht sowie während der 24-stündigen ärztlichen Anwesenheit an Wochenenden und an Feiertagen ist es zulässig, dass der Arzt der Spezialeinheit noch weitere Patienten mit neurologischer Symptomatik versorgt, sofern sich diese in räumlicher Nähe befinden, so dass er jederzeit für die Schlaganfallpatienten der Spezialeinheit zur Verfügung steht)
- 24-Stunden-Monitoring von mindestens 6 der folgenden Parameter: Blutdruck, Herzfrequenz, EKG, Atmung, Sauerstoffsättigung, Temperatur, intrakranieller Druck, EEG, evozierte Potentiale. Blutdruck, Temperatur und evozierte Potentiale können auch nichtautomatisiert bestimmt werden. Das Monitoring darf nur zur Durchführung spezieller Untersuchungen oder Behandlungen unterbrochen werden. Alle Parameter müssen im Abstand von 4 Stunden oder häufiger erhoben und dokumentiert werden
- 6-stündlicher (maximaler Abstand nachts 8 Stunden) Überwachung und Dokumentation des neurologischen Befundes durch den Arzt zur Früherkennung von Schlaganfallprogression, -rezidiv und anderen Komplikationen
- Durchführung einer Computertomographie oder Kernspintomographie, bei Lyseindikation innerhalb von 60 Minuten, ansonsten innerhalb von 6 Stunden nach der Aufnahme, sofern diese Untersuchung nicht bereits extern zur Abklärung des akuten Schlaganfalls durchgeführt wurde
- Durchführung der neurosonologischen Untersuchung der extra- und intrakraniellen hirnversorgenden Gefäße zur Abklärung des akuten Schlaganfalls. Diese muss obligatorisch in der Zeit vor oder während des Aufenthaltes auf der spezialisierten Einheit durchgeführt werden, sofern nicht eine andere Methode der Darstellung dieser Gefäße (CT-, Kernspin- oder digitale Subtraktionsangiographie) seit Beginn der akuten Symptomatik angewandt wurde. Sie ist bei nachgewiesener primärer Blutung entbehrlich
- ätiologischer Diagnostik und Differenzialdiagnostik des Schlaganfalls (z.B. transösophageale Echokardiographie, Hämostaseologie, Angiitisdiagnostik, EEG und andere Verfahren) im eigenen Klinikum. Spezialisierte Labordiagnostik darf auch in Fremdlabors erfolgen
- 24-Stunden-Verfügbarkeit der zerebralen Angiographie, der digitalen Subtraktionsangiographie, der CT-Angiographie oder der MR-Angiographie
- kontinuierlicher Möglichkeit zur Fibrinolysetherapie des Schlaganfalls
- Beginn von Maßnahmen der Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie spätestens am Tag nach der Aufnahme in die Schlaganfalleinheit mit mindestens einer Behandlungseinheit pro Tag pro genannten Bereich bei Vorliegen eines entsprechenden Defizits und bestehender Behandlungsfähigkeit
- unmittelbarem Zugang zu neurochirurgischen Notfalleingriffen sowie zu gefäßchirurgischen und interventionell-neuroradiologischen Behandlungsmaßnahmen (Es gibt jeweils eine eigene Abteilung im Hause oder einen Kooperationspartner in höchstens halbstündiger Transportentfernung (Zeit zwischen Rettungstransportbeginn und Rettungstransportende). Das Strukturmerkmal ist erfüllt, wenn die halbstündige Transportentfernung unter Verwendung des schnellstmöglichen Transportmittels (z.B. Hubschrauber) grundsätzlich erfüllbar ist. Wenn der Transport eines Patienten erforderlich ist und das Zeitlimit nur mit dem schnellstmöglichen Transportmittel eingehalten werden kann, muss dieses auch tatsächlich verwendet werden. Wenn ein Patient

transportiert wurde und die halbe Stunde nicht eingehalten werden konnte, darf der Kode nicht angegeben werden.)

8-982 Palliativmedizinische Komplexbehandlung

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

Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst (8-98h ff.)

Hinw.: Mindestmerkmale:

- Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Behandlung
- ~~Aktive, ganzheitliche~~ Ganzheitliche Behandlung unter Leitung eines Facharztes mit der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin zur Symptomkontrolle und psychosozialen Stabilisierung ohne kurative Intention und im Allgemeinen ohne Beeinflussung der Grunderkrankung von Patienten mit einer progredienten, fortgeschrittenen Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung, ggf. unter Einbeziehung ihrer Angehörigen ~~und unter Leitung eines Facharztes mit der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin~~
- Aktivierend- oder begleitend-therapeutische Pflege durch besonders in diesem Bereich geschultes Pflegepersonal
- Erstellung und Dokumentation eines individuellen Behandlungsplans bei Aufnahme
- Wöchentliche multidisziplinäre Teambesprechung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele
- Einsatz von mindestens zwei der folgenden Therapiebereiche: Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Psychologie, Physiotherapie/Ergotherapie, künstlerische Therapie (Kunst- und Musiktherapie), Entspannungstherapie, und Durchführung von Patienten-, Angehörigen- und/oder Familiengesprächen mit insgesamt mindestens 6 Stunden pro Patient und Woche patientenbezogen in unterschiedlichen Kombinationen (Die Patienten-, Angehörigen- und/oder Familiengespräche können von allen Berufsgruppen des Behandlungsteams durchgeführt werden.)

8-984 Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus

Hinw.: Mindestmerkmale:

- Kontinuierliche Vorhaltung und Durchführung differenzierter Behandlungsprogramme, ausgerichtet auf Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, Insulinpumpentherapie, Bluthochdruck, Adipositas, Dyslipidämie, Nephropathie und schweren Hypoglykämien. Bei der alleinigen Behandlung von Kindern und Jugendlichen (z.B. in Kinderkliniken) ist die kontinuierliche Vorhaltung und Durchführung differenzierter Behandlungsprogramme, ausgerichtet auf Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1, ausreichend
- Multimodales Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Facharzt für Innere Medizin oder Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie oder der Zusatzbezeichnung Diabetologie oder Facharzt für Innere Medizin oder Kinder- und Jugendmedizin und "Diabetologe DDG")
- Einsatz von mindestens 3 Therapiebereichen: Physiotherapie, Psychologie, Diabetesberatung, Medizinische Fußpflege/Podologie, soziale Interventionen patientenbezogen in unterschiedlichen Kombinationen mit einer Therapiedichte von mindestens 11 Stunden pro Woche
- Wöchentliche Teambesprechung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele
- Bei Kindern und Jugendlichen erfolgt die Therapie auch unter Einbeziehung von Eltern und/oder anderen Bezugspersonen

8-98b Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls

Exkl.: Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls (8-981 ff.)

Hinw.: Dieser Kode ~~s kann~~ können auch beim Vorliegen einer TIA angegeben werden

Besteht über die Therapiemöglichkeiten der vorhandenen Schlaganfalleinheit hinaus die Indikation zu einer Behandlung auf der Intensivstation, kann, wenn die Mindestmerkmale dieses OPS-Kodes erfüllt sind, die dortige Behandlungszeit auch für die Kodierung der neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls berücksichtigt werden, auch wenn auf der Intensivstation nicht ausschließlich Patienten mit einem akuten Schlaganfall behandelt werden

Mindestmerkmale: Behandlung auf einer spezialisierten Einheit durch ein multidisziplinäres, auf die Schlaganfallbehandlung spezialisiertes Team unter fachlicher Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Neurologie oder einen Facharzt für Innere Medizin (in diesem Fall muss im Team der neurologische Sachverstand kontinuierlich eingebunden sein) mit:

- 24-stündiger ärztlicher Anwesenheit (auch als Bereitschaftsdienst)

- 24-Stunden-Monitoring von mindestens 6 der folgenden Parameter: Blutdruck, Herzfrequenz, EKG, Atmung, Sauerstoffsättigung, Temperatur, intrakranieller Druck, EEG, evozierte Potentiale. Blutdruck, Temperatur und evozierte Potentiale können auch nichtautomatisiert bestimmt werden. Das Monitoring darf nur zur Durchführung spezieller Untersuchungen oder Behandlungen unterbrochen werden. Alle Parameter müssen im Abstand von 4 Stunden oder häufiger erhoben und dokumentiert werden
- 6-stündlicher (maximaler Abstand nachts 8 Stunden) Überwachung und Dokumentation des neurologischen Befundes durch einen Arzt zur Früherkennung von Schlaganfallprogression, -rezidiv und anderen Komplikationen
- Durchführung einer Computertomographie oder Kernspintomographie, bei Lyseindikation innerhalb von 60 Minuten, ansonsten innerhalb von 6 Stunden nach der Aufnahme, sofern diese Untersuchung nicht bereits extern zur Abklärung des akuten Schlaganfalls durchgeführt wurde
- Durchführung der neurosonologischen Untersuchung der extra- und intrakraniellen hirnversorgenden Gefäße zur Abklärung des akuten Schlaganfalls. Diese muss obligatorisch vor oder während des Aufenthaltes auf der spezialisierten Einheit durchgeführt werden, sofern nicht eine andere Methode der Darstellung dieser Gefäße (CT-, Kernspin- oder digitale Subtraktionsangiographie) seit Beginn der akuten Symptomatik angewandt wurde. Sie ist bei nachgewiesener primärer Blutung entbehrlich
- ätiologischer Diagnostik und Differenzialdiagnostik des Schlaganfalls (z.B. transösophageale Echokardiographie, Hämostaseologie, Angiitisiagnostik, EEG und andere Verfahren) im eigenen Klinikum. Spezialisierte Labordiagnostik darf auch in Fremdlabors erfolgen
- kontinuierlicher Möglichkeit zur Fibrinolysetherapie des Schlaganfalls
- Beginn von Maßnahmen der Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie spätestens am Tag nach der Aufnahme in die Schlaganfalleinheit mit mindestens einer Behandlungseinheit pro Tag pro genannten Bereich bei Vorliegen eines entsprechenden Defizits und bestehender Behandlungsfähigkeit
- unmittelbarem Zugang zu neurochirurgischen Notfalleingriffen sowie zu gefäßchirurgischen und interventionell-neuroradiologischen Behandlungsmaßnahmen (Es gibt jeweils eine eigene Abteilung im Hause oder einen Kooperationspartner in höchstens halbstündiger Transportentfernung (Zeit zwischen Rettungstransportbeginn und Rettungstransportende). Das Strukturmerkmal ist erfüllt, wenn die halbstündige Transportentfernung unter Verwendung des schnellstmöglichen Transportmittels (z.B. Hubschrauber) grundsätzlich erfüllbar ist. Wenn der Transport eines Patienten erforderlich ist und das Zeitlimit nur mit dem schnellstmöglichen Transportmittel eingehalten werden kann, muss dieses auch tatsächlich verwendet werden. Wenn ein Patient transportiert wurde und die halbe Stunde nicht eingehalten werden konnte, darf der Code nicht angegeben werden.)

8-98d Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur)

Hinw.: Dieser Code ~~s~~ gilt gelten für Patienten, die bei stationärer Aufnahme älter als 28 Tage und schwerer als 2500 Gramm sind, ~~aber~~ und das 44-18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Sie können in Ausnahmefällen auch für Erwachsene angegeben werden, wenn deren Behandlung in einer Abteilung oder Klinik für Kinder- und Jugendmedizin erforderlich ist

Die Anzahl der Aufwandspunkte errechnet sich aus der Summe der Punktzahlen pro Tag für die einzelnen Kriterien im Anhang zum OPS (Berechnung der Aufwandspunkte für die intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter)

Mindestmerkmale:

- Die patientennahe Pflege erfolgt durch Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen mit einer Fachweiterbildungsquote im Bereich Pädiatrische Intensivpflege von 40 %. Sofern die Fachweiterbildung für die Pflege noch nicht vorliegt, ist zur Aufrechterhaltung bereits bestehender Versorgungsangebote übergangsweise bis zum Jahresende 20167 eine vergleichbare fünfjährige Erfahrung in der pädiatrischen Intensivpflege ausreichend
- Die Behandlung erfolgt auf einer für die Behandlung von intensivpflichtigen Kindern und Jugendlichen spezialisierten Einheit unter fachärztlicher Behandlungsleitung: Leitung und Stellvertretung werden entweder durch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin/Kinderchirurgie mit der Zusatzweiterbildung Pädiatrische Intensivmedizin wahrgenommen oder durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin/Kinderchirurgie mit der Zusatzweiterbildung Pädiatrische/Kinderchirurgische Intensivmedizin und einen Facharzt für Anästhesie mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin und mindestens 2 Jahren Erfahrung in der intensivmedizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen
- Kontinuierliche, 24-stündige Überwachung (Monitoring von mindestens folgenden Parametern: Herzfrequenz, EKG, Blutdruck, Sauerstoffsättigung, Temperatur, Urinausscheidung) und akute

Behandlungsbereitschaft durch ein Team von Pflegepersonal und Ärzten, die in der pädiatrischen Intensivmedizin erfahren sind und die aktuellen Probleme ihrer Patienten kennen

- Eine ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation muss gewährleistet sein
- Folgende Dienstleistungen/Konsiliardienste stehen zur Verfügung (eigene Abteilung oder fester Kooperationspartner mit kurzfristiger (max. 30-minütiger) Einsatzbereitschaft: Kinderchirurgie, Kinderkardiologie, Radiologie mit Computertomographie und/oder Magnetresonanztomographie und Erfahrung in der Beurteilung von kinderradiologischen Fragestellungen, Neuropädiatrie, Labor und Mikrobiologie
- 24-Stunden-Verfügbarkeit von röntgenologischer und sonographischer Diagnostik und bettseitiger Routinelabordiagnostik (z.B. Blutgasanalysen, Bestimmung von Elektrolyten, Laktat)
- Spezielle intensivmedizinische Prozeduren wie Transfusion von Plasma und Plasmabestandteilen, Plasmapherese und Immunadsorption, Maßnahmen im Rahmen der Reanimation u.a. sind gesondert zu kodieren

8-98d.r 19601 ~~und~~oder mehr Aufwandspunkte

8-98e **Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung**

Exkl.: Palliativmedizinische Komplexbehandlung (8-982 ff.)

Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst (8-98h ff.)

Hinw.: Mindestmerkmale:

- Kontinuierliche, 24-stündige Behandlung auf einer eigenständigen Palliativeinheit (mindestens 5 Betten) durch ein multidisziplinäres und multiprofessionelles, auf die besonders aufwendige und komplexe Palliativbehandlung spezialisiertes Team. Fachliche Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin und mindestens 6-monatiger Erfahrung in der Behandlung von Palliativpatienten auf einer Palliativstation oder in einer anderen Einrichtung der spezialisierten Palliativversorgung. Die 24-stündige fachliche Behandlungsleitung kann durch Rufbereitschaft gewährleistet werden
- Von Montag bis Freitag tagsüber eine mindestens 7-stündige ärztliche Anwesenheit auf der Palliativeinheit
- Pflegerische Leitung mit Nachweis einer anerkannten curricularen palliativpflegerischen Zusatzqualifikation von mindestens 160 Stunden sowie mit mindestens 6-monatiger Erfahrung in einer Einrichtung der spezialisierten Palliativversorgung
- Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Behandlung
- Tägliche multiprofessionelle Fallbesprechung mit Dokumentation
- Erstellung und Dokumentation eines individuellen Behandlungsplans bei Aufnahme
- Begleitung des Patienten durch einen fallbezogenen Koordinator
- ~~Aktive, g~~Ganzheitliche Behandlung zur Symptomkontrolle und psychosozialen Stabilisierung, ohne kurative Intention und im Allgemeinen ohne Beeinflussung der Grunderkrankung von Patienten mit einer progredienten, fortgeschrittenen Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung. ~~ggf.~~ unter Einbeziehung ihrer Angehörigen
- Bedarfsgerechte Anwendung spezialisierter apparativer palliativmedizinischer Behandlungsverfahren und deren kontinuierliche Überwachung, z.B. Schmerzpumpen und weitere kontinuierliche parenterale Therapien zur Symptomkontrolle
- Aktivierend- oder begleitend-therapeutische Pflege durch besonders in diesem Bereich geschultes Pflegepersonal
- Wöchentliche multidisziplinäre Teambesprechung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele
- Einsatz von mindestens zwei der folgenden Therapiebereiche: Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Psychologie, Physiotherapie/Ergotherapie, künstlerische Therapie (Kunst- und Musiktherapie), Entspannungstherapie, ~~und Durchführung von~~ Patienten-, Angehörigen- und/oder Familiengesprächen mit insgesamt mindestens 6 Stunden pro Patient und Woche patientenbezogen in unterschiedlichen Kombinationen (Die Patienten-, Angehörigen- und/oder Familiengespräche können von allen Berufsgruppen des Behandlungsteams durchgeführt werden.)
- ~~Ggf. B~~bedarfsgerechte Vermittlung zu qualifizierten und kontinuierlichen Unterstützungsangeboten für Angehörige (auch über den Tod des Patienten hinaus)
- Bedarfsgerechte Vermittlung und Überleitung zu nachfolgenden Betreuungsformen der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung unter besonderer Berücksichtigung von Notfallvorausplanung, strukturierter Anleitung von Angehörigen, sozialrechtlicher Beratung und bedarfsgerechter Zuweisung

8-98f Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)

Exkl.: Intensivüberwachung ohne akute Behandlung lebenswichtiger Organsysteme oder kurzfristige (< 24 Stunden) Intensivbehandlung
Kurzfristige (< 24 Stunden) Stabilisierung von Patienten nach operativen Eingriffen

Hinw.: Mindestmerkmale:

- Kontinuierliche, 24-stündige Überwachung und akute Behandlungsbereitschaft durch ein Team von Pflegepersonal und Ärzten, die in der Intensivmedizin erfahren sind und die aktuellen Probleme ihrer Patienten kennen
- Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzweiterbildung "Intensivmedizin", der den überwiegenden Teil seiner ärztlichen Tätigkeit auf der Intensivstation ausübt
- Eine ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation muss gewährleistet sein. Der Arzt der Intensivstation kann zu einem kurzfristigen Notfalleinsatz innerhalb des Krankenhauses (z.B. Reanimation) hinzugezogen werden
- 24-stündige Verfügbarkeit folgender Verfahren im eigenen Klinikum:
 - Apparative Beatmung
 - Nicht invasives und invasives Monitoring
 - Kontinuierliche oder intermittierende Nierenersatzverfahren
 - Radiologische Diagnostik mittels CT, DSA oder MRT
 - Interventionelle Kardiologie mit Akut-PTCA
 - Endoskopie
- 24-stündige Verfügbarkeit von einem der folgenden drei Verfahren im eigenen Klinikum:
 - Intrakranielle Druckmessung
 - Transösophageale Echokardiographie
 - Mikrobiologische Diagnostik
- Mindestens 7 von den 9 folgenden Fachgebieten sind innerhalb von maximal 30 Minuten im Krankenhaus als klinische Konsiliardienste (klinikzugehörig oder aus benachbarten Kliniken) verfügbar: Innere Medizin, Kardiologie, Gastroenterologie, Neurologie, Anästhesiologie, Viszeralchirurgie, Unfallchirurgie, Gefäßchirurgie, Neurochirurgie
- Innerhalb von maximal 30 Minuten im Krankenhaus verfügbare Leistungen von: Laboratorium, Radiologie, Blutbank
- Tägliche Verfügbarkeit (auch am Wochenende) von Leistungen der Physiotherapie
- Die Anzahl der Aufwandspunkte errechnet sich aus der Summe des täglichen SAPS II (ohne Glasgow Coma Scale) über die Verweildauer auf der Intensivstation (total SAPS II) plus der Summe von 10 täglich ermittelten aufwendigen Leistungen aus dem TISS-Katalog über die Verweildauer auf der Intensivstation
- Die zu verwendenden Parameter des SAPS II und des TISS sind im Anhang zum OPS zu finden
- Spezielle intensivmedizinische Prozeduren, wie Transfusion von Plasma und Plasmabestandteilen, Plasmapherese und Immunadsorption, Maßnahmen im Rahmen der Reanimation u.a. sind gesondert zu kodieren
- Dieser Codes ~~ist~~ **sind** für Patienten, die bei stationärer Aufnahme das 14. Lebensjahr vollendet haben, anzugeben

8-98f.f 19321 ~~und~~ **oder** mehr Aufwandspunkte

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

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

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

Hinw.: Mindestmerkmale:

- Behandlung durch speziell ausgewiesenes medizinisches Personal, in Zusammenarbeit mit dem Krankenhaushygieniker und/oder der/dem Krankenschwester/-pfleger für Krankenhaushygiene (Hygienefachkraft) unter Aufsicht des Krankenhaushygienikers unter Berücksichtigung aktueller Behandlungs- und Pflegestandards
- Durchführung von speziellen Untersuchungen zur Feststellung der Besiedelung oder Infektion mit

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

8-98h**Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst****Exkl.:** Palliativmedizinische Komplexbehandlung (8-982 ff.)Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung (8-98e ff.)**Hinw.:** Ein Kode aus diesem Bereich ist jeweils nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugebenMindestmerkmale:

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

Notfallvorausplanung

- Ggf. bedarfsgerechte Vermittlung zu qualifizierten und kontinuierlichen Unterstützungsangeboten für Angehörige
- Der Zeitaufwand, der von Ärzten des Palliativdienstes, von Pflegefachkräften des Palliativdienstes und von Vertretern der oben genannten Bereiche des Palliativdienstes am Patienten sowie patientenbezogen an seinen Angehörigen/Bezugspersonen erbracht wurde, wird über den gesamten stationären Aufenthalt addiert und entsprechend kodiert

8-98h.0 Durch einen internen Palliativdienst

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

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

8-98h.1 Durch einen externen Palliativdienst

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

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

Kapitel 9

ERGÄNZENDE MASSNAHMEN

(9-20...9-99)

Pflege und Versorgung von Patienten

(9-20...9-20)

9-20 Hochaufwendige Pflege von Patienten

9-200 Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen

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

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

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

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

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

Mindestmerkmale:

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

9-200.0 ~~43~~37 bis 71 Aufwandspunkte.00 37 bis 42 Aufwandspunkte.01 43 bis 56 Aufwandspunkte.02 57 bis 71 Aufwandspunkte9-200.e 362 ~~und~~oder mehr Aufwandspunkte**9-201 Hochaufwendige Pflege von Kindern und Jugendlichen****Exkl.:** Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen (PKMS-E) (9-200 ff.)Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern (PKMS-K) (9-202 ff.)Hochaufwendige Pflege von Frühgeborenen, Neugeborenen und Säuglingen (PKMS-F) (9-203 ff.)**Hinw.:** Ein Kode aus diesem Bereich ist für Patienten ab dem Beginn des 7. Lebensjahres bis zum Ende des 18. Lebensjahres anzugeben. Er kann in Ausnahmefällen auch für Erwachsene angegeben werden, wenn deren Behandlung in einer Abteilung oder Klinik für Kinder- und Jugendmedizin erforderlich ist

Mindestmerkmale:

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

9-201.0 ~~43~~37 bis 71 Aufwandspunkte.00 37 bis 42 Aufwandspunkte.01 43 bis 56 Aufwandspunkte.02 57 bis 71 Aufwandspunkte9-201.e 362 ~~und~~oder mehr Aufwandspunkte**9-202 Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern****Exkl.:** Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen (PKMS-E) (9-200 ff.)Hochaufwendige Pflege von Kindern und Jugendlichen (PKMS-J) (9-201 ff.)Hochaufwendige Pflege von Frühgeborenen, Neugeborenen und Säuglingen (PKMS-F) (9-203 ff.)**Hinw.:** Ein Kode aus diesem Bereich ist für Patienten ab dem Beginn des 2. Lebensjahres bis zum Ende des 6. Lebensjahres anzugeben

Mindestmerkmale:

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

9-202.e 362 ~~und~~oder mehr Aufwandspunkte

9-203 Hochaufwendige Pflege von Frühgeborenen, Neugeborenen und Säuglingen

Exkl.: Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen (PKMS-E) (9-200 ff.)
Hochaufwendige Pflege von Kindern und Jugendlichen (PKMS-J) (9-201 ff.)
Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern (PKMS-K) (9-202 ff.)

Hinw.: Ein Kode aus diesem Bereich ist für Patienten bis zum Ende des 1. Lebensjahres anzugeben
Mindestmerkmale:

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

9-203.1	<u>37 bis 42 Aufwandspunkte</u>
9-203.2	<u>43 bis 56 Aufwandspunkte</u>
9-203.3	<u>57 bis 71 Aufwandspunkte</u>
9-203.4	<u>72 bis 100 Aufwandspunkte</u>
9-203.5	<u>101 bis 129 Aufwandspunkte</u>
9-203.6	<u>130 bis 158 Aufwandspunkte</u>
9-203.7	<u>159 bis 187 Aufwandspunkte</u>
9-203.8	<u>188 bis 216 Aufwandspunkte</u>
9-203.9	<u>217 bis 245 Aufwandspunkte</u>
9-203.a	<u>246 bis 274 Aufwandspunkte</u>
9-203.b	<u>275 bis 303 Aufwandspunkte</u>
9-203.c	<u>304 bis 332 Aufwandspunkte</u>
9-203.d	<u>333 bis 361 Aufwandspunkte</u>
9-203.e	<u>362 oder mehr Aufwandspunkte</u>

**Geburtsbegleitende Maßnahmen und Behandlung wegen Infertilität
(9-26...9-28)**

9-26	Geburtsbegleitende Maßnahmen Hinw.: Eine operative Beendigung einer Geburt ist gesondert zu kodieren (5-72- ff .)
9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt Hinw.: Mit diesem Kode ist die Überwachung und Leitung einer Geburt ohne operative Eingriffe zu kodieren Dieser Kode ist auch anzugeben, wenn eines der folgenden Verfahren durchgeführt wurde (5-732.0, 5-732.1, 5-732.5, 5-732.y, 5-733 ff., 5-738.2, 5-738.x, 5-738.y, 5-754 ff., 5-755 ff., 5-756 ff., 5-757, 5-758 ff., 5-759 ff.) und eine Geburt während desselben Aufenthaltes stattgefunden hat
9-261	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt Hinw.: Mit diesem Kode ist die Überwachung und Leitung einer Risikogeburt ohne operative Eingriffe zu kodieren Dieser Kode ist auch anzugeben, wenn eines der folgenden Verfahren durchgeführt wurde (5-732.0, 5-732.1, 5-732.5, 5-732.y, 5-733 ff., 5-738.2, 5-738.x, 5-738.y, 5-754 ff., 5-755 ff., 5-756 ff., 5-757, 5-758 ff., 5-759 ff.) und eine Geburt während desselben Aufenthaltes stattgefunden hat

9-28 Behandlung während der Schwangerschaft**9-280 Stationäre Behandlung vor Entbindung während desselben Aufenthaltes**

Hinw.: Präpartale Behandlungsdauer vor Entbindung während desselben stationären Aufenthaltes

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

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

9-410.0 Kognitive Verhaltenstherapie
.07 An 11 ~~und~~oder mehr Tagen

9-410.1 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
.17 An 11 ~~und~~oder mehr Tagen

9-410.2 Gesprächspsychotherapie
.27 An 11 ~~und~~oder mehr Tagen

9-411 Gruppentherapie

9-411.0 Kognitive Verhaltenstherapie
.07 An 11 ~~und~~oder mehr Tagen

9-411.1 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
.17 An 11 ~~und~~oder mehr Tagen

9-411.2 Gesprächspsychotherapie
.27 An 11 ~~und~~oder mehr Tagen

Präventive und ergänzende kommunikative Maßnahmen (9-50...9-51)

9-50 Präventive Maßnahmen**9-500 Patientenschulung**

9-500.2 Umfassende Patientenschulung

Hinw.: Dauer 6 Tage ~~und~~oder mehr mit durchschnittlich 4 Stunden pro Tag

Durchführung durch dafür ausgebildete Trainer und ihre Teams nach einem von den jeweiligen Fachgesellschaften bzw. Arbeitsgruppen vorgegebenen, definierten und standardisierten Schema
Durchführung z.B. bei Diabetes mellitus, Asthma bronchiale, Neurodermitis, rheumatologischen Erkrankungen, Mukoviszidose, Adipositas, Epilepsie

Bei Patienten, die ihre Behandlung nicht eigenverantwortlich übernehmen können, werden Angehörige regelmäßig mitgeschult

Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-60...9-64)

9-60 Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen

Exkl.: Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei

Erwachsenen (9-61)

Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-62⁶)

Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-63⁴)

Hinw.: Eine kriseninterventionelle Behandlung (9-641 ff.), die integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-642), die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen Setting (Mutter/Vater-Kind-Setting) (9-643 ff.), die Erbringung von Behandlungsmaßnahmen im stationersetzenden Umfeld und als halbtägige tagesklinische Behandlung (9-644 ff.), der indizierte komplexe Entlassungsaufwand (9-645 ff.), der erhöhte Aufwand bei drohender oder bestehender psychosozialer Notlage (9-646 ff.), die spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker (9-647 ff.), der erhöhte therapieprozessorientierte patientenbezogene Supervisionsaufwand (9-648 ff.) und der Einsatz von Gebärdensprachdolmetschern (9-510 ff.) sind gesondert zu kodieren

Dieser Kode ist zu Beginn der Behandlung und bei jedem Wechsel der Behandlungsart anzugeben

Die Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche ist für jede Berufsgruppe getrennt nach Einzel- und Gruppentherapie gesondert zu kodieren (9-649 ff.)

Dieser Kode ist sowohl für die voll- als auch die teilstationäre Behandlung zu verwenden

Mindestmerkmale:

- Therapiezielorientierte Behandlung durch ein multiprofessionelles Team unter Leitung eines Facharztes (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie)
- Vorhandensein von Vertretern der folgenden Berufsgruppen in der Einrichtung:
 - Ärzte (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie)
 - Psychologen (Psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe oder Master of Science in Psychologie)
 - Spezialtherapeuten (z.B. Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter, Logopäden, Kreativtherapeuten)
 - Pflegefachpersonen (z.B. Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger)
- Als angewandte Verfahren der ärztlichen und psychologischen Berufsgruppen gelten folgende Verfahren oder im Aufwand vergleichbare Verfahren:
 - Supportive Einzelgespräche
 - Einzelpsychotherapie
 - Gruppenpsychotherapie, Psychoedukation
 - Angehörigengespräche (z.B. Psychoedukation, Angehörigengruppen, Gespräche mit Betreuern)
 - Gespräche mit Richtern oder Behördenvertretern
 - Somato-psychosomatisches ärztliches Gespräch
 - Aufklärung, Complianceförderung und Monitoring im Rahmen der ärztlich indizierten Psychopharmakotherapie
- Als angewandte Verfahren der Spezialtherapeuten und Pflegefachpersonen gelten folgende Verfahren oder im Aufwand vergleichbare Verfahren:
 - Bezugstherapeutengespräche, supportive Einzelgespräche
 - Behandlung und spezielle Interventionen durch Pflegefachpersonen (z.B. alltagsbezogenes Training, Aktivierungsbehandlung)
 - Ergotherapeutische Behandlungsverfahren
 - Physiotherapeutische Behandlungsverfahren
 - Spezielle psychosoziale Interventionen (z.B. Selbstsicherheitstraining, soziales Kompetenztraining)
 - Kreativtherapien (z.B. Tanztherapie, Kunsttherapie, Musiktherapie)
 - Gespräche mit Behördenvertretern
 - Angehörigengespräche, Gespräche mit Betreuern
 - Physio- oder Bewegungstherapie (z.B. Sporttherapie)
 - Sensorisch fokussierte Therapien (z.B. Genussgruppe, Snoezelen)
 - Entspannungsverfahren (z.B. progressive Muskelrelaxation nach Jacobson, autogenes Training oder psychophysiologische Techniken wie Biofeedback)
 - Logopädie (z.B. bei Schluckstörungen)

- Übende Verfahren und Hilfeoordination zur Reintegration in den individuellen psychosozialen Lebensraum
- Beratung, Adhärenz-Förderung und Monitoring im Rahmen der ärztlich indizierten Psychopharmakotherapie
- Psychoedukation
- Die psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung umfasst ärztliche und/oder psychologische Gespräche (z.B. Visite) und die Basisversorgung durch weitere Berufsgruppen. Ein weiterer Schwerpunkt liegt in der Anwendung der genannten Verfahren der ärztlich-psychologischen Berufsgruppen und der anderen Berufsgruppen

9-61**Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen**

Exkl.: Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-607)

Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-626)

Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-634)

Hinw.: Ein Kode aus diesem Bereich ist nur so lange anzugeben, wie Intensivbehandlungsbedarf besteht. Ein erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-640 ff.), eine kriseninterventionelle Behandlung (9-641 ff.), die integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-642), die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen Setting (Mutter/Vater-Kind-Setting) (9-643 ff.), die Erbringung von Behandlungsmaßnahmen im stationärsersetzenden Umfeld und als halbtägige tagesklinische Behandlung (9-644 ff.), der indizierte komplexe Entlassungsaufwand (9-645 ff.), der erhöhte Aufwand bei drohender oder bestehender psychosozialer Notlage (9-646 ff.), die spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker (9-647 ff.), der erhöhte therapieprozessorientierte patientenbezogene Supervisionsaufwand (9-648 ff.) und der Einsatz von Gebärdensprachdolmetschern (9-510 ff.) sind gesondert zu kodieren.

Ein Kode aus diesem Bereich ist zu Beginn der Behandlung, bei jedem Wechsel der Behandlungsart und bei jeder Änderung der Anzahl der Patientenmerkmale anzugeben.

Die Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche ist für jede Berufsgruppe getrennt nach Einzel- und Gruppentherapie gesondert zu kodieren (9-649 ff.)

Mindestmerkmale:

- Therapiezielorientierte Behandlung durch ein multiprofessionelles Team unter Leitung eines Facharztes (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie)
- Vorhandensein von Vertretern der folgenden Berufsgruppen in der Einrichtung:
 - Ärzte (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie)
 - Psychologen (Psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe oder Master of Science in Psychologie)
 - Spezialtherapeuten (z.B. Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter, Logopäden, Kreativtherapeuten)
 - Pflegefachpersonen (z.B. Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger)
- Als angewandte Verfahren der ärztlichen und psychologischen Berufsgruppen gelten folgende Verfahren oder im Aufwand vergleichbare Verfahren:
 - Supportive Einzelgespräche
 - Angehörigengespräche (z.B. Psychoedukation, Angehörigengruppen, Gespräche mit Betreuern)
 - Gespräche mit Richtern oder Behördenvertretern
 - Somato-psychosomatisches ärztliches Gespräch
 - Aufklärung, Complianceförderung und Monitoring im Rahmen der ärztlich indizierte Psychopharmakotherapie
- Als angewandte Verfahren der Spezialtherapeuten und Pflegefachpersonen gelten folgende Verfahren oder im Aufwand vergleichbare Verfahren:
 - Behandlung und spezielle Interventionen durch Pflegefachpersonen (z.B.

- alltagsbezogenes Training, Aktivierungsbehandlung)
 - Ergotherapeutische Behandlungsverfahren
 - Physiotherapeutische Behandlungsverfahren
 - Gespräche mit Behördenvertretern
 - Angehörigengespräche, Gespräche mit Betreuern
 - Spezielle psychosoziale Interventionen (z.B. Selbstsicherheitstraining, soziales Kompetenztraining)
 - Physio- oder Bewegungstherapie (z.B. Sporttherapie)
 - Logopädie (z.B. bei Schluckstörungen)
 - Beratung, Adhärenz-Förderung und Monitoring im Rahmen der ärztlich indizierten Psychopharmakotherapie
 - Psychoedukation
 - Bezugstherapeutengespräche, supportive Einzelgespräche
- Die Patienten weisen mindestens eines der nachfolgenden Merkmale auf:
 - Anwendung von Sicherungsmaßnahmen
 - Dieses Merkmal ist erfüllt, wenn die Notwendigkeit des Einsatzes von individuellen Sicherungsmaßnahmen oder stete Bereitschaft dazu besteht und diese ärztlich angeordnet sind
 - Akute Selbstgefährdung durch Suizidalität oder schwer selbstschädigendes Verhalten
 - Unter selbstschädigendem Verhalten versteht man z.B. häufige Selbstverletzungen von Borderline-Patienten; ~~oder~~ durchgängige Nahrungsverweigerung bei Essstörungen oder Demenz ~~oder die Selbstgefährdung durch selbstinduziertes Stürzen~~
 - Akute Fremdgefährdung
 - Dieses Merkmal ist erfüllt, wenn der Patient gewaltbereit oder gewalttätig ist
 - Schwere Antriebsstörung (gesteigert oder reduziert)
 - Das Merkmal "schwere gesteigerte Antriebsstörung" ist erfüllt, wenn der Patient ständig aktiv ist, sich durch Gegenargumente nicht beeindrucken lässt und selbst persönliche Konsequenzen nicht zur Kenntnis nimmt oder sie ihm nichts ausmachen. Das Merkmal "schwere reduzierte Antriebsstörung" ist erfüllt, wenn Anregungen von außen den Patienten kaum oder gar nicht mehr erreichen. Die Alltagsverrichtungen sind beeinträchtigt. Hierzu gehört auch der Stupor
 - Keine eigenständige Flüssigkeits-/Nahrungsaufnahme
 - Dieses Merkmal ist erfüllt, wenn die Ernährung vollkommen von Dritten übernommen werden muss (nicht bei alleiniger Sondenernährung oder alleiniger parenteraler Ernährung)
 - Akute Selbstgefährdung durch fehlende Orientierung (z.B. Stürze ohne Fremdeinfluss) oder Realitätsverkennung
 - Vitalgefährdung durch somatische Komplikationen
 - Dieses Merkmal ist erfüllt, wenn eine Überwachung der Vitalparameter und der Vigilanz engmaschig erfolgt
 - Die für den jeweiligen Patienten zutreffenden unterschiedlichen Merkmale sind für die einzelnen Tage, an denen sie zutreffen, jeweils zu addieren. Ändert sich die Anzahl der Patientenmerkmale pro Tag, ist der entsprechende neue Kode anzugeben. Für den Nachweis der Merkmale ist die Regeldokumentation in der Patientenakte ausreichend
- Die psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung umfasst ärztliche und/oder psychologische Gespräche (z.B. Visiten), sozialarbeiterische Interventionen und die Basisversorgung durch weitere Berufsgruppen. Der Schwerpunkt der Behandlung liegt zumeist bei häufigen, nicht planbaren und zeitlich begrenzten Einzelkontakten, da die Patienten meistens nicht gruppenfähig sind

9-61b Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 5 ~~und~~oder mehr Merkmalen

9-62 Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen

Exkl.: Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-60~~7~~)

Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei

Erwachsenen (9-61)

Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-634)

Hinw.: Ein erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-640 ff.), eine kriseninterventionelle Behandlung (9-641 ff.), die integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-642), die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen Setting (Mutter/Vater-Kind-Setting) (9-643 ff.), die Erbringung von Behandlungsmaßnahmen im stationärsersetzenden Umfeld und als halbtägige tagesklinische Behandlung (9-644 ff.), der indizierte komplexe Entlassungsaufwand (9-645 ff.), der erhöhte Aufwand bei drohender oder bestehender psychosozialer Notlage (9-646 ff.), die spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker (9-647 ff.), der erhöhte therapieprozessorientierte patientenbezogene Supervisionsaufwand (9-648 ff.) und der Einsatz von Gebärdensprachdolmetschern (9-510 ff.) sind gesondert zu kodieren

Dieser Kode ist zu Beginn der Behandlung und bei jedem Wechsel der Behandlungsart anzugeben

Die Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche ist für jede Berufsgruppe getrennt nach Einzel- und Gruppentherapie gesondert zu kodieren (9-649 ff.)

Dieser Kode ist sowohl für die voll- als auch die teilstationäre Behandlung zu verwenden

Mindestmerkmale:

- Der Kode ist für Patienten anzuwenden, bei denen die Art und/oder Schwere der Erkrankung eine intensive psychotherapeutische Behandlung notwendig machen. Der Patient muss hierfür ausreichend motiviert und introspektionsfähig sein. Die Indikation für die psychotherapeutische Komplexbehandlung muss durch einen Facharzt (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde, Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie) oder einen psychologischen Psychotherapeuten gestellt werden
- Die durchgeführten ärztlichen und/oder psychologischen Verfahren (ärztliche und psychologische Einzel- und Gruppentherapie) müssen mindestens 3 Therapieeinheiten pro Woche umfassen. Bei weniger als 3 Therapieeinheiten pro Woche ist ~~einder~~ Kode ~~aus dem Bereich~~ 9-60Z (Regelbehandlung) zu verwenden, sofern keine Intensivbehandlung (9-61) vorliegt. Bei Erfassungszeiträumen von weniger als 1 Woche (z.B. wegen Entlassung) können die 3 Therapieeinheiten auch anteilig erbracht werden, sofern die Behandlung in diesem Zeitraum dem dominierenden Behandlungskonzept des stationären Aufenthaltes im Sinne der Komplexkodes entspricht
- Therapiezielorientierte Behandlung durch ein multiprofessionelles Team unter Leitung eines Facharztes (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde)
- Vorhandensein von Vertretern der folgenden Berufsgruppen in der Einrichtung:
 - Ärzte (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie oder Facharzt für Nervenheilkunde)
 - Psychologen (Psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe oder Master of Science in Psychologie)
 - Spezialtherapeuten (z.B. Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter, Logopäden, Kreativtherapeuten)
 - Pflegefachpersonen (z.B. Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger)
- Als angewandte Verfahren der ärztlichen und psychologischen Berufsgruppen gelten folgende Verfahren oder im Aufwand vergleichbare Verfahren:
 - Supportive Einzelgespräche
 - Einzelpsychotherapie
 - Gruppenpsychotherapie, Psychoedukation
 - Angehörigengespräche (z.B. Psychoedukation, Angehörigengruppen, Gespräche mit Betreuern)
 - Gespräche mit Richtern oder Behördenvertretern
 - Somato-psychosomatisches ärztliches Gespräch
 - Aufklärung, Complianceförderung und Monitoring im Rahmen der ärztlich indizierte Psychopharmakotherapie
- Als angewandte Verfahren der Spezialtherapeuten und Pflegefachpersonen gelten folgende Verfahren oder im Aufwand vergleichbare Verfahren:
 - Bezugstherapeutengespräche, supportive Einzelgespräche
 - Behandlung und spezielle Interventionen durch Pflegefachpersonen (z.B.

- alltagsbezogenes Training, Aktivierungsbehandlung)
- Ergotherapeutische Behandlungsverfahren
- Physiotherapeutische Behandlungsverfahren
- Übende Verfahren und Hilfskoordination zur Reintegration in den individuellen psychosozialen Lebensraum
- Gespräche mit Behördenvertretern
- Angehörigengespräche, Gespräche mit Betreuern
- Spezielle psychosoziale Interventionen (z.B. Selbstsicherheitstraining, soziales Kompetenztraining)
- Kreativtherapien (z.B. Tanztherapie, Kunsttherapie, Musiktherapie)
- Physio- oder Bewegungstherapie (z.B. Sporttherapie)
- Entspannungsverfahren (z.B. progressive Muskelrelaxation nach Jacobson)
- Beratung, Adhärenz-Förderung und Monitoring im Rahmen der ärztlich indizierten Psychopharmakotherapie
- Psychoedukation

9-63 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen

- Exkl.:** Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-60Z)
- Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-61)
- Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-626)
- Hinw.:** Ein erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-640 ff.), eine kriseninterventionelle Behandlung (9-641 ff.), die integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-642), die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen Setting (Mutter/Vater-Kind-Setting) (9-643 ff.), die Erbringung von Behandlungsmaßnahmen im stationersetzenden Umfeld und als halbtägige tagesklinische Behandlung (9-644 ff.), der indizierte komplexe Entlassungsaufwand (9-645 ff.), der erhöhte Aufwand bei drohender oder bestehender psychosozialer Notlage (9-646 ff.), die spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker (9-647 ff.), der erhöhte therapieprozessorientierte patientenbezogene Supervisionsaufwand (9-648 ff.) und der Einsatz von Gebärdensprachdolmetschern (9-510 ff.) sind gesondert zu kodieren
- Dieser Kode ist zu Beginn der Behandlung und bei jedem Wechsel der Behandlungsart anzugeben
- Die Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche ist für jede Berufsgruppe getrennt nach Einzel- und Gruppentherapie gesondert zu kodieren (9-649 ff.)
- Dieser Kode ist sowohl für die voll- als auch die teilstationäre Behandlung zu verwenden
- Mindestmerkmale:
- Die durchgeführten ärztlichen und/oder psychologischen Verfahren (ärztliche und psychologische Einzel- und Gruppentherapie) müssen mindestens 3 Therapieeinheiten pro Woche umfassen. Bei weniger als 3 Therapieeinheiten pro Woche ist **einder** Kode **aus dem Bereich 9-60Z** (Regelbehandlung) zu verwenden, sofern keine Intensivbehandlung (9-61) vorliegt. Bei Erfassungszeiträumen von weniger als 1 Woche (z.B. wegen Entlassung) können die 3 Therapieeinheiten auch anteilig erbracht werden, sofern die Behandlung in diesem Zeitraum dem dominierenden Behandlungskonzept des stationären Aufenthaltes im Sinne der Komplexkodes entspricht
 - Standardisierte psychosomatisch-psychotherapeutische Diagnostik zu Beginn der Behandlung:
 - Soziodemographische Daten entsprechend der Basisdokumentation zur Psychotherapie (Psy-BaDo)
 - Festlegung von Hauptdiagnose und Komorbiditäten
 - Standardisierte Erhebung des psychopathologischen Befundes mittels der Kriterien der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP)
 - Schweregradeinschätzung entsprechend dem Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS) und dem Global Assessment of Functioning Scale (GAF)
 - Alternativ in psychodynamisch arbeitenden Kliniken: Achse II – IV der operationalisierten psychodynamischen Diagnostik (OPD-2)
 - Alternativ in verhaltenstherapeutisch arbeitenden Kliniken: Verhaltensanalyse

- Therapiezielorientierte Behandlung durch ein multiprofessionelles Team unter Leitung eines Facharztes für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Einsatz eines psychodynamischen oder kognitiv-behavioralen Grundverfahrens als reflektiertem Mehrpersonen-Interaktionsprozess mit wöchentlicher Teambesprechung je stationärer Einheit von mindestens 60 Minuten mit wochenbezogener schriftlicher Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele
- Somatisch-medizinische Aufnahmeuntersuchung
- Fachärztliche Visite von mindestens 10 Minuten pro Woche pro Patient
- Vorhandensein von Vertretern der folgenden Berufsgruppen in der Einrichtung:
 - Ärzte (Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie)
 - Psychologen (Psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe oder Master of Science in Psychologie)
 - Spezialtherapeuten (z.B. Ergotherapeuten, Sozialarbeiter, Kreativtherapeuten, Physiotherapeuten, Ökotrophologen, Sportlehrer)
 - Pflegefachpersonen (z.B. Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger)
- Als angewandte Verfahren der ärztlichen und psychologischen Berufsgruppen gelten folgende Verfahren oder im Aufwand vergleichbare Verfahren:
 - Supportive Einzelgespräche
 - Einzelpsychotherapie
 - Gruppenpsychotherapie, Psychoedukation
 - Angehörigengespräche (z.B. Psychoedukation, Angehörigengruppen, Gespräche mit Betreuern)
 - Gespräche mit Richtern oder Behördenvertretern
 - Somato-psychosomatisches ärztliches Gespräch
 - Aufklärung, Complianceförderung und Monitoring im Rahmen der ärztlich indizierten Psychopharmakotherapie
- Als angewandte Verfahren der Spezialtherapeuten und Pflegefachpersonen gelten folgende Verfahren oder im Aufwand vergleichbare Verfahren:
 - Bezugstherapeutengespräche, supportive Einzelgespräche
 - Behandlung und spezielle Interventionen durch Pflegefachpersonen (z.B. alltagsbezogenes Training, Aktivierungsbehandlung)
 - Ergotherapeutische Behandlungsverfahren
 - Spezielle psychosoziale Interventionen (z.B. Selbstsicherheitstraining, soziales Kompetenztraining)
 - Kreativtherapien (z.B. Tanztherapie, Kunsttherapie, Musiktherapie)
 - Gespräche mit Behördenvertretern
 - Angehörigengespräche, Gespräche mit Betreuern
 - Gestaltungs-, Körper- und Bewegungstherapie
 - Sensorisch fokussierte Therapien (z.B. Genussgruppe, Snoezelen)
 - Physio- oder Bewegungstherapie (z.B. Sporttherapie)
 - Entspannungsverfahren (z.B. progressive Muskelrelaxation nach Jacobson, autogenes Training oder psychophysiologische Techniken wie Biofeedback)
 - Somatopsychisch-psychosomatische Kompetenztrainings (Diätberatung, Sozialberatung, Sport)
 - Beratung, Adhärenz-Förderung und Monitoring im Rahmen der ärztlich indizierten Psychopharmakotherapie
 - Psychoedukation
- Prä-Post-Evaluation des Behandlungsverlaufs

9-64

Zusatzinformationen zur Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen

9-640

Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen

Hinw.: Diese Codes sind Zusatzcodes. Sie können nur in Kombination mit der Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-61), der psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-62⁶) und der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-63⁴) angegeben werden

Die diagnostische und therapeutische Gesamtverantwortung liegt bei einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Dieser Codes ~~ist~~ **sind** für jeden Behandlungstag mit erhöhtem Betreuungsaufwand einzeln anzugeben

1:1-Betreuung bedeutet, dass eine Person einen einzelnen Patienten individuell zusammenhängend ggf. zusätzlich zu angewandten Verfahren betreut. 1:1-Betreuung bedeutet, dass ein Patient über einen Zeitraum von mindestens 2 Stunden ohne Unterbrechung fortlaufend von einer oder mehreren Personen betreut wird. Mehrere Zeiträume von mindestens 2 Stunden können über den Tag addiert werden. Bei Einzelbetreuung oder intensiver Beaufsichtigung in einer Kleinstgruppe durch mehr als eine Person (2 oder mehr) sind die zusammenhängenden Zeiten aller betreuenden Personen zu einer Gesamtsumme zu addieren und entsprechend mit einem Kode unter 9-640.0 **ff.** oder 9-640.1 **ff.** zu kodieren

Anerkannt werden alle Leistungen, die durch Mitarbeiter erbracht werden, die eine Ausbildung in der jeweiligen, in den Primärkodes (9-60 bis 9-63) spezifizierten Berufsgruppe abgeschlossen haben und in einem dieser Berufsgruppe entsprechend vergüteten Beschäftigungsverhältnis stehen

Die für diese Betreuung aufgewendete Zeit kann nicht für die Berechnung der Therapieeinheiten (9-649 ff.) oder für andere Zusatzkodes (9-641 ff.) angerechnet werden

Mindestmerkmale:

- Multiprofessionelle Behandlung von Patienten, deren wesentliche Merkmale die akute Fremd- oder Selbstgefährdung infolge einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung sind
- Tägliche ärztliche/psychologische Befunderhebung und ggf. ärztliche Anordnung zur Einleitung oder Fortführung der Betreuungsmaßnahmen

9-640.0 1:1-Betreuung
.08 18 ~~und~~ **oder** mehr Stunden pro Tag

9-640.1 Betreuung in der Kleinstgruppe
.17 18 ~~und~~ **oder** mehr Stunden pro Tag

9-641 Kriseninterventionelle Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen

Hinw.: Diese Codes sind Zusatzkodes. Sie können nur in Kombination mit der Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-60~~Z~~), der Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-61), der psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-62~~6~~) und der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-63~~4~~) angegeben werden

Dieser Codes ~~ist~~ **sind** für jeden Behandlungstag mit erhöhtem Behandlungsaufwand gesondert anzugeben
Die diagnostische und therapeutische Gesamtverantwortung liegt bei einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Mindestmerkmale:

- Behandlungen von psychosozialen oder psychischen Krisen, die tagesbezogen einen hohen Personaleinsatz erfordern. Die psychische Krise beschreibt eine akute vorübergehende psychische Störung als Reaktion auf außergewöhnliche Ereignisse und Lebensumstände, so dass dringliches therapeutisches Handeln erforderlich wird
- Für den Nachweis des Vorliegens einer psychosozialen oder psychischen Krise ist die Regeldokumentation in der Patientenakte ausreichend
- Es erfolgen vordringliche, ungeplante (außerhalb des vorgegebenen Therapieplans), Orientierung gebende, einzeltherapeutische Kontakte (ggf. auch durch 2 Therapeuten oder Pflegefachpersonen) mit dem Patienten und/oder den Kontaktpersonen des Patienten. Diese Zeit kann nicht für die Berechnung der Therapieeinheiten (9-649 ff.) oder für andere Zusatzkodes (9-640 ff.) angerechnet werden
- Tägliche ärztliche/psychologische Befunderhebung und ggf. ärztliche Anordnung zur Einleitung oder Fortführung der Behandlungsmaßnahme. Dies ist Teil der therapeutischen Kontakte

9-642 Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen

Hinw.: Dieser Kode ist ein Zusatzkode. Er kann nur jeweils in Kombination angegeben werden mit der Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-60~~Z~~), der Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und

Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-61), der psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-62⁶) und der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-63⁴). Solange die Mindestmerkmale dieses Kodes erfüllt sind, ist er einmal pro Woche anzugeben

Mindestmerkmale:

- Vorliegen von unmittelbar medizinisch behandlungsbedürftigen akuten und chronischen somatischen Erkrankungen, dokumentiert durch Veränderung(en) des initialen medizinischen Behandlungsregimes im Verlauf der Krankenhausbehandlung, mit psychischer Komorbidität und/oder Copingstörungen (z.B. Asthma bronchiale, KHK, Diabetes mellitus, Blutdruckkrisen, entzündliche Darmerkrankungen, Tumorerkrankungen, chronische Infektionskrankheiten, Transplantationspatienten) oder von sich vorwiegend somatisch präsentierenden Erkrankungen (z.B. somatoforme [Schmerz-]Störung, schwerstes Untergewicht bei Anorexia nervosa), die der gleichzeitigen intensiven somatischen Diagnostik und Therapie im Sinne einer auf die Erfordernisse somatisch Kranker adaptierten integrierten klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bedürfen
- Über 24 Stunden vorhandene Infrastruktur eines Akutkrankenhauses mit verfügbarem Notfall-Labor und Notfall-Röntgendiagnostik und mit regeltem Zugang zu einer Abteilung für Intensivmedizin und zu einer Klinik für Innere Medizin oder zu einer anderen somatischen Fachabteilung (z.B. Neurologie, Orthopädie, Gynäkologie, Hämatoonkologie)
- Behandlung durch ein psychosomatisch-psychotherapeutisches Team unter Verantwortung eines Facharztes für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Psychotherapeutische Medizin), eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie, eines Facharztes für Psychiatrie oder eines Facharztes für Nervenheilkunde jeweils mit einer weiteren, somatischen Facharztqualifikation (Innere Medizin/Allgemeinmedizin, Neurologie, Orthopädie, Anästhesiologie/Schmerztherapie) oder unter Verantwortung eines Facharztes für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Psychotherapeutische Medizin), eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie, eines Facharztes für Psychiatrie oder eines Facharztes für Nervenheilkunde und eines weiteren Arztes mit einer somatischen Facharztqualifikation im Team
- Arbeitstägliche Anwesenheit eines Arztes, um ggf. auch kurzfristig somatische Problemlagen behandeln zu können
- Arbeitstägliche ärztliche Visiten, wenn keine "höherwertige" ärztliche Therapieeinheit erfolgt
- Täglich mindestens 3 Bezugspflege-Kontakte zur Überprüfung und Anpassung des somatischen Behandlungsplanes
- Mindestens in einem somatischen Fach qualifizierte ärztliche Rufbereitschaft in demselben Krankenhaus über 24 Stunden täglich
- Pflegerische Behandlung auch bettlägeriger Patienten ist grundsätzlich über 24 Stunden täglich gewährleistet
- Über die Struktur der wöchentlichen Teambesprechungen psychosomatisch-psychotherapeutischer Komplexbehandlungen hinaus erfolgt die regelmäßige multidisziplinäre Abstimmung mit allen an der Behandlung beteiligten somatischen Fachgebieten zur weiteren Differenzialdiagnostik oder/und integrierten somatischen und psychosomatischen Behandlung, mindestens 3-mal wöchentlich

9-643

Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen Setting (Mutter/Vater-Kind-Setting)

Hinw.: Diese Kodes sind Zusatzcodes. Sie können nur in Kombination mit der Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-60⁷), der Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-61), der psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-62⁶) und der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-63⁴) angegeben werden

Die diagnostische und therapeutische Gesamtverantwortung liegt bei einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Ein Kode aus diesem Bereich ist für die Behandlung psychisch kranker Mütter oder Väter mit einer psychischen Störung nach der Geburt eines Kindes anzuwenden, wenn aufgrund der elterlichen Erkrankung eine Beziehungsstörung zum 0-4 Jahre alten Kind besteht und die Aufnahme der Mutter oder des Vaters gemeinsam mit dem Kind indiziert ist, um psychiatrischen Auffälligkeiten beim Kind präventiv zu begegnen. Es erfolgt eine Behandlung der Mutter/des Vaters gemeinsam mit dem Kind bzw. den Geschwistern

Mindestmerkmale:

- Qualifizierte Diagnostik der Mutter/Vater-Kind-Beziehung
- Die Anwendung der unterschiedlichen Therapieverfahren erfolgt patientenbezogen in einem Mutter/Vater-Kind- bzw. familiengerechten milieutherapeutischen Setting
- Strukturell muss die Möglichkeit zu einem Rooming-In und einem Eltern-Kind-gerechten Aufenthalts- und Spielraum vorhanden sein
- Pädagogisch-pflegerische Fachkräfte (z.B. Kinderkrankenpfleger, Erzieher, Heilerzieher, Heilpädagogen) sind Teil des Behandlungsteams
- Im Rahmen des Zusatzkodes können folgende Verfahren zusätzlich zur Anwendung kommen:
 - Einzeltherapie der Mutter/Vater-Kind-Dyade
 - Familiengespräche und/oder Gespräche mit Bezugspersonen aus dem Herkunftsmilieu (z.B. Pflegefamilie, Jugendhilfe)
 - Elterngruppentherapie
 - Unterstützung der Eltern in den alltäglichen Verrichtungen (Förderung der elterlichen Erziehungskompetenz)
 - Kinderbetreuung während der therapeutischen Aktivitäten der Eltern
 - Anleitung zum gemeinsamen Spiel
- Es kommt mindestens ein spezialisiertes Therapieverfahren zur Anwendung, welches die Verbesserung der Eltern-Kind-Interaktion bzw. -Beziehung zum Ziel hat (z.B. Videointerventionstherapie, systemische Therapie)
- Es muss die Möglichkeit einer fachübergreifenden konsiliarischen Betreuung der Mutter durch eine Hebamme, einen Stillberater im Hause oder durch eine Kooperation mit ambulant tätigen Hebammen/Stillberatern bestehen
- Im Falle eintretender Auffälligkeiten beim Kind muss ein Pädiater und/oder Kinder- und Jugendpsychiater mindestens konsiliarisch zur Verfügung stehen

Die im Rahmen dieses Zusatzkodes erbrachten Therapieeinheiten können pro Woche bei den Zusatzkodes 9-649 ff. mitgerechnet werden

9-644 Erbringung von Behandlungsmaßnahmen im stationersetzenden Umfeld und als halbtägige tagesklinische Behandlung bei Erwachsenen

Hinw.: Diese Codes sind Zusatzcodes. Sie können nur in Kombination mit der Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-60~~7~~7), der psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-62~~6~~6) und der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-63~~4~~4) angegeben werden

Ein Kode aus diesem Bereich ist für jeden Tag, an dem die Leistung erbracht wird, gesondert anzugeben. Die Mindestmerkmale der Codes 9-60~~7~~7, 9-62~~6~~6 oder 9-63~~4~~4 (u.a. Leistungserbringung durch ein multiprofessionelles, fachärztlich geleitetes Behandlungsteam) müssen erfüllt sein

9-645 Indizierter komplexer Entlassungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen

Hinw.: Diese Codes sind Zusatzcodes. Sie können nur in Kombination mit der Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-60~~7~~7), der Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-61), der psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-62~~6~~6) und der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-63~~4~~4) angegeben werden

Kodes aus den Bereichen 9-645.0 ff. und 9-645.1 ff. sind für jeden Tag, an dem Leistungen im Sinne dieser Codes erbracht wurden, gesondert anzugeben

Die im Kontext der Entlassung im Sinne dieses Kodes erbrachten Leistungen können nicht gleichzeitig bei der Berechnung der Therapieeinheiten (9-649 ff.) oder für andere Zusatzcodes (9-640 ff., 9-641 ff.) angerechnet werden

Mindestmerkmale für den gesamten Entlassungsprozess:

- Differenzierte Diagnostik des Funktionsniveaus und des poststationären Versorgungsbedarfs, Erstellung eines bedarfsgerechten Entlassungsplanes und Überprüfung des Entlassungsplanes 1 bis 3 Tage vor Entlassung
- Anerkannt werden alle Leistungen, die durch Mitarbeiter erbracht werden, die eine Ausbildung in der jeweiligen spezifizierten Berufsgruppe abgeschlossen haben und in einem dieser Berufsgruppe entsprechend vergüteten Beschäftigungsverhältnis stehen

- Es zählen z.B. folgende Leistungen:
 - Leistungen zur Unterstützung des Wohnsitzwechsels (z.B. bei Heimeintritt, begleitete Besuche, Beschaffung von Einrichtungsgegenständen)
 - Ein oder mehrere Hausbesuche vor Entlassung, die im unmittelbaren inhaltlichen Zusammenhang mit der Entlassung stehen
 - Leistungen zur Organisation nachbetreuender Dienste und/oder Überleitungsmanagement (z.B. Hilfeplankonferenzen, Überleitungsgespräche)
 - Leistungen zur Unterstützung bei schwieriger Wohnsituation (z.B. Vermietergespräche, Besuche in der Nachbarschaft, Besuch eines Rechtsbeistandes)
 - Leistungen zur Unterstützung der beruflichen Wiedereingliederung (z.B. stundenweise begleitete Belastungserprobungen im Arbeitsumfeld, Durchführung von oder Begleitung zu Gesprächen mit dem Arbeitgeber)
 - Leistungen zur Unterstützung von Angehörigen (gezielte Anleitung und/oder Edukation für die Entlassung, z.B. Erarbeitung eines konkreten Tagesplanes, Begleitung von stundenweisen Belastungserprobungen, Familiengespräche)
- Fahrzeiten werden nicht angerechnet

9-646

Erhöhter Aufwand bei drohender oder bestehender psychosozialer Notlage bei Erwachsenen

Hinw.: Diese Codes sind Zusatzcodes. Sie sind für besondere Leistungen im Zusammenhang mit drohender oder bestehender psychosozialer Notlage bei deutlich eingeschränkten eigenständigen Bewältigungsmöglichkeiten der persönlichen Lebenssituation anzugeben. Art und Schwere der Erkrankung werden durch die psychosoziale Notlage erschwert

Sie können nur in Kombination mit der Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-60~~7~~), der Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-61), der psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-62~~6~~) und der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-63~~4~~) angegeben werden

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

Die bei ~~unmittelbar~~ drohender oder bestehender psychosozialer Notlage erforderlichen Leistungen werden in der Regel durch Sozialarbeiter, Sozialpädagogen oder Pflegefachpersonen in einem oder mehreren Lebensbereichen erbracht. Zusätzlich erfolgen in diesem Zusammenhang stehende Leistungen unmittelbar am Patienten z. B. durch Ärzte und/oder Psychologen

Mindestmerkmale:

- Klärung und Regelung gravierender finanzieller Notlagen (z. B. massive Verschuldung in Abhängigkeit von der jeweiligen sozialen Situation des Patienten, Privatinsolvenz oder verlorener Krankenversicherungsschutz)
- Klärung und Regelung bei drohender oder eingetretener Erwerbslosigkeit (z. B. Abmahnung, erfolgte Aussprache der Kündigung)
- Klärung und Regelung der Wohnsituation bei drohender oder eingetretener Obdachlosigkeit (z. B. hohe Zahlungsrückstände, erfolgte Kündigung der Wohnung, Räumungsklage)
- Klärung und Regelung der Weiterversorgung abhängig betreuter Angehöriger (z. B. Kinder) bei fehlender Versorgung durch Dritte

9-647

Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen

Hinw.: Diese Codes sind Zusatzcodes. Sie können nur in Kombination mit der Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-60~~7~~), der Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-61), der psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-62~~6~~) und der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-63~~4~~) angegeben werden

Wird die spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung unterbrochen, so wird für jede Behandlungsepisode ein Kode aus diesem Bereich angegeben

Bei einer Behandlung an mehr als 28 Behandlungstagen ist die Zählung von Neuem zu beginnen und es wird ein weiterer Kode aus diesem Bereich angegeben

Ein Kode aus diesem Bereich kann bei einfachem oder multiplem Substanzmissbrauch angegeben werden und ist nicht bei isolierter Nikotinabhängigkeit (Tabak), Koffeinabhängigkeit oder nicht stoffgebundenen Abhängigkeiten anzuwenden

Die diagnostische und therapeutische Gesamtverantwortung liegt bei einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Die im Rahmen der spezifischen qualifizierten Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker anfallenden Therapieeinheiten werden bei den Zusatzkodes 9-649 ff. angegeben

Mindestmerkmale (für den stationären Gesamtaufenthalt zu erbringende Maßnahmen):

- Ggf. somatischer Entzug
- Therapiezielorientierte Behandlung durch ein multidisziplinär zusammengesetztes Behandlungsteam mit mindestens 3 Berufsgruppen (z. B. Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten oder Suchttherapeuten, Sozialpädagogen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Pflegefachpersonen)
- Differenzierte somatische und psychiatrische Befunderhebung mit Diagnostik und Behandlung von Folge- und Begleiterkrankungen
- Information und Aufklärung über Abhängigkeitserkrankungen, Förderung von Veränderungsbereitschaft, soziale Stabilisierung, Motivierung zur problemspezifischen Weiterbehandlung
- Standardisiertes suchtmmedizinisches und soziales Assessment
- Ressourcen- und lösungsorientiertes Therapiemanagement unter Einsatz differenzierter Therapieelemente patientenbezogen in Kombination von Gruppen- und Einzeltherapie: z. B. psychoedukative Informationsgruppen, medizinische Informationsgruppen, themenzentrierte Einzel- und Gruppentherapie, Ergotherapie, Krankengymnastik/Bewegungstherapie, Entspannungsverfahren
- Ggf. Angehörigeninformation und -beratung
- Information über externe Selbsthilfegruppen, ggf. Informationsveranstaltungen von Einrichtungen des Suchthilfesystems
- Ggf. Eingliederung des Patienten in das bestehende regionale Suchthilfesystem

9-648

Erhöhter therapieprozessorientierter patientenbezogener Supervisionsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen

Hinw.: Diese Codes sind Zusatzcodes. Sie können nur in Kombination mit der Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-60⁷), der Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-61), der psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-62⁶) und der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-63⁴) angegeben werden

Die diagnostische und therapeutische Gesamtverantwortung liegt bei einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Diese Codes sind für jeden Behandlungstag mit erhöhtem Supervisionsaufwand einzeln anzugeben

Zu kodieren sind erbrachte therapieprozessorientierte patientenbezogene Supervisionsleistungen eines Facharztes/psychologischen Psychotherapeuten für einen anderen psychotherapeutisch tätigen Arzt oder Psychologen oder für ein Behandlungsteam, die einem konkreten Patienten zuzuordnen sind und die einen Zeitraum von mindestens 25 Minuten umfassen. Diese Leistungen sind patientenbezogen unter Angabe des Supervisionsanlasses, des Supervisionsthemas und der sich ergebenden therapiestrategischen Konsequenzen zu dokumentieren. Supervisionsleistungen im Rahmen von Visiten, multiprofessionellen Teamsitzungen oder Übergaben dürfen hier nicht berücksichtigt werden

Anerkannt werden alle Leistungen, die durch Mitarbeiter erbracht werden, die eine Ausbildung in der jeweiligen, spezifizierten Berufsgruppe abgeschlossen haben und in einem dieser Berufsgruppe entsprechend vergüteten Beschäftigungsverhältnis stehen

9-649

Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen

Hinw.: Diese Codes sind Zusatzcodes. Sie können nur in Kombination mit der Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-60⁷), der Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-61), der psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-62⁶) und der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-63⁴) angegeben werden

Ein Kode aus diesem Bereich ist unabhängig von der Art der Behandlung einmal pro Woche anzugeben.

Als erste Woche gilt die Zeitspanne vom Tag der Aufnahme bis zum Ablauf der ersten 7 Tage, usw. Erfolgt innerhalb der Woche ein Wechsel der Behandlungsart z.B. von Regelbehandlung auf Intensivbehandlung, werden die Therapieeinheiten aus den verschiedenen Behandlungsarten für die jeweilige Berufsgruppe zusammengezählt. Erfolgt eine Versorgung an weniger als 7 Tagen (z.B. aufgrund einer Entlassung), werden auch dann die Therapieeinheiten der jeweiligen Berufsgruppen berechnet und entsprechend der Anzahl der erreichten Therapieeinheiten kodiert

Sofern Therapieeinheiten an Wochenenden, Feiertagen, Aufnahme- oder Entlassungstagen erbracht werden, sind diese ebenfalls zu berücksichtigen

Als Einzeltherapie gilt eine zusammenhängende Therapie von mindestens 25 Minuten. Dies entspricht einer Therapieeinheit

Gruppentherapien dauern ebenfalls mindestens 25 Minuten. Bei Gruppentherapien ist die Gruppengröße auf maximal 18 Patienten begrenzt. Bei einer Gruppenpsychotherapie mit 13 bis 18 Patienten sind mindestens 2 Mitarbeiter, von denen mindestens einer ein Arzt oder ein Psychologe ist, erforderlich. Pro Einzel- oder Gruppentherapie dürfen Therapieeinheiten für maximal 2 Therapeuten pro Patient angerechnet werden

Die für die Diagnostik aufgewendete Zeit ist für die Berechnung der Therapieeinheiten entsprechend zu berücksichtigen

Die Tabelle der pro Patient anrechenbaren Therapieeinheiten befindet sich im Anhang zum OPS

Anerkannt werden alle Leistungen, die durch Mitarbeiter erbracht werden, die eine Ausbildung in der jeweiligen, beim Primärkode spezifizierten Berufsgruppe abgeschlossen haben und in einem dieser Berufsgruppe entsprechend vergüteten Beschäftigungsverhältnis stehen. Bei Psychotherapeuten in Ausbildung ist für eine Anerkennung der Leistungen Voraussetzung, dass diese Mitarbeiter eine Vergütung entsprechend ihrem Grundberuf z.B. als Diplom-Psychologe oder Diplom-Pädagoge erhalten

Für die Kodierung sind die durch die jeweilige Berufsgruppe erbrachten Therapieeinheiten getrennt nach Einzel- und Gruppentherapie zu addieren. Es sind für jede Berufsgruppe gesondert die entsprechenden Codes anzugeben

Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-65...9-69)

9-65 Psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern

Exkl.: Psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen (9-66~~6~~)

Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-67~~2~~)

Psychiatrisch-psychosomatische Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-68~~6~~)

Hinw.: Eine kriseninterventionelle Behandlung (9-690 ff.), die Erbringung von Behandlungsmaßnahmen im stationärsersetzenden Umfeld und als halbtägige tagesklinische Behandlung (9-691 ff.), der indizierte komplexe Entlassungsaufwand (9-692 ff.), die intensive Beaufsichtigung mit Überwachung in einer Kleinstgruppe oder Einzelbetreuung (9-693 ff.), die spezifische Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen (9-694 ff.), der erhöhte therapieprozessorientierte patientenbezogene Supervisionsaufwand (9-695 ff.) und der Einsatz von Gebärdensprachdolmetschern (9-510 ff.) sind gesondert zu kodieren

Dieser Kode ist für die Behandlung von Patienten anzuwenden, die bei stationärer Aufnahme das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben

Dieser Kode ist sowohl für die voll- als auch die teilstationäre Behandlung zu verwenden

Dieser Kode ist zu Beginn der Behandlung und bei jedem Wechsel der Behandlungsart anzugeben

Die Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche ist für jede Berufsgruppe getrennt nach Einzel- und Gruppentherapie gesondert zu kodieren (9-696 ff.)

Mindestmerkmale:

- Therapiezielorientierte Behandlung durch ein multiprofessionelles Team unter Leitung eines Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

- Wöchentliche Teambesprechung mit Vertretern aus mindestens 2 unterschiedlichen Berufsgruppen zur Beratung des weiteren Behandlungsverlaufs (bei Aufhalten von mehr als 6 Tagen) oder eine ausführliche Behandlungsplanung mit Vertretern aus mindestens 2 unterschiedlichen Berufsgruppen mindestens alle 4 Wochen
- Die Anwendung der unterschiedlichen Therapieverfahren erfolgt nach ärztlicher Indikation patientenbezogen in unterschiedlichen Kombinationen in einem kind- und/oder jugendgerechten, milieutherapeutischen Setting mit entwicklungsspezifischem Umgang und Anleitung und mit Bezug auf das oder im Lebensumfeld des Patienten
- Vorhandensein von Vertretern der folgenden Berufsgruppen in der Einrichtung:
 - Ärzte (Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie)
 - Psychologen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe oder Master of Science in Psychologie)
 - Mindestens 2 Spezialtherapeutengruppen (z.B. Ergotherapeuten, Sozialarbeiter, Heilpädagogen, Bewegungs-, Erlebnis-, Kreativtherapeuten, Logopäden)
 - Pädagogisch-pflegerische Fachpersonen (z.B. (Kinder-)Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, Erzieher, Heilerziehungspfleger, Jugend- und Heimerzieher)
- Als angewandte Verfahren der ärztlichen und psychologischen Berufsgruppen gelten folgende Verfahren oder im Aufwand vergleichbare Verfahren:
 - Ärztliches oder psychologisches Einzelgespräch
 - Einzelpsychotherapie mit kindgerechten Verfahren
 - Gruppenpsychotherapie
 - Elterngespräche, Familiengespräche und Familientherapie und/oder Gespräche mit Bezugspersonen aus dem Herkunftsmilieu (z.B. Jugendhilfe, Pflegefamilie)
 - Gespräche und Beratungen mit Richtern oder Behördenvertretern
 - Somato-psychosomatisches ärztliches Gespräch
 - Aufklärung (Kind und Bezugspersonen), Complianceförderung und Monitoring im Rahmen der ärztlich indizierten Psychopharmakotherapie
- Als angewandte Verfahren der pädagogisch-pflegerischen Fachpersonen und der Spezialtherapeuten gelten folgende Verfahren oder im Aufwand vergleichbare Verfahren:
 - Behandlungseinheiten durch die kinderpsychiatrische bzw. jugendpsychiatrische Pflege/Bezugspflege des Pflege- und Erziehungsdienstes (z.B. alltagsbezogenes Training, Anleitung und Förderung der Selbständigkeit, Stuhltraining, Esstraining, Verstärkerplan, Feedbackrunden)
 - Anleitung bei sozialer Interaktion
 - Gelenkte Freizeitaktivitäten, Medienpädagogik, Erlebnispädagogik/-therapie mit therapeutischem Auftrag gemäß Gesamtbehandlungsplan
 - Angehörigengespräche und gezielte Anleitung der Bezugspersonen aus dem Herkunftsmilieu
 - Heilpädagogische oder ergotherapeutische Förder- und Behandlungsverfahren
 - Spezielle psychosoziale Techniken (z.B. Sozialkompetenztraining)
 - Kreativtherapien (z.B. Tanztherapie, Kunsttherapie, Musiktherapie)
 - Bewegungstherapie, Mototherapie, Logopädie
 - Übende Verfahren und prospektive Hilfskoordination hinsichtlich der geplanten Reintegration in Schule und soziales Umfeld, inklusive Behandlung als Hometreatment
 - Gespräche mit Behördenvertretern

9-66

Psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen

Exkl.: Psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern (9-65⁶)

Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-67²)

Psychiatrisch-psychosomatische Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-68⁶)

Hinw.: Eine kriseninterventionelle Behandlung (9-690 ff.), die Erbringung von Behandlungsmaßnahmen im stationärsersetzenden Umfeld und als halbtägige tagesklinische Behandlung (9-691 ff.), der indizierte komplexe Entlassungsaufwand (9-692 ff.), die intensive Beaufsichtigung mit Überwachung in einer Kleinstgruppe oder Einzelbetreuung (9-693 ff.), die spezifische Behandlung im besonderen Setting bei

substanzbedingten Störungen (9-694 ff.), der erhöhte therapieprozessorientierte patientenbezogene Supervisionsaufwand (9-695 ff.) und der Einsatz von Gebärdensprachdolmetschern (9-510 ff.) sind gesondert zu kodieren

Dieser Kode ist für die Behandlung von Patienten anzuwenden, die bei stationärer Aufnahme das 15. Lebensjahr begonnen haben und das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben (bei deutlichen Entwicklungsdefiziten auch für Heranwachsende bis zum vollendeten 21. Lebensjahr)

Dieser Kode ist sowohl für die voll- als auch die teilstationäre Behandlung zu verwenden

Dieser Kode ist zu Beginn der Behandlung und bei jedem Wechsel der Behandlungsart anzugeben

Die Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche ist für jede Berufsgruppe getrennt nach Einzel- und Gruppentherapie gesondert zu kodieren (9-696 ff.)

Mindestmerkmale:

- Therapiezielorientierte Behandlung durch ein multiprofessionelles Team unter Leitung eines Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Wöchentliche Teambesprechung mit Vertretern aus mindestens 2 unterschiedlichen Berufsgruppen zur Beratung des weiteren Behandlungsverlaufs (bei Aufhalten von mehr als 6 Tagen) oder eine ausführliche Behandlungsplanung mit Vertretern aus mindestens 2 unterschiedlichen Berufsgruppen mindestens alle 4 Wochen
- Die Anwendung der unterschiedlichen Therapieverfahren erfolgt nach ärztlicher Indikation patientenbezogen in unterschiedlichen Kombinationen in einem kind- und/oder jugendgerechten, milieuthérapeutischen Setting mit entwicklungsspezifischem Umgang und Anleitung und mit Bezug auf das oder im Lebensumfeld des Patienten
- Vorhandensein von Vertretern der folgenden Berufsgruppen in der Einrichtung:
 - Ärzte (Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie)
 - Psychologen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe oder Master of Science in Psychologie)
 - Mindestens 2 Spezialtherapeutengruppen (z.B. Ergotherapeuten, Sozialarbeiter, Heilpädagogen, Bewegungs-, Erlebnis-, Kreativtherapeuten)
 - Pädagogisch-pflegerische Fachpersonen (z.B. (Kinder-)Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, Erzieher, Heilerziehungspfleger, Jugend- und Heimerzieher)
- Als angewandte Verfahren der ärztlichen und psychologischen Berufsgruppen gelten folgende Verfahren oder im Aufwand vergleichbare Verfahren:
 - Ärztliches oder psychologisches Einzelgespräch
 - Einzelpsychotherapie mit jugendgerechten Verfahren
 - Gruppenpsychotherapie und Entspannungsverfahren
 - Elterngespräche, Familiengespräche und Familientherapie und/oder Gespräche mit Bezugspersonen aus dem Herkunftsmilieu (z.B. Jugendhilfe, Pflegefamilie)
 - Gespräche und Beratungen mit Richtern oder Behördenvertretern
 - Somato-psychosomatisches ärztliches Gespräch
 - Aufklärung (Jugendlicher und Bezugspersonen), Complianceförderung und Monitoring im Rahmen der ärztlich indizierten Psychopharmakotherapie
- Als angewandte Verfahren der pädagogisch-pflegerischen Fachpersonen und der Spezialtherapeuten gelten folgende Verfahren oder im Aufwand vergleichbare Verfahren:
 - Behandlungseinheiten durch die jugendpsychiatrische Pflege/Bezugspflege des Pflege- und Erziehungsdienstes (z.B. alltagsbezogenes Training, Anleitung und Förderung der Selbstständigkeit, Esstraining, Verstärkerplan, Feedbackrunden)
 - Begleitung in die Patientengruppe
 - Heilpädagogische oder ergotherapeutische Förder- und Behandlungsverfahren
 - Spezielle psychosoziale Techniken (z.B. Sozialkompetenztraining, Anleitung zu gemeinsamen Aktivitäten mit Mitpatienten wie Spiel, Sport, Freizeit)
 - Kreativtherapien (z.B. Tanztherapie, Kunsttherapie, Musiktherapie)
 - Bewegungstherapie, Mototherapie
 - Erlebnispädagogik oder -therapie
 - Übende Verfahren und prospektive Hilfeoordination hinsichtlich der geplanten Reintegration in Schule und soziales Umfeld, inklusive Behandlung als Hometreatment
 - Entspannungsverfahren
 - Gespräche mit Behördenvertretern
 - Angehörigengespräche und gezielte Anleitung der Bezugspersonen aus dem Herkunftsmilieu

9-67 Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen

Exkl.: Psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern (9-65⁶)
 Psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen (9-66⁶)
 Psychiatrisch-psychosomatische Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-68⁶)

Hinw.: Eine kriseninterventionelle Behandlung (9-690 ff.), der indizierte komplexe Entlassungsaufwand (9-692 ff.), die intensive Beaufsichtigung mit Überwachung in einer Kleinstgruppe oder Einzelbetreuung (9-693 ff.), die spezifische Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen (9-694 ff.), der erhöhte therapieprozessorientierte patientenbezogene Supervisionsaufwand (9-695 ff.) und der Einsatz von Gebärdensprachdolmetschern (9-510 ff.) sind gesondert zu kodieren

Dieser Kode ist für die Behandlung von Patienten anzuwenden, die bei stationärer Aufnahme das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben (bei deutlichen Entwicklungsdefiziten auch für Heranwachsende bis zum vollendeten 21. Lebensjahr)

Dieser Kode ist sowohl für die voll- als auch die teilstationäre Behandlung zu verwenden

Dieser Kode ist zu Beginn der Behandlung und bei jedem Wechsel der Behandlungsart anzugeben

Die Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche ist für jede Berufsgruppe getrennt nach Einzel- und Gruppentherapie gesondert zu kodieren (9-696 ff.)

Mindestmerkmale:

- Therapiezielorientierte Behandlung durch ein multiprofessionelles Team unter Leitung eines Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Teambesprechung mit Vertretern aus mindestens 2 unterschiedlichen Berufsgruppen einmal pro Woche zur Beratung des weiteren Behandlungsverlaufs
- Vorhandensein von Vertretern der folgenden Berufsgruppen in der Einrichtung:
 - Ärzte (Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie)
 - Ggf. Psychologen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe oder Master of Science in Psychologie)
 - Spezialtherapeuten (z.B. Ergotherapeuten, Sozialarbeiter, Heilpädagogen, Bewegungs-, Erlebnis-, Kreativtherapeuten)
 - Pädagogisch-pflegerische Fachpersonen (z.B. (Kinder-)Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, Erzieher, Heilerziehungspfleger, Jugend- und Heimerzieher)
- Als angewandte Verfahren der ärztlichen und psychologischen Berufsgruppen gelten folgende Verfahren oder im Aufwand vergleichbare Verfahren:
 - Ärztliches oder psychologisches Einzelgespräch/einzeltherapeutische Intervention
 - Ärztliche oder psychologische therapeutische Familienkontakte bzw. Kontakt mit Bezugspersonen aus dem Herkunftsmilieu (z.B. Jugendhilfe, Pflegefamilie), Familientherapie
 - Anleitung von anderen Teammitgliedern im Umgang mit dem Patienten, z.B. Begleitung von Deeskalationen (desaktualisierendes "Talking down" bis hin zu Freiheitseinschränkung oder Freiheitsentzug)
 - (Störungsspezifische) Psychoedukation
 - Aufklärung (Kinder/Jugendliche und Bezugspersonen), Compliance-Förderung und enges Monitoring im Rahmen der ärztlich indizierten Psychopharmakotherapie
 - Monitoring und ärztliche Behandlung von Entzugssymptomatik
 - Begleitung bei richterlichen Anhörungen oder (fach)ärztliche Stellungnahmen zur Unterbringung
- Als angewandte Verfahren der pädagogisch-pflegerischen Fachpersonen und Spezialtherapeuten gelten folgende Verfahren oder im Aufwand vergleichbare Verfahren:
 - Einzelbegleitung bei sozialen Aktivitäten (z.B. Mahlzeiten, Freizeit) zur Vermeidung von Überforderung oder Konflikten
 - Sofern ärztlich vertretbar, Begleitung bei Ausgang
 - Angehörigengespräche und gezielte Anleitung der Bezugspersonen aus dem familiären oder sozialen Raum, Begleitung von Besuchskontakten auf der Station
 - Gespräche mit Behördenvertretern
 - Ergotherapeutische Behandlungsverfahren, Bewegungstherapie, Krankengymnastik,

- Kunst- und Musiktherapie, Entspannungsverfahren in Einzelkontakt oder Kleinstgruppe
 - Interventionen hinsichtlich der geplanten Überleitung in Regelbehandlung oder rehabilitative Anschlussmaßnahmen (z.B. Jugendhilfe)
- Die Patienten weisen mindestens eines der nachfolgenden Merkmale auf:
 - Deutlich erhöhter Pflegeaufwand
 - Die Patienten benötigen deutlich über das altersübliche Maß hinaus Unterstützung bei Aktivitäten des täglichen Lebens im Sinne intensiver pflegerischer Maßnahmen (z.B. Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme, bei Hygienemaßnahmen, bei Bettlägerigkeit oder bei anderen schweren körperlichen Einschränkungen/Erkrankungen und Behinderungen (auch Behinderungen der Sinnesorgane); und/oder sie benötigen Aktivierung zum Aufstehen und zur Teilnahme am Gruppenleben); oder sie benötigen kontinuierliche Überwachung wegen drohender somatischer Dekompensation bei vitaler Gefährdung (z.B. Herzrhythmusstörungen oder Elektrolytentgleisungen durch unzureichende Nahrungsaufnahme bei Anorexia nervosa) oder bei Stoffwechselstörung oder Intoxikation
 - Erhöhter Einzelbetreuungsaufwand wegen mangelnder Gruppenfähigkeit
 - Die Patienten sind störungsbedingt nicht gruppenfähig (z.B. wegen hoher Impulsivität, hohem Erregungsniveau, Manipulationen und Bedrohungen von Mitpatienten, Manipulation mit Nahrung, Schutz vor Reizüberflutung), so dass sie von der Gruppe separiert werden müssen, enge Führung oder ständige Ansprache brauchen
 - Selbstgefährdung
 - Die Patienten sind nicht absprachefähig oder ihr Verhalten ist nicht vorhersehbar; sie sind störungsbedingt nicht in der Lage, auch nur für kurze Zeit für sich Verantwortung zu übernehmen
 - Fremdaggressives Verhalten mit deutlicher Beeinträchtigung des Gruppenmilieus
 - Die Patienten zeigen fremdaggressives Verhalten wie Zerstören von Gegenständen, Bespucken von Mitpatienten und Mitarbeitern, massive Bedrohungen von Mitpatienten und/oder Mitarbeitern oder Tätlichkeiten, sofern nicht mit Einzelbetreuung oder Freiheitseinschränkung separiert oder deeskaliert wird
 - Störungsbedingt nicht einschätzbarer, nicht kooperationsfähiger Patient
 - Die Patienten zeigen stark wechselhafte Zustände oder Desorientierung oder z.B. psychosebedingte Nicht-Erreichbarkeit; oder sie sind nicht erreichbar für Kooperation, verweigern sich allem, zeigen in keinem Bereich der Klinik Regelakzeptanz
 - Erforderliche Maßnahmen zur Gefahrabwendung
 - Die Patienten benötigen Maßnahmen wie z.B. Isolierung, Fixierung, Festhalten, Zwangsmedikation, Zwangssondierung, Beschränken des Aktionsradius auf die Station bei geschlossener Tür oder es muss stete Bereitschaft dazu und Verfügbarkeit dieser Maßnahmen bestehen, sofern nicht durch hohen Einsatz deeskaliert werden kann
 - Substanzbedingt erhöhter Betreuungsbedarf
 - Kontinuierliches Alkohol- oder Drogen craving mit starker Unruhe oder akuter, auch protrahierter Alkohol- oder Drogenentzug
 - Für den Nachweis der Merkmale ist die Regeldokumentation in der Patientenakte ausreichend

9-68 Psychiatrisch-psychosomatische Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen

Exkl.: Psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern (9-656)

Psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen (9-666)

Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-672)

Jugendliche mit der Fähigkeit zur Ablösung

Hinw.: Eine kriseninterventionelle Behandlung (9-690 ff.), die Erbringung von Behandlungsmaßnahmen im stationärer ersetzenden Umfeld und als halbtägige tagesklinische Behandlung (9-691 ff.), der indizierte komplexe Entlassungsaufwand (9-692 ff.), der erhöhte therapieprozessorientierte patientenbezogene Supervisionsaufwand (9-695 ff.) und der Einsatz von Gebärdensprachdolmetschern (9-510 ff.) sind gesondert zu kodieren

Dieser Kode ist für die Behandlung von Patienten anzuwenden, die bei stationärer Aufnahme das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben (bei deutlichen Entwicklungsdefiziten auch für Heranwachsende bis zum vollendeten 21. Lebensjahr)

Es findet eine Behandlung von psychisch kranken Kindern oder retardierten Jugendlichen oder von Kindern/Jugendlichen mit psychischer Symptomatik gemeinsam mit Eltern und ggf. Geschwistern statt, wenn die Eltern-Kind-Dynamik einen wesentlichen Faktor zur Entstehung oder Aufrechterhaltung der Störung darstellt. Die Behandlung in diesem Setting dient der Erlangung einer entwicklungsfördernden Mutter/Vater-Kind-Interaktion unter störungsspezifischen Aspekten

Dieser Kode ist sowohl für die voll- als auch die teilstationäre Behandlung zu verwenden

Dieser Kode ist zu Beginn der Behandlung und bei jedem Wechsel der Behandlungsart anzugeben

Die Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche ist für jede Berufsgruppe getrennt nach Einzel- und Gruppentherapie gesondert zu kodieren (9-696 ff.)

Mindestmerkmale:

- Therapiezielorientierte Behandlung durch ein multiprofessionelles Team unter Leitung eines Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Wöchentliche Teambesprechung mit Vertretern aus mindestens 2 unterschiedlichen Berufsgruppen zur Beratung des weiteren Behandlungsverlaufs (bei Aufenthalten von mehr als 6 Tagen)
- Die Anwendung der unterschiedlichen Therapieverfahren erfolgt nach ärztlicher Indikation patientenbezogen in unterschiedlichen Kombinationen in einem kind- und familiengerechten, milieuthérapeutischen Setting mit entwicklungsspezifischem Umgang und Anleitung
- Zum Konzept der Spezialeinheit für die Behandlung im besonderen Setting gehören:
Familiendiagnostik mit evaluierten Verfahren, Interaktionsbeobachtung und -förderung der Eltern-Kind-Beziehung (z.B. unter bindungstheoretischen Gesichtspunkten); Einzelgespräche mit den Eltern (bzw. Elternteilen), Paargespräche, Eltern-Gruppentherapie bzw. Multifamilientherapie, Eltern-Kind-Spieltherapie; Alltagsgestaltung unter Supervision; sozial- bzw. lebensraumorientierte Arbeit sowie prospektive Hilfskoordination
- Vorhandensein von Vertretern der folgenden Berufsgruppen in der Einrichtung:
 - Ärzte (Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie)
 - Psychologen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe oder Master of Science in Psychologie)
 - Mindestens 2 Spezialtherapeutengruppen (z.B. Ergotherapeuten, Sozialarbeiter, Heilpädagogen, Bewegungs-, Erlebnis-, Kreativtherapeuten)
 - Pädagogisch-pflegerische Fachpersonen (z.B. (Kinder-)Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, Erzieher, Heilerziehungspfleger, Jugend- und Heimerzieher)
- Als angewandte Verfahren der ärztlichen und psychologischen Berufsgruppen gelten folgende Verfahren oder im Aufwand vergleichbare Verfahren:
 - Ärztliches oder psychologisches Einzelgespräch
 - Einzeltherapie von Kind oder Eltern(teil)
 - Paargespräche, Eltern-Gruppentherapie, Multifamilientherapie
 - Helferkonferenzen (z.B. Jugendhilfe), Gespräche und Beratungen mit Richtern oder Behördenvertretern
 - Somato-psychosomatisches ärztliches Gespräch
 - Aufklärung (Kind und Bezugspersonen), Complianceförderung und Monitoring im Rahmen der ärztlich indizierten Psychopharmakotherapie
- Als angewandte Verfahren der pädagogisch-pflegerischen Fachpersonen und Spezialtherapeuten gelten folgende Verfahren oder im Aufwand vergleichbare Verfahren:
 - Gezielte Anleitung der Bezugspersonen aus dem Herkunftsmilieu/Eltern
 - Behandlungseinheiten durch die kinderpsychiatrische bzw. jugendpsychiatrische Pflege/Bezugspflege des Pflege- und Erziehungsdienstes (z.B. alltagsbezogenes Training, Anleitung und Förderung der Selbstständigkeit, Stuhltraining, Esstraining, Verstärkerplan, Feedbackrunden)
 - Unterstützung (der Eltern) bei alltäglichen Verrichtungen und Förderung der selbständigen Konfliktklärung mit dem Kind, ggf. mit Video-Feedback, ggf. mit spezifischen Deeskalationstechniken
 - Begleitung in die Eltern-Kinderguppe

- Gelenkte Freizeitaktivitäten, Medienpädagogik, Erlebnispädagogik/-therapie
- Heilpädagogische/ergotherapeutische Förder- und Behandlungsverfahren einzeln und als Eltern-Kind-Interaktionsförderung
- spezielle psychosoziale Techniken (z.B. Sozialkompetenztraining in der Eltern-Kind-Gruppe, Anleitung zu gemeinsamem Spiel)
- Kreativtherapien (z.B. Kunsttherapie)
- Bewegungstherapie, ggf. in der Eltern-Kind-Gruppe
- Einübung spezialisierter Therapiemodule gemeinsam mit den Eltern
- Gespräche mit Behördenvertretern
- Prospektive Hilfekoordination hinsichtlich der geplanten Reintegration in Schule und soziales Umfeld

9-69
Zusatzinformationen zur Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen
9-690
Kriseninterventionelle Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen

Hinw.: Diese Codes sind Zusatzcodes. Sie können nur in Kombination mit der psychiatrisch-psychosomatischen Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern (9-656), der psychiatrisch-psychosomatischen Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen (9-666), der psychiatrisch-psychosomatischen Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-672) und der psychiatrisch-psychosomatischen Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-686) angegeben werden

Diese Codes sind für jeden Behandlungstag mit kriseninterventioneller Behandlung gesondert anzugeben
Mindestmerkmale:

- Multiprofessionelle Versorgung von Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit psychosozialen oder psychischen Krisen, die tagesbezogen einen hohen Personaleinsatz erfordern. Die psychische Krise beschreibt eine akute vorübergehende psychische Störung als Reaktion auf außergewöhnliche Ereignisse und Lebensumstände, so dass dringliches therapeutisches Handeln erforderlich wird
- Für den Nachweis des Vorliegens einer psychosozialen oder psychischen Krise ist die Regeldokumentation in der Patientenakte ausreichend
- Es erfolgen vordringliche, ungeplante (außerhalb des vorgegebenen Therapieplans), Orientierung gebende, einzeltherapeutische Kontakte (ggf. auch durch 2 Therapeuten oder pädagogisch-pflegerische Fachpersonen) mit dem Patienten und/oder den Kontaktpersonen des Patienten. Diese Zeit kann nicht für die Berechnung der Therapieeinheiten (9-696 ff.) angerechnet werden
- Tägliche ärztliche oder psychologische/psychotherapeutische Befunderhebung und ggf. ärztliche oder psychologische/psychotherapeutische Anordnung zur Einleitung oder Fortführung der Behandlungsmaßnahme. Dies ist Teil der therapeutischen Kontakte

9-691
Erbringung von Behandlungsmaßnahmen im stationäreretzenden Umfeld und als halbtägige tagesklinische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen

Hinw.: Diese Codes sind Zusatzcodes. Sie können nur in Kombination mit der psychiatrisch-psychosomatischen Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern (9-656), der psychiatrisch-psychosomatischen Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen (9-666) und der psychiatrisch-psychosomatischen Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-686) angegeben werden

Ein Kode aus diesem Bereich ist für jeden Tag, an dem die Leistung erbracht wird, gesondert anzugeben. Die Mindestvoraussetzungenmerkmale der Codes 9-656 oder 9-666 (u.a. Leistungserbringung durch ein multiprofessionelles, fachärztlich geleitetes Behandlungsteam) müssen erfüllt sein

9-692
Indizierter komplexer Entlassungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen

Hinw.: Diese Codes sind Zusatzcodes. Sie können nur in Kombination mit der psychiatrisch-psychosomatischen

Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern (9-656), der psychiatrisch-psychosomatischen Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen (9-666), der psychiatrisch-psychosomatischen Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-672) und der psychiatrisch-psychosomatischen Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-686) angegeben werden

Kodes aus den Bereichen 9-692.0 ff. und 9-692.1 ff. sind für jeden Tag, an dem die Leistungen im Sinne dieser Kodes erbracht wurden, gesondert anzugeben

Die im Kontext der Entlassung im Sinne dieses Kodes erbrachten Leistungen können nicht gleichzeitig bei der Berechnung der Therapieeinheiten (9-696 ff.) oder für andere Zusatzkodes (9-690 ff., 9-691 ff.) angerechnet werden

Mindestmerkmale für den gesamten Entlassungsprozess:

- Multidisziplinäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr (bei deutlichen Entwicklungsdefiziten auch für Heranwachsende bis zum vollendeten 21. Lebensjahr) am Ende einer Behandlung, die bezogen auf die Entlassungsvorbereitung einen hohen Personaleinsatz durch mindestens 2 Berufsgruppen erfordert
- Anerkannt werden alle Leistungen, die durch Mitarbeiter erbracht werden, die eine Ausbildung in der jeweiligen spezifizierten Berufsgruppe abgeschlossen haben und in einem dieser Berufsgruppe entsprechend vergüteten Beschäftigungsverhältnis stehen
- Differenzierte Diagnostik des Funktionsniveaus und des poststationären Versorgungsbedarfs
- Erstellung einer bedarfsgerechten Entlassungsplanung und Überprüfung des Entlassungsplans 1 bis 3 Tage vor Entlassung
- Es zählen z.B. folgende Leistungen:
 - Teilnahme an der Jugendhilfeplanung/Round table, Klärung der sozialrechtlichen Zuständigkeiten, juristische Klärung
 - Begleitete Einrichtungsbesuche oder Außenschulversuche
 - Begleitung in eine Jugendhilfeeinrichtung, Pflegefamilie oder betreute Wohnform zur Entlassung
 - Begleiteter Einkauf einer Grundausstattung
 - Ein oder mehrere Hausbesuche vor Entlassung, die im unmittelbaren inhaltlichen Zusammenhang mit der Entlassung stehen
 - "Übergabegespräche" mit weiterbetreuenden Familienhilfen oder externen Therapeuten, neuen Vormündern oder neuen Pflegeeltern
 - Elterncoaching zur gezielten Entlassungsvorbereitung, auch von Pflegeeltern oder Erziehern, auf der Station
 - Gestaltung eines ritualisierten Abschieds des Kindes oder Jugendlichen auf der Station außerhalb von regulären Therapie- oder Stationsgruppen
- Die entsprechenden Leistungen können von allen Berufsgruppen erbracht werden
- Fahrzeiten werden nicht angerechnet

9-693 Intensive Beaufsichtigung mit Überwachung in einer Kleinstgruppe oder Einzelbetreuung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen

Hinw.: Diese Kodes sind Zusatzkodes. Sie können nur in Kombination mit der psychiatrisch-psychosomatischen Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern (9-656), der psychiatrisch-psychosomatischen Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen (9-666) und der psychiatrisch-psychosomatischen Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-672) angegeben werden, wenn die intensive Beaufsichtigung mit Überwachung in einer Kleinstgruppe oder die Einzelbetreuung indikationsspezifisch erforderlich sind

Ein Kode aus diesem Bereich ist für die Behandlung von Patienten anzuwenden, die bei stationärer Aufnahme das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben (bei deutlichen Entwicklungsdefiziten auch für Heranwachsende bis zum vollendeten 21. Lebensjahr)

Diese Kodes sind für jeden Behandlungstag einzeln anzugeben

Es können für einen Tag sowohl Kodes aus dem Bereich 9-693.0 ff. als auch aus dem Bereich 9-693.1 ff. angegeben werden

Sofern die intensive Beaufsichtigung oder Einzelbetreuung an Wochenenden, Feiertagen, Aufnahme- oder Entlassungstagen stattfindet, ist diese ebenfalls zu berücksichtigen

Ein Kode aus diesem Bereich ist nicht für Patienten anzuwenden, bei denen autonome soziale Integration, wie der Besuch einer externen Regelschule oder ein externes Praktikum, vorliegt

Bei der Berechnung der Stunden für die Einzelbetreuung werden Einzelkontakte durch alle Berufsgruppen berücksichtigt. Bei Einzelbetreuung durch mehr als eine Person (2:1 oder 3:1) sind die jeweiligen Zeiten für jede betreuende Person anzurechnen

Die für die intensive Beaufsichtigung mit Überwachung in einer Kleinstgruppe oder Einzelbetreuung aufgewendete Zeit kann nicht für die Berechnung der Therapieeinheiten (9-696 ff.) angerechnet werden
Mindestmerkmale:

- Therapiezielorientierte Behandlung durch ein multiprofessionelles Team unter Leitung eines Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Einzelbetreuung oder intensive Beaufsichtigung in Kleinstgruppe ("Sichtkontakt") durch pädagogisch-pflegerisches Personal
- Einzelbegleitung bei sozialen Aktivitäten in der Kleinstgruppe (z.B. Mahlzeiten, Freizeit), soweit ärztlich vertretbar, zur Vermeidung von Überforderung oder Konflikten
- Ggf. gezielte, indizierte störungsspezifische Interventionen
- Begleitung bei Ausgang, sofern ärztlich vertretbar
- Wenn notwendig Begleitung von Besucherkontakten auf der Station

9-693.0 Intensive Beaufsichtigung mit Überwachung in einer Kleinstgruppe bei psychischen und/oder psychosomatischen Störungen und/oder Verhaltensstörungen bei Kindern ~~und~~oder Jugendlichen

Hinw.: Zu einer Kleinstgruppe gehören bis zu 3 Kinder und/oder Jugendliche

9-693.1 Einzelbetreuung bei psychischen und/oder psychosomatischen Störungen und/oder Verhaltensstörungen bei Kindern ~~und~~oder Jugendlichen

9-694 Spezifische Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Hinw.: Diese Codes sind Zusatzcodes. Sie können nur in Kombination mit der psychiatrisch-psychosomatischen Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern (9-656), der psychiatrisch-psychosomatischen Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen (9-666) und der psychiatrisch-psychosomatischen Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-672) angegeben werden

Wird die spezifische Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen unterbrochen, so wird für jede Behandlungsepisode ein Kode aus diesem Bereich angegeben

Bei einer Behandlung an mehr als 28 Behandlungstagen ist die Zählung von Neuem zu beginnen und es wird ein weiterer Kode aus diesem Bereich angegeben

Ein Kode aus diesem Bereich kann bei einfachem oder multiplem Substanzmissbrauch kodiert werden und gilt für alle Formen des Konsums

Die im Rahmen der spezifischen Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen anfallenden Therapieeinheiten werden bei den Zusatzcodes 9-696 ff. angegeben

Mindestmerkmale (für den stationären Gesamtaufenthalt zu erbringende Maßnahmen):

- Multidisziplinäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen auf einer Spezialstation für Suchtpatienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr (bei deutlichen Entwicklungsdefiziten auch für Heranwachsende bis zum vollendeten 21. Lebensjahr) unter Leitung eines Arztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, mit individuellem, ärztlich indiziertem Einsatz von Fachtherapien wie z.B. Ergotherapie oder körperbezogene Therapieverfahren, mit schulischem Angebot (sofern schulpflichtig oder berufsschulpflichtig), mit entwicklungsspezifischem Umgang und Anleitung, mit Bezug auf das oder im Lebensumfeld des Patienten im besonderen suchtspezifischen Setting. Diese Stationen haben ein hochstrukturiertes therapeutisches Milieu und arbeiten nach einem integrierten, auf das Störungsbild zugeschnittenen Konzept. Die folgenden Merkmale sind mindestens Teil des Konzeptes:
 - Somatische Entgiftung, ggf. über Substitutionsmittel oder andere pharmakologische Unterstützung sowie suchtspezifische robrierende Maßnahmen, differenzierte somatische Befunderhebung mit Behandlung von Folge- und Begleiterkrankungen
 - Aufklärung über Abhängigkeitserkrankungen, Gesundheits- und Selbstfürsorgetrainings, soziales Kompetenztraining, Stabilisierung der familiären und/oder psychosozialen Situation, Klärung und Anbahnung der schulischen/beruflichen Wiedereingliederung, ggf. juristische und sozialrechtliche Anspruchsklärung sowie Behandlung nach Traumatisierung, Motivierung zur problemspezifischen Weiterbehandlung und

- Vermittlung, ggf. Einleitung suchtspezifischer Anschlussbehandlungen oder erforderlicher Jugendhilfemaßnahmen
- Standardisiertes suchtmmedizinisches Assessment sowie Erhebung eines nicht substanzgebundenen Suchtverhaltens
- Sofern erforderlich Begleitung bei Klärungen mit juristischen Instanzen
- Diagnostik und Behandlung von kinder- und jugendpsychiatrischer Komorbidität bzw. einer kinder- und jugendpsychiatrischen Grundstörung
- Familienarbeit, sofern die Herkunftsfamilie kooperationsfähig ist, alternativ Arbeit mit Bezugspersonen aus Ersatzfamilien oder der Jugendhilfe

9-695 Erhöhter therapieprozessorientierter patientenbezogener Supervisionsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen

Hinw.: Diese Codes sind Zusatzcodes. Sie können nur in Kombination mit der psychiatrisch-psychosomatischen Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern (9-656), der psychiatrisch-psychosomatischen Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen (9-666), der psychiatrisch-psychosomatischen Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-672) und der psychiatrisch-psychosomatischen Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-686) angegeben werden

Diese Codes sind für jeden Behandlungstag mit erhöhtem Supervisionsaufwand einzeln anzugeben

Zu kodieren sind zusätzlich zu den im Rahmen der Primärkodes durchgeführten

Regelsupervisionsleistungen erbrachte therapieprozessorientierte patientenbezogene

Supervisionsleistungen eines Facharztes/psychologischen Psychotherapeuten/Kinder- und

Jugendlichen-Psychotherapeuten für einen anderen psychotherapeutisch tätigen Arzt oder

Psychologen/Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, die einem konkreten Patienten zuzuordnen

sind und die einen Zeitraum von jeweils mindestens 30 Minuten umfassen. Diese Leistungen sind

patientenbezogen unter Angabe des Supervisionsanlasses, des Supervisionsthemas und der sich ergebenden therapiestrategischen Konsequenzen zu dokumentieren

Supervisionsleistungen im Rahmen von Visiten, multiprofessionellen Teamsitzungen oder Übergaben dürfen hier nicht berücksichtigt werden

Anerkannt werden alle Leistungen, die durch Mitarbeiter erbracht werden, die eine Ausbildung in der jeweiligen, spezifizierten Berufsgruppe abgeschlossen haben und in einem dieser Berufsgruppe entsprechend vergüteten Beschäftigungsverhältnis stehen

9-696 Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen

Hinw.: Diese Codes sind Zusatzcodes. Sie können nur in Kombination mit der psychiatrisch-psychosomatischen Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern (9-656), der psychiatrisch-psychosomatischen Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen (9-666), der psychiatrisch-psychosomatischen Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-672) und der psychiatrisch-psychosomatischen Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-686) angegeben werden

Ein Kode aus diesem Bereich ist unabhängig von der Art der Behandlung einmal pro Woche anzugeben.

Als erste Woche gilt die Zeitspanne vom Tag der Aufnahme bis zum Ablauf der ersten 7 Tage, usw.

Erfolgt innerhalb der Woche ein Wechsel der Behandlungsart z.B. von Regelbehandlung auf

Intensivbehandlung, werden die Therapieeinheiten aus den verschiedenen Behandlungsarten für die

jeweilige Berufsgruppe zusammengezählt. Erfolgt eine Versorgung an weniger als 7 Tagen (z.B. aufgrund

einer Entlassung), werden auch dann die Therapieeinheiten der jeweiligen Berufsgruppen berechnet und entsprechend der Anzahl der erreichten Therapieeinheiten kodiert

Sofern Therapieeinheiten an Wochenenden, Feiertagen, Aufnahme- oder Entlassungstagen erbracht werden, sind diese ebenfalls zu berücksichtigen

Als Einzeltherapie gilt eine zusammenhängende Therapie von mindestens 15 Minuten. Dies entspricht einer Therapieeinheit. Hierzu zählen auch Familientherapie oder Elterngespräche

Gruppentherapien dauern ebenfalls mindestens 15 Minuten. Bei Eltern-Gruppentherapien oder

Eltern-Kind-Gruppentherapien ist die Gruppengröße auf maximal 8 Familien oder 15 Teilnehmer

begrenzt. Gruppen mit 4 bis 10 Teilnehmern werden in aller Regel nach dem 2-Therapeuten-Prinzip

geführt. Gruppen mit 11 bis 15 Teilnehmern müssen nach dem 2-Therapeuten-Prinzip geführt werden
Pro Einzel- oder Gruppentherapie dürfen Therapieeinheiten für maximal 2 Therapeuten pro Patient angerechnet werden

Die für die Diagnostik aufgewendete Zeit ist für die Berechnung der Therapieeinheiten entsprechend zu berücksichtigen

Die Tabelle der pro Patient anrechenbaren Therapieeinheiten befindet sich im Anhang zum OPS

Anerkannt werden alle Leistungen, die durch Mitarbeiter erbracht werden, die eine Ausbildung in der jeweiligen, beim Primärkode spezifizierten Berufsgruppe abgeschlossen haben und in einem dieser Berufsgruppe entsprechend vergüteten Beschäftigungsverhältnis stehen. Bei Psychotherapeuten in Ausbildung ist für eine Anerkennung der Leistungen Voraussetzung, dass diese Mitarbeiter eine Vergütung entsprechend ihrem Grundberuf z.B. als Diplom-Psychologe oder Diplom-(Sozial-)Pädagoge erhalten

Für die Kodierung sind die durch die jeweilige Berufsgruppe erbrachten Therapieeinheiten getrennt nach Einzel- und Gruppentherapie zu addieren. Es sind für jede Berufsgruppe gesondert die entsprechenden Codes anzugeben

Andere ergänzende Maßnahmen und Informationen

(9-98...9-99)

9-98	Behandlung in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, und Pflegebedürftigkeit
9-980	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Allgemeine Psychiatrie
9-980.3	Behandlungsbereich A4 (Langdauernde Behandlung Schwer- und/oder Mehrfachkranker)
9-981	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Abhängigkeitskranke
9-981.3	Behandlungsbereich S4 (Langdauernde Behandlung Schwer- und/oder Mehrfachkranker)
9-982	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Gerontopsychiatrie
9-982.3	Behandlungsbereich G4 (Langdauernde Behandlung Schwer- und/oder Mehrfachkranker)
9-983	Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Kinder- und Jugendpsychiatrie
9-983.0	Behandlungsbereich KJ1 (Kinderpsychiatrische Regel- und/oder Intensivbehandlung)
	Hinw.: Dieser Kode ist nur für Patienten bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres anzugeben
9-983.4	Behandlungsbereich KJ5 (Langdauernde Behandlung Schwer- und/oder Mehrfachkranker)
9-984	Pflegebedürftigkeit
	Hinw.: Dieser Kode ist sind für Patienten anzugeben, die im Sinne des § 14 SGB XI pflegebedürftig und gemäß § 15 SGB XI einer m Pflegestufe zugeordnet sind. Wechselt während des stationären Aufenthaltes die der Pflegestufe Pflegestufe ist der Code für die höhere Pflegebedürftigkeit anzugeben. Liegt noch keine Einstufung in einen n Pflegestufe vor, ist diese aber bereits beantragt, ist der Code 9-984.4 b anzugeben. Wurde eine Höherstufung bei vorliegender m Pflegestufe beantragt, ist neben dem zutreffenden Code aus 9-984.0 b bis 9-984.3 9 und 9-984.5 zusätzlich der Code 9-984.4 b anzugeben
9-984.0	Pflegebedürftig nach Pflegestufe I (erhebliche Pflegebedürftigkeit)
9-984.1	Pflegebedürftig nach Pflegestufe II (schwere Pflegebedürftigkeit)
9-984.2	Pflegebedürftig nach Pflegestufe III (schwerste Pflegebedürftigkeit)
9-984.3	Pflegebedürftig nach Pflegestufe III (H) (schwerste Pflegebedürftigkeit, Härtefall)
9-984.4	Erfolgter Antrag auf Einstufung in eine Pflegestufe
9-984.5	Pflegebedürftig nach Pflegestufe 0
	Hinw.: Dieser Kode ist für Patienten mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz im Sinne des § 45a SGB XI anzugeben

Aktualisierungsliste OPS Version 2017

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