

# **OPS**

## **Version 2015**

### **Systematisches Verzeichnis**

**Operationen- und Prozedurenschlüssel**

**Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin (OPS)**

**Band 1: Systematisches Verzeichnis**

Herausgegeben vom

Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)

im Auftrag des

Bundesministeriums für Gesundheit (BMG)

unter Beteiligung der Arbeitsgruppe OPS des

Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG)

Stand: 17. Oktober 2014

Herausgegeben vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG).

Der Druck erfolgt unter Verwendung der maschinenlesbaren Fassung des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI).  
Registrierungscode \_\_\_\_\_.

ISBN – angeben –

Druck NNNN (zutreffende Jahreszahl angeben)

**Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet unter <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Informationen zum Meldeverfahren finden Verleger unter [www.dnb.de](http://www.dnb.de) – Erwerbung – Meldeverfahren.

– Verlag: (Informationen eintragen) –

– Satz: (Informationen eintragen) –

– Druck: (Informationen eintragen) –

# Inhaltsverzeichnis

<b>Was ist neu im OPS Version 2015?</b>	<b>5</b>
<b>Hinweise für die Benutzung</b>	<b>13</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis</b>	<b>17</b>
<b>1           DIAGNOSTISCHE MASSNAHMEN</b>	<b>23</b>
1-10...1-10   Klinische Untersuchung	23
1-20...1-33   Untersuchung einzelner Körpersysteme	23
1-40...1-49   Biopsie ohne Inzision	29
1-50...1-58   Biopsie durch Inzision	40
1-61...1-69   Diagnostische Endoskopie	47
1-70...1-79   Funktionstests	52
1-84...1-85   Explorative diagnostische Maßnahmen	55
1-90...1-99   Andere diagnostische Maßnahmen	57
<b>3           BILDGEBENDE DIAGNOSTIK</b>	<b>67</b>
3-03...3-05   Ultraschalluntersuchungen	67
3-10...3-13   Projektionsradiographie	68
3-20...3-26   Computertomographie (CT)	69
3-30...3-30   Optische Verfahren	71
3-60...3-69   Darstellung des Gefäßsystems	71
3-70...3-76   Nuklearmedizinische diagnostische Verfahren	72
3-80...3-84   Magnetresonanztomographie (MRT)	76
3-90...3-90   Andere bildgebende Verfahren	78
3-99...3-99   Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren	78
<b>5           OPERATIONEN</b>	<b>79</b>
5-01...5-05   Operationen am Nervensystem	79
5-06...5-07   Operationen an endokrinen Drüsen	101
5-08...5-16   Operationen an den Augen	105
5-18...5-20   Operationen an den Ohren	123
5-21...5-22   Operationen an Nase und Nasennebenhöhlen	128
5-23...5-28   Operationen an Mundhöhle und Gesicht	134
5-29...5-31   Operationen an Pharynx, Larynx und Trachea	144
5-32...5-34   Operationen an Lunge und Bronchus	150
5-35...5-37   Operationen am Herzen	163
5-38...5-39   Operationen an den Blutgefäßen	179
5-40...5-41   Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem	195
5-42...5-54   Operationen am Verdauungstrakt	203
5-55...5-59   Operationen an den Harnorganen	240
5-60...5-64   Operationen an den männlichen Geschlechtsorganen	257
5-65...5-71   Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen	264
5-72...5-75   Geburtshilffliche Operationen	277
5-76...5-77   Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen	282
5-78...5-86   Operationen an den Bewegungsorganen	291
5-87...5-88   Operationen an der Mamma	350
5-89...5-92   Operationen an Haut und Unterhaut	354
5-93...5-99   Zusatzinformationen zu Operationen	367
<b>6           MEDIKAMENTE</b>	<b>371</b>
6-00...6-00   Applikation von Medikamenten	371

<b>8</b>	<b>NICHTOPERATIVE THERAPEUTISCHE MASSNAHMEN</b>	<b>397</b>
8-01...8-02	Applikation von Medikamenten und Nahrung und therapeutische Injektion	397
8-03...8-03	Immuntherapie	399
8-10...8-11	Entfernung von Fremdmaterial und Konkrementen	399
8-12...8-13	Manipulationen an Verdauungstrakt und Harntrakt	401
8-14...8-17	Therapeutische Katheterisierung, Aspiration, Punktion und Spülung	403
8-19...8-19	Verbände	408
8-20...8-22	Geschlossene Reposition und Korrektur von Deformitäten	409
8-31...8-39	Immobilisation und spezielle Lagerung	412
8-40...8-41	Knochenextension und andere Extensionsverfahren	413
8-50...8-51	Tamponade von Blutungen und Manipulation an Fetus oder Uterus	413
8-52...8-54	Strahlentherapie, nuklearmedizinische Therapie und Chemotherapie	414
8-55...8-60	Frührehabilitative und physikalische Therapie	428
8-63...8-66	Elektrostimulation, Elektrotherapie und Dauer der Behandlung durch fokussierten Ultraschall	433
8-70...8-72	Maßnahmen für das Atmungssystem	435
8-77...8-77	Maßnahmen im Rahmen der Reanimation	437
8-80...8-85	Maßnahmen für den Blutkreislauf	437
8-86...8-86	Therapie mit besonderen Zellen und Blutbestandteilen	477
8-90...8-91	Anästhesie und Schmerztherapie	478
8-92...8-93	Patientenmonitoring	483
8-97...8-98	Komplexbehandlung	484
8-99...8-99	Zusatzinformationen zu nichtoperativen therapeutischen Maßnahmen	504
<b>9</b>	<b>ERGÄNZENDE MASSNAHMEN</b>	<b>505</b>
9-20...9-20	Pflege und Versorgung von Patienten	505
9-26...9-28	Geburtsbegleitende Maßnahmen und Behandlung wegen Infertilität	507
9-31...9-32	Phoniatrie und pädaudiologische Therapie	508
9-40...9-41	Psychosoziale, psychosomatische, neuropsychologische und psychotherapeutische Therapie	509
9-50...9-51	Präventive und ergänzende kommunikative Maßnahmen	513
9-60...9-64	Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	515
9-65...9-69	Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	540
9-98...9-99	Andere ergänzende Maßnahmen und Informationen	557
<b>Anhang</b>		<b>559</b>
	<b>Berechnung der Aufwandspunkte für die Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Erwachsenen</b>	<b>561</b>
	<b>Berechnung der Aufwandspunkte für die Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (8-98d)</b>	<b>563</b>
	<b>Tabellen der anrechenbaren Therapieeinheiten für Psychiatrie und Psychosomatik (Therapieeinheiten Psych)</b>	<b>567</b>
	<b>Pflegekomplexmaßnahmen-Scores für Erwachsene (PKMS-E), Kinder und Jugendliche (PKMS-J) und Kleinkinder (PKMS-K)</b>	<b>569</b>

## Was ist neu im OPS Version 2015?

Für die Version 2015 wurden 350 Vorschläge zur Anpassung des OPS an die Erfordernisse des DRG-Systems, des PEPP-Entgeltsystems und der externen Qualitätssicherung von Vertretern der Fachgesellschaften und Verbände und von Einzelpersonen eingereicht und bearbeitet. Hinzu kamen im diesjährigen Revisionsverfahren 20 Anträge aus dem NUB-Verfahren.

Die meisten Änderungen und Ergänzungen im amtlichen OPS Version 2015 sind mit den Selbstverwaltungspartnern im Rahmen der Arbeitsgruppe OPS des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG) abgestimmt. Dazu fanden seit der letzten Revision des OPS sechs Beratungen der Arbeitsgruppe statt.

Darüber hinaus wurden weitere Anpassungen notwendig, die sich aus dem Kalkulationsverfahren ergeben haben und die dem DIMDI vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) mitgeteilt worden sind.

Alle Änderungen und Ergänzungen dienen – soweit sie über Fehlerkorrekturen hinausgehen – der Weiterentwicklung der Entgeltsysteme für die stationäre und ambulante Versorgung und der externen Qualitätssicherung.

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

Auf den folgenden Seiten erhalten Sie einen Überblick über die wichtigsten Neuerungen in der Version 2015 des OPS.

### Allgemeine Änderungen

Es erfolgten Textkorrekturen im gesamten OPS. Außerdem wurden viele Hinweise, Inklusiva und Exklusiva ergänzt bzw. angepasst, um die Inhalte einzelner Klassen oder auch ganzer Abschnitte präziser zu definieren und damit eine korrekte Verschlüsselung zu unterstützen. Hier sei insbesondere auf die überarbeitete Definition des Wunddebridements (5-896) verwiesen.

### Inhaltliche Änderungen oder Ergänzungen im amtlichen OPS Version 2015

In der folgenden Darstellung kann nicht jede Änderung oder Ergänzung im Detail beschrieben werden. Hier werden nur Hinweise auf die wichtigsten geänderten Stellen gegeben. Alle Änderungen im Detail können der Aktualisierungsliste entnommen werden, die an gewohnter Stelle auf den Webseiten des DIMDI zu finden ist: [www.dimdi.de](http://www.dimdi.de) – Klassifikationen, Terminologien, Standards – Downloadcenter – OPS – Version 2015.

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

#### KAPITEL 1: DIAGNOSTISCHE MASSNAHMEN

##### Biopsie ohne Inzision an den Verdauungsorganen

- Einführung neuer Codes für die endosonographische Feinnadelpunktion am hepatobiliären System, unterteilt nach der Lokalisation (1-448 ff.)

##### Diagnostische Endoskopie des oberen Verdauungstraktes

- Unterteilung der Codes für die diagnostischen Magen- und Darmspiegelungen nach normalem Situs und operativ hergestellten Anastomosen (1-631 ff., 1-632 ff., 1-635 ff.)

##### Funktionsuntersuchung

- Einführung neuer Codes für das Frührehabilitationsassessment von Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren, unterteilt nach der Dauer des Assessments (1-775 ff.)

##### Diagnostische Punktion und Aspiration

- Einführung eines neuen Codes für die perkutane diagnostische Punktion und Aspiration des Pankreas (1-859.1)

## **KAPITEL 3: BILDGEBENDE DIAGNOSTIK**

### **Cholangiographie**

- Einführung eines neuen Kodes für die Cholangiographie durch Zugang im Rahmen einer Laparotomie oder Laparoskopie (3-13c.3)

### **CT-Koronarangiographie mit Kontrastmittel**

- Unterteilung des Kodes für die CT-Koronarangiographie in ohne und mit Bestimmung der fraktionellen myokardialen Flussreserve (3-224.30, 3-224.31)

## **KAPITEL 5: OPERATIONEN**

### **Operationen am Nervensystem**

- Einführung eines neuen Zusatzcodes für die kranielle Osteosynthese durch ultraschallgeformtes, resorbierbares Material (5-020.8)
- Die Kodes für den Wechsel eines Neurostimulators ohne Wechsel einer Neurostimulations-elektrode zur Stimulation des zentralen oder peripheren Nervensystems können nun auch für die Implantation eines Neurostimulators ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode angegeben werden (5-028.a ff., 5-039.f ff., 5-039.h ff., 5-059.d ff.)
- Einführung eines neuen Kodes für die Implantation einer peripheren Neuroprothese zur Elektrostimulation der motorischen Anteile des N. peroneus communis (5-059.50)
- Einführung neuer Kodes für die Implantation oder den Wechsel eines Vagusnervstimulationssystems mit automatisierter täglicher Impedanzprüfung und mit herzfrequenzgestützter Erkennung zerebraler Anfälle und automatischer Stimulation (5-059.c9, 5-059.ca, 5-059.d9, 5-059.da)

### **Operationen an endokrinen Drüsen**

- Einführung neuer Kodes für die Mikrowellenablation und die irreversible Elektroporation an der Nebenniere (5-073.41, 5-073.42)

### **Operationen an den Augen**

- Unterteilung der Kodes für die lamelläre Hornhauttransplantation in anterior und posterior (5-125.00, 5-125.01)
- Einführung eines neuen Kodes für die intraokulare Trabekulotomie durch Elektroablation (5-133.81)

### **Operationen an den Ohren**

- Streichung der Kodes 5-209.9 und 5-209.a für die Einführung eines implantierbaren Hörgerätes und Aufnahme neuer Kodes für die Einführung eines aktiven mechanischen Hörimplantates (5-209.e ff.). Entsprechende Anpassung der Klassentitel für Wechsel und Entfernung (5-209.b, 5-209.c)
- Aufnahme neuer Kodes für die Einführung, den Wechsel und die Entfernung eines Implantates zur direkten akustischen Stimulation der Cochlea (5-209.f, 5-209.g, 5-209.h)

### **Operationen an Lunge und Bronchus**

- Ergänzung der Kodes für die Destruktion von erkranktem Lungengewebe um einen Code für die perkutane, irreversible Elektroporation (5-339.22)

### **Operationen am Herzen**

- Unterteilung des Kodes für die transapikale Implantation eines Mitralklappenersatzes in ohne und mit Verwendung eines perkutanen apikalen Zugangs- und Verschlusssystems (5-35a.31, 5-35a.32)

### **Operationen an den Blutgefäßen**

- Ergänzung der Lokalisation „pelvin“ im Sechssteller „Andere Gefäße abdominal“ (5-38c, 5-38d, 5-38e, 5-38f.9)
- Einführung eines neuen Kodes für die Vorverlagerung der Vena basilica als selbständiger Eingriff (5-392.7)

#### **Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem**

- Einführung eines neuen Zusatzodes für die Art der In-vitro-Aufbereitung der transplantierten oder transfundierten hämatopoetischen Stammzellen (5-411.7)

#### **Operationen am Verdauungstrakt**

- Ergänzung der Kodes für die endoskopische Destruktion von erkranktem Gewebe des Ösophagus, des Magens und des Rektums um Kodes für die Mikrowellenablation und die irreversible Elektroporation (5-422.56, 5-422.57, 5-433.36, 5-433.37, 5-433.46, 5-433.47, 5-433.56, 5-433.57, 5-482.d ff., 5-482.e ff.)
- Unterteilung des Kodes für die thorakoabdominale Ösophagusresektion mit Wiederherstellung der Kontinuität in ohne und mit proximaler Magenresektion und Hochzug des Restmagens sowie der Art des Zugangs (5-424.1 ff)
- Einführung neuer Kodes für die endoskopische Geweberaffung oder den endoskopischen Gewebeverschluss am Ösophagus, am Magen, am Darm und am Rektum durch einen auf ein Endoskop aufgesteckten ringförmigen Clip (5-429.u, 5-449.s3, 5-469.s3, 5-489.j)
- Unterteilung der Kodes für die perkutan-endoskopische Gastrostomie nach Art der Methode (5-431.20, 5-431.21)
- Einführung eines neuen Kodes für die Exzision einer inter- oder transsphinkteren Fistel am Anus mit Verschluss durch Schleimhautlappen (5-491.4)
- Ergänzung der Kodes für die lokale Destruktion an der Leber um Kodes für die irreversible Elektroporation (5-501.7 ff.) und Ergänzung eines Inklusivums für die lokale Destruktion an der Leber durch Mikrowellenablation (5-501.5 ff.)
- Einführung eines neuen Kodes für die Trisektorektomie der Leber (5-502.6)
- Ergänzung der Kodes für die endoskopische Destruktion an den Gallengängen um Kodes für die Mikrowellenablation und die irreversible Elektroporation (5-513.43, 5-513.44)
- Einführung neuer Kodes für die perkutan-transhepatische Dilatation und die Bougierung an den Gallengängen (5-514.m3, 5-514.n3)
- Ergänzung der Kodes für die lokale Destruktion am Pankreas um einen Kode für die irreversible Elektroporation (5-521.3)
- Überarbeitung des Bereichs für die Hernienchirurgie (5-530 bis 5-539)
  - Streichung nicht mehr erforderlicher Kodes (5-530.2, 5-530.50, 5-530.51, 5-530.6, 5-531.2, 5-531.6, 5-534.2, 5-534.32, 5-535.2, 5-535.32, 5-536.2, 5-536.3, 5-536.43, 5-537.2, 5-538.2, 5-538.42, 5-538.7, 5-538.92, 5-539.2)
  - Unterteilung des Kodes für den offen chirurgisch Verschluss einer Narbenhernie mit plastischem Bruchfortenverschluss nach Art der Methode (5-536.1 ff.)
  - Unterteilung des Kodes für den offen chirurgisch Verschluss einer Narbenhernie mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material als Bauchwandverstärkung nach Art der Operationstechnik (5-536.45, 5-536.46, 5-536.47, 5-536.48)
- Einführung neuer Kodes für die Entfernung von alloplastischem Material für Gewebeersatz oder Gewebeverstärkung (5-549.8 ff.)
- Einführung eines neuen Kodes für die Implantation einer Medikamentenpumpe zur intraperitonealen Medikamenteninfusion (5-549.9)

#### **Operationen an den Harnorganen und an den männlichen Geschlechtsorganen**

- Ergänzung der Kodes für die Destruktion an der Niere um einen Kode für die perkutane irreversible Elektroporation (5-552.9)

- Streichung des Kodes für die perkutane Drainage des Retroperitonealraumes (5-590.24). Dieser Kode wird auf den entsprechenden Kode in Kapitel 8 übergeleitet (8-148.1).
- Einführung eines neuen Kodes für die paraurethrale Injektionsbehandlung mit Polyacrylamid-Hydrogel (5-596.01)
- Einführung eines neuen Kodes für den isolierten Pumpenwechsel bei artifiziellem Harnblasensphinkter (5-597.33)
- Ergänzung der Kodes für die Destruktion von Prostatagewebe um einen Kode für die irreversible Elektroporation (5-601.8)

#### **Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen**

- Streichung der Kodes für die Enukleation eines Myoms (5-681.2 ff.). Diese Kodes werden auf neue Kodes für die Entfernung eines oder mehrerer Myome ohne oder mit ausgedehnter Naht des Myometriums übergeleitet (5-681.8 ff., 5-681.9 ff.).
- Ergänzung der Kodes für die Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus um einen Kode für die Radiofrequenzablation (5-681.66)
- Einführung neuer Kodes für die radikale Trachelektomie, unterteilt nach der Art des Zugangs (5-689.0 ff.)

#### **Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen**

- Einführung neuer Kodes für die plastische Rekonstruktion und Augmentation der Maxilla und Mandibula durch autogenes Knochentransplantat mit mittels CAD-Verfahren geplanten und hergestellten Schablonen (5-774.8, 5-775.9)
- Einführung eines neuen Kodes für die Gesichtstransplantation (5-779.8)

#### **Operationen an den Bewegungsorganen**

- Unterteilung der Kodes für die Entnahme von Spongiosa, eine Entnahmestelle, und für die Entnahme eines kortikospongiösen Spanes, eine Entnahmestelle, nach der Lokalisation (5-783.0 ff., 5-783.2 ff.)
- Unterteilung der Kodes für die Entnahme eines Knochentransplantates nach der Lokalisation (5-783.4 ff., 5-783.5 ff., 5-783.6 ff.)
- Einführung eines neuen Kodes für die Entnahme eines gefäßgestielten, nicht mikrovaskulär anastomosierten Knochentransplantates (5-783.7 ff.)
- Einführung neuer Kodes für die Implantation von sonstigem alloplastischem Knochenersatz ohne und mit Medikamentenzusatz (5-785.6 ff., 5-785.7 ff.)
- Streichung der Kodes für resorbierbares Material (5-786.f, 5-791.f ff., 5-793.f ff., 5-794.f ff., 5-795.f ff., 5-796.f ff., 5-797.f ff., 5-79a.f ff., 5-79b.f ff.). Die Verwendung von resorbierbarem Osteosynthesematerial kann zu einem Primärkode über den Zusatzkode 5-931.1 angegeben werden.
- Korrektur der Liste der Sechssteller für die Kodes für die Implantation und Entfernung von Osteosynthesematerial (5-787 ff., 5-790 ff., 5-791 ff., 5-792.5, 5-793 ff., 5-794 ff., 5-795.e, 5-796.e)
- Ergänzung der Kodes für die Destruktion von Knochen um Kodes für die perkutane Mikrowellenablation und die irreversible Elektroporation (5-789.8, 5-789.9)
- Einführung eines neuen Kodes für die Naht des medialen Retinakulums (5-804.7)
- Einführung eines neuen Kodes für die Rekonstruktion des medialen patellofemorales Ligamentes (5-804.8)
- Streichung der Kodes für die Naht eines oder mehrerer fibularer Bänder und die Naht des fibularen und medialen Bandapparates (5-806.0, 5-806.1, 5-806.2). Diese Kodes werden auf die neuen Kodes für die Naht des lateralen Bandapparates (5-806.c) und die Naht des medialen Bandapparates (5-806.d) übergeleitet.
- Einführung neuer Kodes für die Naht oder Rekonstruktion des Discus triangularis (5-812.n ff.)

- Einführung eines neuen Kodes für die Schrumpfung der Schultergelenkkapsel durch Energiequellen (5-814.d)
- Einführung eines neuen Kodes für die Naht oder sonstige Refixation des Labrum acetabulare (5-819.3)
- Streichung der Kodes für die Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk mit und ohne Patellaersatz (5-822.1 ff. bis 5-822.7 ff., 5-822.a ff., 5-822.b ff., 5-822.d ff., 5-822.e ff.). Diese Kodes werden auf die neuen Kodes 5-822.g ff. bis 5-822.k ff. übergeleitet. Der Patellaersatz ist gesondert zu kodieren (5-822.8 ff.)
- Überarbeitung der Kodes für den Wechsel und die Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk entsprechend den Codeänderungen für die Implantation (5-823 ff.)
- Einführung eines neuen Kodes für die Implantation eines präformierten Knochenteilersatzes am Becken (5-828.8)

#### **Operationen an der Wirbelsäule**

- Einführung eines neuen Kodes für das Einbringen eines Medikamententrägers an der Wirbelsäule (5-830.7)
- Einführung neuer Kodes für die Augmentation der Bandscheibe mit Implantat, unterteilt nach der Anzahl der Segmente (5-839.j ff.)
- Einführung neuer Kodes für die spinöse Fixierung der Wirbelsäule mit Implantat, unterteilt nach der Anzahl der Segmente (5-839.k ff.)
- Einführung neuer Zusatzcodes für die computergestützte Planung von Wirbelsäulenoperationen, unterteilt in ohne und mit Verwendung von patientenindividuell angepassten Implantaten (5-83w.20, 5-83w.21)

#### **Operationen an Haut und Unterhaut**

- Präzisierung der Definition des Wunddebridements (5-896)
- Einführung eines neuen Kodes für endoösophageale(n) Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie (5-916.a6)

### **KAPITEL 6: MEDIKAMENTE**

- Streichung von Kodes für die parenterale Gabe der Wirkstoffe/Medikamente Rituximab (6-001.6 ff.), Trastuzumab (6-001.7 ff.) und Abatacept (6-003.m ff.). Diese Kodes werden unterteilt in Kodes für die intravenöse und die subkutane Gabe der Wirkstoffe/Medikamente (6-001.h ff., 6-001.j ff., 6-001.k ff., 6-001.m ff., 6-003.s ff., 6-003.t ff.)
- Streichung der Kodes für die orale Gabe des Wirkstoffs/Medikaments Posaconazol (6-003.0 ff.). Diese Kodes werden unterteilt in Kodes für die Gabe von Suspensionen und Tabletten (6-007.0 ff., 6-007.1 ff.)
- Einführung neuer Dosisklassen für die Wirkstoffe/Medikamente Decitabine, parenteral (6-004.4 ff.) und Mifamurtid, parenteral (6-005.g ff.)
- Einführung neuer Kodes für eine Liste von Wirkstoffen/Medikamenten (6-007 ff.)

### **KAPITEL 8: NICHTOPERATIVE THERAPEUTISCHE MASSNAHMEN**

#### **Manipulationen an Verdauungstrakt und Harntrakt**

- Einführung eines neuen Kodes für die koloskopische Applikation einer Spenderstuhlsuspension (8-129.0)

#### **Strahlentherapie und Chemotherapie**

- Anpassung der Beispiellisten bei den Kodes für die Chemotherapie (8-543, 8-544.0)

#### **Frührehabilitative und physikalische Therapie**

- Einführung neuer Kodes für die frührehabilitative Komplexbehandlung von Patienten mit Kopf-

Hals-Tumoren, unterteilt nach der Anzahl der Therapieeinheiten (8-553 ff.)

### **Elektrostimulation des Nervensystems**

- Einführung eines neuen Kodes für die pharyngeale elektrische Stimulation (8-633)

### **Transfusion von Blutzellen**

- Vereinheitlichung der Mengenklassen bei den Kodes für Thrombozytenkonzentrate durch Streichung der Kodes 8-800.9 ff., 8-800.b ff., 8-800.e ff. und Einführung der neuen Kodes 8-800.f ff., 8-800.g ff., 8-800.h ff. sowie Ergänzung der Dosisklassen bei 8-800.d ff.

### **Transfusion von Plasma**

- Einführung neuer Kodes für die Transfusion von plasmatischem Faktor X, unterteilt nach Dosisklassen (8-812.a ff.)

### **Therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Gefäße**

- Erweiterung der Unterteilung nach Anzahl der Stents für das Einlegen von nicht medikamentenfreisetzenden Stents an Herz und Koronargefäßen (8-837.k ff.)
- Einführung von neuen Kodes für die endovaskuläre Implantation oder Entfernung einer extrakorporalen Zentrifugalpumpe zur Kreislaufunterstützung (8-839.a ff.)
- Erweiterung der Unterteilung nach Dauer der Behandlung mit einem herzunterstützenden System (8-83a.1 ff., 8-83a.2 ff.)
- Ergänzung der Zusatzcodes für die Art der medikamentenfreisetzenden Stents oder OPD-Systeme um Kodes für Novolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit biologisch abbaubarem oder sonstigem Polymer (8-83b.0d, 8-83b.0e)
- Ergänzung der Zusatzcodes für die Art der Flüssigkeiten zur selektiven Embolisation um einen Kode für geliertes Alkoholgel (8-83b.23)
- Ergänzung der Zusatzcodes für Art der Metall- oder Mikrospiralen zur selektiven Embolisation um Kodes für gecoverte großlumige Gefäßverschlusskörper (8-83b.38) und Mikrospiralen aus Hydrogel (8-83b.39)
- Einführung von neuen Zusatzcodes für die Verwendung von Doppellumenballons, unterteilt nach der Anzahl (8-83b.52, 8-83b.53)
- Ergänzung der Zusatzcodes für die Art der Beschichtung von Stents um antikörperbeschichtete Stents mit Freisetzung von antiproliferativen Medikamenten (8-83b.e2)
- Einführung von neuen Kodes für die Implantation und die Entfernung eines intrakardialen Pulsgenerators (8-83d.3, 8-83d.4)

### **Komplexbehandlung**

- Konkretisierung der Mindestmerkmale für die spezielle Komplexbehandlung der Hand (8-988 ff.) in Bezug auf die Durchführung der Teambesprechung und den Einsatz der Therapiebereiche

## **KAPITEL 9: ERGÄNZENDE MASSNAHMEN**

### **Hochaufwendige Pflege von Patienten**

- Ergänzung eines Hinweises zur Einschränkung der Anwendung der Kodes für die hochaufwendige Pflege von Erwachsenen (9-200) auf den Geltungsbereich des DRG-Systems (§ 17b KHG)

### **Geburtsbegleitende Maßnahmen**

- Einführung eines neuen Kodes für die Überwachung und Leitung der isolierten Geburt der Plazenta (9-263)

### **Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen**

- Einführung neuer Kodes mit reduzierten Stundenumfängen für den indizierten komplexen Entlassungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-645 ff.) und bei Kindern und Jugendlichen (9-692 ff.). Diese sind nun für jeden Tag, an dem die Leistungen im Sinne dieser Kodes erbracht wurden, gesondert anzugeben.
- Einführung neuer Zusatzkodes für die spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsene (9-647 ff.) und für die spezifische Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen (9-694 ff.), unterteilt nach der Anzahl der Behandlungstage
- Streichung der bisherigen Kodes für die spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsene (9-700 ff.) und die spezifische Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen (9-800 ff.)
- Einführung neuer Zusatzkodes für den erhöhten therapieprozessorientierten patientenbezogenen Supervisionsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-648 ff.) und bei Kindern und Jugendlichen (9-695 ff.), unterteilt nach der Dauer des Aufwandes pro Tag
- Überarbeitung des Codebereiches für die psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-67) und Einführung von Zusatzkodes für die intensive Beaufsichtigung mit Überwachung in der Kleinstgruppe oder Einzelbetreuung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen, unterteilt nach der Anzahl der Stunden pro Tag (9-693 ff.)

#### **Pflegebedürftigkeit**

- Einführung eines neuen Kodes für die Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe 0 (9-984.5)



# Hinweise für die Benutzung

## Anwendungsbereich

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

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

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

## Zusatzkennzeichen für die Seitenangabe

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

- R für rechts
- L für links
- B für beidseitig

Diese Zusatzkennzeichen sind für Prozeduren an paarigen Organen oder Körperteilen (Augen, Ohren, Nieren, Extremitäten etc.) verpflichtend. Alle Schlüsselnummern, die mit einem Zusatzkennzeichen versehen werden müssen, sind im Druck besonders gekennzeichnet (in den Referenzausgaben (PDF) des DIMDI mit einem Doppelpfeil).

## Berechnung von Aufwandspunkten und Therapieeinheiten

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

- Aufwandspunkte für die intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) für Erwachsene (SAPS, TISS) (Kode 8-980) und für Kinder (Kode 8-98d)
- Therapieeinheiten für die Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen pro Patient für Erwachsene sowie für Kinder und Jugendliche (Therapieeinheiten Psych) (Kodes 9-60 bis 9-63 sowie 9-65, 9-66 und 9-68)
- Aufwandspunkte für die hochaufwendige Pflege von Patienten (Pflegekomplexmaßnahmen-Scores PKMS) (Kodes unter 9-20)

## Aufbau und Kodestruktur

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

Es gibt folgende Hierarchieebenen:

- Kapitel
- Bereich
- 3-Steller
- 4-Steller
- 5-Steller
- 6-Steller

3-Steller-Klassen werden auch als Kategorien, 4- bis 6-Steller als (Sub)kategorien bezeichnet. (siehe dazu auch die Abschnitte "Klassenattribute: Ein- und Ausschlussbemerkungen und Hinweise" sowie "Verwendete Begriffe und Symbole")

In einigen Codebereichen wird eine alphanumerische Gliederungsstruktur verwendet, da die zur Verfügung stehenden 10 numerischen Untergliederungen für die erforderlichen Inhalte nicht ausreichend waren. Die alphanumerischen Notationen finden sich in der 4., 5. und 6. Stelle der Systematik.

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

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

### **Endständige Kodierung**

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

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

### **Reihenfolge und Besetzung der Kodes**

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

### **Topographische Gliederung**

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

Abweichend von Kapitel 5 Operationen sind die Kapitel 1, 3, 6, 8 und 9 des Operationen- und Prozedurenschlüssels nach dem Verfahren strukturiert.

### **Mehrfachkodierung**

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

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

### **Eingeschränkte Gültigkeit von Kodes**

Bestimmte Kodes in den Kapiteln 1 und 8 des Operationen- und Prozedurenschlüssels bilden für ein spezifisches Patientenklientel bzw. für eine spezifische Altersgruppe ein Unterscheidungskriterium für

die Zuordnung zu unterschiedlichen Fallgruppen im G-DRG- bzw. im PEPP-System. Diese Codes sind deshalb mit einem Hinweis auf ihre eingeschränkte Anwendung versehen. Eine breite Anwendung dieser Codes für den gesamten Krankenhausbereich hätte eine Überdokumentation zur Folge, die nicht sinnvoll ist.

### **Zusatzkodes**

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

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

### **Zusatzinformationen**

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

### **Einmalkodes**

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

### **Klassenattribute: Ein- und Ausschlussbemerkungen und Hinweise**

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

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

Folgende Begriffe und Symbole werden dafür verwendet:

#### **Einschlussbemerkungen ("Inkl.:")**

Die Einschlussbemerkung dient der näheren Definition des Inhaltes der Klasse oder gibt Beispiele für die Zuordnung zu dieser Klasse.

#### **Ausschlussbemerkungen ("Exkl.:")**

Ausschlussbemerkungen weisen auf Maßnahmen hin, die einem anderen Code der Klassifikation zuzuordnen sind. Der zutreffende Code ist jeweils angegeben. Wenn eine Ausschlussbemerkung keine Codeangabe enthält, ist die Prozedur, die ausgeschlossen wird, nicht zu kodieren. Ausschlusskriterien werden i.d.R. nicht angegeben, sofern der auszuschließende Inhalt in der unmittelbar nachfolgenden Kodierliste enthalten ist.

#### **Hinweise ("Hinw.:")**

Die aufgeführten Hinweise haben z.B. folgende Funktion:

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

### **und folgende ("ff.")**

In den Ausschlussbemerkungen und Hinweisen kann auf einzelne Codes oder Codegruppen verwiesen werden. Das "ff." wird verwandt, um alle untergeordneten Codes des jeweiligen Schlüssels zu bezeichnen. So bedeutet 1-212 ff. alle endständigen Codes unter 1-212, also 1-212.0 bis 1-212.y. Das "ff." kann ab den dreistelligen Codes abwärts angewendet werden (z.B. 1-63 ff. bedeutet: alle Codes von 1-630.0 bis 1-63b).

### **Listen**

Listen wurden eingeführt, um für einen oder mehrere Codes geltende, einheitliche Untergliederungen in der 6. Stelle aus Gründen der Übersicht zusammenzufassen. Listen werden z.B. in folgenden Bereichen verwendet:

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

Auf die Gültigkeit einer Liste für einen Code wird jeweils durch einen Hinweis aufmerksam gemacht. Listen gelten generell nur für die im Code ausgewiesenen spezifischen Kodepositionen, nicht jedoch für die Restklasse ".y Nicht näher bezeichnet".

An einigen Stellen ist darauf zu achten, dass nicht jede Listenposition mit jedem 5-Steller kombinierbar ist.

### **Verwendete Begriffe und Symbole**

Folgende Begriffe und Symbole werden verwendet:

#### **Doppelstern \*\***

Ein Doppelstern (\*\*) links neben dem jeweiligen Code kennzeichnet 5-Steller, bei denen für die Kodierung eine 6-stellige Untergliederung zu benutzen ist, die durch die Kombination des 5-Stellers mit einer Liste entsteht.

#### **Runde Klammern ( )**

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

Runde Klammern nicht innerhalb einer Prozedurenbezeichnung enthalten ergänzende Angaben wie Erläuterungen oder Beispiele.

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

#### **Eckige Klammern [ ]**

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

Eckige Klammern umschließen Angaben zu den gültigen 6. Stellen bei postkombinierten Codes.

#### **Verwendung von "und"**

Der Begriff "und" im 3- und 4-stelligen Code wird sowohl im Sinne von "und" als auch im Sinne von "oder" verwendet (z.B. bei der Aufzählung von Prozeduren wie "Inzision, Exzision und Destruktion ..." oder bei der Aufzählung von Lokalisationen wie "... Naht eines Nerven und Nervenplexus").

#### **Verwendete Schreibweisen**

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

## Abkürzungsverzeichnis

<b>3D</b>	Dreidimensional
<b>4D</b>	Vierdimensional
<b>A.</b>	Arteria
<b>Aa.</b>	Arteriae
<b>ADI</b>	Autism Diagnostic Interview
<b>ADOS</b>	Autism Diagnostic Observation Schedule
<b>AEP</b>	Akustisch evozierte Potentiale
<b>ALL</b>	Akute lymphatische Leukämie
<b>AMDP</b>	Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie
<b>AML</b>	Akute myeloische Leukämie
<b>APD</b>	Ambulatory peritoneal dialysis
<b>AV</b>	Atrio-ventrikular
<b>AV</b>	Arterio-venös
<b>BASDAI</b>	Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index
<b>BASFI</b>	Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index
<b>BERA</b>	Brainstem electric response audiometry
<b>BIS</b>	Bispektraler Index
<b>BSS</b>	Beeinträchtigungs-Schwere-Score
<b>BWS</b>	Brustwirbelsäule
<b>CAD</b>	Computer assisted design
<b>CAM</b>	Computer assisted manufacture
<b>CAPD</b>	Continuous ambulatory peritoneal dialysis
<b>CAVH</b>	Continuous arteriovenous hemofiltration
<b>CAVHDF</b>	Continuous arteriovenous hemodiafiltration
<b>CCM</b>	Cardiac Contractility Modulation
<b>CLL</b>	Chronische lymphatische Leukämie
<b>CMV</b>	Zytomegalie-Virus
<b>CNP</b>	Continuous negative pressure
<b>CO</b>	Kohlenmonoxid
<b>CO<sub>2</sub></b>	Kohlendioxid
<b>CP-Stent</b>	Cheatham-Platinum-Stent
<b>CPM</b>	Continuous passive motion (Motorschienenbehandlung)
<b>CPAP</b>	Continuous positive airway pressure
<b>CPPV</b>	Continuous positive pressure ventilation
<b>CT</b>	Computertomographie
<b>CTC</b>	Circulating tumor cells
<b>CUP</b>	Cancer of Unknown Primary
<b>CVVH</b>	Continuous venovenous hemofiltration
<b>CVVHD</b>	Continuous venovenous hemodialysis
<b>CVVHDF</b>	Continuous venovenous hemodiafiltration
<b>DACI</b>	Direct Acoustic Cochlear Implant
<b>DAS 28</b>	Disease activity score 28
<b>DDG</b>	Deutsche Diabetes-Gesellschaft
<b>DFPP</b>	Doppelfiltrationsplasmapherese
<b>DIEP</b>	Deep inferior epigastric perforator
<b>DIPI</b>	Direkte intraperitoneale Insemination
<b>DISYPS</b>	Diagnostiksystem für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter

<b>DOTA</b>	1,4,7,10-Tetraazacyclododecane-1,4,7,10-tetraacetic acid
<b>DSA</b>	Digitale Subtraktionsangiographie
<b>EBT</b>	Elektronenstrahltomographie
<b>ECCE</b>	Extrakapsuläre Exzision der Linse
<b>ECCO2R</b>	Veno-venöse extrakorporale CO <sub>2</sub> -Reduzierung
<b>ECLS</b>	Extracorporeal Live Support
<b>ECMES</b>	Embrochage centro-medullaire élastique Stable
<b>ECMO</b>	Extrakorporale Membranoxygenation
<b>EDTA</b>	Ethylene diamine tetraacetic acid (Ethylendiamintetraessigsäure)
<b>EEG</b>	Elektroenzephalographie
<b>EKG</b>	Elektrokardiographie
<b>EKT</b>	Elektrokrampftherapie
<b>EMG</b>	Elektromyographie
<b>EOG</b>	Elektrookulographie
<b>ePTFE</b>	Expandiertes Polytetrafluoroethylen
<b>ERC</b>	Endoskopische retrograde Cholangiographie
<b>ERCP</b>	Endoskopische retrograde Cholangio-Pankreatikographie
<b>ERG</b>	Elektroretinographie
<b>ERP</b>	Endoskopische retrograde Pankreatikographie
<b>ESD</b>	Endoskopische submukosale Dissektion
<b>ESIN</b>	Elastisch stabile intramedulläre Nagelung
<b>ESWL</b>	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie
<b>ET</b>	Embryotransfer
<b>EVLT</b>	Endovenöse Lasertherapie
<b>EXIT</b>	Ex utero intrapartum treatment
<b>Exkl.</b>	Exklusive
<b>FACS</b>	Fluorescence-activated cell sorting
<b>FAEP</b>	Früh-akustisch evozierte Potentiale
<b>FEIBA</b>	Faktor-VIII-Inhibitor-Bypass-Aktivität
<b>FFbh</b>	Funktionsfragebogen Hannover
<b>FFRmyo</b>	Fraktionelle myokardiale Flussreserve
<b>FISH</b>	Fluorescent in situ hybridization (Fluoreszenz-in-situ-Hybridisierung)
<b>FSSEP</b>	Früh-somatosensorisch evozierte Potentiale
<b>g</b>	Gramm
<b>GAF</b>	Global Assessment of Functioning
<b>G-DRG</b>	German Diagnosis Related Groups
<b>GBA</b>	Geriatrisches Basisassessment
<b>GBq</b>	Gigabecquerel
<b>GIFT</b>	Intratubärer Gametentransfer
<b>GvHD</b>	Graft-versus-Host-Disease
<b>Gy</b>	Gray
<b>HAART</b>	Hochaktive antiretrovirale Therapie
<b>HDR</b>	High-dose-rate
<b>HER2-neu</b>	Human epidermal growth factor receptor 2
<b>HFJV</b>	High frequency jet ventilation
<b>HFNC</b>	High flow nasal cannula
<b>HFOV</b>	High frequency oscillatory ventilation
<b>HFV</b>	High frequency ventilation
<b>HIPEC</b>	Hypertherme intraperitoneale Chemotherapie

<b>HI-Virus</b>	Humanes Immundefizienz-Virus
<b>Hinw.</b>	Hinweis
<b>HITOC</b>	Hypertherme intrathorakale Chemotherapie
<b>HLA</b>	Humanes Leukozyten Antigen
<b>HNO</b>	Hals Nasen Ohren
<b>HWS</b>	Halswirbelsäule
<b>IBZM</b>	[ <sup>123</sup> I]-3-Jodo-6-methoxybenzamin
<b>ICA</b>	Immunhistochemische Analyse
<b>ICD</b>	Implantierbarer Kardioverter/Defibrillator
<b>ICD-10-GM</b>	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision - German Modification -
<b>ICE</b>	Intrakardiale Echokardiographie
<b>ICH</b>	Immunhistochemische Analyse
<b>IE</b>	Internationale Einheiten
<b>IGRT</b>	Image-guided radiotherapy
<b>IMA</b>	Arteria mammaria interna
<b>IMV</b>	Intermittent mandatory ventilation
<b>Inkl.</b>	Inklusive
<b>IPD</b>	Intermittent peritoneal dialysis
<b>IPOM</b>	Intraperitoneales Onlay-Mesh
<b>IPPV</b>	Intermittent positive pressure ventilation
<b>IUD</b>	Intrauterine device
<b>IVF</b>	In-vitro-Fertilisation
<b>IVUS</b>	Intravaskulärer Ultraschall der Koronargefäße
<b>K-SADS</b>	Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children
<b>KHG</b>	Krankenhausfinanzierungsgesetz
<b>KHK</b>	Koronare Herzkrankheit
<b>L-Dopa</b>	L-3,4-Dihydroxyphenylalanin
<b>LDL</b>	Low density lipoproteins
<b>LEER</b>	Laterale erweiterte endopelvine Resektion
<b>Lig.</b>	Ligament
<b>LWS</b>	Lendenwirbelsäule
<b>M.</b>	Musculus
<b>mg</b>	Milligramm
<b>Mm.</b>	Musculi
<b>MAPCA</b>	Multiple major aortopulmonary collateral artery
<b>MBS</b>	Mehrdimensionale Bereichsdiagnostik der Sozialpädiatrie
<b>MDS</b>	Myelodysplastisches Syndrom
<b>MEG</b>	Magnetenzephalographie
<b>MEP</b>	Motorisch evozierte Potentiale
<b>MeV</b>	Megaelektronenvolt
<b>MIBG</b>	Metaiodobenzylguanidin
<b>MLC</b>	Multi-leaf collimator
<b>MPFL</b>	Mediales patellofemorales Ligament
<b>MRCP</b>	Magnetresonanz-Cholangiopankreatikographie
<b>MRD</b>	Minimal residual disease (Resttumorlast)
<b>MRgFUS</b>	Magnetresonanz-gesteuerter fokussierter Ultraschall
<b>MRT</b>	Magnetresonanztomographie
<b>MSLT</b>	Multipler Schlaflatenztest
<b>MTX</b>	Metothrexit

<b>MWT</b>	Multipler Wachbleibetest
<b>N.</b>	Nervus
<b>NAVA</b>	Neurally Adjusted Ventilatory Assist
<b>NHL</b>	Non-Hodgkin-Lymphom
<b>NK-Zellen</b>	Natural-Killer-Zellen
<b>N.n.bez.</b>	Nicht näher bezeichnet
<b>Nn.</b>	Nervi
<b>NOTES</b>	Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery
<b>NRS</b>	Numeric Rating Scale
<b>NRS</b>	Nutritional Risk Screening
<b>NSM</b>	Nipple sparing mastectomy
<b>nTMS</b>	Navigierte transkranielle Magnetstimulation
<b>OCT</b>	Optische Kohärenztomographie
<b>OP</b>	Operation
<b>OPD</b>	Operationalisierte psychodynamische Diagnostik
<b>OPD</b>	Ostium Protection Device
<b>OTSC</b>	Over-The-Scope Clip
<b>PBA</b>	Palliativmedizinisches Basisassessment
<b>PCR</b>	Polymerase Chain Reaction (Polymerase-Kettenreaktion)
<b>PDT</b>	Photodynamische Therapie
<b>PE</b>	Probeexzision
<b>PECLA</b>	Pumpless extracorporeal lung assist
<b>PEG</b>	Perkutan-endoskopische Gastrostomie
<b>PEG</b>	Polyethylenglykol
<b>PEJ</b>	Perkutan-endoskopische Jejunostomie
<b>PEPP</b>	Pauschalierende Entgelte Psychiatrie und Psychosomatik
<b>PES</b>	Pharyngeale elektrische Stimulation
<b>PET</b>	Positronenemissionstomographie
<b>PKMS-E</b>	Pflegekomplexmaßnahmen-Score für Erwachsene
<b>PKMS-J</b>	Pflegekomplexmaßnahmen-Score für Kinder und Jugendliche
<b>PKMS-K</b>	Pflegekomplexmaßnahmen-Score für Kleinkinder
<b>PMR</b>	Percutaneous transluminal transmyocardial laser revascularization
<b>PLGA</b>	Poly(lactic-co-glycolic acid)
<b>POCS</b>	Perorale Cholangioskopie
<b>POPS</b>	Perorale Pankreatikoskopie
<b>PSAP</b>	Posteriore sagittale Anoproktoplastik
<b>PSARP</b>	Posteriore sagittale Anorektoplastik
<b>Psy-BaDo</b>	Basisdokumentation in der Psychotherapie
<b>PTC</b>	Perkutane transhepatische Cholangiographie
<b>PTCA</b>	Perkutane transluminale Koronarangioplastie
<b>PUVA</b>	Photochemotherapie (Psoralen plus UV-A)
<b>PVDF</b>	Polyvinylidenfluorid
<b>R.</b>	Ramus, Ast
<b>RNA</b>	Ribonukleinsäure
<b>rh-TSH</b>	Rekombinantes Thyreotropin
<b>rTMS</b>	Repetitive transkranielle Magnetstimulation
<b>SAPS</b>	Simplified acute physiology score
<b>S-CPPV</b>	Synchronized continuous positive pressure ventilation
<b>SCN1A</b>	Sodium Channel Neuronal Typ 1 Alpha
<b>SeHCA-Test</b>	Selen-Homotaurocholsäure-Test

<b>SEP</b>	Somatisch evozierte Potentiale
<b>sFlt-1</b>	Lösliche, FMS-ähnliche Tyrosinkinase 1
<b>S-IPPV</b>	Synchronized intermittent positive pressure ventilation
<b>SIBS</b>	Poly-Styrene-b-isobutylene-b-styren
<b>SIEP</b>	Superficial inferior epigastric perforator
<b>SIRT</b>	Selektive intravaskuläre Radionuklidtherapie
<b>SIS</b>	Small Intestinal Submucosa
<b>SLNE</b>	Sentinel-Lymphonodektomie
<b>SPECT</b>	Single-Photon-Emissionscomputertomographie
<b>SSEP</b>	Somatosensorisch evozierte Potentiale
<b>SSM</b>	Skin sparing mastectomy
<b>STEP</b>	Serielle transverse Enteroplastie
<b>SUP</b>	Selektive Ultraviolettphototherapie
<b>sup.</b>	superior
<b>SZT</b>	Stammzelltherapie
<b>TDI</b>	Tissue Doppler Imaging
<b>TE</b>	Transfusionseinheit
<b>TE</b>	Therapieeinheit
<b>TEA</b>	Thrombendarteriektomie
<b>TEE</b>	Transösophageale Echokardiographie
<b>TEN</b>	Titanic elastic nail
<b>TENS</b>	Transkutane elektrische Nervenstimulation
<b>TFCC</b>	Triangular Fibrocartilage Complex
<b>TFG</b>	Transfusionsgesetz
<b>TGA</b>	Transposition der großen Arterien
<b>TIA</b>	Transitorische ischämische Attacke
<b>TIPSS</b>	Transjugular intrahepatic portosystemic shunt
<b>TISS</b>	Therapeutic Intervention Scoring System
<b>TMLR</b>	Transmyokardiale Laserrevaskularisation
<b>TMMR</b>	Totale mesometriale Resektion des Uterus
<b>TOT</b>	Trans Obturator Tape (Transobturatorisches Band)
<b>TRAM</b>	Transversaler Rectus-abdominis-Muskellappen
<b>TUNA</b>	Transurethrale Nadelablation
<b>TVT</b>	Tension free vaginal tape
<b>TVT-O</b>	Tension free vaginal tape Obturator (TVT-Obturator)
<b>V.</b>	Vena
<b>VAS</b>	Visual analogue Scale
<b>VCV</b>	Varicella-Zoster-Virus
<b>Vv.</b>	Venae
<b>VEP</b>	Visuell evozierte Potentiale
<b>VEPTR</b>	Vertikale expandierbare prothetische Titanrippe
<b>VHI</b>	Voice Handicap Index
<b>VLAP</b>	Visuell kontrollierte laserunterstützte Resektion
<b>WPW</b>	Wolff-Parkinson-White
<b>YAG-Laser</b>	Yttrium-Aluminium-Granat-Laser
<b>ZIFT</b>	Intratubärer Zygotentransfer
<b>ZNS</b>	Zentrales Nervensystem



# 1 DIAGNOSTISCHE MASSNAHMEN

## Klinische Untersuchung (1-10...1-10)

### 1-10 Klinische Untersuchung

#### 1-100 Klinische Untersuchung in Allgemeinanästhesie

*Hinw.:* Die Allgemeinanästhesie ist im Kode enthalten

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

## Untersuchung einzelner Körpersysteme (1-20...1-33)

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

### 1-20 Neurologische Untersuchungen

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

#### 1-202 Diagnostik zur Feststellung des Hirntodes

*Hinw.:* Dieser Kode ist 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

##### 1-202.0 Bei einem potenziellen Organspender

*Hinw.:* Als Datum der Leistungserbringung ist das Datum anzugeben, an welchem mit der Hirntoddiagnostik begonnen wurde

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

.00 Ohne Feststellung des Hirntodes

.01 Mit Feststellung des Hirntodes

##### 1-202.1 Bei sonstigen Patienten

#### 1-203 Invasive Funktionsdiagnostik des Nervensystems

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

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

##### 1-203.0 Mit Stimulationselektroden, zerebral

##### 1-203.1 Mit Stimulationselektroden, spinal

##### 1-203.2 Mit pharmakologischer Testung

##### 1-203.x Sonstige

##### 1-203.y N.n.bez.

#### 1-204 Untersuchung des Liquorsystems

##### 1-204.0 Messung des Hirndruckes

##### 1-204.1 Messung des lumbalen Liquordruckes

##### 1-204.2 Lumbale Liquorpunktion zur Liquorentnahme

##### 1-204.3 Subokzipitale Liquorpunktion zur Liquorentnahme

##### 1-204.4 Fontanellepunktion zur Liquorentnahme

- 1-204.5 Liquorentnahme aus einem liegenden Katheter
- 1-204.6 Infusionstest
- 1-204.7 Pharmakologischer Test
- 1-204.x Sonstige
- 1-204.y N.n.bez.
- 1-205 Elektromyographie (EMG)**  
*Inkl.:* Ausführliches Nadel-EMG  
 Neuromuskuläre Frequenzbelastung  
 Einzelfaser-EMG  
 Makro-EMG  
 Mehrkanalige EMG-Ableitung
- 1-206 Neurographie**
- 1-207 Elektroenzephalographie (EEG)**
- 1-207.0 Routine-EEG (10/20 Elektroden)  
*Inkl.:* Provokationsmethoden
- 1-207.1 Schlaf-EEG (10/20 Elektroden)
- 1-207.2 Video-EEG (10/20 Elektroden)  
*Exkl.:* Video-EEG im Rahmen der präoperativen und intraoperativen Epilepsiediagnostik (1-210, 1-211, 1-212 ff.)  
*Hinw.:* Dauer mindestens 24 Stunden
- 1-207.3 Mobiles Kassetten-EEG (10/20 Elektroden)  
*Hinw.:* Dauer mindestens 4 Stunden
- 1-207.x Sonstige
- 1-207.y N.n.bez.
- 1-208 Registrierung evozierter Potentiale**
- 1-208.0 Akustisch (AEP)
- 1-208.1 Früh-akustisch (FAEP/BERA)
- 1-208.2 Somatosensorisch (SSEP)
- 1-208.3 Früh-somatosensorisch (FSSEP)
- 1-208.4 Motorisch
- 1-208.5 Spät-akustisch (CERA)
- 1-208.6 Visuell (VEP)
- 1-208.7 Kognitiv
- 1-208.8 Otoakustische Emissionen
- 1-208.x Sonstige
- 1-208.y N.n.bez.
- 1-209 Komplexe Diagnostik bei Spina bifida**  
*Inkl.:* Sozialanamnese, Schul- und Arbeitsplatzanamnese, neuropsychologische und psychiatrische Diagnostik  
*Hinw.:* Mit diesem Kode ist die multidisziplinäre somatische (Pädiatrie, Neurochirurgie, Orthopädie, Ophthalmologie, Urologie), psychologische und psychosoziale Diagnostik bei Patienten mit Spina bifida zu kodieren  
 Die bildgebende Diagnostik (3-05 ff.), invasive funktionelle Diagnostik (Kap.1) und EEG-Diagnostik (1-207) sind gesondert zu kodieren
- 1-20a Andere neurophysiologische Untersuchungen**
- 1-20a.2 Neurologische Untersuchung bei Bewegungsstörungen  
 .20 Untersuchung der Pharmakosensitivität mit quantitativer Testung

**.21 Untersuchung der operativen Behandelbarkeit von Bewegungsstörungen***Hinw.:* Die bildgebende Diagnostik ist gesondert zu kodieren (Kap. 3)

Mindestmerkmale:

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

**1-20b Magnetenzephalographie (MEG)**

1-20b.0 Zur Lokalisation epileptischer Foci

1-20b.1 Zur Lokalisation funktioneller Hirnareale

1-20b.x Sonstige

1-20b.y N.n.bez.

**1-20c Navigierte transkranielle Magnetstimulation (nTMS)**

1-20c.0 Zur Identifizierung von Hirnarealen für die Motorik (Motormapping)

1-20c.1 Zur Identifizierung von Hirnarealen für die Sprache (Speechmapping)

1-20c.x Sonstige

1-20c.y N.n.bez.

**1-21 Epilepsiediagnostik****1-210 Nicht invasive Video-EEG-Intensivdiagnostik zur Klärung eines Verdachts auf Epilepsie oder einer epilepsiechirurgischen Operationsindikation***Hinw.:* Dieser Kode umfasst:

- das Anbringen von dichtgesetzten Oberflächenelektroden und das ggf. durchgeführte Einbringen von Sphenoidalelektroden,
  - das Video-EEG-Intensivmonitoring für i.d.R. mindestens 3 Tage,
  - die Begleitung, Dokumentation und Auswertung (Medizin, MTA, Medizintechnik, Medizinphysik),
  - die psychosoziale Betreuung des Patienten während des diagnostischen Prozesses
- Für die Durchführung gelten die Qualitätsstandards der Arbeitsgemeinschaft für präoperative Epilepsiediagnostik und operative Epilepsitherapie  
Der Kode kann auch angewendet werden, wenn als Ergebnis der Video-EEG-Intensivdiagnostik im Sinne einer differenzialdiagnostischen Klärung nicht epileptische Anfälle diagnostiziert werden

**1-211 Invasive Video-EEG-Intensivdiagnostik bei Epilepsie zur Klärung einer epilepsiechirurgischen Operationsindikation***Hinw.:* Dieser Kode umfasst:

- die Ableitung mit epiduralen, subduralen oder Foramen-ovale-Elektroden oder Tiefenelektroden
  - die ggf. durchgeführte kortikale Stimulation bei subduralen Plattenelektroden
  - das Video-EEG-Intensivmonitoring für i.d.R. mindestens 3 Tage
  - die Begleitung, Dokumentation und Auswertung
  - die psychosoziale Betreuung des Patienten während des diagnostischen Prozesses
- Für die Durchführung gelten die Qualitätsstandards der Arbeitsgemeinschaft für präoperative Epilepsiediagnostik und operative Epilepsitherapie  
Die Implantation der Elektroden ist gesondert zu kodieren (5-014.9, 5-028.20, 5-028.21)  
Der Zugang ist gesondert zu kodieren (5-010, 5-011)

**1-212 Invasive intraoperative Epilepsiediagnostik***Inkl.:* Video-EEG*Hinw.:* Für die Durchführung gelten die Qualitätsstandards der Arbeitsgemeinschaft für präoperative Epilepsiediagnostik und operative Epilepsitherapie

1-212.0 Elektrokortikographie

1-212.1 Elektrostimulation in Allgemeinanästhesie

1-212.2 Elektrostimulation im Wachzustand

1-212.3 Evozierte Potentiale

1-212.x Sonstige

1-212.y N.n.bez.

**1-213 Syndromdiagnose bei komplizierten Epilepsien**

*Inkl.:* Sozialanamnese, Arbeitsplatzanamnese, neuropsychologische und psychiatrische Diagnostik

*Exkl.:* EEG-Diagnostik (1-207)

*Hinw.:* Mindestmerkmale:

Diagnostik über mindestens 14 Tage

Standardisiertes multidisziplinäres Assessment in mindestens 3 Problemfeldern

(Medikamentensynopse mit Nebenwirkungsprofilen und Resistenzprüfung, berufliche und soziale Defizite durch die Epilepsie, neuropsychologische Funktionsstörungen, psychiatrisch relevante Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen inklusive epilepsiebezogene psychiatrische Erkrankungen)

**1-22 Untersuchungen der Augen**

**1-220 Messung des Augeninnendrucks**

1-220.0 Tages- und Nachtdruckmessung über 24 Stunden

**1-24 Untersuchungen im HNO-Bereich**

*Exkl.:* Kardiorespiratorische Polysomnographie (1-790)

**1-242 Audiometrie**

*Inkl.:* Pädaudiometrie

*Exkl.:* Registrierung evozierter Potentiale (1-208)

**1-243 Phoniatrie**

**1-245 Rhinomanometrie**

**1-247 Olfaktometrie und Gustometrie**

*Exkl.:* Registrierung evozierter Potentiale (1-208)

**1-26 Untersuchungen der elektrophysiologischen Aktivität des Herzens**

**1-265 Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt**

*Hinw.:* Entsprechend deutschen und internationalen Leitlinien erfolgt die Definition hier anhand der vorliegenden Diagnose

1-265.0 Bei Störungen der Sinusknotenfunktion

1-265.1 Bei Störungen der AV-Überleitung

1-265.3 Bei intraventrikulären Leitungsstörungen (faszikuläre Blockierungen)

1-265.4 Bei Tachykardien mit schmalen QRS-Komplex oder atrialen Tachykardien

1-265.5 Bei WPW-Syndrom

1-265.6 Bei Tachykardien mit breitem QRS-Komplex

1-265.7 Bei nicht anhaltenden Kammertachykardien und ventrikulären Extrasystolen

1-265.8 Bei Synkopen unklarer Genese

1-265.9 Bei Zustand nach Herz-Kreislauf-Stillstand

1-265.a Nach kurativer Therapie eines angeborenen Herzfehlers

1-265.b Nach palliativer Therapie eines angeborenen Herzfehlers

1-265.d Bei Zustand nach Herztransplantation

1-265.e Bei Vorhofflimmern

1-265.f Bei Vorhofflattern

1-265.x Sonstige

1-265.y N.n.bez.

**1-266 Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt**

1-266.0 Bei implantiertem Schrittmacher

*Inkl.:* Induktion von Vorhofflimmern zur Testung des "mode-switch"

Reprogrammierung eines permanenten Schrittmachers

Messung des Lungenwassers ggf. mit Programmierung der Flüssigkeitsschwelle

- 1-266.1 Bei implantiertem Kardioverter/Defibrillator (ICD)  
*Inkl.:* Zur Bestimmung der Defibrillationsschwelle  
 Messung des Lungenwassers ggf. mit Programmierung der Flüssigkeitsschwelle
- 1-266.2 Kipptisch-Untersuchung zur Abklärung von Synkopen
- 1-266.3 Medikamentöser Provokationstest (zur Erkennung von Arrhythmien)
- 1-266.x Sonstige
- 1-266.y N.n.bez.

### **1-268 Kardiales Mapping**

- 1-268.0 Rechter Vorhof
- 1-268.1 Linker Vorhof
- 1-268.2 Gemeinsamer Vorhof
- 1-268.3 Rechter Ventrikel
- 1-268.4 Linker Ventrikel
- 1-268.5 Funktionell/morphologisch univentrikuläres Herz
- 1-268.x Sonstige
- 1-268.y N.n.bez.

### **1-269 Magnetokardiographie**

## **1-27 Diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Kreislauf**

*Exkl.:* Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt (1-265)

### **1-273 Rechtsherz-Katheteruntersuchung**

*Inkl.:* Katheteruntersuchung von A. pulmonalis, rechtem Ventrikel, rechtem Vorhof und V. cava  
 Druckmessung, Druckgradientenbestimmung, Messung des Herzzeitvolumens, Bestimmung  
 des pulmonalen Gefäßwiderstandes und Messung unter Belastung

*Hinw.:* Bei einer kombinierten Links- und Rechtsherz-Katheteruntersuchung ist jeweils ein Kode für  
 die Rechtsherz-Katheteruntersuchung und ein Kode für die Linksherz-Katheteruntersuchung  
 anzugeben

- 1-273.1 Oxymetrie
- 1-273.2 Druckmessung mit Messung des Shuntvolumens
- 1-273.5 Messung der pulmonalen Flussreserve
- 1-273.6 Messung des Lungenwassers
- 1-273.x Sonstige
- 1-273.y N.n.bez.

### **1-274 Transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung**

*Inkl.:* Katheteruntersuchung von Aorta, linkem Ventrikel, linkem Vorhof und Pulmonalvenen  
 Punktion des Vorhofseptums

- 1-274.0 Druckmessung  
*Inkl.:* Druckgradientenbestimmung
- 1-274.1 Oxymetrie
- 1-274.2 Druckmessung mit Messung des Shuntvolumens
- 1-274.3 Sondierung des Vorhofseptums
- 1-274.4 Sondierung des Ventrikelseptums
- 1-274.x Sonstige
- 1-274.y N.n.bez.

### **1-275 Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung**

*Hinw.:* Bei einer kombinierten Links- und Rechtsherz-Katheteruntersuchung ist jeweils ein Kode für  
 die Rechtsherz-Katheteruntersuchung und ein Kode für die Linksherz-Katheteruntersuchung  
 anzugeben

- 1-275.0 Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen
- 1-275.1 Koronarangiographie und Druckmessung im linken Ventrikel

- 1-275.2 Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel
- 1-275.3 Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung
- 1-275.4 Koronarangiographie, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung
- 1-275.5 Koronarangiographie von Bypassgefäßen
- 1-275.6 Ventrikulographie mit Druckmessung im linken Ventrikel und Aortenbogendarstellung
- 1-275.x Sonstige
- 1-275.y N.n.bez.

**1-276 Angiokardiographie als selbständige Maßnahme**

- 1-276.0 Pulmonalisangiographie
- 1-276.1 Aortographie
- 1-276.2 Ventrikulographie
  - .20 Rechter Ventrikel
  - .21 Linker Ventrikel
  - .22 Rechter und linker Ventrikel
- 1-276.x Sonstige
- 1-276.y N.n.bez.

**1-277 Herzkatheteruntersuchung bei funktionell/morphologisch univentrikulärem Herzen**

- 1-277.0 Ohne Duktusabhängigkeit
- 1-277.1 Mit duktusabhängigem Blutfluss im Lungenkreislauf
- 1-277.2 Mit duktusabhängigem Blutfluss im Körperkreislauf
- 1-277.x Sonstige
- 1-277.y N.n.bez.

**1-279 Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen**

- 1-279.0 Bestimmung des Herzvolumens und der Austreibungsfraktion
- 1-279.1 Quantitative regionale Funktionsanalyse
- 1-279.2 Densitometrie des Ventrikels
- 1-279.3 Densitometrie des Myokardes
- 1-279.4 Densitometrie der großen Gefäße
- 1-279.5 Intrakardiale Kontraktionsanalyse
  - .50 Im dreidimensionalen System
  - .51 Mit einem Druck und Kontraktilität messenden Dopplerdraht (DPDT)
  - .5x Sonstige
- 1-279.6 Sondierung des Ductus arteriosus Botalli
- 1-279.7 Sondierung eines operativ angelegten Shuntes
- 1-279.8 Sondierung von Kollateralgefäßen
- 1-279.9 Angioskopie
 

*Hinw.:* Eine durchgeführte Biopsie ist gesondert zu kodieren (1-497)
- 1-279.a Koronarangiographie mit intrakoronarer Druckmessung
 

*Inkl.:* Bestimmung der fraktionellen myokardialen Flussreserve (FFRmyo)
- 1-279.x Sonstige
- 1-279.y N.n.bez.

**1-31 Funktionsuntersuchungen des Verdauungstraktes**

*Exkl.:* Diagnostische Endoskopie des Verdauungstraktes (1-63 ff., 1-64 ff., 1-65 ff.)

**1-313 Ösophagusmanometrie**

**1-314 Manometrie der Gallen- und Pankreasgänge**

*Inkl.:* Papillenmanometrie

- 1-315 Anorektale Manometrie**
- 1-316 pH-Metrie des Ösophagus**
- 1-316.0 Einfach
- 1-316.1 Langzeit-pH-Metrie
- .10 Ohne Langzeit-Impedanzmessung
- .11 Mit Langzeit-Impedanzmessung
- 1-316.x Sonstige
- 1-316.y N.n.bez.
- 1-317 pH-Metrie des Magens**
- 1-317.0 Einfach
- 1-317.1 Langzeit-pH-Metrie
- 1-317.x Sonstige
- 1-317.y N.n.bez.
- 1-318 Dünndarmmanometrie**
- 1-319 Dickdarmmanometrie**
- Inkl.:* Barostat
- Exkl.:* Anorektale Manometrie

### **1-33 Untersuchung des Harntraktes**

- 1-334 Urodynamische Untersuchung**
- Exkl.:* Uroflowmetrie
- 1-334.0 Urodynamische Untersuchung mit gleichzeitiger Anwendung elektrophysiologischer Methoden
- 1-334.1 Blasendruckmessung
- Inkl.:* Langzeitdruckmessung
- 1-334.2 Video-Urodynamik
- 1-334.x Sonstige
- 1-334.y N.n.bez.
- 1-335 Messung des Urethradruckprofils**
- 1-336 Harnröhrenkalibrierung**

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

- Inkl.:* Perkutane (Fein-)Nadelbiopsie, Stanzbiopsie, 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)

### **1-40 Biopsie ohne Inzision an Nervensystem und endokrinen Organen**

- 1-401 Perkutane Biopsie an intrakraniellm Gewebe mit Steuerung durch bildgebende Verfahren**
- 1-401.0 Großhirn
- 1-401.1 Stammganglien
- 1-401.2 Hirnstamm
- 1-401.3 Kleinhirn

- 1-401.4 Hirnnerven und Ganglien, intrakraniell
- 1-401.5 Hirnhäute
- 1-401.x Sonstige
- 1-401.y N.n.bez.

**1-404 Perkutane (Nadel-)Biopsie an intraspinalem Gewebe**

- 1-404.0 Rückenmark
- 1-404.1 Rückenmarksnerven und Spinalganglien, intraspinal
- 1-404.2 Rückenmarkshäute
- 1-404.x Sonstige
- 1-404.y N.n.bez.

**1-405 Perkutane (Nadel-)Biopsie an peripheren Nerven**

- 1-405.0↔ Hirnnerven, extrakraniell
- 1-405.1↔ Plexus brachialis
- 1-405.2↔ Nerven Schulter
- 1-405.3↔ Nerven Arm
- 1-405.4↔ Nerven Hand
- 1-405.5 Nerven Rumpf
- 1-405.6↔ Plexus lumbosacralis
- 1-405.7↔ Nerven Leiste und Beckenboden
- 1-405.8↔ Nerven Bein
- 1-405.9↔ Nerven Fuß
- 1-405.x↔ Sonstige
- 1-405.y N.n.bez.

**1-406 Perkutane (Nadel-)Biopsie an endokrinen Organen**

*Exkl.:* Perkutane (Nadel-)Biopsie des Pankreas (1-441.2)  
Perkutane (Nadel-)Biopsie am Hoden (1-463.4)  
Perkutane (Nadel-)Biopsie am Ovar (1-470.0)

- 1-406.0 Hypophyse
- 1-406.1 Corpus pineale
- 1-406.2 Schilddrüse
- 1-406.3↔ Nebenschilddrüsen
- 1-406.5↔ Nebenniere
- 1-406.x↔ Sonstige
- 1-406.y N.n.bez.

**1-407 Perkutane Biopsie an endokrinen Organen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren**

*Exkl.:* Perkutane (Nadel-)Biopsie des Pankreas (1-442.2)  
Perkutane (Nadel-)Biopsie am Hoden (1-465.4)  
Perkutane (Nadel-)Biopsie am Ovar (1-474.0)

- 1-407.0 Hypophyse
- 1-407.1 Corpus pineale
- 1-407.2 Schilddrüse
- 1-407.3↔ Nebenschilddrüsen
- 1-407.5↔ Nebenniere
- 1-407.x↔ Sonstige
- 1-407.y N.n.bez.

**1-408 Endosonographische Biopsie an endokrinen Organen**

1-408.0↔ Nebenniere

*Hinw.:* Eine Endosonographie ist gesondert zu kodieren (3-05a)

1-408.x↔ Sonstige

1-408.y N.n.bez.

**1-41 Biopsie ohne Inzision an Auge, Ohr, Nase und Haut von Gesicht und Kopf***Inkl.:* Endoskopische Biopsie**1-410↔ Biopsie ohne Inzision an der Ohrmuschel****1-411↔ Biopsie ohne Inzision am äußeren Gehörgang durch Otoskopie****1-412 Biopsie ohne Inzision an Augenlid und Augenbraue**

1-412.0↔ Augenlid

1-412.1↔ Augenbraue

**1-413 Biopsie ohne Inzision an Konjunktiva und Kornea**

1-413.0↔ Konjunktiva

1-413.1↔ Kornea

**1-414 Biopsie ohne Inzision an der Nase**

1-414.0 Naseninnenraum

1-414.1 Nasennebenhöhlen

1-414.x Sonstige

1-414.y N.n.bez.

**1-415 Biopsie ohne Inzision an der Gesichtshaut***Inkl.:* Kopfhaut**1-42 Biopsie ohne Inzision an Mund, Mundhöhle, Larynx, Pharynx und blutbildenden Organen***Inkl.:* Endoskopische Biopsie**1-420 Biopsie ohne Inzision an Mund und Mundhöhle**

1-420.0 Lippe

1-420.1 Zunge

1-420.2 Gaumen

1-420.3 Gingiva

1-420.4 Alveolarkamm

1-420.5 Wangenschleimhaut

1-420.6 Mundboden

1-420.7↔ Speicheldrüse und Speicheldrüsenausführungsgang

1-420.x↔ Sonstige

1-420.y N.n.bez.

**1-421 Biopsie ohne Inzision am Larynx**

1-421.0 Supraglottis

1-421.1 Glottis

1-421.2 Subglottis

1-421.x Sonstige

1-421.y N.n.bez.

**1-422 Biopsie ohne Inzision am Pharynx**

- 1-422.0 Oropharynx
  - .00 Uvula
  - .01↔ Tonsillen
  - .0x↔ Sonstige
- 1-422.1 Hypopharynx
- 1-422.2 Nasopharynx
- 1-422.x Sonstige
- 1-422.y N.n.bez.

**1-424 Biopsie ohne Inzision am Knochenmark**

*Inkl.:* Stanzbiopsie

**1-425 (Perkutane) (Nadel-)Biopsie an Lymphknoten, Milz und Thymus**

- 1-425.0↔ Lymphknoten, zervikal
- 1-425.1↔ Lymphknoten, supraklavikulär (Virchow-Drüse)
- 1-425.2↔ Lymphknoten, axillär
- 1-425.3 Lymphknoten, mediastinal
- 1-425.4 Lymphknoten, paraaortal
- 1-425.5↔ Lymphknoten, iliakal
- 1-425.6↔ Lymphknoten, pelvin
- 1-425.7↔ Lymphknoten, inguinal
- 1-425.8 Milz
- 1-425.9 Thymus
- 1-425.x↔ Sonstige
- 1-425.y N.n.bez.

**1-426 (Perkutane) Biopsie an Lymphknoten, Milz und Thymus mit Steuerung durch bildgebende Verfahren**

*Hinw.:* Eine Endosonographie ist gesondert zu kodieren

- 1-426.0↔ Lymphknoten, zervikal
- 1-426.1↔ Lymphknoten, supraklavikulär (Virchow-Drüse)
- 1-426.2↔ Lymphknoten, axillär
- 1-426.3 Lymphknoten, mediastinal
- 1-426.4 Lymphknoten, paraaortal
- 1-426.5↔ Lymphknoten, iliakal
- 1-426.6↔ Lymphknoten, pelvin
- 1-426.7↔ Lymphknoten, inguinal
- 1-426.8 Milz
- 1-426.9 Thymus
- 1-426.x↔ Sonstige
- 1-426.y N.n.bez.

**1-43 Biopsie ohne Inzision an respiratorischen Organen**

*Inkl.:* Endoskopische Biopsie

*Hinw.:* Eine Endoskopie ist gesondert zu kodieren  
Eine Endosonographie ist gesondert zu kodieren

**1-430 Endoskopische Biopsie an respiratorischen Organen**

*Hinw.:* Die nachfolgenden Codes umfassen die Entnahme von 1 bis 5 Biopsien  
Die Entnahme von mehr als 5 Biopsien ist mit dem Code Stufenbiopsie zu kodieren

- 1-430.0 Trachea
  - Inkl.:* Kryobiopsie

1-430.1↔ Bronchus  
*Inkl.:* Endoskopische Biopsie mittels Schlingenabtragung  
 Kryobiopsie

1-430.2↔ Lunge

1-430.3 Stufenbiopsie

1-430.x↔ Sonstige

1-430.y N.n.bez.

#### **1-431 Perkutane (Nadel-)Biopsie an respiratorischen Organen**

1-431.0↔ Lunge

1-431.1↔ Pleura

1-431.2 Zwerchfell

1-431.x↔ Sonstige

1-431.y N.n.bez.

#### **1-432 Perkutane Biopsie an respiratorischen Organen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren**

*Exkl.:* Endoskopische Biopsie an respiratorischen Organen (1-430)

1-432.0 Lunge

.00↔ Durch Feinnadelaspiration

.01↔ Durch Stanzbiopsie ohne Clip-Markierung der Biopsieregion

.02↔ Durch Stanzbiopsie mit Clip-Markierung der Biopsieregion

.0x↔ Sonstige

1-432.1↔ Pleura

1-432.2 Zwerchfell

1-432.x↔ Sonstige

1-432.y N.n.bez.

#### **1-44 Biopsie ohne Inzision an den Verdauungsorganen**

*Inkl.:* Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas  
 Endoskopische Biopsie

*Hinw.:* Eine Endoskopie ist gesondert zu kodieren

#### **1-440 Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas**

*Hinw.:* Die Entnahme von mehr als 5 Biopsien ist mit dem Code Stufenbiopsie zu kodieren

1-440.6 Gallengänge

1-440.7 Sphincter Oddi und Papilla duodeni major

1-440.8 Pankreas

1-440.9 Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt

1-440.a 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt

1-440.x Sonstige

1-440.y N.n.bez.

#### **1-441 Perkutane (Nadel-)Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas**

1-441.0 Leber

1-441.1 Gallenblase

1-441.2 Pankreas

#### **1-442 Perkutane Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas mit Steuerung durch bildgebende Verfahren**

*Exkl.:* Endoskopische Biopsie an Gallengängen und Pankreas (1-440)

1-442.0 Leber

1-442.1 Gallenblase

1-442.2 Pankreas

- 1-442.3 Gallengänge
- 1-442.4 Sphincter Oddi und Papilla duodeni major
- 1-442.x Sonstige
- 1-442.y N.n.bez.
- 1-444 Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt**  
*Hinw.:* Die Entnahme von mehr als 5 Biopsien ist mit dem Code Stufenbiopsie zu kodieren
- 1-444.6 Stufenbiopsie
- 1-444.7 1 bis 5 Biopsien
- 1-444.x Sonstige
- 1-444.y N.n.bez.
- 1-445 Endosonographische Feinnadelpunktion am oberen Verdauungstrakt**  
*Hinw.:* Eine Endosonographie ist gesondert zu kodieren (3-051, 3-053, 3-054)
- 1-446 Endosonographische Feinnadelpunktion am unteren Verdauungstrakt**  
*Hinw.:* Eine Endosonographie ist gesondert zu kodieren (3-057, 3-058)
- 1-447 Endosonographische Feinnadelpunktion am Pankreas**  
*Hinw.:* Eine Endosonographie ist gesondert zu kodieren (3-056)
- 1-448 Endosonographische Feinnadelpunktion am hepatobiliären System**  
*Hinw.:* Eine Endosonographie ist gesondert zu kodieren (3-055, 3-05x)
- 1-448.0 Leber
- 1-448.1 Gallengänge
- 1-448.x Sonstige
- 1-448.y N.n.bez.
- 1-449 Andere Biopsie ohne Inzision an anderen Verdauungsorganen**
- 1-449.0 Analkanal
- 1-449.1 Analrand
- 1-449.2 Perianalregion
- 1-449.x Sonstige
- 1-449.y N.n.bez.
- 1-46 Biopsie ohne Inzision an Harnorganen und männlichen Geschlechtsorganen**  
*Inkl.:* Endoskopische Biopsie  
Biopsie bei diagnostischer Endoskopie über ein Stoma  
*Hinw.:* Eine Endoskopie ist gesondert zu kodieren
- 1-460 Transurethrale Biopsie an Harnorganen und Prostata**  
*Hinw.:* Die nachfolgenden Codes umfassen die Entnahme von 1 bis 5 Biopsien  
Die Entnahme von mehr als 5 Biopsien ist mit dem Code Stufenbiopsie zu kodieren
- 1-460.0↔ Nierenbecken
- 1-460.1↔ Ureter
- 1-460.2 Harnblase
- 1-460.3 Urethra
- 1-460.4 Prostata
- 1-460.5 Stufenbiopsie
- 1-460.x↔ Sonstige
- 1-460.y N.n.bez.
- 1-461 Perkutan-nephroskopische Biopsie an Harnorganen**
- 1-461.0↔ Nierenbecken
- 1-461.1↔ Ureter

1-461.x↔ Sonstige

1-461.y N.n.bez.

**1-462 Perktan-zystoskopische Biopsie an Harnorganen und Prostata**

1-462.0↔ Nierenbecken

1-462.1↔ Ureter

1-462.2 Harnblase

1-462.3 Urethra

1-462.4 Prostata

1-462.x↔ Sonstige

1-462.y N.n.bez.

**1-463 Perkutane (Nadel-)Biopsie an Harnorganen und männlichen Geschlechtsorganen**

1-463.0↔ Niere

1-463.1 Prostata

1-463.2↔ Vesiculae seminales

1-463.3 Penis

1-463.4↔ Hoden

1-463.5↔ Epididymis

1-463.6↔ Ductus deferens

1-463.7↔ Funiculus spermaticus

1-463.8 Skrotum

1-463.9 Perineum

1-463.x↔ Sonstige

1-463.y N.n.bez.

**1-464 Transrektale Biopsie an männlichen Geschlechtsorganen**

1-464.0 Stanzbiopsie der Prostata

.00 Weniger als 20 Zylinder

.01 20 und mehr Zylinder

*Inkl.:* Extensive Prostatastanzbiopsie

1-464.1 Saugbiopsie der Prostata

1-464.2↔ Vesiculae seminales

1-464.x↔ Sonstige

1-464.y N.n.bez.

**1-465 Perkutane Biopsie an Harnorganen und männlichen Geschlechtsorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren**

*Hinw.:* Die nachfolgenden Codes umfassen die Entnahme von 1 bis 5 Biopsien

Die Entnahme von mehr als 5 Biopsien ist mit dem Code Stufenbiopsie zu kodieren

1-465.0↔ Niere

1-465.1 Prostata

1-465.2↔ Vesiculae seminales

1-465.3 Penis

1-465.4↔ Hoden

1-465.5↔ Epididymis

1-465.6↔ Ductus deferens

1-465.7↔ Funiculus spermaticus

1-465.8 Stufenbiopsie

1-465.x↔ Sonstige

1-465.y N.n.bez.

**1-47 Biopsie ohne Inzision an weiblichen Geschlechtsorganen**

*Inkl.:* Biopsie ohne Inzision am graviden Uterus

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

- 1-470.0↔ Ovar
- 1-470.1↔ Tuba(e) uterina(e)
- 1-470.2 Uterus
- 1-470.3↔ Ligamente des Uterus
- 1-470.4 Vagina
- 1-470.5 Vulva
- 1-470.6 Perineum
- 1-470.x↔ Sonstige
- 1-470.y N.n.bez.

**1-471 Biopsie ohne Inzision am Endometrium**

- 1-471.0 Diagnostische Mikrokürettage (Strickkürettage)
- 1-471.1 Diagnostische Aspirationskürettage
- 1-471.2 Diagnostische fraktionierte Kürettage
- 1-471.x Sonstige
- 1-471.y N.n.bez.

**1-472 Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri**

- 1-472.0 Zervixabrasio
- 1-472.x Sonstige
- 1-472.y N.n.bez.

**1-473 Biopsie ohne Inzision am graviden Uterus mit Steuerung durch bildgebende Verfahren**

- 1-473.0 Chorionzotten, perkutan
- 1-473.1 Chorionzotten, transvaginal
- 1-473.2 Fetus
- 1-473.3 Nabelschnurgefäße [Chordozentese]
- 1-473.x Sonstige
- 1-473.y N.n.bez.

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

- 1-474.0↔ Ovar
- 1-474.1↔ Tuba(e) uterina(e)
- 1-474.2 Uterus
- 1-474.3↔ Ligamente des Uterus
- 1-474.4 Vagina
- 1-474.5 Vulva
- 1-474.6 Perineum
- 1-474.x↔ Sonstige
- 1-474.y N.n.bez.

**1-48 Biopsie ohne Inzision an Knochen und Gelenken**

*Inkl.:* Biopsie ohne Inzision an Schleimbeuteln

*Exkl.:* Biopsie ohne Inzision am Knochenmark (1-424)

**1-480 Perkutane (Nadel-)Biopsie an Knochen**

- 1-480.0 Skapula, Klavikula, Rippen und Sternum

- 1-480.1↔ Humerus
- 1-480.2↔ Radius und Ulna
- 1-480.3↔ Karpale, Metakarpale und Phalangen Hand
- 1-480.4 Wirbelsäule
- 1-480.5 Becken
- 1-480.6↔ Femur und Patella
- 1-480.7↔ Tibia und Fibula
- 1-480.8↔ Tarsale, Metatarsale und Phalangen Fuß
- 1-480.x↔ Sonstige
- 1-480.y N.n.bez.

**1-481 Biopsie ohne Inzision an Knochen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren**

- 1-481.0 Skapula, Klavikula, Rippen und Sternum
- 1-481.1↔ Humerus
- 1-481.2↔ Radius und Ulna
- 1-481.3↔ Karpale, Metakarpale und Phalangen Hand
- 1-481.4 Wirbelsäule
- 1-481.5 Becken
- 1-481.6↔ Femur und Patella
- 1-481.7↔ Tibia und Fibula
- 1-481.8↔ Tarsale, Metatarsale und Phalangen Fuß
- 1-481.x↔ Sonstige
- 1-481.y N.n.bez.

**1-482 Arthroskopische Biopsie an Gelenken**

*Hinw.:* Die Arthroskopie ist gesondert zu kodieren (1-697)

- 1-482.0↔ Kiefergelenk
- 1-482.1↔ Schultergelenk
- 1-482.2↔ Akromioklavikulargelenk
- 1-482.3↔ Sternoklavikulargelenk
- 1-482.4↔ Ellenbogengelenk
- 1-482.5↔ Handgelenk
- 1-482.6↔ Hüftgelenk
- 1-482.7↔ Kniegelenk
- 1-482.8↔ Oberes Sprunggelenk
- 1-482.9↔ Sonstige Gelenke am Fuß
- 1-482.a↔ Fingergelenk
- 1-482.x↔ Sonstige
- 1-482.y N.n.bez.

**1-483 Perkutane (Nadel-)Biopsie an Gelenken und Schleimbeuteln**

- 1-483.0↔ Kiefergelenk
- 1-483.1↔ Gelenke des Schultergürtels
- 1-483.2↔ Ellenbogengelenk
- 1-483.3↔ Handgelenk
- 1-483.4↔ Thorakales Gelenk
- 1-483.5↔ Gelenk an der Wirbelsäule
- 1-483.6↔ Hüftgelenk
- 1-483.7↔ Kniegelenk

1-483.8↔ Oberes Sprunggelenk

1-483.9↔ Sonstige Gelenke am Fuß

1-483.a Schleimbeutel

1-483.b↔ Fingergelenk

1-483.x↔ Sonstige

1-483.y N.n.bez.

**1-484 Perkutane Biopsie an Gelenken und Schleimbeuteln mit Steuerung durch bildgebende Verfahren**

1-484.0↔ Kiefergelenk

1-484.1↔ Gelenke des Schultergürtels

1-484.2↔ Ellenbogengelenk

1-484.3↔ Handgelenk

1-484.4↔ Thorakales Gelenk

1-484.5↔ Gelenk an der Wirbelsäule

1-484.6↔ Hüftgelenk

1-484.7↔ Kniegelenk

1-484.8↔ Oberes Sprunggelenk

1-484.9↔ Sonstige Gelenke am Fuß

1-484.a Schleimbeutel

1-484.b↔ Fingergelenk

1-484.x↔ Sonstige

1-484.y N.n.bez.

**1-49 Biopsie ohne Inzision an anderen Organen und Geweben**

*Inkl.:* Biopsie ohne Inzision an Peritoneum und Retroperitoneum

*Exkl.:* Biopsie ohne Inzision am männlichen Perineum (1-463.9)

Biopsie ohne Inzision am weiblichen Perineum (1-470.6)

**1-490 Biopsie ohne Inzision an Haut und Unterhaut**

*Inkl.:* Biopsie an der Haut durch Inzision

1-490.0 Hals

1-490.1↔ Schulterregion

1-490.2↔ Oberarm und Ellenbogen

1-490.3↔ Unterarm und Hand

1-490.4 Rumpf

1-490.5↔ Oberschenkel

1-490.6↔ Unterschenkel

1-490.7↔ Fuß

1-490.x↔ Sonstige

1-490.y N.n.bez.

**1-491 Perkutane (Nadel-)Biopsie an Muskeln und Weichteilen**

1-491.0 Hals

1-491.1↔ Schulterregion

1-491.2↔ Oberarm und Ellenbogen

1-491.3↔ Unterarm und Hand

1-491.4 Rumpf

1-491.5↔ Oberschenkel

1-491.6↔ Unterschenkel

1-491.7↔ Fuß

1-491.x↔ Sonstige

1-491.y N.n.bez.

**1-492 Perkutane Biopsie an Muskeln und Weichteilen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren**

1-492.0 Hals

1-492.1↔ Schulterregion

1-492.2↔ Oberarm und Ellenbogen

1-492.3↔ Unterarm und Hand

1-492.4 Rumpf

1-492.5↔ Oberschenkel

1-492.6↔ Unterschenkel

1-492.7↔ Fuß

1-492.x↔ Sonstige

1-492.y N.n.bez.

**1-493 Perkutane (Nadel-)Biopsie an anderen Organen und Geweben**

*Exkl.:* Biopsie ohne Inzision an Lymphknoten, Milz und Thymus (1-425 f.)

Biopsie ohne Inzision am männlichen Perineum (1-463.9)

Biopsie ohne Inzision am weiblichen Perineum (1-470.6)

1-493.0 Myokard

1-493.1 Perikard

1-493.2 Mediastinum

1-493.3 Mamma

.30↔ Durch Feinnadelaspiration

.31↔ Durch Stanzbiopsie ohne Clip-Markierung der Biopsieregion

.32↔ Durch Stanzbiopsie mit Clip-Markierung der Biopsieregion

.3x↔ Sonstige

1-493.4 Brustwand

1-493.5 Bauchwand

*Inkl.:* Nabel

1-493.6 Peritoneum

1-493.7 Beckenperitoneum

1-493.8 Retroperitoneales Gewebe

1-493.9 Perivesikales Gewebe

1-493.a Periprostatiches Gewebe

1-493.b Lymphozele

1-493.c↔ Urozele

1-493.x↔ Sonstige

1-493.y N.n.bez.

**1-494 (Perkutane) Biopsie an anderen Organen und Geweben mit Steuerung durch bildgebende Verfahren**

*Exkl.:* Biopsie ohne Inzision an Lymphknoten, Milz und Thymus (1-426 f.)

*Hinw.:* Das bildgebende Verfahren (z.B. Endosonographie) ist gesondert zu kodieren (Kap. 3)

1-494.0 Myokard

*Exkl.:* Transvenöse und transarterielle Biopsie (1-497)

1-494.1 Perikard

1-494.2 Mediastinum

1-494.3 Mamma

.30↔ Durch Feinnadelaspiration

- .31↔ Durch Stanzbiopsie ohne Clip-Markierung der Biopsieregion
- .32↔ Durch Stanzbiopsie mit Clip-Markierung der Biopsieregion
- .3x↔ Sonstige
- 1-494.4 Brustwand
- 1-494.5 Bauchwand  
*Inkl.:* Nabel
- 1-494.6 Peritoneum
- 1-494.7 Beckenperitoneum
- 1-494.8 Retroperitoneales Gewebe
- 1-494.9 Perivesikales Gewebe
- 1-494.a Periprostatishes Gewebe
- 1-494.b Lymphozele
- 1-494.c↔ Urozele
- 1-494.x↔ Sonstige
- 1-494.y N.n.bez.
- 1-497 Transvenöse oder transarterielle Biopsie**
- 1-497.0 Endokard
- 1-497.1 Endomyokard
- 1-497.2 Myokard
- 1-497.3 Leber
- 1-497.x Sonstige
- 1-497.y N.n.bez.

## 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)  
 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)

### **1-50 Biopsie an Mamma, Knochen und Muskeln durch Inzision**

- 1-501↔ Biopsie der Mamma durch Inzision**  
*Exkl.:* Exzisionsbiopsie der Mamma (5-870.9 ff.)
- 1-502 Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision**
- 1-502.0 Hals
- 1-502.1↔ Schulterregion
- 1-502.2↔ Oberarm und Ellenbogen
- 1-502.3↔ Unterarm und Hand
- 1-502.4 Rumpf
- 1-502.5↔ Oberschenkel
- 1-502.6↔ Unterschenkel
- 1-502.7↔ Fuß
- 1-502.x↔ Sonstige
- 1-502.y N.n.bez.

**1-503 Biopsie an Knochen durch Inzision***Exkl.:* Biopsie an Schädelknochen durch Inzision (1-510)

- 1-503.0 Skapula, Klavikula, Rippen und Sternum
- 1-503.1↔ Humerus
- 1-503.2↔ Radius und Ulna
- 1-503.3↔ Karpale, Metakarpale und Phalangen Hand
- 1-503.4 Wirbelsäule
- 1-503.5 Becken
- 1-503.6↔ Femur und Patella
- 1-503.7↔ Tibia und Fibula
- 1-503.8↔ Tarsale, Metatarsale und Phalangen Fuß
- 1-503.y N.n.bez.

**1-504 Biopsie an Gelenken und Schleimbeuteln durch Inzision**

- 1-504.0↔ Kiefergelenk
- 1-504.1↔ Gelenke des Schultergürtels
- 1-504.2↔ Ellenbogengelenk
- 1-504.3↔ Handgelenk
- 1-504.4↔ Thorakales Gelenk
- 1-504.5↔ Gelenk an der Wirbelsäule
- 1-504.6↔ Hüftgelenk
- 1-504.7↔ Kniegelenk
- 1-504.8↔ Oberes Sprunggelenk
- 1-504.9↔ Sonstige Gelenke am Fuß
- 1-504.a Schleimbeutel
- 1-504.b↔ Fingergelenk
- 1-504.c↔ Sonstige Gelenke an der Hand
- 1-504.x↔ Sonstige
- 1-504.y N.n.bez.

**1-51 Biopsie an Nervengewebe, Hypophyse, Corpus pineale durch Inzision und Trepanation von Schädelknochen***Inkl.:* Stereotaktische Biopsie an intrakraniellm Gewebe**1-510 Biopsie an intrakraniellm Gewebe durch Inzision und Trepanation von Schädelknochen***Hinw.:* Der Zugang ist gesondert zu kodieren (5-010, 5-011)

- 1-510.0 Großhirn
- 1-510.1 Stammganglien
- 1-510.2 Hirnstamm
- 1-510.3 Kleinhirn
- 1-510.4 Intrakranielle Teile von Hirnnerven und Ganglien
- 1-510.5 Intrakranielle Blutgefäße
- 1-510.6 Hirnhäute
- 1-510.7 Kalotte
- 1-510.8 Schädelbasis
- 1-510.9 Gesichtsschädel
- 1-510.x Sonstige
- 1-510.y N.n.bez.

**1-511 Stereotaktische Biopsie an intrakraniellm Gewebe**

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

- 1-511.0 Großhirn
  - .00 1 bis 5 Entnahmestellen
  - .01 Mehr als 5 Entnahmestellen
- 1-511.1 Stammganglien
- 1-511.2 Hirnstamm
- 1-511.3 Kleinhirn
- 1-511.4 Intrakranielle Teile von Hirnnerven und Ganglien
- 1-511.5 Intrakranielle BlutgefäÙe
- 1-511.6 Hirnhäute
- 1-511.x Sonstige
- 1-511.y N.n.bez.

**1-512 Biopsie an intraspinalm Gewebe durch Inzision**

- 1-512.0 Rückenmark
- 1-512.1 Intraspinale Teile von Rückenmarksnerven und Spinalganglien
- 1-512.2 Rückenmarkshäute
- 1-512.3 Diagnostische Eröffnung des Rückenmarkkanals
- 1-512.x Sonstige
- 1-512.y N.n.bez.

**1-513 Biopsie an peripheren Nerven durch Inzision**

- 1-513.0↔ Hirnnerven, extrakraniell
- 1-513.1↔ Plexus brachialis
- 1-513.2↔ Nerven Schulter
- 1-513.3↔ Nerven Arm
- 1-513.4↔ Nerven Hand
- 1-513.5 Nerven Rumpf
- 1-513.6↔ Plexus lumbosacralis
- 1-513.7↔ Nerven Leiste und Beckenboden
- 1-513.8↔ Nerven Bein
- 1-513.9↔ Nerven Fuß
- 1-513.x↔ Sonstige
- 1-513.y N.n.bez.

**1-514 Biopsie an Hypophyse und Corpus pineale durch Inzision**

- 1-514.0 Hypophyse transseptal/transsphenoidal
- 1-514.1 Corpus pineale transseptal/transsphenoidal

**1-515 Stereotaktische Biopsie an Hypophyse und Corpus pineale**

- 1-515.0 Hypophyse
- 1-515.1 Corpus pineale

**1-52 Biopsie an Augen und Augenhangsgebilden durch Inzision**

- 1-520↔ **Biopsie am Augenlid durch Inzision**
- 1-522↔ **Biopsie an Tränendrüse und Tränendrüsenausführungsgang durch Inzision**
- 1-529 **Biopsie an anderen Teilen des Auges durch Inzision**
  - 1-529.0↔ Iris
  - 1-529.1↔ Corpus ciliare

- 1-529.2↔ Sklera
- 1-529.3↔ Linse
- 1-529.4↔ Retina
- 1-529.5↔ Choroidea
- 1-529.6↔ Augenmuskel oder Augenmuskelsehne
- 1-529.7↔ Orbita
- 1-529.8↔ Tränenwege
- 1-529.x↔ Sonstige
- 1-529.y N.n.bez.

### **1-53 Biopsie an Ohr und Nase durch Inzision**

- 1-531↔ Biopsie am äußeren Gehörgang durch Inzision**
- 1-532 Biopsie an anderen Teilen des Ohres durch Inzision**
  - 1-532.0↔ Mittelohr
  - 1-532.1↔ Innenohr
  - 1-532.x↔ Sonstige
  - 1-532.y N.n.bez.
- 1-537 Biopsie am Naseninnenraum durch Inzision**
- 1-538↔ Biopsie an den Nasennebenhöhlen durch Inzision**
- 1-539 Biopsie an anderen Teilen der Nase durch Inzision**

### **1-54 Biopsie an Mund, Mundhöhle und Pharynx durch Inzision**

- 1-542↔ Biopsie an Speicheldrüse und Speicheldrüsenausführungsgang durch Inzision**
- 1-545 Biopsie an anderen Strukturen des Mundes und der Mundhöhle durch Inzision**  
*Exkl.:* Biopsie an der Mundschleimhaut (1-420 ff.)
  - 1-545.1 Alveolarkamm
  - 1-545.3 Mundboden
  - 1-545.x Sonstige
  - 1-545.y N.n.bez.
- 1-546 Biopsie am Oropharynx durch Inzision**
- 1-547 Biopsie am Hypopharynx durch Inzision**
- 1-548 Biopsie am Nasopharynx durch Inzision**
- 1-549 Biopsie am Larynx durch Inzision**
  - 1-549.0 Supraglottis
  - 1-549.1 Glottis
  - 1-549.2 Subglottis
  - 1-549.x Sonstige
  - 1-549.y N.n.bez.

### **1-55 Biopsie an anderen Verdauungsorganen, Zwerchfell und (Retro-)Peritoneum durch Inzision**

- 1-550 Biopsie am Zwerchfell durch Inzision**
- 1-551 Biopsie an der Leber durch Inzision**  
*Exkl.:* Biopsie an der Leber bei Staging-Laparotomie (5-401.6)  
Biopsie an der Leber bei Staging-Laparoskopie (5-401.b)
  - 1-551.0 Durch Exzision

- 1-551.1 Nadelbiopsie
- 1-551.x Sonstige
- 1-551.y N.n.bez.
- 1-552 Biopsie an Gallenblase und Gallengängen durch Inzision**
- 1-552.0 Gallenblase
- 1-552.1 Gallengänge
- 1-552.2 Sphincter Oddi und Papilla duodeni major
- 1-553 Biopsie am Pankreas durch Inzision**
- 1-554 Biopsie am Magen durch Inzision**
- 1-555 Biopsie am Dünndarm durch Inzision**
- 1-555.0 Duodenum
- 1-555.1 Ileum  
*Inkl.:* Meckel-Divertikel
- 1-555.2 Jejunum
- 1-556 Biopsie am Kolon durch Inzision**
- 1-556.0 Colon ascendens
- 1-556.1 Colon transversum
- 1-556.2 Colon descendens
- 1-556.3 Colon sigmoideum
- 1-557 Biopsie an Rektum und perirektalem Gewebe durch Inzision**
- 1-557.0 Rektum
- 1-557.1 Perirektales Gewebe
- 1-559 Biopsie an anderen Verdauungsorganen, Peritoneum und retroperitonealem Gewebe durch Inzision**
- 1-559.0 Ösophagus
- 1-559.1 Darm, n.n.bez.
- 1-559.2 Mesenterium
- 1-559.3 Omentum
- 1-559.4 Peritoneum
- 1-559.5 Retroperitoneales Gewebe  
*Exkl.:* Retroperitoneale Lymphadenektomie (5-404.d, 5-404.e)
- 1-559.x Sonstige
- 1-559.y N.n.bez.
- 1-56 Biopsie an Harnwegen und männlichen Geschlechtsorganen durch Inzision**
- 1-560 Biopsie an Niere und perirenalem Gewebe durch Inzision**
- 1-560.0↔ Niere
- 1-560.1↔ Perirenales Gewebe
- 1-561 Biopsie an Urethra und periurethralem Gewebe durch Inzision**
- 1-561.0 Urethra
- 1-561.1 Periurethrales Gewebe
- 1-562 Biopsie an anderen Harnorganen durch Inzision**  
*Exkl.:* Endoskopische Biopsie (1-46 ff.)
- 1-562.0↔ Ureter
- 1-562.1↔ Periureterales Gewebe

- 1-562.2 Harnblase  
1-562.3 Perivesikales Gewebe  
1-562.x Sonstige  
1-562.y N.n.bez.
- 1-563 Biopsie an Prostata und periprostaticem Gewebe durch Inzision**  
1-563.0 Prostata  
1-563.1 Periprostatices Gewebe
- 1-564 Biopsie am Penis durch Inzision**  
*Exkl.:* Biopsie an der Haut des Penis (1-463.3)  
1-564.0 Glans penis  
1-564.1 Penisschaft  
1-564.y N.n.bez.
- 1-565↔ Biopsie am Hoden durch Inzision**
- 1-566 Biopsie am männlichen Perineum durch Inzision**  
*Exkl.:* Biopsie an der Haut des Perineums beim Mann (1-463.9)
- 1-569 Biopsie an anderen männlichen Geschlechtsorganen durch Inzision**  
1-569.0↔ Epididymis  
1-569.1↔ Ductus deferens  
1-569.2↔ Vesiculae seminales  
1-569.3↔ Funiculus spermaticus  
1-569.y N.n.bez.
- 1-57 Biopsie an weiblichen Geschlechtsorganen durch Inzision**
- 1-570 Biopsie an Ovar, Tuba(e) uterina(e) und Ligamenten des Uterus durch Inzision**  
1-570.0↔ Ovar  
1-570.1↔ Tuba(e) uterina(e)  
1-570.2↔ Ligamente des Uterus
- 1-571 Biopsie an Uterus und Cervix uteri durch Inzision**  
*Exkl.:* Endoskopische Biopsie (1-47 ff.)  
1-571.0 Corpus uteri  
1-571.1 Cervix uteri
- 1-572 Biopsie an der Vagina 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)
- 1-579 Biopsie an anderen weiblichen Geschlechtsorganen durch Inzision**  
1-579.0 Vaginale Biopsie des Douglasraumes  
1-579.x Sonstige  
1-579.y N.n.bez.
- 1-58 Biopsie an anderen Organen durch Inzision**
- 1-580 Biopsie an Herz und Perikard durch Inzision**  
1-580.0 Herz  
1-580.1 Perikard

**1-581 Biopsie am Mediastinum und anderen intrathorakalen Organen durch Inzision**

- 1-581.0 Mediastinum  
*Exkl.:* Biopsie an mediastinalen Lymphknoten durch Inzision (1-586.3)
- 1-581.1 Thymus
- 1-581.2↔ Bronchus
- 1-581.3↔ Lunge
- 1-581.4↔ Pleura
- 1-581.x↔ Sonstige
- 1-581.y N.n.bez.

**1-582 Biopsie an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen durch Inzision**

- 1-582.0 Schilddrüse
- 1-582.1↔ Nebenschilddrüsen

**1-583 Biopsie an anderen Organen des Halses durch Inzision**

**1-584↔ Biopsie an der Nebenniere durch Inzision**

**1-585 Biopsie an anderen intraabdominalen Organen durch Inzision**

- 1-585.0 Milz
- 1-585.x Sonstige
- 1-585.y N.n.bez.

**1-586 Biopsie an Lymphknoten durch Inzision**

*Exkl.:* Biopsie an Lymphknoten bei Staging-Laparotomie (5-401.6)  
Biopsie an Lymphknoten bei Staging-Laparoskopie (5-401.b)

- 1-586.0↔ Zervikal
- 1-586.1↔ Supraklavikulär
- 1-586.2↔ Axillär
- 1-586.3 Mediastinal
- 1-586.4 Paraaortal
- 1-586.5↔ Iliakal
- 1-586.6↔ Inguinal
- 1-586.7↔ Pelvin
- 1-586.x↔ Sonstige
- 1-586.y N.n.bez.

**1-587 Biopsie an Blutgefäßen durch Inzision**

*Exkl.:* Biopsie an intrakraniellen Blutgefäßen durch Inzision (1-510.5)

- 1-587.0↔ Gefäße Kopf und Hals, extrakraniell
- 1-587.1↔ Gefäße von Schulter, Arm und Hand
- 1-587.2 Thorakale Gefäße
- 1-587.3 Abdominale Gefäße
- 1-587.4 Viszerale Gefäße
- 1-587.5↔ Gefäße Oberschenkel
- 1-587.6↔ Gefäße Unterschenkel und Fuß
- 1-587.x↔ Sonstige
- 1-587.y N.n.bez.

**1-589 Biopsie an anderen Organen und Geweben durch Inzision**

*Exkl.:* Biopsie an der Haut (1-490 ff.)

- 1-589.0 Brustwand
- 1-589.1 Bauchwand  
*Inkl.:* Nabel

- 1-589.x Sonstige  
1-589.y N.n.bez.

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

*Inkl.:* Foto- und Videodokumentation

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

*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)

### **1-61** Diagnostische Endoskopie der oberen Atemwege

*Hinw.:* Eine durchgeführte endoskopische Biopsie ist gesondert zu kodieren (1-414, 1-421, 1-422)

#### **1-610** Diagnostische Laryngoskopie

- 1-610.0 Direkt  
1-610.1 Indirekt  
1-610.2 Mikrolaryngoskopie  
1-610.x Sonstige  
1-610.y N.n.bez.

#### **1-611** Diagnostische Pharyngoskopie

- 1-611.0 Direkt  
1-611.1 Indirekt  
1-611.x Sonstige  
1-611.y N.n.bez.

#### **1-612** Diagnostische Rhinoskopie

#### **1-613** Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop

*Exkl.:* Diagnostische Laryngoskopie (1-610 ff.)  
Diagnostische Pharyngoskopie (1-611 ff.)  
Frührehabilitationsassessment von Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren (1-775 ff.)

### **1-62** Diagnostische Tracheobronchoskopie

*Hinw.:* Eine durchgeführte endoskopische Biopsie ist gesondert zu kodieren (1-430)

#### **1-620** Diagnostische Tracheobronchoskopie

*Inkl.:* Über ein Stoma

- 1-620.0 Mit flexiblem Instrument  
.00 Ohne weitere Maßnahmen  
.01 Mit bronchoalveolärer Lavage  
.02 Mit Alveoloskopie  
.03 Mit katheterbasierter Luftstrommessung  
.0x Sonstige
- 1-620.1 Mit starrem Instrument  
.10 Ohne weitere Maßnahmen  
.11 Mit katheterbasierter Luftstrommessung  
.1x Sonstige
- 1-620.2 Mit Autofluoreszenzlicht
- 1-620.x Sonstige  
1-620.y N.n.bez.

**1-63** **Diagnostische Endoskopie des oberen Verdauungstraktes**  
*Hinw.:* Eine durchgeführte endoskopische Biopsie ist gesondert zu kodieren (1-440.9, 1-440.a)

**1-630** **Diagnostische Ösophagoskopie**

- 1-630.0 Mit flexiblem Instrument
- 1-630.1 Mit starrem Instrument
- 1-630.x Sonstige
- 1-630.y N.n.bez.

**1-631** **Diagnostische Ösophagogastroskopie**

- 1-631.0 Bei normalem Situs
- 1-631.1 Bei Anastomosen an Ösophagus und/oder Magen
- 1-631.x Sonstige
- 1-631.y N.n.bez.

**1-632** **Diagnostische Ösophagogastrroduodenoskopie**

- 1-632.0 Bei normalem Situs
- 1-632.1 Bei Anastomosen an Ösophagus, Magen und/oder Duodenum
- 1-632.x Sonstige
- 1-632.y N.n.bez.

**1-635** **Diagnostische Jejunoskopie**

- 1-635.0 Bei normalem Situs
- 1-635.1 Bei Anastomosen an Ösophagus, Magen und/oder Dünndarm
- 1-635.x Sonstige
- 1-635.y N.n.bez.

**1-636** **Diagnostische Intestinoskopie (Endoskopie des tiefen Jejunums und Ileums)**

- 1-636.0 Einfach (durch Push-Technik)
- 1-636.1 Durch Push-and-pull-back-Technik  
*Inkl.:* Doppel-Ballon-Enteroskopie
- 1-636.x Sonstige

**1-638** **Diagnostische Endoskopie des oberen Verdauungstraktes über ein Stoma**

- 1-638.0 Diagnostische Ösophagoskopie
- 1-638.1 Diagnostische Ösophagogastrroduodenoskopie
- 1-638.2 Diagnostische Gastroskopie
- 1-638.3 Diagnostische Duodenoskopie
- 1-638.4 Diagnostische Jejunoskopie
- 1-638.x Sonstige
- 1-638.y N.n.bez.

**1-63a** **Kapselendoskopie des Dünndarms**

**1-63b** **Chromoendoskopie des oberen Verdauungstraktes**

**1-64** **Diagnostische Endoskopie der Gallen- und Pankreaswege**  
*Exkl.:* Endoskopische Operationen an Gallengängen (5-513) und am Pankreasgang (5-526)  
*Hinw.:* Eine durchgeführte endoskopische Biopsie ist gesondert zu kodieren (1-440.6, 1-440.7, 1-440.8, 1-440.x)

**1-640** **Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege**

- Inkl.:* Darstellung der Gallenwege (ERC)
- Exkl.:* Darstellung der Gallenwege mit Papillotomie (5-513.1)

- 1-641 Diagnostische retrograde Darstellung der Pankreaswege**  
*Inkl.:* Darstellung der Pankreaswege (ERP)  
*Exkl.:* Darstellung der Pankreaswege mit Papillotomie (5-526.1)
- 1-642 Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege**  
*Inkl.:* Darstellung der Gallen- und Pankreaswege (ERCP)  
*Exkl.:* Darstellung der Gallenwege mit Papillotomie (5-513.1)  
 Darstellung der Pankreaswege mit Papillotomie (5-526.1)
- 1-643 Diagnostische direkte Endoskopie der Gallenwege (duktale Endoskopie) (POCS)**
- 1-643.0 Mit nicht modular aufgebautem Cholangioskop  
 1-643.1 Mit modular aufgebautem Cholangioskop
- 1-644 Diagnostische direkte Endoskopie des Pankreasganges (duktale Endoskopie) (POPS)**
- 1-644.0 Mit nicht modular aufgebautem Cholangioskop  
 1-644.1 Mit modular aufgebautem Cholangioskop
- 1-645 Zugang durch retrograde Endoskopie**  
*Hinw.:* Dieser Kode ist ein Zusatzkode. Er ist nur anzugeben, wenn eine retrograde Endoskopie als Zugang für eines der unter 1-640 bis 1-644 aufgeführten Verfahren eingesetzt wurde  
 Mit diesem Kode soll die retrograde Endoskopie zur diagnostischen retrograden Darstellung der Gallenwege z.B. nach Gastrektomie oder Magenteilresektion mit Roux-Y-Anastomose oder partieller Pankreatoduodenektomie verschlüsselt werden
- 1-65 Diagnostische Endoskopie des unteren Verdauungstraktes**  
*Hinw.:* Eine durchgeführte endoskopische Biopsie ist gesondert zu kodieren (1-444 ff.)
- 1-650 Diagnostische Koloskopie**
- 1-650.0 Partiiell  
 1-650.1 Total, bis Zäkum  
 1-650.2 Total, mit Ileoskopie  
 1-650.x Sonstige  
 1-650.y N.n.bez.
- 1-651 Diagnostische Sigmoideoskopie**
- 1-652 Diagnostische Endoskopie des Darmes über ein Stoma**
- 1-652.0 Ileoskopie  
 1-652.1 Koloskopie  
 1-652.2 Sigmoideoskopie  
 1-652.3 Proktoskopie  
 1-652.4 Rektoskopie  
 1-652.x Sonstige  
 1-652.y N.n.bez.
- 1-653 Diagnostische Proktoskopie**
- 1-654 Diagnostische Rektoskopie**  
*Inkl.:* Pouchoskopie
- 1-654.0 Mit flexiblem Instrument  
 1-654.1 Mit starrem Instrument  
 1-654.x Sonstige  
 1-654.y N.n.bez.
- 1-655 Chromoendoskopie des unteren Verdauungstraktes**
- 1-656 Kapselendoskopie des Kolons**

**1-66 Diagnostische Endoskopie der Harnwege**  
*Hinw.:* Eine durchgeführte endoskopische Biopsie ist gesondert zu kodieren (1-46 ff.)

- 1-660 Diagnostische Urethroskopie**
- 1-661 Diagnostische Urethrozystoskopie**
- 1-663 Diagnostische Urethrozystoskopie einer augmentierten Harnblase**
  - 1-663.0 Ohne künstlichen Sphinkter
  - 1-663.1 Mit künstlichem Sphinkter
  - 1-663.y N.n.bez.
- 1-665 Diagnostische Ureterorenoskopie**
- 1-666 Diagnostische Endoskopie einer Harnableitung**
  - 1-666.0 Darmreservoir
  - 1-666.1 Ersatzblase
  - 1-666.2 Conduit
  - 1-666.x Sonstige
  - 1-666.y N.n.bez.
- 1-668 Diagnostische Endoskopie der Harnwege über ein Stoma**
  - 1-668.0 Diagnostische Urethroskopie
  - 1-668.1 Diagnostische Urethrozystoskopie
  - 1-668.2↔ Diagnostische Ureterorenoskopie
  - 1-668.x↔ Sonstige
  - 1-668.y N.n.bez.

**1-67 Diagnostische Endoskopie der weiblichen Geschlechtsorgane**  
*Hinw.:* Eine durchgeführte endoskopische Biopsie ist gesondert zu kodieren (1-47 ff.)

- 1-670 Diagnostische Vaginoskopie**
- 1-671 Diagnostische Kolposkopie**
- 1-672 Diagnostische Hysteroskopie**
- 1-673 Diagnostische Hysterosalpingoskopie**
- 1-674 Diagnostische Embryofetoskopie**

**1-68 Andere diagnostische Endoskopie**

- 1-681↔ Diagnostische Endoskopie der Tränenwege**
- 1-682↔ Diagnostische Endoskopie der Milchgänge**
- 1-683↔ Diagnostische Sialendoskopie der Glandula submandibularis oder der Glandula parotis**

**1-69 Diagnostische Endoskopie durch Inzision und intraoperativ**

*Exkl.:* Diagnostische Angioskopie (1-279.9)  
*Hinw.:* Die Bezeichnung "durch Inzision" bezieht sich auf die Art des Zuganges  
 Eine durchgeführte Biopsie ist gesondert zu kodieren (1-50 bis 1-58)

- 1-690 Diagnostische Bronchoskopie und Tracheoskopie durch Inzision und intraoperativ**
  - 1-690.0 Bronchoskopie
  - 1-690.1 Tracheoskopie
- 1-691 Diagnostische Thorakoskopie und Mediastinoskopie**
  - 1-691.0 Thorakoskopie
  - 1-691.1 Mediastinoskopie

- 1-693 Diagnostische Endoskopie der Harnwege durch Inzision und intraoperativ**
- 1-693.0↔ Pyeloskopie
- 1-693.1↔ Ureterorenoskopie
- 1-693.2 Zystoskopie
- 1-693.x↔ Sonstige
- 1-693.y N.n.bez.
- 1-694 Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)**  
*Inkl.:* Diagnostische Pelviskopie  
 Diagnostische Laparoskopie mittels eines Ballonsystems  
*Exkl.:* Staging-Laparoskopie (5-401.b)
- 1-695 Diagnostische Endoskopie des Verdauungstraktes durch Inzision und intraoperativ**
- 1-695.0 Magen
- 1-695.1 Dünndarm
- 1-695.2 Dickdarm
- 1-695.4 Gallenwege
- .40 Perkutan
- .41 Perkutan-transhepatisch
- .42 Durch Inzision der Gallenwege, der Gallenblase oder über den Zystikusstumpf
- 1-695.x Sonstige
- 1-695.y N.n.bez.
- 1-696 Diagnostische Endoskopie des Douglasraumes (Kuldoskopie)**
- 1-697 Diagnostische Arthroskopie**  
*Inkl.:* Diagnostische Endoskopie periartikulär  
*Exkl.:* Therapeutische arthroskopische Gelenkspülung (5-810.0, 5-810.1)  
 Therapeutische Spülung eines Gelenkes (8-178)  
*Hinw.:* Die Gelenkspülung im Rahmen der diagnostischen Arthroskopie ist im Kode enthalten
- 1-697.0↔ Kiefergelenk
- 1-697.1↔ Schultergelenk
- 1-697.2↔ Ellenbogengelenk
- 1-697.3↔ Handgelenk
- 1-697.4↔ Thorakales Gelenk
- 1-697.5↔ Gelenk an der Wirbelsäule
- 1-697.6↔ Hüftgelenk
- 1-697.7↔ Kniegelenk
- 1-697.8↔ Oberes Sprunggelenk
- 1-697.9↔ Sonstige Gelenke am Fuß
- 1-697.a↔ Fingergelenk
- 1-697.b↔ Sonstige Gelenke an der Hand
- 1-697.x↔ Sonstige
- 1-697.y N.n.bez.
- 1-698 Diagnostische Endoskopie durch Punktion, Inzision und intraoperativ am Zentralnervensystem**  
*Inkl.:* Bohrlochtrepantation
- 1-698.0 Intrakranielle diagnostische Endoskopie
- 1-698.1 Intraspinale diagnostische Endoskopie
- 1-698.x Sonstige
- 1-698.y N.n.bez.

- 1-699    Andere diagnostische Endoskopie durch Punktion, Inzision und intraoperativ**  
1-699.0   Endoskopie der Nasennebenhöhlen  
1-699.2   Amnioskopie  
1-699.x   Sonstige  
1-699.y   N.n.bez.

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

### **1-70    Provokationstestung**

#### **1-700   Spezifische allergologische Provokationstestung**

*Inkl.:*   Kutane, orale, nasale, bronchiale, subkutane oder intravenöse allergologische Provokationstestung

          Allergologische Provokationstestung durch Stichprovokation

*Hinw.:*   Die Anwendung dieses Codes setzt die kontinuierliche ärztliche Überwachung in Notfallbereitschaft voraus

### **1-71    Pneumologische Funktionsuntersuchungen**

#### **1-710    Ganzkörperplethysmographie**

*Inkl.:*   Untersuchung mit Applikation pharmakodynamisch wirksamer Substanzen

*Hinw.:*   Spirometrie und Flussvolumenkurve sind im Code enthalten

#### **1-711    Bestimmung der CO-Diffusionskapazität**

*Inkl.:*   Single-breath- und Steady-state-Verfahren

#### **1-712    Spiroergometrie**

#### **1-713    Messung der funktionellen Residualkapazität [FRC] mit der Helium-Verdünnungsmethode**

#### **1-714    Messung der bronchialen Reaktivität**

*Inkl.:*   Untersuchung unter pharmakologischer Belastung, Kaltluft oder Laufbelastung

#### **1-715    Sechs-Minuten-Gehtest nach Guyatt**

### **1-76    Metabolische Funktionsuntersuchung**

#### **1-760    Belastungstest mit Substanzen zum Nachweis einer Stoffwechselstörung**

*Inkl.:*   Orale Leucin-, Carnitin-, Phenylpropionsäure-, Glukose-, Laktose- oder Fettbelastung  
          Intravenöse Pyruvatbelastung  
          Fastentest

*Hinw.:*   Die Anwendung dieses Codes setzt die kontinuierliche ärztliche Überwachung in Notfallbereitschaft voraus

#### **1-761    Pankreasfunktionstest mit Aspiration von Duodenalsaft über eine Duodenalsonde**

*Inkl.:*   Sekretin-Test

#### **1-762    Leberfunktionstest mit intravenöser Applikation eines C13-markierten Substrates**

*Inkl.:*   Intravenöse C13-Methacetin-Applikation

*Hinw.:*   Die Anwendung dieses Codes setzt die kontinuierliche Messung der <sup>13</sup>CO<sub>2</sub>-Abatmung über eine Atemmaske direkt am Patienten voraus

**1-77** **Palliativmedizinische, geriatrische und frührehabilitative Funktionsuntersuchung****1-770** **Multidimensionales geriatrisches Screening und Minimalassessment**

*Exkl.:* Standardisiertes geriatrisches Basisassessment (1-771)

Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (8-550)

*Hinw.:* Hier soll die Kurzform des Basisassessments kodiert werden

Die Anwendung dieses Kodes setzt die Untersuchung von mindestens drei Bereichen (z.B. Mobilität, Selbsthilfefähigkeit und Kognition) voraus, die mit standardisierten Messverfahren untersucht werden

**1-771** **Standardisiertes geriatrisches Basisassessment (GBA)**

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

*Hinw.:* Die Anwendung dieses Kodes setzt die Untersuchung von mindestens fünf Bereichen (z.B. Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Stimmung, Ernährung, Kontinenz, Kognition und soziale Situation) voraus, die mit standardisierten Messverfahren untersucht werden

**1-773** **Multidimensionales palliativmedizinisches Screening und Minimalassessment**

*Exkl.:* Standardisiertes palliativmedizinisches Basisassessment (1-774)

Palliativmedizinische Komplexbehandlung (8-982)

Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung (8-98e)

*Hinw.:* Dieser Kode ist nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben

Hier soll die Kurzform des Basisassessments kodiert werden

Die Anwendung dieses Kodes setzt die Untersuchung von mindestens drei Bereichen der Palliativversorgung (z.B. Schmerzanamnese, Symptomintensität, Lebensqualität, psychosoziale Belastetheit, Alltagskompetenz) voraus, die mit standardisierten Messverfahren untersucht werden

**1-774** **Standardisiertes palliativmedizinisches Basisassessment (PBA)**

*Exkl.:* Palliativmedizinische Komplexbehandlung (8-982)

Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung (8-98e)

*Hinw.:* Dieser Kode ist nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben

Die Anwendung dieses Kodes 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 Kode ist 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 Nutritionsstatus: 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

1-775.0 Dauer mindestens 60 bis 90 Minuten

1-775.1 Dauer mehr als 90 Minuten

### 1-79 Physiologische Funktionstests

#### 1-790 Kardiorespiratorische Polysomnographie

*Hinw.:* Dauer mindestens 6 Stunden

Obligate Verfahren: Videomonitoring, 2 x EEG, 3 x EMG, 2 x EOG, Schnarchgeräusch, Bestimmung von Körperposition, oro-nasalem Atemfluss, thorakalen und abdominalen Atemexkursionen, EKG und Pulsoxymetrie (mindestens 14 Kanäle)

Fakultative Verfahren: Ösophagusdruckmessung, Bestimmung des transkutanen Sauerstoff-/Kohlendioxid-Partialdruckes, transkranielle Dopplersonographie, Körpertemperaturmessung, Aktographie, Blutdruckmessung, Tumeszanzmessung

#### 1-791 Kardiorespiratorische Polygraphie

*Hinw.:* Dauer mindestens 6 Stunden

Obligate Verfahren: Schnarchgeräusch, Bestimmung von Körperposition, oro-nasalem Atemfluss, thorakalen und abdominalen Atemexkursionen, EKG und Pulsoxymetrie (mindestens 7 Kanäle)

Fakultative Verfahren: Ösophagusdruckmessung, Bestimmung des transkutanen Sauerstoff-/Kohlendioxid-Partialdruckes, Blutdruckmessung

#### 1-795 Multipler Schlaflatenztest (MSLT)/multipler Wachbleibetest (MWT)

*Hinw.:* Dauer mindestens 4 x 20 Minuten, Videomonitoring, 2 x EEG, 1 x EMG, 2 x EOG, EKG, ggf. Bestimmung des oro-nasalen Atemflusses (mindestens 6 Kanäle)

#### 1-797 Komplexe endokrinologische Funktionsuntersuchung

*Hinw.:* Die Anwendung eines Kodes aus diesem Bereich setzt die kontinuierliche ärztliche Überwachung in Notfallbereitschaft oder einen Zeitaufwand von mehr als 6 Stunden voraus

1-797.0 Ohne invasive Katheteruntersuchung

*Inkl.:* Durstversuch, Insulin-Basalatenermittlung, Insulinhypoglykämietest, Wachstumshormon-Spontansekretion

- 1-797.1 Mit invasiver Katheteruntersuchung  
*Inkl.:* Endokrinologische Lokalisationsdiagnostik bei hormoneller Exzessproduktion  
Radiologische Diagnostik
- 1-798 Instrumentelle 3D-Ganganalyse**
- 1-798.0 Mit Kinematik  
*Hinw.:* Hierbei ist die Erfassung der Gelenkwinkelverläufe der unteren Extremität in allen 3 Ebenen durchzuführen
- 1-798.1 Mit Kinetik  
*Hinw.:* Hierbei ist die Erfassung von Bodenreaktionskräften zur Bestimmung von Gelenkkraftmomenten und Gelenkleistungen durchzuführen
- 1-798.2 Mit Elektromyographie  
*Hinw.:* Hierbei ist die dynamische Erfassung der Muskelaktivität von Muskelgruppen der unteren Extremität beim Gehen durch Oberflächen-Elektromyographie durchzuführen
- 1-798.x Sonstige
- 1-798.y N.n.bez.
- 1-799 Instrumentelle 3D-Funktionsanalyse der Wirbelsäule**
- 1-799.0 Kurzzeitmessung  
*Hinw.:* Hierbei sollen mindestens Haltung, Dynamik, Bewegungsumfang und Form der Wirbelsäule erfasst werden
- 1-799.1 Langzeitmessung  
*Hinw.:* Hierbei ist die Erfassung der Wirbelsäulenfunktion über mindestens 12 Stunden erforderlich  
Die erforderliche Kurzzeitmessung ist nicht gesondert zu kodieren
- 1-799.x Sonstige
- 1-799.y N.n.bez.
- 1-79a Ballon-Okklusionstest einer Arterie**  
*Inkl.:* Ballon-Okklusionstest der A. carotis  
*Hinw.:* Die Ultraschalluntersuchung ist im Kode enthalten

## Explorative diagnostische Maßnahmen (1-84...1-85)

- 1-84 Diagnostische Punktion und Aspiration**  
*Exkl.:* (Nadel-)Biopsie (1-40 bis 1-49)
- 1-840 Diagnostische Punktion an Auge und Augenanhangsgebilden**
- 1-840.0↔ Vordere Augenkammer
- 1-840.1↔ Glaskörper
- 1-840.2↔ Orbita
- 1-840.x↔ Sonstige
- 1-840.y N.n.bez.
- 1-841 Diagnostische Punktion und Aspiration eines intrakraniellen Hohlraumes**  
*Exkl.:* Diagnostische Liquorpunktion (1-204.3, 1-204.4, 1-204.5)
- 1-842 Diagnostische Punktion des Perikardes [Perikardiozentese]**  
*Exkl.:* Therapeutische perkutane Punktion des Perikardes (8-152.0)
- 1-843↔ Diagnostische Aspiration aus dem Bronchus**
- 1-844↔ Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle**  
*Exkl.:* Therapeutische perkutane Punktion der Pleurahöhle (8-152.1)  
*Hinw.:* Dieser Kode ist nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben
- 1-845 Diagnostische perkutane Punktion und Aspiration der Leber**  
*Inkl.:* Punktion einer Zyste

**1-846 Diagnostische perkutane Punktion von Harnorganen**

*Inkl.:* Punktion einer Zyste

- 1-846.0↔ Niere
- 1-846.1↔ Nierenbecken
- 1-846.2↔ Ureter
- 1-846.3 Harnblase
- 1-846.x↔ Sonstige
- 1-846.y N.n.bez.

**1-847 Diagnostische perkutane Punktion und Aspiration der männlichen Geschlechtsorgane**

- 1-847.0↔ Hoden
- 1-847.1↔ Nebenhoden
- 1-847.2↔ Hydrozele
- 1-847.3↔ Spermatozele
- 1-847.4 Prostata
- 1-847.5↔ Vesiculae seminales
- 1-847.x↔ Sonstige
- 1-847.y N.n.bez.

**1-85 Andere diagnostische Punktion und Aspiration**

**1-850 Diagnostische perkutane Aspiration einer Zyste, n.n.bez.**

**1-851↔ Diagnostische (perkutane) Punktion des Ovars**

*Inkl.:* Punktion einer Zyste

**1-852 Diagnostische Amniozentese [Amnionpunktion]**

*Exkl.:* Therapeutische Amniozentese (5-753)

**1-853 Diagnostische (perkutane) Punktion und Aspiration der Bauchhöhle**

- 1-853.0 Parazentese  
*Inkl.:* Diagnostische Peritoneallavage
- 1-853.1 Douglaspunktion
- 1-853.2 Aszitespunktion  
*Exkl.:* Therapeutische Aszitespunktion (8-153)  
*Hinw.:* Dieser Kode ist nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben
- 1-853.x Sonstige
- 1-853.y N.n.bez.

**1-854 Diagnostische perkutane Punktion eines Gelenkes oder Schleimbeutels**

- 1-854.0↔ Kiefergelenk
- 1-854.1↔ Schultergelenk
- 1-854.2↔ Ellenbogengelenk
- 1-854.3↔ Handgelenk
- 1-854.4↔ Thorakales Gelenk
- 1-854.5↔ Gelenk an der Wirbelsäule
- 1-854.6↔ Hüftgelenk
- 1-854.7↔ Kniegelenk
- 1-854.8↔ Oberes Sprunggelenk
- 1-854.9↔ Sonstige Gelenke am Fuß
- 1-854.a Schleimbeutel
- 1-854.x↔ Sonstige
- 1-854.y N.n.bez.

- 1-859    Andere diagnostische Punktion und Aspiration**  
 1-859.0   Schilddrüse  
 1-859.1   Pankreas, perkutan  
           *Inkl.:*   Punktion einer (Pseudo-)Zyste  
 1-859.x    Sonstige  
 1-859.y    N.n.bez.

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

- 1-90    Psychosomatische, psychotherapeutische, (neuro-)psychologische, psychosoziale und testpsychologische Untersuchung**
- 1-900   Psychosomatische und psychotherapeutische Diagnostik**  
*Hinw.:* Ein Kode aus diesem Bereich ist nur für Leistungen anzugeben, die in Einrichtungen im Geltungsbereich des § 17b KHG erbracht wurden
- 1-900.0   Einfach  
*Hinw.:* Dauer mindestens 60 Minuten
- 1-900.1   Komplex  
*Hinw.:* Dauer mindestens 3 Stunden
- 1-901   (Neuro-)psychologische und psychosoziale Diagnostik**  
*Inkl.:* Psychologische, psychotherapeutische, psychosoziale und neuropsychologische Verfahren zur Erhebung, Indikationsstellung, Verlaufsbeurteilung und Erfolgskontrolle, ggf. Erhebung biographischer Daten  
*Hinw.:* Ein Kode aus diesem Bereich ist nur für Leistungen anzugeben, die in Einrichtungen im Geltungsbereich des § 17b KHG erbracht wurden
- 1-901.0   Einfach  
*Hinw.:* Dauer mindestens 60 Minuten
- 1-901.1   Komplex  
*Hinw.:* Dauer mindestens 3 Stunden
- 1-902   Testpsychologische Diagnostik**  
*Hinw.:* Ein Kode aus diesem Bereich ist nur für Leistungen anzugeben, die in Einrichtungen im Geltungsbereich des § 17b KHG erbracht wurden
- 1-902.0   Einfach  
*Hinw.:* Dauer mindestens 60 Minuten
- 1-902.1   Komplex  
*Hinw.:* Dauer mindestens 3 Stunden

**1-903 Aufwendige Diagnostik bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen**

*Hinw.:* Dieser Kode ist nur für Leistungen anzugeben, die in Einrichtungen im Geltungsbereich des § 17d KHG erbracht wurden

Dieser Kode ist sowohl für die voll- als auch die teilstationäre Behandlung zu verwenden und kann für jeden Tag, an dem die Kriterien erfüllt sind, angegeben werden

Die für die Diagnostik aufgewendete Zeit kann nicht für die Berechnung der

Therapieeinheiten der Primärkodes (9-60 bis 9-63) oder der Zusatzkodes (9-64) angerechnet werden

Mindestmerkmale:

- Multidisziplinäre Diagnostik zur differenzierten Einordnung der Diagnose und der bisherigen Therapien durch ein multiprofessionelles Team (Ärzte, Diplom-Psychologen) unter Leitung eines Facharztes (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie)
- Es werden die Behandlungsziele und der spezifische multiprofessionelle Therapiebedarf definiert und ein Therapieplan vereinbart
- Es werden im diagnostischen Einzelkontakt von mindestens 2 Stunden pro Tag durch die oben genannten Berufsgruppen z.B. folgende Leistungen (inklusive Auswertung) erbracht:
  - Ausführliche ärztliche oder psychologische diagnostische Gespräche (z.B. biographische Anamnese, soziale Anamnese, Familienanamnese)
  - Strukturierte Befunderhebung z.B. unter Verwendung störungsspezifischer Selbst- und Fremdbeurteilungsskalen
  - Ausführliche Differenzialdiagnostik
  - Komorbiditätsdiagnostik
  - Psychologische, psychosoziale und neuropsychologische Diagnostik zur Erhebung, Indikationsstellung, Verlaufsbeurteilung und Erfolgskontrolle
- Anerkannt werden alle Leistungen, die durch Mitarbeiter erbracht werden, die eine Ausbildung in der jeweiligen, hier genannten Berufsgruppe abgeschlossen haben und in einem dieser Berufsgruppe entsprechenden, 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

**1-904 Aufwendige Diagnostik bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen**

*Hinw.:* Dieser Kode ist nur für Leistungen anzugeben, die in Einrichtungen im Geltungsbereich des § 17d KHG erbracht wurden

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 und kann für jeden Tag, an dem die Kriterien erfüllt sind, angegeben werden

Eine somatische Diagnostik, eine Ausschlussdiagnostik oder eine somatische Behandlung sind jeweils gesondert zu kodieren

Die für die Diagnostik aufgewendete Zeit kann nicht für die Berechnung der Therapieeinheiten der Primärkodes (9-65 bis 9-68) oder der Zusatzcodes (9-69) angerechnet werden

Mindestmerkmale:

- Intensive multiprofessionelle Diagnostik zur Diagnosesicherung und Differenzialdiagnostik unter Leitung eines Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
- Die Leistungen (inklusive Auswertung) umfassen z.B. folgende Bereiche:
  - Durch Ärzte oder Psychologen: Extensive fremdanamnestic Erhebungen z.B. im schulischen/jugendhilflichen/Kindergartenumfeld oder in der erweiterten Herkunftsfamilie; standardisierte strukturierte Diagnostikverfahren mit großem Zeitaufwand beim Kind und bei Bezugspersonen im Rahmen von komplexen Störungen mit schwieriger Differenzialdiagnose und erheblicher Auswirkung der diagnostischen Entität auf die weitere Behandlung (z.B. ADOS/ADI, K-SADS, DISYPS)
  - Durch Psychologen: Aufwendige Leistungs- und Persönlichkeitsdiagnostik-Verfahren, Diagnostik von Teilleistungsstörungen; neuropsychologische Verfahren
  - Durch Ärzte und andere Berufsgruppen: Entwicklungsdiagnostik: Feinneurologische aufwendige Untersuchung auf soft signs, heilpädagogische/motopädische Diagnostik (z.B. Entwicklungstests; psychomotorische Testverfahren), ergotherapeutische Diagnostikverfahren, familiendynamische Diagnostik
  - Durch pädagogisch-pflegerische Fachkräfte: Aufwendige pädagogisch-pflegerische Verhaltensbeobachtung, ggf. mit gezielten Symptomchecklisten, Eltern-Kind-Interaktionsbeobachtung ggf. videogestützt
- Es müssen mindestens 4 Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten pro Tag erbracht werden
- Anerkannt werden alle Leistungen, die durch Mitarbeiter erbracht werden, die eine Ausbildung in der jeweiligen, hier genannten Berufsgruppe abgeschlossen haben und in einem dieser Berufsgruppe entsprechenden, 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

**1-91****Diagnostik bei chronischen Schmerzzuständen****1-910****Multidisziplinäre algesiologische Diagnostik**

*Hinw.:* Mit diesem Kode ist die standardisierte multidisziplinäre (somatische, psychologische und psychosoziale) Diagnostik bei Patienten mit chronischen Schmerzzuständen zu kodieren, die 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 -fehlgebrauch
- schmerzunterhaltende psychische Begleiterkrankung
- gravierende somatische Begleiterkrankung

Dieser Kode erfordert:

- die Mitarbeit von mindestens zwei Fachdisziplinen (davon eine psychiatrische, psychosomatische oder psychologisch-psychotherapeutische Disziplin)
- eine psychometrische und physische Funktionstestung mit anschließender Teambesprechung zur Erstellung eines Therapieplanes

Die Anwendung dieses Kodes setzt die Zusatzqualifikation Spezielle Schmerztherapie bei der/dem Verantwortlichen voraus

- 1-911      **Erweiterte apparativ-überwachte interventionelle Schmerzdiagnostik mit standardisierter Erfolgskontrolle****  
*Inkl.:* Kontrollierte diagnostische Injektion und Infiltration in Organe und Gewebe unter Anwendung eines bildgebenden Verfahrens oder eines Neurostimulators  
 Testung von Medikamenten zur Schmerzdiagnostik durch systemische oder regionale Applikation  
*Hinw.:* Dieser Kode umfasst die Dokumentation und Auswertung der erwünschten neurophysiologischen und analgetischen sowie der unerwünschten Wirkungen über einen Zeitraum von mindestens 12 Stunden und die daraus resultierende Erstellung eines schriftlichen Behandlungsplanes
- 1-912      **Neurophysiologische apparative Testverfahren zur Schmerzdiagnostik****  
*Inkl.:* Apparative Verfahren wie Schmerzschwellenmessung, somatosensorische Testung oder Funktionsmessung am sympathischen Nervensystem  
 Alle zur Schmerzdiagnostik geeigneten Methoden unter Einsatz funktioneller bildgebender oder elektrophysiologischer Verfahren
- 1-92      **Medizinische Evaluation zur Transplantation****
- 1-920      **Medizinische Evaluation und Entscheidung über die Indikation zur Transplantation****  
*Hinw.:* Der Zeitpunkt der Aufnahme auf die Warteliste kann auch nach dem stationären Aufenthalt liegen, in dem die vollständige Evaluation durchgeführt wurde
- 1-920.0      **Vollständige Evaluation, ohne Aufnahme eines Patienten auf eine Warteliste zur Organtransplantation**  
 .00    Nierentransplantation  
 .01    Herztransplantation  
 .02    Lungentransplantation  
 .03    Herz-Lungen-Transplantation  
 .04    Lebertransplantation  
 .05    Pankreastransplantation  
 .06    Dünndarmtransplantation
- 1-920.1      **Teilweise Evaluation, ohne Aufnahme eines Patienten auf eine Warteliste zur Organtransplantation**  
*Inkl.:* Abbruch der Evaluation  
 .10    Nierentransplantation  
 .11    Herztransplantation  
 .12    Lungentransplantation  
 .13    Herz-Lungen-Transplantation  
 .14    Lebertransplantation  
 .15    Pankreastransplantation  
 .16    Dünndarmtransplantation
- 1-920.2      **Vollständige Evaluation, mit Aufnahme eines Patienten auf eine Warteliste zur Organtransplantation**  
*Hinw.:* Ein Kode aus diesem Bereich darf pro geplanter Transplantation nur einmal angegeben werden  
 .20    Nierentransplantation  
 .21    Herztransplantation  
 .22    Lungentransplantation  
 .23    Herz-Lungen-Transplantation  
 .24    Lebertransplantation  
 .25    Pankreastransplantation  
 .26    Dünndarmtransplantation
- 1-920.3      **Re-Evaluation, mit Aufnahme oder Verbleib eines Patienten auf eine(r) Warteliste zur Organtransplantation**  
 .30    Nierentransplantation  
 .31    Herztransplantation  
 .32    Lungentransplantation  
 .33    Herz-Lungen-Transplantation  
 .34    Lebertransplantation  
 .35    Pankreastransplantation  
 .36    Dünndarmtransplantation

- 1-920.4 Re-Evaluation, mit Herausnahme eines Patienten aus einer Warteliste zur Organtransplantation
- .40 Nierentransplantation
  - .41 Herztransplantation
  - .42 Lungentransplantation
  - .43 Herz-Lungen-Transplantation
  - .44 Lebertransplantation
  - .45 Pankreastransplantation
  - .46 Dünndarmtransplantation
- 1-920.x Sonstige

## **1-93 Infektiologisches Monitoring**

### **1-930 Infektiologisches Monitoring**

#### **1-930.0 Infektiologisch-mikrobiologisches Monitoring bei Immunsuppression**

*Inkl.:* Patienten mit Immunkompromittierung

*Hinw.:* Monitoring auf Infektionen (z.B. durch *M. tuberculosis*, nicht tuberkulöse Mykobakterien, Mykoplasmen, Legionellen, Zytomegalie-Virus, Herpes-simplex-Virus, Varicella-Zoster-Virus, *Chlamydia pneumoniae*, *Pneumocystis carinii* (jiroveci), *Toxoplasma gondii*, *Aspergillus* und andere Fadenpilze sowie *Candida*) mit speziellen Methoden (Nukleinsäurenachweis, Antigennachweis, Spezialkulturen) bei Immunsuppression  
Das infektiologisch-mikrobiologische Monitoring beinhaltet immer die Untersuchung mehrerer Erreger

- 1-930.1 Quantitative Virus-Nukleinsäurebestimmung
- 1-930.3 Bestimmung der HI-Viruslast zur Verlaufsbeurteilung
- 1-930.4 Genotypische oder phänotypische Resistenzbestimmung von Viren (HI-Viren oder Hepatitis-B-Virus) gegen antiretrovirale Substanzen

## **1-94 Komplexe Diagnostik**

### **1-940 Komplexe Diagnostik bei hämatologischen und onkologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen**

*Hinw.:* Mindestmerkmale:

- Umfassende Diagnostik im Rahmen der Initial- und Verlaufsdiagnostik 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

### **1-941 Komplexe Diagnostik bei Leukämien**

*Hinw.:* Mindestmerkmale:

- Umfassende Diagnostik im Rahmen der Initial- bzw. Rezidivdiagnostik einer Erkrankung aus den Kategorien C90 - C95 und D46 der ICD-10-GM

#### **1-941.0 Komplexe Diagnostik ohne HLA-Typisierung**

*Hinw.:* Mindestmerkmale: Alle nachfolgenden Leistungen müssen im Rahmen desselben stationären Aufenthaltes erbracht werden:

- Knochenmarkpunktion/Knochenmarkaspiration
- Durchführung folgender Zusatzuntersuchungen: Morphologische Beurteilung, Immunphänotypisierung/FACS-Analyse [Fluorescence-activated cell sorting], klassische Zytogenetik, mindestens ein molekularbiologisches Verfahren (z.B. FISH, PCR, Array)

- 1-941.1 **Komplexe Diagnostik mit HLA-Typisierung**  
*Hinw.:* Mindestmerkmale: Alle nachfolgenden Leistungen müssen im Rahmen desselben stationären Aufenthaltes erbracht werden:
- Knochenmarkpunktion/Knochenmarkaspiration
  - Durchführung folgender Zusatzuntersuchungen: Morphologische Beurteilung, Immunphänotypisierung/FACS-Analyse [Fluorescence-activated cell sorting], klassische Zytogenetik, mindestens ein molekularbiologisches Verfahren (z.B. FISH, PCR, Array)
  - Hochauflösende HLA-Typisierung mit Bestimmung von HLA-A, HLA-B, HLA-C, HLA-DR, HLA-DQ
- 1-942 Komplexe neuropädiatrische Diagnostik**  
*Hinw.:* Alle nachfolgenden Leistungen müssen im Rahmen desselben stationären Aufenthaltes erbracht werden  
 Die Codes sind nur für Patienten bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres anzugeben  
 Alle im OPS einzeln kodierbaren diagnostischen Maßnahmen sind gesondert zu kodieren (z.B. EEG, Muskel-, Nerv- oder Hautbiopsie)  
 Mindestmerkmale:
- Kranielle Magnetresonanztomographie in Sedierung oder i.v.-Anästhesie
  - Lumbalpunktion mit mindestens folgenden Untersuchungen: Zytologie, Mikrobiologie, Liquorkultur, Nachweis von Gesamteiweiß und Glukose im Liquor
  - Neurophysiologische Diagnostik (mindestens EEG)
- 1-942.0 Ohne weitere Maßnahmen
- 1-942.1 Mit neurometabolischer Labordiagnostik und/oder infektiologischer/autoimmunentzündlicher Labordiagnostik  
*Hinw.:* Zur neurometabolischen Labordiagnostik gehören z.B. die Bestimmung von organischen Säuren, Aminosäuren, Acyl-Carnitine, ultralangkettige Fettsäuren, Guanidinoacetat, Oligosaccharide, Mukopolysaccharide, Neurotransmitter, Abklärung der angeborenen Störung der Glykosylierung  
 Zur infektiologischen/autoimmunentzündlichen Labordiagnostik gehören z.B. die Untersuchung auf oligoklonale Banden, Zytomegalievirus, Toxoplasmosis, Herpes-simplex-Virus, Rubella, Varizella-zoster-Virus, Lues  
 Es müssen insgesamt mindestens 3 dieser Untersuchungen erfolgen
- 1-942.2 Mit erweiterter genetischer Diagnostik  
*Hinw.:* Zur erweiterten genetischen Diagnostik gehören die Untersuchungen zur Abklärung mindestens einer Verdachtsdiagnose wie z.B. DiGeorge-Syndrom, Rett-Syndrom, Angelmann-Syndrom, Fragiles-X-Syndrom, spinale Muskelatrophie, myotone Dystrophie, Mutation des SCN1A-Gens, Prader-Willi-Syndrom, sonstige Mikrodeletionssyndrome
- 1-942.3 Mit neurometabolischer Labordiagnostik und/oder infektiologischer/autoimmunentzündlicher Labordiagnostik und erweiterter genetischer Diagnostik  
*Hinw.:* Es müssen die Bedingungen von Kode 1-942.1 und von Kode 1-942.2 erfüllt sein
- 1-943 Komplexe Diagnostik bei Verdacht auf Lungenerkrankungen bei Kindern und Jugendlichen**  
*Hinw.:* Alle nachfolgenden Leistungen müssen im Rahmen desselben stationären Aufenthaltes erbracht werden  
 Die Codes sind nur für Patienten bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres anzugeben  
 Sedierungen und Anästhesien bei Untersuchungen, die gewöhnlich ohne Sedierung oder Anästhesie durchgeführt werden, sind gesondert zu kodieren (8-90)  
 Alle im OPS einzeln kodierbaren diagnostischen Maßnahmen sind gesondert zu kodieren (z.B. Lungenbiopsie, Bronchoskopie)  
 Mindestmerkmale:
- Bronchoskopie
  - Bronchoalveoläre Lavage mit Mikrobiologie und Virologie (z.B. Polymerase-Kettenreaktion [PCR] oder Antigen-Nachweis) sowie Zytologie oder Histologie
  - Kontinuierliche Messung der Sauerstoffsättigung über mindestens 12 Stunden
  - Lungenphysiologische Diagnostik in Abhängigkeit vom Alter des Kindes (z.B. durch Impulsoszillometrie oder durch Ganzkörperplethysmographie und Fluß-Volumen-Kurve)
- 1-943.0 Ohne weitere Maßnahmen
- 1-943.1 Mit Lungenbiopsie mit Immunhistochemie oder Elektronenmikroskopie
- 1-943.2 Mit hochauflösender oder Spiral-Computertomographie

- 1-943.3 Mit Lungenbiopsie mit Immunhistochemie oder Elektronenmikroskopie und mit hochauflösender oder Spiral-Computertomographie
- 1-944 Basisdiagnostik bei unklarem Symptomkomplex bei Neugeborenen und Säuglingen**  
*Hinw.:* Alle nachfolgenden Leistungen müssen im Rahmen desselben stationären Aufenthaltes erbracht werden  
Sedierungen und Anästhesien bei Untersuchungen, die gewöhnlich ohne Sedierung oder Anästhesie durchgeführt werden, sind gesondert zu kodieren (8-90)  
Alle im OPS einzeln kodierbaren diagnostischen Maßnahmen sind gesondert zu kodieren (z.B. EEG, Muskel-, Nerv- oder Hautbiopsie)  
Mindestmerkmale:
- Ein ausführliches Konsil von jeweils mindestens 30 Minuten von mindestens 3 Fachdisziplinen (z.B. Humangenetik, Kinderradiologie, Pathologie, Neuropädiatrie, Kinder-Endokrinologie und Diabetologie, Kinderchirurgie, Kinderkardiologie, HNO-Heilkunde, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Gynäkologie, Kinder-Orthopädie)
- Durchführung von mindestens 4 Untersuchungen aus mindestens 2 der folgenden Bereiche:
- Infektiologische, endokrinologische oder metabolische Untersuchungen inklusive Funktionstests (außer Astrup, Routine-Neugeborenencreening)
  - Stoffwechselfdiagnostik (z.B. Bestimmungen von oder mit Enzymen, (Tandem-) Massenspektrometrie, Gaschromatographie, Hochdruck-Flüssigkeitschromatographie, Gelchromatographie oder Dünnschichtchromatographie)
  - Röntgenkontrast-, CT- oder MRT-Untersuchung
  - Lumbalpunktion mit Zytologie, Mikrobiologie und Serologie und/oder Polymerase-Kettenreaktion [PCR]
  - (Neuro)Physiologische Diagnostik (mindestens EEG oder EKG)
- 1-944.0 Ohne weitere Maßnahmen
- 1-944.1 Mit erweiterter molekulargenetischer Diagnostik  
*Hinw.:* Zur erweiterten molekulargenetischen Diagnostik gehören die Untersuchungen zur Abklärung mindestens einer Verdachtsdiagnose wie z.B. DiGeorge-Syndrom, Rett-Syndrom, Angelmann-Syndrom, Fragiles-X-Syndrom, spinale Muskelatrophie, myotone Dystrophie, Mutation des SCN1A-Gens, Prader-Willi-Syndrom, sonstige Mikrodeletionssyndrome
- 1-944.2 Mit Chromosomenanalyse (Zytogenetische Diagnostik)  
*Hinw.:* Zur zytogenetischen Diagnostik (Chromosomenanalyse) gehören die Untersuchungen zur Abklärung mindestens einer Verdachtsdiagnose wie z.B. Down-Syndrom
- 1-944.3 Mit erweiterter molekulargenetischer Diagnostik und Chromosomenanalyse (Zytogenetische Diagnostik)

- 1-945 Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit**  
*Hinw.:* Mit diesem Kode ist die standardisierte und multiprofessionelle (somatische, psychologische und psychosoziale) Diagnostik bei Verdacht auf Kindesmisshandlung, -missbrauch und -vernachlässigung sowie bei Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom [Münchhausen syndrome by proxy] zu kodieren  
 Alle nachfolgenden Leistungen müssen im Rahmen desselben stationären Aufenthaltes erbracht werden  
 Die Kodes sind nur für Patienten bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres anzugeben  
 Mindestmerkmale:
- Multiprofessionelles Team (Ärzte, Sozialarbeiter, Psychologen, Fachkräfte für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege) unter Leitung eines Facharztes (Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Kinderchirurgie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie)
  - Mehrdimensionale Diagnostik von jeweils mindestens 30 Minuten in mindestens 3 Disziplinen wie Kinder- und Jugendmedizin, Kinderchirurgie, Kinderradiologie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychologie und Sozialdienst bzw. solchen mit Expertise für Kinderschutz und/oder für Patienten des Kindes- und Jugendalters (z.B. Rechtsmedizin, Chirurgie, Radiologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Gynäkologie, Neurologie und Neurochirurgie, Ophthalmologie, Zahnmedizin und Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie). Es werden im diagnostischen Einzelkontakt durch die oben genannten Berufsgruppen alle folgenden Leistungen erbracht:
    - Ausführliche ärztliche oder psychologische diagnostische Gespräche (biographische Anamnese, soziale Anamnese, Familienanamnese)
    - Verhaltens- und Interaktionsbeobachtung
    - Strukturierte Befunderhebung und Befunddokumentation unter Verwendung spezifischer Anamnese- und Befundbögen
  - Durchführung von mindestens einer Fallbesprechung mit mindestens 3 Fachdisziplinen zusammen mit einer Fachkraft für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege mit Dokumentation
  - Ggf. Kontaktaufnahme mit der Jugendhilfe
- 1-945.0 Ohne weitere Maßnahmen  
 1-945.1 Mit Durchführung von mindestens einer spezifisch protokollierten Fallkonferenz  
*Hinw.:* Die Fallkonferenz findet unter Mitwirkung der einbezogenen Fachdisziplinen sowie einem Vertreter der Jugendhilfe und zumeist der Eltern/Sorgeberechtigten mit einer Dauer von mindestens 30 Minuten und mit Erstellung eines Therapie- und Hilfeplanes statt

## **1-99** Andere diagnostische Maßnahmen

- 1-990 Ex-vivo-Zellkultursystem zur prätherapeutischen Chemosensibilitätstestung**  
*Inkl.:* Testung von bis zu 7 Medikamenten  
*Hinw.:* Bei Testung von mehr als 7 Medikamenten ist der jeweilige Kode erneut anzugeben
- 1-990.0 Durch Analyse der genomischen DNA-Synthese  
 1-990.1 Durch Analyse von Parametern des Metabolismus  
*Inkl.:* ATP-Gehalt oder Aktivität der Atmungskette mit Farbstoffen  
 1-990.2 Durch Analyse von Parametern der Apoptose  
*Inkl.:* Anfärben toter oder apoptotischer Zellen oder Messung der Caspasenaktivität  
 1-990.x Sonstige
- 1-991 Molekulares Monitoring der Resttumorlast [MRD]**
- 1-991.0 Molekulargenetische Identifikation und Herstellung von patientenspezifischen Markern für die Bestimmung der Resttumorlast (Minimal Residual Diseases (MRD))  
*Inkl.:* PCR- und Sequenzanalyse zur Markeridentifikation  
 Sensitivitäts- und Spezifitätstestung  
*Hinw.:* Dieser Kode ist nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben
- 1-991.1 Patientenspezifische molekulargenetische Quantifizierung der Resttumorlast (MRD-Monitoring)  
*Hinw.:* Es sind mindestens 2 quantitative Polymerasekettenreaktionen (PCR) pro Untersuchung der Resttumorlast durchzuführen

- 1-992 Durchführung von Genmutationsanalysen und Genexpressionsanalysen bei soliden bösartigen Neubildungen**  
*Inkl.:* Analysen zur Prognosebestimmung und zur Therapieplanung und -steuerung bei einem malignen Tumor, z.B. PCR- und Sequenzanalyse, FISH, Immunhistochemische Analyse (ICA)  
*Exkl.:* Komplexe neuropädiatrische Diagnostik mit erweiterter genetischer Diagnostik (1-942.2) Basisdiagnostik bei unklarem Symptomkomplex bei Neugeborenen und Säuglingen mit erweiterter genetischer Diagnostik (1-944.1)  
*Hinw.:* Ein Kode aus diesem Bereich ist jeweils nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben
- 1-992.0 Analyse von 1 bis 2 genetischen Alterationen  
1-992.2 Analyse von 3 bis 12 genetischen Alterationen  
1-992.3 Analyse von 13 und mehr genetischen Alterationen
- 1-993 Automatisierte Anreicherung mit immunzytochemischer Detektion zirkulierender Tumorzellen [CTC]**
- 1-994 In-vitro-Bestimmung des Genexpressionsprofils mittels RNA aus Monozyten des peripheren Blutes bei Zustand nach Transplantation**
- 1-999 Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen**  
*Hinw.:* Die folgenden Positionen sind ausschließlich zur Kodierung von Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen zu benutzen, sofern sie nicht schon im Kode selbst enthalten sind. Sie dürfen nicht als selbständige Codes benutzt werden und sind nur im Sinne einer Zusatzkodierung zulässig
- 1-999.0 Anwendung eines bronchopulmonalen elektromagnetischen Navigationssystems  
*Inkl.:* Verwendung eines steuerbaren Katheters
- 1-999.1 Fluoreszenzgestützte diagnostische Verfahren  
1-999.2 Diagnostische Anwendung eines flexiblen Ureterorenoskops



## 3 BILDGEBENDE DIAGNOSTIK

### Ultraschalluntersuchungen (3-03...3-05)

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

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

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

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

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

#### **3-030 Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mit Kontrastmittel**

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

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

#### **3-031 Komplexe differenzialdiagnostische transthorakale Stress-Echokardiographie**

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

#### **3-032 Komplexe sonographische Erkrankungs- und Fehlbildungsdiagnostik bei Feten**

*Hinw.:* Die Anwendung dieses Codes setzt das Vorhandensein eines auffälligen Befundes nach Routinediagnostik voraus

#### **3-033 Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie bei Neugeborenen und Kleinkindern**

##### **3-033.0 Sonographie des Körperstammes**

*Hinw.:* Die Anwendung dieses Codes setzt den Einsatz der Farbdopplersonographie voraus  
Die Anwendung dieses Codes setzt die Untersuchung von mindestens 4 Organen (z.B. Leber, Milz, Pankreas, Gallenwege, Nieren oder Herz) voraus. Die regionalen Lymphknotenstationen gehören zum jeweiligen Organ dazu

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

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

#### **3-035 Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung**

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

#### **3-036 Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie bei Weichteiltumoren mit quantitativer Vermessung**

*Inkl.:* Farbdopplersonographie, Sonographie zur postinterventionellen Kontrolle

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

#### **3-05 Endosonographie**

*Inkl.:* Duplexsonographie

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

#### **3-050 Endosonographie von Mundhöhle und Hypopharynx**

#### **3-051 Endosonographie des Ösophagus**

#### **3-052 Transösophageale Echokardiographie [TEE]**

*Inkl.:* Untersuchung der großen Gefäße

- 3-053 Endosonographie des Magens**
- 3-054 Endosonographie des Duodenums**
- 3-055 Endosonographie der Gallenwege**
- 3-056 Endosonographie des Pankreas**
- 3-057 Endosonographie des Kolons**
- 3-058 Endosonographie des Rektums**
- 3-059 Endosonographie der Bauchhöhle [Laparoskopische Sonographie]**
- 3-05a Endosonographie des Retroperitonealraumes**  
*Inkl.:* Untersuchung der Nebennieren
- 3-05b Endosonographie der Harnblase und der Urethra**
  - 3-05b.0 Transrektal
  - 3-05b.1 Transurethral
- 3-05c Endosonographie der männlichen Geschlechtsorgane**
  - 3-05c.0 Transrektal
  - 3-05c.1 Transurethral
- 3-05d Endosonographie der weiblichen Geschlechtsorgane**
- 3-05e Endosonographie der Blutgefäße**
- 3-05f Transbronchiale Endosonographie**
- 3-05g Endosonographie des Herzens**
  - 3-05g.0 Intravaskulärer Ultraschall der Koronargefäße [IVUS]
  - 3-05g.1 Intrakoronare Flussmessung
  - 3-05g.2 Intrakardiale Echokardiographie [ICE]  
*Inkl.:* Flussmessung
  - 3-05g.x Sonstige
- 3-05x Andere Endosonographie**

## **Projektionsradiographie (3-10...3-13)**

*Hinw.:* Die Basisverfahren der Projektionsradiographie sind nicht zu kodieren  
Die Anwendung von 3D/4D-Technik und die intraoperative Anwendung der Verfahren sind gesondert zu kodieren (3-99)  
Die zusätzliche quantitative Bestimmung von Parametern ist gesondert zu kodieren (3-993)

### **3-10 Projektionsradiographie mit Spezialverfahren**

- 3-100 Mammographie**
  - 3-100.0 Eine oder mehr Ebenen
  - 3-100.1 Präparatradiographie

### **3-13 Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren**

*Exkl.:* Endoskopisch-retrograde Cholangiographie [ERC] (1-640)  
Endoskopisch-retrograde Pankreatikographie [ERP] (1-641)  
Endoskopisch-retrograde Cholangiopankreatikographie [ERCP] (1-642)

- 3-130 Myelographie**
- 3-131 Diskographie**
- 3-134 Pharyngographie**

- 3-135 Bronchographie**
- 3-136 Galaktographie**
- 3-137 Ösophagographie**
- 3-138 Gastrographie**
- 3-139 Isolierte Dünndarmdarstellung [Enteroklysm]**
- 3-13a Kolonkontrastuntersuchung**
- 3-13b Magen-Darm-Passage (fraktioniert)**
- 3-13c Cholangiographie**
  - 3-13c.0 Intravenös
  - 3-13c.1 Perkutan-transhepatisch [PTC]
  - 3-13c.2 Über T-Drainage  
*Exkl.:* Intraoperative Cholangiographie über T-Drainage (3-13c.3)
  - 3-13c.3 Durch Zugang im Rahmen einer Laparotomie oder Laparoskopie  
*Inkl.:* Intraoperative Cholangiographie über T-Drainage
- 3-13d Urographie**
  - 3-13d.0 Intravenös
  - 3-13d.5↔ Retrograd
  - 3-13d.6↔ Perkutan
- 3-13e Miktionszystourethrographie**
- 3-13f Zystographie**
- 3-13g Urethrographie**
- 3-13h Hysterosalpingographie**
- 3-13j Vasovesikulographie**
- 3-13k Arthrographie**
- 3-13m Fistulographie**
- 3-13n Sinugraphie**
- 3-13p Projektionsradiographie der Leber mit Kontrastmittel**
- 3-13x Andere Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren**

## Computertomographie (CT) (3-20...3-26)

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

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

Die virtuelle 3D-Rekonstruktionstechnik ist gesondert zu kodieren (3-994)

Die Anwendung eines 3D-Bildwandlers ist gesondert zu kodieren (3-996)

- 3-20 Computertomographie (CT), nativ**  
*Hinw.:* Eine durchgeführte Biopsie ist gesondert zu kodieren (1-40 bis 1-49)
- 3-200 Native Computertomographie des Schädels**  
*Inkl.:* Kraniozervikaler Übergang
- 3-201 Native Computertomographie des Halses**
- 3-202 Native Computertomographie des Thorax**
- 3-203 Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark**

- 3-204** Native Computertomographie des Herzens
- 3-205** Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems  
*Inkl.:* Gelenke
- 3-206** Native Computertomographie des Beckens
- 3-207** Native Computertomographie des Abdomens
- 3-208** Native Computertomographie der peripheren Gefäße
- 3-20x** Andere native Computertomographie
- 3-22** **Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel**  
*Hinw.:* Eine durchgeführte Biopsie ist gesondert zu kodieren (1-40 bis 1-49)  
Die in gleicher Sitzung durchgeführte native Computertomographie ist im Kode enthalten
- 3-220** **Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel**  
*Inkl.:* Kraniozervikaler Übergang
- 3-221** **Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel**
- 3-222** **Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel**  
*Inkl.:* Computertomographie der A. pulmonalis mit Kontrastmittel
- 3-223** **Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel**
- 3-224** **Computertomographie des Herzens mit Kontrastmittel**
  - 3-224.0 In Ruhe
  - 3-224.1 Unter physischer Belastung
  - 3-224.2 Unter pharmakologischer Belastung
  - 3-224.3 CT-Koronarangiographie  
*Hinw.:* Dieser Kode setzt die Durchführung der CT-Koronarangiographie mindestens mit einem 64-Schicht-Multidetektorgerät voraus
    - .30 Ohne Bestimmung der fraktionellen myokardialen Flussreserve [FFRmyo]
    - .31 Mit Bestimmung der fraktionellen myokardialen Flussreserve [FFRmyo]
  - 3-224.x Sonstige
- 3-225** **Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel**
- 3-226** **Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel**
- 3-227** **Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems mit Kontrastmittel**  
*Inkl.:* Gelenke
- 3-228** **Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel**
- 3-22x** **Andere Computertomographie mit Kontrastmittel**
- 3-24** **Computertomographie (CT), Spezialverfahren**
  - 3-240 CT-Ventrikulographie
  - 3-241 CT-Myelographie
  - 3-24x Andere Computertomographie-Spezialverfahren
- 3-26** **Elektronenstrahltomographie (EBT)**
  - 3-260 Elektronenstrahltomographie des Gehirns
  - 3-261 Elektronenstrahltomographie des Herzens
  - 3-262 Elektronenstrahltomographie der peripheren Gefäße
  - 3-26x Andere Elektronenstrahltomographie

## Optische Verfahren (3-30...3-30)

### **3-30** Optische laserbasierte Verfahren

#### **3-300** Optische Kohärenztomographie (OCT)

- 3-300.0 Retina
- 3-300.1 Koronargefäße
- 3-300.2 Haut
- 3-300.x Sonstige
- 3-300.y N.n.bez.

#### **3-301** Konfokale Mikroskopie

- 3-301.0 Verdauungstrakt, endoskopisch  
*Inkl.:* Konfokale Mikroskopie der Papilla duodeni major
- 3-301.1↔ Auge  
*Inkl.:* Konfokale Hornhautmikroskopie
- 3-301.2 Haut  
*Inkl.:* Endothelmikroskopie
- 3-301.x Sonstige
- 3-301.y N.n.bez.

#### **3-30x** Andere laserbasierte Verfahren mit digitaler Bildverarbeitung

## Darstellung des Gefäßsystems (3-60...3-69)

### **3-60** Arteriographie

- Inkl.:* Digitale Subtraktionsangiographie
- Exkl.:* Koronarangiographie (1-275)  
Ventrikulographie (1-276.2)

#### **3-600** Arteriographie der intrakraniellen Gefäße

#### **3-601** Arteriographie der Gefäße des Halses

- Inkl.:* Extrakranielle himerversorgende Gefäße

#### **3-602** Arteriographie des Aortenbogens

#### **3-603** Arteriographie der thorakalen Gefäße

#### **3-604** Arteriographie der Gefäße des Abdomens

- Inkl.:* Viszerale Gefäße, indirekte Splenoportographie

#### **3-605** Arteriographie der Gefäße des Beckens

#### **3-606↔** Arteriographie der Gefäße der oberen Extremitäten

#### **3-607↔** Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten

#### **3-608** Superselektive Arteriographie

#### **3-60a** Arteriographie der Rückenmarkgefäße (Spinale Arteriographie)

#### **3-60x** Andere Arteriographie

### **3-61** Phlebographie

- Inkl.:* Digitale Subtraktionsangiographie

#### **3-610** Phlebographie der intrakraniellen Gefäße

**3-611 Phlebographie der Gefäße von Hals und Thorax**

- 3-611.0 Obere Hohlvene
- 3-611.1 Pulmonalvenen
- 3-611.2 Koronarsinusvenen
- 3-611.x Sonstige

**3-612 Phlebographie der Gefäße von Abdomen und Becken**

- 3-612.0 Untere Hohlvene
- 3-612.1 Nierenvene
- 3-612.2 Milzvene
- 3-612.3 Mesenterialvenen
- 3-612.4 Iliakalvenen
- 3-612.5 Pfortader
- 3-612.x Sonstige

**3-613↔ Phlebographie der Gefäße einer Extremität**

**3-614↔ Phlebographie der Gefäße einer Extremität mit Darstellung des Abflussbereiches**

*Hinw.:* Ergänzend zu den tiefen Venen am Arm Darstellung der V. subclavia, V. anonyma und V. cava superior sowie zu den tiefen Venen am Bein Darstellung der V. iliaca externa, V. iliaca communis und V. cava inferior

**3-615 Kavernosographie**

**3-61x Andere Phlebographie**

**3-62 Lymphographie**

- 3-620 Lymphographie einer Extremität
- 3-621 Lymphographie von zwei Extremitäten
- 3-62x Andere Lymphographie

**3-69 Andere Darstellung des Gefäßsystems**

**3-690↔ Angiographie am Auge**

**Nuklearmedizinische diagnostische Verfahren  
(3-70...3-76)**

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

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

Die Dosimetrie zur Therapieplanung ist gesondert zu kodieren (3-995)

**3-70 Szintigraphie**

**3-700 Szintigraphie von Gehirn und Liquorräumen**

**3-701 Szintigraphie der Schilddrüse**

**3-702 Szintigraphie anderer endokriner Organe**

- 3-702.0 Nebenschilddrüse
- 3-702.1 Nebenniere
- 3-702.x Sonstige

**3-703 Szintigraphie der Lunge**

- 3-703.0 Perfusionsszintigraphie
- 3-703.1 Ventilationsszintigraphie

- 3-703.2 Perfusions- und Ventilationsszintigraphie
- 3-704 Radionuklidventrikulographie des Herzens**  
*Exkl.:* Myokardszintigraphie (3-721)
- 3-704.0 Radionuklidventrikulographie in Ruhe
- 3-704.1 Radionuklidventrikulographie unter physischer Belastung
- 3-704.2 Radionuklidventrikulographie unter pharmakologischer Belastung
- 3-704.x Sonstige
- 3-705 Szintigraphie des Muskel-Skelett-Systems**  
*Hinw.:* Die Ein-Phasen-Szintigraphie ist die Szintigraphie in der Spät- bzw. Knochenphase  
 Die Mehr-Phasen-Szintigraphie besteht aus der statischen Szintigraphie in der Frühphase,  
 ggf. mit Perfusionsszintigraphie, und der Szintigraphie in der Spätphase
- 3-705.0 Ein-Phasen-Szintigraphie
- 3-705.1 Mehr-Phasen-Szintigraphie
- 3-706 Szintigraphie der Nieren**
- 3-706.0 Statisch
- 3-706.1 Dynamisch  
*Inkl.:* Clearancebestimmung, Diuresestimulation und ggf. Refluxprüfung
- 3-707 Szintigraphie des Gastrointestinaltraktes**
- 3-707.0 Speicheldrüsen  
*Inkl.:* Bestimmung von Uptake und Exkretion
- 3-707.1 Ösophagus  
*Inkl.:* Bestimmung der Passagezeit
- 3-707.2 Magen  
*Inkl.:* Bestimmung der Passagezeit
- 3-707.3 Intestinum  
*Inkl.:* Intestinale Blutungsdiagnostik
- 3-707.4 Kolon  
*Inkl.:* Bestimmung der Kolontransitzeit
- 3-707.5 Nachweis eines Meckel-Divertikels
- 3-707.6 Hepatobiliäre Sequenzszintigraphie
- 3-707.x Sonstige
- 3-708 Szintigraphie der Blutgefäße**
- 3-708.0 Intraarterielle Applikation  
*Hinw.:* Mit diesem Kode ist z.B. die Bestimmung des Lungenschunts vor geplanter  
 Radioembolisation von Lebertumoren zu kodieren
- 3-708.1 Intravenöse Applikation  
*Inkl.:* Szintigraphie zur Hirntoddiagnostik
- 3-709 Szintigraphie des Lymphsystems**
- 3-709.0 Planare Lymphszintigraphie zur Lokalisationsdiagnostik  
*Inkl.:* Darstellung des Lymphabflusses aus Tumoren
- 3-709.x Sonstige  
*Inkl.:* Quantitative Bestimmung des Lymphabflusses der Extremitäten
- 3-70a Szintigraphie des hämatopoetischen Systems**
- 3-70a.0 Knochenmark oder retikuloendotheliales System von Leber und Milz
- 3-70a.1 Bestimmung der Thrombozytenüberlebenszeit  
*Inkl.:* Leber-Milz-Szintigraphie mit Bestimmung des Thrombozytenabbaus
- 3-70a.2 Bestimmung der Erythrozytenüberlebenszeit und des Erythrozytenabbauortes
- 3-70a.3 Bestimmung des Blutvolumens
- 3-70a.4 Messungen zur Erythropoese (Ferrokinetik)
- 3-70a.x Sonstige

**3-70b Resorptions- und Exkretionstests mit Radionukliden**

- 3-70b.0 Radiojod-2-Phasentest
- 3-70b.1 Schillingtest
- 3-70b.2 SeHCA-Test
- 3-70b.3 Messung der Eisenresorption
- 3-70b.x Sonstige

**3-70c Ganzkörper-Szintigraphie zur Lokalisationsdiagnostik**

- 3-70c.0 Ganzkörper-Szintigraphie mit Radiojod  
*Hinw.:* Ein Kode aus diesem Bereich ist nur einmal pro Behandlungsfall anzugeben  
 .00 Ohne Gabe von rekombinantem Thyreotropin (rh-TSH)  
 .01 Mit Gabe von rekombinantem Thyreotropin (rh-TSH)  
*Hinw.:* Dieser Kode ist nur von der Klinik zu verwenden, bei der der Aufwand für die Gabe von rekombinantem Thyreotropin im Rahmen der stationären oder vorstationären Behandlung entstanden ist
- 3-70c.1 Tumorszintigraphie mit tumorselektiven Substanzen  
*Hinw.:* Zu den tumorselektiven Substanzen gehören z.B. Antikörper oder rezeptorgerichtete Substanzen
- 3-70c.2 Ganzkörper-Szintigraphie zur Entzündungsdiagnostik
- 3-70c.x Sonstige

**3-70d Teilkörper-Szintigraphie zur Lokalisationsdiagnostik**

- 3-70d.0 Teilkörper-Szintigraphie des Herzens mit rezeptorgerichteten Substanzen  
*Inkl.:* Teilkörper-Szintigraphie mit 123-Jod-Meta-Jod-Benzylguanidin [MIBG]
- 3-70d.x Sonstige

**3-70x Andere Szintigraphien**

**3-72 Single-Photon-Emissionscomputertomographie (SPECT)**

**3-720 Single-Photon-Emissionscomputertomographie des Gehirns**

- 3-720.0 Mit Perfusionsmarkern
- 3-720.1 Mit rezeptorgerichteten Substanzen  
 .10 Mit Dopamin-Transporter-Liganden  
*Inkl.:* SPECT mit Jod-123-Ioflupan  
 .11 Mit Dopamin-Rezeptor-Liganden  
*Inkl.:* SPECT mit 123-Jodbenzamidin (IBZM)  
 .1x Mit sonstigen rezeptorgerichteten Substanzen
- 3-720.x Sonstige

**3-721 Single-Photon-Emissionscomputertomographie des Herzens**

- Hinw.:* Unter Anwendung von Perfusions- oder Vitalitätsmarkern
- 3-721.0 Myokardszintigraphie in Ruhe  
 .00 Ohne EKG-Triggerung  
 .01 Mit EKG-Triggerung
- 3-721.1 Myokardszintigraphie unter physischer Belastung  
 .10 Ohne EKG-Triggerung  
 .11 Mit EKG-Triggerung
- 3-721.2 Myokardszintigraphie unter pharmakologischer Belastung  
 .20 Ohne EKG-Triggerung  
 .21 Mit EKG-Triggerung
- 3-721.x Sonstige

**3-722 Single-Photon-Emissionscomputertomographie der Lunge**

- 3-722.0 Perfusions-Single-Photon-Emissionscomputertomographie
- 3-722.1 Ventilations-Single-Photon-Emissionscomputertomographie
- 3-722.2 Perfusions- und Ventilations-Single-Photon-Emissionscomputertomographie

**3-724 Teilkörper-Single-Photon-Emissionscomputertomographie ergänzend zur planaren Szintigraphie***Hinw.:* Die durchgeführte Szintigraphie ist gesondert zu kodieren (3-70)

3-724.0 Knochen

3-724.1 Herz

*Inkl.:* SPECT mit 123-Jod-Meta-Jod-Benzylguanidin [MIBG]

3-724.x Sonstige

**3-72x Andere Single-Photon-Emissionscomputertomographie****3-73 Single-Photon-Emissionscomputertomographie mit Computertomographie (SPECT/CT)****3-730 Single-Photon-Emissionscomputertomographie mit Computertomographie (SPECT/CT) des Gehirns****3-731 Single-Photon-Emissionscomputertomographie mit Computertomographie (SPECT/CT) des Herzens****3-732 Single-Photon-Emissionscomputertomographie mit Computertomographie (SPECT/CT) der Lunge**

3-732.0 Mit Niedrigdosis-Computertomographie zur Schwächungskorrektur

3-732.1 Mit diagnostischer Computertomographie

3-732.x Sonstige

**3-733 Single-Photon-Emissionscomputertomographie mit Computertomographie (SPECT/CT) des Skelettsystems**

3-733.0 Mit Niedrigdosis-Computertomographie zur Schwächungskorrektur

3-733.1 Mit diagnostischer Computertomographie

3-733.x Sonstige

**3-73x Andere Single-Photon-Emissionscomputertomographie mit Computertomographie (SPECT/CT)****3-74 Positronenemissionstomographie (PET) mit Vollring-Scanner****3-740 Positronenemissionstomographie des Gehirns****3-741 Positronenemissionstomographie des Herzens****3-742 Positronenemissionstomographie des gesamten Körperstammes****3-74x Andere Positronenemissionstomographie****3-75 Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT)****3-750 Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT) des Gehirns****3-751 Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT) des Herzens****3-752 Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT) des gesamten Körperstammes**

3-752.0 Mit Niedrigdosis-Computertomographie zur Schwächungskorrektur

3-752.1 Mit diagnostischer Computertomographie

3-752.x Sonstige

**3-753 Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT) des ganzen Körpers**

3-753.0 Mit Niedrigdosis-Computertomographie zur Schwächungskorrektur

3-753.1 Mit diagnostischer Computertomographie

3-753.x Sonstige

- 3-754 Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT) des gesamten Körperstammes und des Kopfes**
- 3-754.0 Mit Niedrigdosis-Computertomographie zur Schwächungskorrektur
- .00 Mit rezeptorgerichteten Peptiden  
*Inkl.:* DOTA-markierte Somatostatinrezeptorliganden
- .0x Mit sonstigen rezeptorgerichteten Substanzen
- 3-754.1 Mit diagnostischer Computertomographie
- .10 Mit rezeptorgerichteten Peptiden  
*Inkl.:* DOTA-markierte Somatostatinrezeptorliganden
- .1x Mit sonstigen rezeptorgerichteten Substanzen
- 3-754.x Sonstige
- 3-75x Andere Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT)**

### **3-76 Sondenmessungen und Inkorporationsmessungen**

- 3-760 Sondenmessung im Rahmen der SLNE (Sentinel Lymphnode Extirpation)**
- 3-761 Sondenmessung bei der Parathyreoidektomie**
- 3-762 Sondenmessung zur Tumorlokalisierung**
- 3-763 Teilkörper-Inkorporationsmessungen**
- 3-764 Ganzkörpermessungen mit dem Ganzkörper-Inkorporationsmessplatz**
- 3-765 Sondenmessung zur intraoperativen Leckageüberwachung bei isolierter bzw. hyperthermer Extremitätenperfusion**

## **Magnetresonanztomographie (MRT) (3-80...3-84)**

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

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

Die virtuelle 3D-Rekonstruktionstechnik ist gesondert zu kodieren (3-994)

### **3-80 Magnetresonanztomographie (MRT), nativ**

*Hinw.:* Eine durchgeführte Biopsie ist gesondert zu kodieren (1-40 bis 1-49)

- 3-800 Native Magnetresonanztomographie des Schädels**  
*Inkl.:* Kraniozervikaler Übergang  
Gesichtsschädel  
*Exkl.:* Magnetresonanztomographie (3-840)
- 3-801 Native Magnetresonanztomographie des Halses**
- 3-802 Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark**  
*Exkl.:* Magnetresonanztomographie (3-841)
- 3-803 Native Magnetresonanztomographie des Herzens**
- 3-803.0 In Ruhe
- 3-803.1 Unter physischer Belastung
- 3-803.2 Unter pharmakologischer Belastung
- 3-803.x Sonstige
- 3-804 Native Magnetresonanztomographie des Abdomens**
- 3-805 Native Magnetresonanztomographie des Beckens**
- 3-806 Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems**
- 3-807 Native Magnetresonanztomographie der Mamma**
- 3-808 Native Magnetresonanztomographie der peripheren Gefäße**

- 3-809** Native Magnetresonanztomographie des Thorax
- 3-80b** Native Magnetresonanztomographie des Feten  
*Hinw.:* Die Bestimmung fetaler und feto-pelviner Maße ist im Kode enthalten
- 3-80x** Andere native Magnetresonanztomographie
- 3-82** **Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel**  
*Hinw.:* Eine durchgeführte Biopsie ist gesondert zu kodieren (1-40 bis 1-49)  
Die in gleicher Sitzung durchgeführte native Magnetresonanztomographie ist im Kode enthalten
- 3-820** **Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel**  
*Inkl.:* Kraniozervikaler Übergang  
Gesichtsschädel  
*Exkl.:* Magnetresonanztomographie (3-840)
- 3-821** **Magnetresonanztomographie des Halses mit Kontrastmittel**
- 3-822** **Magnetresonanztomographie des Thorax mit Kontrastmittel**
- 3-823** **Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel**  
*Exkl.:* Magnetresonanztomographie (3-841)
- 3-824** **Magnetresonanztomographie des Herzens mit Kontrastmittel**
- 3-824.0 In Ruhe
- 3-824.1 Unter physischer Belastung
- 3-824.2 Unter pharmakologischer Belastung
- 3-824.x Sonstige
- 3-825** **Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel**
- 3-826** **Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems mit Kontrastmittel**
- 3-827** **Magnetresonanztomographie der Mamma mit Kontrastmittel**
- 3-828** **Magnetresonanztomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel**
- 3-82a** **Magnetresonanztomographie des Beckens mit Kontrastmittel**
- 3-82b** **Magnetresonanztomographie des Feten mit Kontrastmittel**  
*Hinw.:* Die Bestimmung fetaler und feto-pelviner Maße ist im Kode enthalten
- 3-82x** **Andere Magnetresonanztomographie mit Kontrastmittel**
- 3-84** **Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren**  
*Inkl.:* Funktionelle MRT und MR-Spektroskopie
- 3-840** **Magnetresonanztomographie - Ventrikulographie**
- 3-841** **Magnetresonanztomographie - Myelographie**
- 3-842** **Magnetresonanztomographie - Sialographie**
- 3-843** **Magnetresonanztomographie - Cholangiopankreatikographie [MRCP]**
- 3-843.0 Ohne Sekretin-Unterstützung
- 3-843.1 Mit Sekretin-Unterstützung
- 3-844** **Magnetresonanztomographie - Arthrographie**
- 3-84x** **Andere Magnetresonanztomographie - Spezialverfahren**

## **Andere bildgebende Verfahren (3-90...3-90)**

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

## **Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren (3-99...3-99)**

- 3-99**    **Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren**  
*Hinw.:* Die folgenden Positionen sind ausschließlich zur Kodierung von Zusatzinformationen zur bildgebenden Diagnostik zu benutzen, sofern sie nicht schon im Code selbst enthalten sind. Sie dürfen nicht als selbständige Codes benutzt werden und sind nur im Sinne einer Zusatzkodierung zulässig
- 3-990    **Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung**
- 3-991    **Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung**
- 3-992    **Intraoperative Anwendung der Verfahren**
- 3-993    **Quantitative Bestimmung von Parametern**  
*Hinw.:* Unter "quantitativ" ist z.B. die Messung von Organfunktionen, Flussparametern, Volumenfluss oder Widerstandsindices zu verstehen
- 3-994    **Virtuelle 3D-Rekonstruktionstechnik**
- 3-995    **Dosimetrie zur Therapieplanung**
- 3-996    **Anwendung eines 3D-Bildwandlers**  
*Hinw.:* Dieser Code kann als Zusatzcode zu einem Code aus dem Kap. 5 angegeben werden
- 3-997    **Computertechnische Bildfusion verschiedener bildgebender Modalitäten**  
*Inkl.:* PET oder PET/CT mit MRT
- 3-998    **Serieller Vergleich von mehr als zwei PET- oder PET/CT-Untersuchungen**

## 5 OPERATIONEN

### Operationen am Nervensystem (5-01...5-05)

- 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)  
 Die Anwendung von minimalinvasiver Technik ist, sofern nicht als eigener Kode angegeben, zusätzlich zu kodieren (5-986)  
 Die Anwendung eines OP-Roboters ist, sofern nicht als eigener Kode angegeben, zusätzlich zu kodieren (5-987)  
 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)  
 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 Anwendung fluoreszenzgestützter Resektionsverfahren ist, sofern nicht als eigener Kode angegeben, zusätzlich zu kodieren (5-989)  
 Die Anwendung eines Endoskopiesystems ist gesondert zu kodieren (5-059.b), wenn der Kode für den Eingriff diese Information nicht enthält

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

- Inkl.:* Operationen an intrakraniellen Anteilen von Hirnnerven oder intrakraniellen Ganglien  
*Hinw.:* Eine durchgeführte präoperative Epilepsiediagnostik ist gesondert zu kodieren (1-210 f.)

#### **5-010 Schädelöffnung über die Kalotte**

- Exkl.:* Kraniotomie und Kraniektomie als selbständiger Eingriff (5-012)  
 Stereotaktische Operationen (5-014)  
*Hinw.:* Dieser Kode ist lediglich zur Angabe des Zuganges im Rahmen einer Operation zu verwenden  
 Ausgenommen sind stereotaktische Operationen (5-014)

#### 5-010.0 Kraniotomie (Kalotte)

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

#### 5-010.1 Kraniektomie (Kalotte)

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

#### 5-010.2 Bohrlochtrepanation

#### 5-010.3 Stereotaktisch geführt

#### 5-010.4 Kombinationen

#### 5-010.x Sonstige

#### 5-010.y N.n.bez.

**5-011 Zugang durch die Schädelbasis**

*Hinw.:* Dieser Kode ist lediglich zur Angabe des Zuganges im Rahmen einer Operation zu verwenden

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

**5-012 Inzision der Schädelknochen [Kraniotomie und Kraniektomie]**

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

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

**5-013 Inzision von Gehirn und Hirnhäuten**

*Inkl.:* Instillation von Medikamenten

*Exkl.:* Stereotaktische Operationen (5-014)

Inzision von intrakraniellen Gefäßen (5-025.0)

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

- 5-013.0 Drainage von subduraler Flüssigkeit  
*Inkl.:* Fensterung oder Entfernung einer Membran  
Drainage einer nicht infektiösen Zyste
- 5-013.1 Entleerung eines subduralen Hämatoms  
*Inkl.:* Drainage
- 5-013.2 Entleerung eines subduralen Empyems  
*Inkl.:* Drainage
- 5-013.3 Drainage intrazerebraler Flüssigkeit  
*Inkl.:* Drainage intrazerebellärer Flüssigkeit  
Drainage einer nicht infektiösen Zyste

- 5-013.4 Entleerung eines intrazerebralen Hämatoms  
*Inkl.:* Entleerung eines intrazerebellären Hämatoms  
Drainage
- 5-013.5 Entleerung eines intrazerebralen Abszesses  
*Inkl.:* Entleerung eines intrazerebellären Abszesses  
Entleerung einer infektiösen Zyste
- 5-013.6 Entfernung eines intrazerebralen Fremdkörpers  
*Inkl.:* Entfernung eines intrazerebellären Fremdkörpers
- 5-013.7 Leukotomie [Lobotomie] und Traktotomie  
*Inkl.:* Ausschaltung epileptogener Herde
- .70 Cingulotomie
  - .71 Pallidotomie
  - .72 Thalamotomie
  - .73 Callosotomie
  - .74 Multiple subpiale Transsektionen, unilobulär
  - .75 Multiple subpiale Transsektionen, multilobulär
  - .76 Multiple Lobotomie  
*Inkl.:* Hemisphärotomie bzw. funktionelle Hemisphärektomie
  - .7x Sonstige
- 5-013.8 Debridement einer Kontusion
- 5-013.x Sonstige
- 5-013.y N.n.bez.
- 5-014 Stereotaktische Operationen an Schädel, Gehirn und Hirnhäuten**  
*Exkl.:* Stereotaktische Biopsie an intrakraniellm Gewebe (1-511)  
*Hinw.:* Der Zugang ist im Kode enthalten  
Die stereotaktische Lokalisation ist im Kode enthalten
- 5-014.0 Entleerung intrakranieller Flüssigkeit  
*Inkl.:* Entleerung einer nicht infektiösen Zyste  
*Exkl.:* Stereotaktische Eingriffe am Liquorsystem (5-014.3)
- 5-014.1 Entleerung eines intrakraniellen Hämatoms
- 5-014.2 Entleerung eines intrakraniellen Abszesses  
*Inkl.:* Entleerung einer infektiösen Zyste
- 5-014.3 Eingriffe am Liquorsystem
- 5-014.4 Unterbrechung von Bahnsystemen  
*Inkl.:* Ausschaltung epileptogener Herde
- 5-014.6 Implantation und Explantation von radioaktivem Material als selbständiger Eingriff (interstitielle Brachytherapie)  
*Hinw.:* Die genaue Form der Brachytherapie ist gesondert zu kodieren (8-524, 8-525)
- .60 Implantation entfernbarer Strahler in einer Ebene
  - .61 Implantation entfernbarer Strahler in mehreren Ebenen
  - .62 Implantation nicht entfernbarer Strahler in einer Ebene
  - .63 Implantation nicht entfernbarer Strahler in mehreren Ebenen
  - .64 Explantation von radioaktivem Material
- 5-014.7 Implantation von Gewebe
- 5-014.8 Instillation von Medikamenten als selbständiger Eingriff
- 5-014.9 Implantation oder Wechsel von intrazerebralen Elektroden  
*Inkl.:* Neurophysiologische und klinisch-neurologische Untersuchung und Ersteinstellung  
Kranielle Zielpunktberechnung und Ventrikulographie
- .90 Implantation von temporären Mikroelektroden zur monolokulären Ableitung und Stimulation
  - .92 Implantation oder Wechsel eines permanenten Einzelektrodensystems zur Dauerstimulation
  - .93 Implantation oder Wechsel eines permanenten Mehrelektrodensystems zur Dauerstimulation
  - .94 Implantation von temporären Mikroelektroden zur multilokulären Ableitung und Stimulation, 1 bis 5 Elektroden
  - .95 Implantation von temporären Mikroelektroden zur multilokulären Ableitung und Stimulation, 6 bis 10 Elektroden

- .96 Implantation von temporären Mikroelektroden zur multilokulären Ableitung und Stimulation, 11 und mehr Elektroden
- .9x Sonstige
- 5-014.a Implantation oder Wechsel von intrazerebralen Kathetern zur intraventrikulären Infusion
- 5-014.b Revision von intrazerebralen Elektroden  
*Inkl.:* Neurophysiologische und klinisch-neurologische Untersuchung und Ersteinstellung
- .b0 Permanentes Einzelelektrodensystem zur Dauerstimulation
- .b1 Permanentes Mehrelektrodensystem zur Dauerstimulation
- 5-014.c Revision von intrazerebralen Kathetern zur intraventrikulären Infusion
- 5-014.d Instillation von magnetischen Nanopartikeln  
*Hinw.:* Die nachfolgende Thermotheapie ist gesondert zu kodieren (8-651)
- 5-014.x Sonstige
- 5-014.y N.n.bez.
- 5-015 Exzision und Destruktion von erkranktem intrakraniellm Gewebe**  
*Exkl.:* Stereotaktische Operationen (5-014)  
Exzision und Destruktion von intrakraniellen Gefäßen (5-025)  
Exzision und Destruktion von intrakraniellen Anteilen von Hirnnerven und Ganglien (5-017)  
*Hinw.:* Der Zugang ist gesondert zu kodieren (5-010, 5-011)
- 5-015.0 Intrazerebrales Tumorgewebe, hirneigen
- 5-015.1 Intrazerebrales Tumorgewebe, nicht hirneigen
- 5-015.2 Intrazerebrales sonstiges erkranktes Gewebe  
*Inkl.:* Ausschaltung epileptogener Herde
- .20 Monolobulär
- .21 Multilobulär
- 5-015.3 Hirnhäute, Tumorgewebe ohne Infiltration von intrakraniellm Gewebe  
*Inkl.:* Exzision eines Meningeoms
- 5-015.4 Hirnhäute, Tumorgewebe mit Präparation von infiltriertem Nachbargewebe  
*Inkl.:* Exzision eines Meningeoms
- 5-015.5 Hirnhäute, sonstiges erkranktes Gewebe
- 5-015.x Sonstige
- 5-015.y N.n.bez.
- 5-016 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Schädelknochen**  
*Inkl.:* Gleichzeitige Exzision von Schädelknochen und Hirnhäuten  
*Exkl.:* Behandlung einer Impressionsfraktur (5-020.1)  
Exzision von erkranktem Gewebe der Gesichtsschädelknochen (5-770 ff.)  
*Hinw.:* Der Zugang ist gesondert zu kodieren (5-010, 5-011)
- 5-016.0 Schädelbasis, Tumorgewebe
- .00 Vordere Schädelgrube
- .01 Mittlere Schädelgrube
- .02 Hintere Schädelgrube
- .03 Kombination mehrerer Schädelgruben
- 5-016.1 Schädelbasis, sonstiges erkranktes Gewebe
- .10 Vordere Schädelgrube
- .11 Mittlere Schädelgrube
- .12 Hintere Schädelgrube
- .13 Kombination mehrerer Schädelgruben
- 5-016.2 Kalotte, Tumorgewebe
- 5-016.3 Kalotte, sonstiges erkranktes Gewebe  
*Inkl.:* Debridement von infektiösem Gewebe
- 5-016.4 Schädelbasis und Hirnhäute, Tumorgewebe  
*Exkl.:* Exzision eines Meningeoms (5-015.3, 5-015.4)
- .40 Vordere Schädelgrube
- .41 Mittlere Schädelgrube
- .42 Hintere Schädelgrube
- .43 Kombination mehrerer Schädelgruben

- 5-016.5 Schädelbasis und Hirnhäute, sonstiges erkranktes Gewebe  
 .50 Vordere Schädelgrube  
 .51 Mittlere Schädelgrube  
 .52 Hintere Schädelgrube  
 .53 Kombination mehrerer Schädelgruben
- 5-016.6 Kalotte und Hirnhäute, Tumorgewebe  
*Exkl.:* Exzision eines Meningeoms (5-015.3, 5-015.4)
- 5-016.7 Kalotte und Hirnhäute, sonstiges erkranktes Gewebe  
*Inkl.:* Debridement von infektiösem Gewebe
- 5-016.x Sonstige
- 5-016.y N.n.bez.
- 5-017 Inzision, Resektion und Destruktion an intrakraniellen Anteilen von Hirnnerven und Ganglien**  
*Hinw.:* Der Zugang ist gesondert zu kodieren (5-010, 5-011)
- 5-017.0 Durchtrennung  
*Inkl.:* Neurotomie  
 .00 N. trigeminus  
 .01 N. vestibulocochlearis  
 .0x Sonstige
- 5-017.1 Resektion  
*Inkl.:* Tumorresektion
- 5-017.2 Destruktion
- 5-017.x Sonstige
- 5-017.y N.n.bez.
- 5-018 Mikrovaskuläre Dekompression von intrakraniellen Nerven**  
*Hinw.:* Der Zugang ist gesondert zu kodieren (5-010, 5-011)
- 5-018.0 Ohne Implantat (Zwischenpolster)
- 5-018.1 Mit Implantation von autogenem Material
- 5-018.2 Mit Implantation von alloplastischem Material
- 5-018.x Sonstige
- 5-018.y N.n.bez.
- 5-02 Andere Operationen an Schädel, Gehirn und Hirnhäuten**  
*Inkl.:* Rekonstruktion, Verschluss und sonstige Operationen an intrakraniellen Blutgefäßen  
*Hinw.:* Der Zugang ist gesondert zu kodieren (5-010, 5-011)
- 5-020 Kranioplastik**  
*Hinw.:* Die Entnahme eines Knochentransplantates ist gesondert zu kodieren (5-783)
- 5-020.0 Eröffnung der Schädelnähte
- 5-020.1 Behandlung einer Impressionsfraktur  
*Exkl.:* Reposition einer Stirnhöhlenwandfraktur (5-767)  
 .10 Elevation einer geschlossenen Fraktur  
 .11 Elevation einer offenen Fraktur  
 .12 Elevation einer offenen Fraktur mit Debridement  
 .1x Sonstige
- 5-020.2 Schädeldach mit Transposition (mit zuvor entferntem Schädelknochenstück)
- 5-020.3 Schädeldach mit Transplantation
- 5-020.4 Schädelbasis  
*Exkl.:* Rekonstruktion der Stirnhöhlenvorder- und Stirnhöhlenhinterwand (5-225.1, 5-225.2)
- 5-020.5 Frontoorbital, zur Verlagerung
- 5-020.6 Rekonstruktion von Hirn- und Gesichtsschädel oder Gesichtsschädel, allein  
 .60 Mit Transplantation  
 .61 Mit einfachem Implantat (z.B. Knochenzement)

- .65 Rekonstruktion des Gesichtsschädels ohne Beteiligung des Hirnschädels (bis zu 2 Regionen) mit computerassistent vorgefertigtem Implantat [CAD-Implantat]
- .66 Rekonstruktion des Gesichtsschädels ohne Beteiligung des Hirnschädels (ab 3 Regionen) mit computerassistent vorgefertigtem Implantat [CAD-Implantat]
- .67 Rekonstruktion des Gehirnschädels mit Beteiligung von Orbita, Temporalregion oder frontalem Sinus (bis zu 2 Regionen) mit computerassistent vorgefertigtem Implantat [CAD-Implantat]
- .68 Rekonstruktion des Gehirnschädels mit Beteiligung multipler Regionen des Gesichtsschädels (ab 3 Regionen) mit computerassistent vorgefertigtem Implantat [CAD-Implantat]
- .69 Rekonstruktion des Gesichtsschädels ohne Beteiligung des Hirnschädels mit nicht resorbierbarem, mikroporösem Material mit fibrovaskulärer Integration
- .6a Rekonstruktion des Hirn- und Gesichtsschädels mit nicht resorbierbarem, mikroporösem Material mit fibrovaskulärer Integration
- 5-020.7 **Rekonstruktion des Hirnschädels ohne Beteiligung des Gesichtsschädels, mit alloplastischem Material**
  - .70 Mit einfachem Implantat (z.B. Knochenzement)
  - .71 Mit computerassistent vorgefertigtem Implantat [CAD-Implantat], einfacher Defekt
  - .72 Mit computerassistent vorgefertigtem Implantat [CAD-Implantat], großer oder komplexer Defekt
  - .73 Mit nicht resorbierbarem, mikroporösem Material mit fibrovaskulärer Integration
- 5-020.8 **Osteosynthese durch ultraschallgeformtes, resorbierbares Material**  
*Hinw.:* Dieser Kode ist ein Zusatzkode. Die durchgeführten Eingriffe sind gesondert zu kodieren
- 5-020.x **Sonstige**
- 5-020.y **N.n.bez.**
- 5-021 Rekonstruktion der Hirnhäute**  
*Inkl.:* Kombinierte Rekonstruktion von Hirnhäuten und Schädelknochen  
 Verwendung von klebbarem Material zur Durchführung einer Duraplastik  
*Hinw.:* Die Entnahme eines Knochentransplantates ist gesondert zu kodieren (5-783)
- 5-021.0 **Duraplastik an der Konvexität**
- 5-021.1 **Duraplastik, laterobasal**
- 5-021.2 **Duraplastik, frontobasal**  
*Inkl.:* Verschluss einer Liquorfistel
- 5-021.3 **Duraplastik am kraniozervikalen Übergang**
- 5-021.4 **Duraplastik mit Kranioplastik an der Konvexität**
- 5-021.5 **Duraplastik mit Kranioplastik, laterobasal**
- 5-021.6 **Duraplastik mit Kranioplastik, frontobasal**  
*Exkl.:* Rekonstruktion der Stirnhöhlenvorder- und Stirnhöhlenhinterwand (5-225.1, 5-225.2)
- 5-021.7 **Duraplastik mit Kranioplastik am kraniozervikalen Übergang**
- 5-021.x **Sonstige**
- 5-021.y **N.n.bez.**
- 5-022 Inzision am Liquorsystem**  
*Exkl.:* Stereotaktische Operationen (5-014)  
 Therapeutische Punktion des zerebralen Liquorsystems (8-151.4)  
 Diagnostische Liquorpunktion (1-204.2, 1-204.3, 1-204.4)  
 Diagnostische Punktion und Aspiration eines intrakraniellen Hohlraumes (1-841)  
*Hinw.:* Die Anwendung eines Endoskopiesystems ist gesondert zu kodieren (5-059.b)
- 5-022.0 **Anlegen einer externen Drainage**
  - .00 Ventrikulär
  - .01 Zisternal
  - .02 Subdural
  - .0x Sonstige
- 5-022.1 **Anlegen eines Reservoirs**
  - .10 Ventrikulär
  - .11 Zisternal
  - .12 Subdural
  - .13 Intrazystisch
  - .1x Sonstige

- 5-022.2 Stomien  
 .20 Ventrikulozisternostomie  
 .21 Zystozisternostomie  
 .22 Subdurozisternostomie  
 .23 Zystoventrikulostomie  
 .2x Sonstige
- 5-022.x Sonstige
- 5-022.y N.n.bez.
- 5-023 Anlegen eines Liquorshuntes [Shunt-Implantation]**
- 5-023.0 Ableitung in den Herzvorhof  
*Hinw.:* Die Implantation eines telemetrischen Shuntsensors ist gesondert zu kodieren (5-023.3)  
 .00 Ventrikuloatrial  
 .01 Zisternoatrial  
 .02 Subduroatrial  
 .0x Sonstige
- 5-023.1 Ableitung in den Peritonealraum  
*Hinw.:* Die Implantation eines telemetrischen Shuntsensors ist gesondert zu kodieren (5-023.3)  
 .10 Ventrikuloperitoneal  
 .11 Zisternoperitoneal  
 .12 Subduroperitoneal  
 .1x Sonstige
- 5-023.2 Ableitung in den Pleuraspalt  
*Hinw.:* Die Implantation eines telemetrischen Shuntsensors ist gesondert zu kodieren (5-023.3)  
 .20 Ventrikulopleural  
 .21 Zisternopleural  
 .22 Subduropleural  
 .2x Sonstige
- 5-023.3 Implantation oder Wechsel eines telemetrischen Shuntsensors  
*Hinw.:* Dieser Kode ist ein Zusatzkode. Er kann auch angegeben werden, wenn der telemetrische Shuntsensor zu einem bestehenden Shuntsystem zusätzlich implantiert wird. In diesen Fällen ist als Primärkode die Revision des zentralen Katheters anzugeben (5-024.1)
- 5-023.x Sonstige
- 5-023.y N.n.bez.
- 5-024 Revision und Entfernung von Liquorableitungen**
- 5-024.0 Revision eines Ventils  
*Inkl.:* Wechsel des Ventils  
 Implantation eines weiteren Ventils
- 5-024.1 Revision eines zentralen Katheters  
*Inkl.:* Wechsel des zentralen Katheters
- 5-024.2 Revision eines peripheren Katheters  
*Inkl.:* Wechsel des peripheren Katheters  
*Hinw.:* Der Zugang ist hier nicht gesondert zu kodieren
- 5-024.3 Revision, komplett  
*Inkl.:* Kompletter Wechsel einer Liquorableitung
- 5-024.4 Probatorisches Abklemmen des peripheren Katheters  
*Hinw.:* Der Zugang ist hier nicht gesondert zu kodieren
- 5-024.5 Umwandlung eines Liquorshuntes (oder Hirnwasserableitung) in eine Mehrfachableitung
- 5-024.6 Entfernung eines Liquorshuntes (oder Hirnwasserableitung)
- 5-024.7 Entfernung einer externen Drainage
- 5-024.8 Entfernung eines Reservoirs
- 5-024.9 Revision einer Pumpe zur Liquorableitung  
*Hinw.:* Der Zugang ist hier nicht gesondert zu kodieren
- 5-024.x Sonstige
- 5-024.y N.n.bez.

**5-025 Inzision, Exzision, Destruktion und Verschluss von intrakraniellen Blutgefäßen**

*Inkl.:* Operationen bei Aneurysmen und arterio-venösen Malformationen

- 5-025.0 Inzision  
*Inkl.:* Inzision zur Embolektomie
- 5-025.1 Exzision einer vaskulären Läsion
- 5-025.2 Präparation und Resektion
- 5-025.3 Präparation und Abklippen, intrazerebral
- 5-025.4 Präparation und Abklippen, extrazerebral
- 5-025.5 Präparation und Destruktion, intrazerebral
- 5-025.6 Präparation und Destruktion, extrazerebral
- 5-025.7 Abklippen
- 5-025.8 Ligatur  
*Inkl.:* Obliteration einer Carotis-Sinus-cavernosus-Fistel
- 5-025.9 Sonstige kombinierte Verfahren
- 5-025.x Sonstige
- 5-025.y N.n.bez.

**5-026 Rekonstruktion von intrakraniellen Blutgefäßen**

*Inkl.:* Operationen bei Aneurysmen

- 5-026.0 Naht (nach Verletzung)
- 5-026.1 Muskelumscheidung
- 5-026.2 Umscheidung mit alloplastischem Material
- 5-026.3 Kombinierte Verfahren
- 5-026.x Sonstige
- 5-026.y N.n.bez.

**5-027 Anlegen eines Bypasses und Transposition von intrakraniellen Blutgefäßen**

- 5-027.0 Extra-intrakranieller Bypass ohne Interponat [Transposition]
- 5-027.1 Extra-intrakranieller Bypass mit Interponat
- 5-027.2 Intra-intrakranieller Bypass ohne Interponat [Transposition]
- 5-027.3 Intra-intrakranieller Bypass mit Interponat
- 5-027.x Sonstige
- 5-027.y N.n.bez.

**5-028 Funktionelle Eingriffe an Schädel, Gehirn und Hirnhäuten**

*Exkl.:* Stereotaktische Operationen (5-014)  
Leukotomie und Traktotomie (5-013.7)

- 5-028.1 Implantation oder Wechsel einer Medikamentenpumpe zur intraventrikulären Infusion
  - .10 Vollimplantierbare Medikamentenpumpe mit konstanter Flussrate
  - .11 Vollimplantierbare Medikamentenpumpe mit programmierbarem variablen Tagesprofil
  - .1x Sonstige
- 5-028.2 Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode (z.B. Epilepsiechirurgie)
 

*Inkl.:* Neurophysiologische und klinisch-neurologische Untersuchung und Ersteinstellung

  - .20 Implantation einer temporären Neurostimulationselektrode zur kortikalen Teststimulation
  - .21 Implantation oder Wechsel einer permanenten Neurostimulationselektrode zur kortikalen Dauerstimulation
  - .23 Implantation oder Wechsel eines Oberflächenelektrodensträgers zur auditorischen Hirnstammstimulation
  - .24 Implantation oder Wechsel eines Oberflächenelektrodensträgers und eines Trägers für penetrierende Elektroden zur auditorischen Hirnstamm- oder Mittelhirnstimulation
  - .2x Sonstige
- 5-028.3 Revision eines Neurostimulators zur Hirnstimulation
- 5-028.4 Revision einer Medikamentenpumpe zur intraventrikulären Infusion
- 5-028.5 Revision einer permanenten Neurostimulationselektrode zur Dauerstimulation
 

*Inkl.:* Neurophysiologische und klinisch-neurologische Untersuchung und Ersteinstellung

- 5-028.6 Entfernung eines Neurostimulators zur Hirnstimulation oder einer Medikamentenpumpe zur intraventrikulären Infusion
- 5-028.7 Entfernung einer Neurostimulationselektrode
- 5-028.8 Entfernung eines intrazerebralen Katheters zur intraventrikulären Infusion
- 5-028.9 Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Hirnstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode  
*Inkl.:* Neurophysiologische und klinisch-neurologische Untersuchung und Ersteinstellung  
*Exkl.:* Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Hirnstimulation ohne Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode (5-028.a ff.)  
*Hinw.:* Die Implantation oder der Wechsel der Neurostimulationselektrode sind gesondert zu kodieren (5-028.2 ff., 5-014.9 ff.)  
 Ein Kode aus diesem Bereich ist auch zu verwenden bei zweizeitiger Implantation einer Neurostimulationselektrode und eines Neurostimulators zur Hirnstimulation während desselben stationären Aufenthaltes
- .90 Einkanalssystem, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar
- .91 Mehrkanalsystem, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar
- .92 Mehrkanalsystem, vollimplantierbar, wiederaufladbar
- 5-028.a Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Hirnstimulation ohne Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode  
*Inkl.:* Neurophysiologische und klinisch-neurologische Untersuchung und Ersteinstellung  
*Exkl.:* Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Hirnstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode (5-028.9 ff.)  
*Hinw.:* Der Zugang ist hier nicht gesondert zu kodieren
- .a0 Einkanalssystem, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar
- .a1 Mehrkanalsystem, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar
- .a2 Mehrkanalsystem, vollimplantierbar, wiederaufladbar
- 5-028.b Implantation eines temporären subduralen Neuroelektrodensystems (Grid)
- .b0 1 bis 5 subdurale Neuroelektrodensysteme mit 1 bis 31 Kontakten pro System
- .b1 6 bis 10 subdurale Neuroelektrodensysteme mit 1 bis 31 Kontakten pro System
- .b2 11 und mehr subdurale Neuroelektrodensysteme mit 1 bis 31 Kontakten pro System
- .b3 1 subdurales Neuroelektrodensystem mit 32 und mehr Kontakten pro System
- .b4 2 und mehr subdurale Neuroelektrodensysteme mit 32 und mehr Kontakten pro System
- 5-028.x Sonstige
- 5-028.y N.n.bez.
- 5-029 Andere Operationen an Schädel, Gehirn und Hirnhäuten**  
*Exkl.:* Stereotaktische Operationen (5-014)  
 Leukotomie und Traktotomie (5-013.7)
- 5-029.1 Implantation oder Wechsel einer intrakraniellen Messsonde
- .10 Zur Messung des intrakraniellen Druckes oder der Sauerstoffsättigung im Hirngewebe
- .11 Zur kombinierten Messung des intrakraniellen Druckes und der Sauerstoffsättigung im Hirngewebe
- .12 Zur Messung des Gehirngewebestoffwechsels (zerebrale Mikrodialyse)
- .13 Zur Messung des zerebralen Blutflusses (Thermodiffusions-Flussmessung)
- .1x Sonstige
- 5-029.4 Implantation oder Wechsel einer Neuroprothese
- 5-029.6 Revision einer intrakraniellen Messsonde
- 5-029.8 Revision einer Neuroprothese
- 5-029.b Entfernung einer Neuroprothese
- 5-029.c Entfernung einer intrakraniellen Messsonde  
*Hinw.:* Dieser Kode ist nicht zu verwenden beim alleinigen Entfernen einer Messsonde ohne operativen Zugang
- 5-029.d Implantation eines Katheter-Ballon-Systems zur intrazerebralen Brachytherapie  
*Hinw.:* Die Brachytherapie ist gesondert zu kodieren (8-530.c2)
- 5-029.e Entfernung eines Katheter-Ballon-Systems zur intrazerebralen Brachytherapie
- 5-029.f Implantation von Knochenankern zur Vorbereitung auf die stereotaktische Einführung von Stimulationselektroden

- 5-029.g Entfernung von Knochenankern
- 5-029.x Sonstige
- 5-029.y N.n.bez.

**5-03**

**Operationen an Rückenmark, Rückenmarkhäuten und Spinalkanal**

*Inkl.:* Operationen an intraspinalen Teilen von Rückenmarksnerven oder spinalen Ganglien

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

**5-030 Zugang zum kraniozervikalen Übergang und zur Halswirbelsäule**

*Inkl.:* Zervikothorakaler Übergang

*Hinw.:* Dieser Kode ist auch zur Angabe des Zuganges im Rahmen einer Operation zu verwenden

5-030.0 Kraniozervikaler Übergang, transoral

5-030.1 Kraniozervikaler Übergang, dorsal

5-030.2 Kraniozervikaler Übergang, lateral

5-030.3 HWS, dorsal

.30 1 Segment

.31 2 Segmente

.32 Mehr als 2 Segmente

5-030.4 Laminotomie HWS

.40 1 Segment

.41 2 Segmente

.42 Mehr als 2 Segmente

5-030.5 Hemilaminektomie HWS

.50 1 Segment

.51 2 Segmente

.52 Mehr als 2 Segmente

5-030.6 Laminektomie HWS

.60 1 Segment

.61 2 Segmente

.62 Mehr als 2 Segmente

5-030.7 HWS, ventral

.70 1 Segment

.71 2 Segmente

.72 Mehr als 2 Segmente

5-030.8 HWS, lateral

5-030.x Sonstige

5-030.y N.n.bez.

**5-031 Zugang zur Brustwirbelsäule**

*Inkl.:* Thorakolumbaler Übergang

*Hinw.:* Dieser Kode ist auch zur Angabe des Zuganges im Rahmen einer Operation zu verwenden

5-031.0 BWS, dorsal

.00 1 Segment

.01 2 Segmente

.02 Mehr als 2 Segmente

5-031.1 Laminotomie BWS

.10 1 Segment

.11 2 Segmente

.12 Mehr als 2 Segmente

5-031.2 Hemilaminektomie BWS

.20 1 Segment

.21 2 Segmente

.22 Mehr als 2 Segmente

5-031.3 Laminektomie BWS

.30 1 Segment

- .31 2 Segmente
- .32 Mehr als 2 Segmente
- 5-031.4 Obere BWS, ventral mit Sternotomie
- 5-031.5 BWS, transpleural
- 5-031.6 BWS, retropleural
- 5-031.7 BWS, dorsolateral
- 5-031.8 Kombiniert transpleural-retroperitoneal
- 5-031.9 Kombiniert extrapleural-retroperitoneal
- 5-031.x Sonstige
- 5-031.y N.n.bez.
- 5-032 Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis**  
*Inkl.:* Lumbosakraler Übergang  
*Hinw.:* Dieser Kode ist auch zur Angabe des Zuganges im Rahmen einer Operation zu verwenden
- 5-032.0 LWS, dorsal
  - .00 1 Segment
  - .01 2 Segmente
  - .02 Mehr als 2 Segmente
- 5-032.1 Flavektomie LWS
  - .10 1 Segment
  - .11 2 Segmente
  - .12 Mehr als 2 Segmente
- 5-032.2 Laminotomie LWS
  - .20 1 Segment
  - .21 2 Segmente
  - .22 Mehr als 2 Segmente
- 5-032.3 Hemilaminektomie LWS  
*Inkl.:* Teil-Hemilaminektomie
  - .30 1 Segment
  - .31 2 Segmente
  - .32 Mehr als 2 Segmente
- 5-032.4 Laminektomie LWS
  - .40 1 Segment
  - .41 2 Segmente
  - .42 Mehr als 2 Segmente
- 5-032.5 LWS, transperitoneal
- 5-032.6 LWS, retroperitoneal
- 5-032.7 LWS, dorsolateral
- 5-032.8 Os sacrum und Os coccygis, dorsal
- 5-032.9 Os sacrum und Os coccygis, ventral
- 5-032.a Kombiniert pararektal-retroperitoneal
- 5-032.b Kombiniert thorako-retroperitoneal
- 5-032.c Transiliakaler Zugang nach Judet
- 5-032.x Sonstige
- 5-032.y N.n.bez.
- 5-033 Inzision des Spinalkanals**  
*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.)
- 5-033.0 Dekompression
- 5-033.1 Drainage sonstiger epiduraler Flüssigkeit
- 5-033.2 Entleerung eines epiduralen Hämatoms

- 5-033.3 Entleerung eines epiduralen Empyems  
*Inkl.:* Drainage
- 5-033.4 Entfernung eines Fremdkörpers aus dem Epiduralraum
- 5-033.x Sonstige
- 5-033.y N.n.bez.
- 5-034 Inzision von Rückenmark und Rückenmarkhäuten**  
*Hinw.:* Der Zugang ist gesondert zu kodieren (5-030 ff., 5-031 ff., 5-032 ff.)
- 5-034.0 Drainage von subduraler Flüssigkeit
- 5-034.1 Entleerung eines subduralen Hämatoms
- 5-034.2 Entleerung eines subduralen Empyems
- 5-034.3 Drainage von intramedullärer Flüssigkeit
- 5-034.4 Entleerung eines intramedullären Hämatoms
- 5-034.5 Entleerung eines intramedullären Abszesses
- 5-034.6 Entfernung eines intraspinalen Fremdkörpers
- 5-034.7 Durchtrennung einer Nervenwurzel (Rhizotomie, Radikulotomie)
- 5-034.x Sonstige
- 5-034.y N.n.bez.
- 5-035 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rückenmarkes und der Rückenmarkshäute**  
*Inkl.:* Gleichzeitige Exzision von Rückenmarkshäuten 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.)
- 5-035.0 Intramedulläres Tumorgewebe
- 5-035.1 Intramedulläres sonstiges erkranktes Gewebe
- 5-035.2 Rückenmarkshäute, Tumorgewebe  
*Inkl.:* Epiduraler Tumor
- 5-035.3 Rückenmarkshäute, sonstiges erkranktes Gewebe
- 5-035.4 Rückenmarkshäute und Knochen, Tumorgewebe
- 5-035.5 Rückenmarkshäute und Knochen, sonstiges erkranktes Gewebe
- 5-035.6 Intraspinale Nervenwurzeln und Ganglien, Tumorgewebe
- 5-035.7 Intraspinale Nervenwurzeln und Ganglien, sonstiges erkranktes Gewebe
- 5-035.x Sonstige
- 5-035.y N.n.bez.
- 5-036 Plastische Operationen an Rückenmark und Rückenmarkshäuten**  
*Exkl.:* Rekonstruktion bei Sinus pilonidalis (5-897.1)  
*Hinw.:* Bei gleichzeitiger Korrektur mehrerer kongenitaler Anomalien des Rückenmarkes sind die einzelnen Eingriffe gesondert zu kodieren  
Der Zugang ist gesondert zu kodieren (5-030 ff., 5-031 ff., 5-032 ff.)
- 5-036.0 Verschluss einer spinalen Meningozele (Spina bifida aperta)
- 5-036.1 Verschluss einer spinalen Meningozystozele
- 5-036.2 Verschluss einer spinalen Meningomyelozele  
*Inkl.:* Verschluss einer Meningomyelozele mit Lipom
- 5-036.3 Verschluss einer spinalen Meningomyelozystozele
- 5-036.4 Verschluss einer Diastematomyelie
- 5-036.5 Verschluss einer Fistel
- 5-036.6 Adhäsiolyse (Sekundäreingriff)
- 5-036.7 Durchtrennung eines Filum terminale
- 5-036.8 Spinale Duraplastik  
*Inkl.:* Verwendung von klebbarem Material zur Durchführung einer Duraplastik

- 5-036.x Sonstige  
 5-036.y N.n.bez.
- 5-037 Operationen an intraspinalen Blutgefäßen**  
*Inkl.:* Operationen bei Aneurysmen und arterio-venösen Malfomationen  
*Hinw.:* Der Zugang ist gesondert zu kodieren (5-030 ff., 5-031 ff., 5-032 ff.)
- 5-037.0 Präparation und Resektion  
 5-037.1 Präparation und Destruktion  
 5-037.2 Ligatur  
 5-037.x Sonstige  
 5-037.y N.n.bez.
- 5-038 Operationen am spinalen Liquorsystem**  
*Exkl.:* Therapeutische Punktion des spinalen Liquorsystems (8-151.4)  
*Hinw.:* Der Zugang ist gesondert zu kodieren (5-030 ff., 5-031 ff., 5-032 ff.)
- 5-038.0 Anlegen einer externen Drainage  
 5-038.1 Anlegen eines Shunters  
 5-038.2 Implantation oder Wechsel eines Katheters zur intrathekalen und epiduralen Infusion  
*Inkl.:* Ersteinstellung  
*Hinw.:* Der Zugang ist hier nicht gesondert zu kodieren  
 .20 Temporärer Katheter zur Testinfusion  
 .21 Permanenter Katheter zur Dauerinfusion
- 5-038.3 Anlegen eines subkutanen Reservoirs  
 5-038.4 Implantation oder Wechsel einer Medikamentenpumpe zur intrathekalen und epiduralen Infusion  
*Inkl.:* Ersteinstellung  
 .40 Vollimplantierbare Medikamentenpumpe mit konstanter Flussrate  
 .41 Vollimplantierbare Medikamentenpumpe mit programmierbarem variablen Tagesprofil  
 .4x Sonstige
- 5-038.5 Revision eines Shunters  
*Inkl.:* Wechsel eines Shunters
- 5-038.6 Revision eines Katheters zur intrathekalen und epiduralen Infusion  
 5-038.7 Revision eines subkutanen Reservoirs  
 5-038.8 Revision einer Medikamentenpumpe zur intrathekalen und epiduralen Infusion  
*Inkl.:* Ersteinstellung
- 5-038.9 Entfernung einer externen Drainage  
 5-038.a Entfernung eines Shunters  
 5-038.b Entfernung eines Katheters zur intrathekalen und epiduralen Infusion  
 5-038.c Entfernung eines subkutanen Reservoirs  
 5-038.d Entfernung einer Medikamentenpumpe zur intrathekalen und epiduralen Infusion  
 5-038.x Sonstige  
 5-038.y N.n.bez.
- 5-039 Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen**  
*Exkl.:* Implantation, Revision und Entfernung einer Medikamentenpumpe (5-038)  
*Hinw.:* Der Zugang ist gesondert zu kodieren (5-030 ff., 5-031 ff., 5-032 ff.)  
 Die Verwendung MRT-fähiger Materialien ist gesondert zu kodieren (5-934 ff.)
- 5-039.0 Chordotomie, offen chirurgisch  
*Inkl.:* Traktotomie
- 5-039.1 Chordotomie, perkutan  
*Inkl.:* Traktotomie
- 5-039.3 Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode zur Rückenmarkstimulation  
 .32 Implantation eines temporären Einzelelektrodensystems zur epiduralen Teststimulation  
 .33 Implantation eines temporären Mehrelektrodensystems zur epiduralen Teststimulation

- .34 Implantation oder Wechsel eines permanenten Einzelelektrodensystems zur epiduralen Dauerstimulation, perkutan
  - .35 Implantation oder Wechsel eines permanenten Mehrelektrodensystems zur epiduralen Dauerstimulation, perkutan
  - .36 Implantation oder Wechsel eines permanenten Einzelelektrodensystems (Plattenelektrode) zur epiduralen Dauerstimulation, offen chirurgisch
  - .37 Implantation oder Wechsel eines permanenten Mehrelektrodensystems (Plattenelektrode) zur epiduralen Dauerstimulation, offen chirurgisch
  - .38 Implantation einer temporären Multifunktionselektrode in den Epidural- oder Spinalraum zur gepulsten Radiofrequenzbehandlung, perkutan  
*Inkl.:* Gepulste Radiofrequenzbehandlung an Spinalganglien
- 5-039.8 Implantation oder Wechsel einer subduralen Elektrode zur Vorderwurzelstimulation
- 5-039.a Entfernung von Elektroden
- .a2 Epidural, Stabelektrode, Einzelelektrodensystem
  - .a3 Epidural, Stabelektrode, Mehrelektrodensystem
  - .a4 Epidural, Plattenelektrode, Einzelelektrodensystem
  - .a5 Epidural, Plattenelektrode, Mehrelektrodensystem
  - .a6 Subdural, Einzelelektrodensystem
  - .a7 Subdural, Mehrelektrodensystem
  - .a8 Spinalganglion, Einzelelektrodensystem
  - .a9 Spinalganglion, Mehrelektrodensystem
- 5-039.b Revision von Neurostimulatoren zur epiduralen Rückenmarkstimulation und zur Vorderwurzelstimulation
- 5-039.c Revision von Elektroden
- .c0 Epidural, Stabelektrode, Einzelelektrodensystem
  - .c1 Epidural, Stabelektrode, Mehrelektrodensystem
  - .c2 Epidural, Plattenelektrode, Einzelelektrodensystem
  - .c3 Epidural, Plattenelektrode, Mehrelektrodensystem
  - .c4 Subdural, Einzelelektrodensystem
  - .c5 Subdural, Mehrelektrodensystem
  - .c6 Spinalganglion, Einzelelektrodensystem
  - .c7 Spinalganglion, Mehrelektrodensystem
- 5-039.d Entfernung von Neurostimulatoren zur epiduralen Rückenmarkstimulation und zur Vorderwurzelstimulation
- 5-039.e Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode  
*Inkl.:* Ersteinstellung  
*Exkl.:* Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode (5-039.f ff.)  
*Hinw.:* Die Implantation oder der Wechsel der Neurostimulationselektrode zur epiduralen Rückenmarkstimulation sind gesondert zu kodieren (5-039.3 ff.)  
 Ein Kode aus diesem Bereich ist auch zu verwenden bei zweizeitiger Implantation einer Neurostimulationselektrode und eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation während desselben stationären Aufenthaltes
- .e0 Einkanalssystem, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar
  - .e1 Mehrkanalsystem, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar
  - .e2 Mehrkanalsystem, vollimplantierbar, wiederaufladbar
- 5-039.f Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode  
*Inkl.:* Ersteinstellung  
*Exkl.:* Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode (5-039.e ff.)  
*Hinw.:* Der Zugang ist hier nicht gesondert zu kodieren
- .f0 Einkanalssystem, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar
  - .f1 Mehrkanalsystem, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar
  - .f2 Mehrkanalsystem, vollimplantierbar, wiederaufladbar

- 5-039.g Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Vorderwurzelstimulation mit Implantation oder Wechsel einer subduralen Elektrode  
*Inkl.:* Ersteinstellung  
*Exkl.:* Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Vorderwurzelstimulation ohne Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode (5-039.h)  
*Hinw.:* Die durchgeführte Deafferenzierung ist gesondert zu kodieren (5-034.7)  
 Die Implantation oder der Wechsel einer subduralen Elektrode zur Vorderwurzelstimulation sind gesondert zu kodieren (5-039.8)  
 Ein Kode aus diesem Bereich ist auch zu verwenden bei zweizeitiger Implantation einer subduralen Elektrode und eines Neurostimulators zur Vorderwurzelstimulation während desselben stationären Aufenthaltes
- 5-039.h Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Vorderwurzelstimulation ohne Implantation oder Wechsel einer subduralen Elektrode  
*Inkl.:* Ersteinstellung  
*Exkl.:* Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Vorderwurzelstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode (5-039.g)  
*Hinw.:* Die durchgeführte Deafferenzierung ist gesondert zu kodieren (5-034.7)  
 Der Zugang ist hier nicht gesondert zu kodieren
- 5-039.j Implantation oder Wechsel von Neurostimulationselektroden zur Stimulation von Spinalganglien  
 .j0 Einzelelektrodensystem zur Ganglienstimulation  
 .j1 Mehrelektrodensystem zur Ganglienstimulation
- 5-039.k Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation von Spinalganglien mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode  
*Inkl.:* Ersteinstellung  
*Exkl.:* Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation von Spinalganglien ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode (5-039.m ff.)  
*Hinw.:* Die Implantation oder der Wechsel von Neurostimulationselektroden zur Stimulation von Spinalganglien sind gesondert zu kodieren (5-039.j ff.)  
 .k0 Einkanalssystem, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar  
 .k1 Mehrkanalsystem, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar
- 5-039.m Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation von Spinalganglien ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode  
*Inkl.:* Ersteinstellung  
*Exkl.:* Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation von Spinalganglien mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode (5-039.k ff.)  
 .m0 Einkanalssystem, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar  
 .m1 Mehrkanalsystem, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar
- 5-039.x Sonstige
- 5-039.y N.n.bez.

## **5-04 Operationen an Nerven und Nervenganglien**

- Exkl.:* Operationen an intrakraniellen Anteilen von Hirnnerven und intrakraniellen Ganglien (5-017 ff.)  
 Operationen an intraspinalen Anteilen von Rückenmarksnerven und intraspinalen Ganglien (5-035.6, 5-035.7)

### **5-040 Inzision von Nerven**

- Inkl.:* Inzision von Nervenganglien

- 5-040.0↔ Hirnnerven extrakraniell  
 5-040.1↔ Plexus brachialis  
 5-040.2↔ Nerven Schulter  
 5-040.3↔ Nerven Arm  
 5-040.4↔ Nerven Hand  
 5-040.5 Nerven Rumpf  
 5-040.6↔ Plexus lumbosacralis  
 5-040.7↔ Nerven Leiste und Beckenboden  
 5-040.8↔ Nerven Bein

5-040.9↔ Nerven Fuß

5-040.x↔ Sonstige

5-040.y N.n.bez.

**5-041 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe von Nerven**

*Inkl.:* Exzision und Destruktion an Nervenganglien

5-041.0↔ Hirnnerven extrakraniell

5-041.1↔ Plexus brachialis

5-041.2↔ Nerven Schulter

5-041.3↔ Nerven Arm

5-041.4↔ Nerven Hand

5-041.5 Nerven Rumpf

5-041.6↔ Plexus lumbosacralis

5-041.7↔ Nerven Leiste und Beckenboden

5-041.8↔ Nerven Bein

5-041.9↔ Nerven Fuß

5-041.x↔ Sonstige

5-041.y N.n.bez.

**5-042 Exzision eines Nerven zur Transplantation**

5-042.0↔ N. suralis, freies Transplantat

5-042.1↔ Plexus cervicalis, freies Transplantat

5-042.2↔ N. suralis, gefäßgestieltes Transplantat

5-042.3↔ N. saphenus, gefäßgestieltes Transplantat

5-042.4↔ N. obturatorius, gefäßgestieltes Transplantat

5-042.5↔ N. spinalis, gefäßgestieltes Transplantat

5-042.x↔ Sonstige

5-042.y N.n.bez.

**5-043 Sympathektomie**

5-043.0 Zervikal

5-043.1 Thorakal

5-043.2 Lumbosakral

5-043.x Sonstige

5-043.y N.n.bez.

**5-044 Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus, primär**

5-044.0↔ Hirnnerven extrakraniell

5-044.1↔ Plexus brachialis

5-044.2↔ Nerven Schulter

5-044.3↔ Nerven Arm

5-044.4↔ Nerven Hand

5-044.5 Nerven Rumpf

5-044.6↔ Plexus lumbosacralis

5-044.7↔ Nerven Leiste und Beckenboden

5-044.8↔ Nerven Bein

5-044.9↔ Nerven Fuß

5-044.x↔ Sonstige

5-044.y N.n.bez.

**5-045 Interfaszikuläre Naht eines Nerven und Nervenplexus, primär**

- 5-045.0↔ Hirnnerven extrakraniell
- 5-045.1↔ Plexus brachialis
- 5-045.2↔ Nerven Schulter
- 5-045.3↔ Nerven Arm
- 5-045.4↔ Nerven Hand
- 5-045.5 Nerven Rumpf
- 5-045.6↔ Plexus lumbosacralis
- 5-045.7↔ Nerven Leiste und Beckenboden
- 5-045.8↔ Nerven Bein
- 5-045.9↔ Nerven Fuß
- 5-045.x↔ Sonstige
- 5-045.y N.n.bez.

**5-046 Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus, sekundär**

- 5-046.0↔ Hirnnerven extrakraniell
- 5-046.1↔ Plexus brachialis
- 5-046.2↔ Nerven Schulter
- 5-046.3↔ Nerven Arm
- 5-046.4↔ Nerven Hand
- 5-046.5 Nerven Rumpf
- 5-046.6↔ Plexus lumbosacralis
- 5-046.7↔ Nerven Leiste und Beckenboden
- 5-046.8↔ Nerven Bein
- 5-046.9↔ Nerven Fuß
- 5-046.x↔ Sonstige
- 5-046.y N.n.bez.

**5-047 Interfaszikuläre Naht eines Nerven und Nervenplexus, sekundär**

- 5-047.0↔ Hirnnerven extrakraniell
- 5-047.1↔ Plexus brachialis
- 5-047.2↔ Nerven Schulter
- 5-047.3↔ Nerven Arm
- 5-047.4↔ Nerven Hand
- 5-047.5 Nerven Rumpf
- 5-047.6↔ Plexus lumbosacralis
- 5-047.7↔ Nerven Leiste und Beckenboden
- 5-047.8↔ Nerven Bein
- 5-047.9↔ Nerven Fuß
- 5-047.x↔ Sonstige
- 5-047.y N.n.bez.

**5-048 Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transplantation**

*Hinw.:* Die Entnahme eines Nerven-Transplantates ist gesondert zu kodieren (5-042)

- 5-048.0↔ Hirnnerven extrakraniell
- 5-048.1↔ Plexus brachialis
- 5-048.2↔ Nerven Schulter
- 5-048.3↔ Nerven Arm
- 5-048.4↔ Nerven Hand

- 5-048.5 Nerven Rumpf
- 5-048.6↔ Plexus lumbosacralis
- 5-048.7↔ Nerven Leiste und Beckenboden
- 5-048.8↔ Nerven Bein
- 5-048.9↔ Nerven Fuß
- 5-048.x↔ Sonstige
- 5-048.y N.n.bez.

**5-049 Interfaszikuläre Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transplantation**

*Hinw.:* Die Entnahme eines Nerven-Transplantates ist gesondert zu kodieren (5-042)

- 5-049.0↔ Hirnnerven extrakraniell
- 5-049.1↔ Plexus brachialis
- 5-049.2↔ Nerven Schulter
- 5-049.3↔ Nerven Arm
- 5-049.4↔ Nerven Hand
- 5-049.5 Nerven Rumpf
- 5-049.6↔ Plexus lumbosacralis
- 5-049.7↔ Nerven Leiste und Beckenboden
- 5-049.8↔ Nerven Bein
- 5-049.9↔ Nerven Fuß
- 5-049.x↔ Sonstige
- 5-049.y N.n.bez.

**5-04a Perkutane Sympathikolyse mit Steuerung durch bildgebende Verfahren**

- 5-04a.0 Zervikal
- 5-04a.1 Thorakal
- 5-04a.2 Lumbosakral

**5-05 Andere Operationen an Nerven und Nervenganglien**

*Exkl.:* Operationen an intrakraniellen Anteilen von Hirnnerven und intrakraniellen Ganglien (5-017 ff.)

Operationen an intraspinalen Anteilen von Rückenmarksnerven und intraspinalen Ganglien (5-035.6, 5-035.7)

**5-050 Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transposition, primär**

*Exkl.:* Transposition im Rahmen einer Neurolyse und Dekompression (5-057)

- 5-050.0↔ Hirnnerven extrakraniell
- 5-050.1↔ Plexus brachialis
- 5-050.2↔ Nerven Schulter
- 5-050.3↔ Nerven Arm
- 5-050.4↔ Nerven Hand
- 5-050.5 Nerven Rumpf
- 5-050.6↔ Plexus lumbosacralis
- 5-050.7↔ Nerven Leiste und Beckenboden
- 5-050.8↔ Nerven Bein
- 5-050.9↔ Nerven Fuß
- 5-050.x↔ Sonstige
- 5-050.y N.n.bez.

**5-051 Interfaszikuläre Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transposition, primär**

*Exkl.:* Transposition im Rahmen einer Neurolyse und Dekompression (5-057)

- 5-051.0↔ Hirnnerven extrakraniell

- 5-051.1↔ Plexus brachialis
- 5-051.2↔ Nerven Schulter
- 5-051.3↔ Nerven Arm
- 5-051.4↔ Nerven Hand
- 5-051.5 Nerven Rumpf
- 5-051.6↔ Plexus lumbosacralis
- 5-051.7↔ Nerven Leiste und Beckenboden
- 5-051.8↔ Nerven Bein
- 5-051.9↔ Nerven Fuß
- 5-051.x↔ Sonstige
- 5-051.y N.n.bez.

**5-052 Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transposition, sekundär**

*Exkl.:* Transposition im Rahmen einer Neurolyse und Dekompression (5-057)

- 5-052.0↔ Hirnnerven extrakraniell
- 5-052.1↔ Plexus brachialis
- 5-052.2↔ Nerven Schulter
- 5-052.3↔ Nerven Arm
- 5-052.4↔ Nerven Hand
- 5-052.5 Nerven Rumpf
- 5-052.6↔ Plexus lumbosacralis
- 5-052.7↔ Nerven Leiste und Beckenboden
- 5-052.8↔ Nerven Bein
- 5-052.9↔ Nerven Fuß
- 5-052.x↔ Sonstige
- 5-052.y N.n.bez.

**5-053 Interfaszikuläre Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transposition, sekundär**

*Exkl.:* Transposition im Rahmen einer Neurolyse und Dekompression (5-057)

- 5-053.0↔ Hirnnerven extrakraniell
- 5-053.1↔ Plexus brachialis
- 5-053.2↔ Nerven Schulter
- 5-053.3↔ Nerven Arm
- 5-053.4↔ Nerven Hand
- 5-053.5 Nerven Rumpf
- 5-053.6↔ Plexus lumbosacralis
- 5-053.7↔ Nerven Leiste und Beckenboden
- 5-053.8↔ Nerven Bein
- 5-053.9↔ Nerven Fuß
- 5-053.x↔ Sonstige
- 5-053.y N.n.bez.

**5-054 Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transplantation und Transposition**

*Hinw.:* Die Entnahme eines Nerventransplantates ist gesondert zu kodieren (5-042)

- 5-054.0↔ Hirnnerven extrakraniell
- 5-054.1↔ Plexus brachialis
- 5-054.2↔ Nerven Schulter
- 5-054.3↔ Nerven Arm
- 5-054.4↔ Nerven Hand

- 5-054.5 Nerven Rumpf
- 5-054.6↔ Plexus lumbosacralis
- 5-054.7↔ Nerven Leiste und Beckenboden
- 5-054.8↔ Nerven Bein
- 5-054.9↔ Nerven Fuß
- 5-054.x↔ Sonstige
- 5-054.y N.n.bez.

**5-055 Interfaszikuläre Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transplantation und Transposition**

*Hinw.:* Die Entnahme eines Nerventransplantates ist gesondert zu kodieren (5-042)

- 5-055.0↔ Hirnnerven extrakraniell
- 5-055.1↔ Plexus brachialis
- 5-055.2↔ Nerven Schulter
- 5-055.3↔ Nerven Arm
- 5-055.4↔ Nerven Hand
- 5-055.5 Nerven Rumpf
- 5-055.6↔ Plexus lumbosacralis
- 5-055.7↔ Nerven Leiste und Beckenboden
- 5-055.8↔ Nerven Bein
- 5-055.9↔ Nerven Fuß
- 5-055.x↔ Sonstige
- 5-055.y N.n.bez.

**5-056 Neurolyse und Dekompression eines Nerven**

*Inkl.:* Neurolyse und Dekompression eines Nervenganglions

- 5-056.0↔ Hirnnerven extrakraniell
- 5-056.1↔ Plexus brachialis
- 5-056.2↔ Nerven Schulter
- 5-056.3↔ Nerven Arm
- 5-056.4 Nerven Hand
  - .40↔ Offen chirurgisch
  - .41↔ Endoskopisch
  - .4x↔ Sonstige
- 5-056.5 Nerven Rumpf
- 5-056.6↔ Plexus lumbosacralis
- 5-056.7↔ Nerven Leiste und Beckenboden
- 5-056.8↔ Nerven Bein
- 5-056.9↔ Nerven Fuß
- 5-056.x↔ Sonstige
- 5-056.y N.n.bez.

**5-057 Neurolyse und Dekompression eines Nerven mit Transposition**

*Inkl.:* Neurolyse und Dekompression eines Nervenganglions mit Transposition

- 5-057.0↔ Hirnnerven extrakraniell
- 5-057.1↔ Plexus brachialis
- 5-057.2↔ Nerven Schulter
- 5-057.3↔ Nerven Arm
- 5-057.4↔ Nerven Hand
- 5-057.5 Nerven Rumpf

- 5-057.6↔ Plexus lumbosacralis  
5-057.7↔ Nerven Leiste und Beckenboden  
5-057.8↔ Nerven Bein  
5-057.9↔ Nerven Fuß  
5-057.x↔ Sonstige  
5-057.y N.n.bez.
- 5-058 Andere Rekonstruktion eines Nerven und Nervenplexus**  
5-058.0↔ Hypoglosso-faziale Anastomose  
5-058.1↔ Akzessorio-faziale Anastomose  
5-058.2 Fazio-faziale Anastomose  
5-058.3 Interkosto-faszikuläre Anastomose  
5-058.4 Rekonstruktion mittels Nervenröhrchen (Nerven-Conduit)  
.40↔ Nerven Arm  
.41↔ Nerven Hand  
.42↔ Nerven Bein  
.43↔ Nerven Fuß  
.4x↔ Sonstige  
5-058.x↔ Sonstige  
5-058.y N.n.bez.
- 5-059 Andere Operationen an Nerven und Ganglien**  
5-059.1 Revision eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems  
5-059.2 Entfernung eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems  
5-059.3 Entfernung eines Nerventransplantates  
5-059.5 Implantation einer peripheren Neuroprothese  
.50 Zur Elektrostimulation der motorischen Anteile des N. peroneus communis  
.5x Sonstige  
5-059.6 Revision einer peripheren Neuroprothese  
5-059.7 Entfernung einer peripheren Neuroprothese  
5-059.8 Implantation oder Wechsel von Neurostimulationselektroden zur Stimulation des peripheren Nervensystems  
.80 Implantation eines temporären Einzelelektrodensystems zur Teststimulation  
.81 Implantation eines temporären Mehrelektrodensystems zur Teststimulation  
.82 Implantation oder Wechsel eines permanenten Einzelelektrodensystems  
.83 Implantation oder Wechsel eines permanenten Mehrelektrodensystems  
.84 Implantation oder Wechsel einer Vagusnervstimulator-Elektrode  
*Inkl.:* Implantation oder Wechsel einer kardialen Vagusnervstimulator-Elektrode  
.85↔ Implantation oder Wechsel einer Elektrode für ein System zur Barorezeptoraktivierung  
.86 Implantation oder Wechsel einer Elektrode für ein System zur Hypoglossusnerv-Stimulation  
5-059.9 Revision von Neurostimulationselektroden zur Stimulation des peripheren Nervensystems  
.90 Einzelelektrodensystem  
.91 Mehrelektrodensystem  
.92 Vagusnervstimulator-Elektroden  
*Inkl.:* Revision einer kardialen Vagusnervstimulator-Elektrode  
.93↔ Elektrode für ein System zur Barorezeptoraktivierung  
.94 Elektrode für ein System zur Hypoglossusnerv-Stimulation  
5-059.a Entfernung von Neurostimulationselektroden zur Stimulation des peripheren Nervensystems  
.a0 Einzelelektrodensystem  
.a1 Mehrelektrodensystem  
.a2 Vagusnervstimulator-Elektroden  
*Inkl.:* Entfernung einer kardialen Vagusnervstimulator-Elektrode  
.a3↔ Elektrode für ein System zur Barorezeptoraktivierung  
.a4 Elektrode für ein System zur Hypoglossusnerv-Stimulation

- 5-059.b Anwendung eines Endoskopiesystems  
*Hinw.:* Dieser Kode ist ein Zusatzkode für alle Eingriffe am Nervensystem. Die durchgeführten Eingriffe sind gesondert zu kodieren  
 Dieser Kode ist nur anzugeben, wenn der Kode für den Eingriff diese Information nicht enthält
- 5-059.c Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode  
*Inkl.:* Ersteinstellung  
*Exkl.:* Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems ohne Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode (5-059.d ff.)  
*Hinw.:* Die Implantation oder der Wechsel der Neurostimulationselektrode zur Stimulation des peripheren Nervensystems sind gesondert zu kodieren (5-059.8 ff.)  
 Ein Kode aus diesem Bereich ist auch zu verwenden bei zweizeitiger Implantation einer Neurostimulationselektrode und eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems während desselben stationären Aufenthaltes
- .c0 Einkanalssystem, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar
  - .c1 Mehrkanalsystem, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar
  - .c2 Mehrkanalsystem, vollimplantierbar, wiederaufladbar
  - .c4 Kardiales Vagusnervstimulationssystem, ohne Positionierung des Sensors in der rechten Herzkammer
  - .c5 Kardiales Vagusnervstimulationssystem, mit Positionierung des Sensors in der rechten Herzkammer
  - .c6 System zur Barorezeptoraktivierung
  - .c7 System zur Hypoglossusnerv-Stimulation  
*Hinw.:* Die Ersteinstellung ist bei diesem Verfahren gesondert zu kodieren (8-631.3)
  - .c8 Vagusnervstimulationssystem ohne zusätzliche Funktion  
*Exkl.:* Kardiales Vagusnervstimulationssystem (5-059.c4, 5-059.c5)
  - .c9 Vagusnervstimulationssystem mit automatisierter täglicher Impedanzprüfung  
*Exkl.:* Kardiales Vagusnervstimulationssystem (5-059.c4, 5-059.c5)
  - .ca Vagusnervstimulationssystem mit herzfrequenzgestützter Erkennung zerebraler Anfälle und automatischer Stimulation  
*Exkl.:* Kardiales Vagusnervstimulationssystem (5-059.c4, 5-059.c5)
- 5-059.d Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems ohne Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode  
*Inkl.:* Ersteinstellung  
*Exkl.:* Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode (5-059.c ff.)
- .d0 Einkanalssystem, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar
  - .d1 Mehrkanalsystem, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar
  - .d2 Mehrkanalsystem, vollimplantierbar, wiederaufladbar
  - .d4 Kardiales Vagusnervstimulationssystem, ohne Wechsel des Sensors in der rechten Herzkammer
  - .d5 Kardiales Vagusnervstimulationssystem, mit Wechsel des Sensors in der rechten Herzkammer
  - .d6 System zur Barorezeptoraktivierung
  - .d7 System zur Hypoglossusnerv-Stimulation  
*Hinw.:* Die Ersteinstellung ist bei diesem Verfahren gesondert zu kodieren (8-631.3)
  - .d8 Vagusnervstimulationssystem ohne zusätzliche Funktion  
*Exkl.:* Kardiales Vagusnervstimulationssystem (5-059.d4, 5-059.d5)
  - .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)
- 5-059.e Isolierter Wechsel des Sensors in der rechten Herzkammer bei einem kardialen Vagusnervstimulationssystem
- 5-059.f Gepulste Radiofrequenzbehandlung an Ganglien
- .f0 Durch Radiofrequenzkanüle
  - .f1 Durch Multifunktionselektrode
  - .fx Sonstige
- 5-059.x Sonstige
- 5-059.y N.n.bez.

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

- 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)  
 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)  
 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)

### **5-06 Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüse**

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

#### **5-060 Inzision im Gebiet der Schilddrüse**

- 5-060.0 Ohne weitere Maßnahmen
- 5-060.1 Drainage
- 5-060.2 Exploration  
*Inkl.:* Biopsie der Schilddrüse
- 5-060.3 Revision der Operationswunde
- 5-060.x Sonstige
- 5-060.y N.n.bez.

#### **5-061 Hemithyreoidektomie**

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

- 5-061.0 Ohne Parathyreoidektomie
- 5-061.2 Mit Parathyreoidektomie
- 5-061.x Sonstige
- 5-061.y N.n.bez.

#### **5-062 Andere partielle Schilddrüsenresektion**

*Hinw.:* Das Monitoring des N. recurrens ist gesondert zu kodieren (5-069.4)

- 5-062.0↔ Exzision von erkranktem Gewebe
- 5-062.1 Exzision eines Knotens
- 5-062.4 Subtotale Resektion, einseitig mit Exzision eines Knotens der Gegenseite
- 5-062.5 Subtotale Resektion, einseitig mit Hemithyreoidektomie der Gegenseite
- 5-062.6↔ Reexploration mit partieller Resektion
- 5-062.7 Resektion des Isthmus
- 5-062.8↔ Subtotale Resektion
- 5-062.x Sonstige
- 5-062.y N.n.bez.

#### **5-063 Thyreoidektomie**

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

- 5-063.0 Ohne Parathyreoidektomie
- 5-063.2 Mit Parathyreoidektomie
- 5-063.4 Reexploration mit Thyreoidektomie
- 5-063.x Sonstige
- 5-063.y N.n.bez.

**5-064 Operationen an der Schilddrüse durch Sternotomie**

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

5-064.0↔ Exzision von erkranktem Gewebe

5-064.1↔ Subtotale Resektion

5-064.2 Hemithyreoidektomie

5-064.3 Thyreoidektomie

5-064.x Sonstige

5-064.y N.n.bez.

**5-065 Exzision des Ductus thyroglossus**

5-065.0 Exzision einer medianen Halszyste, ohne Resektion des medialen Zungenbeines

5-065.1 Exzision einer medianen Halszyste, mit Resektion des medialen Zungenbeines

5-065.2 Exzision einer medianen Halsfistel, ohne Resektion des medialen Zungenbeines

5-065.3 Exzision einer medianen Halsfistel, mit Resektion des medialen Zungenbeines

5-065.4 Sekundärer Eingriff, ohne Resektion des medialen Zungenbeines

5-065.5 Sekundärer Eingriff, mit Resektion des medialen Zungenbeines

5-065.x Sonstige

5-065.y N.n.bez.

**5-066 Partielle Nebenschilddrüsenresektion**

*Hinw.:* Das Monitoring des N. recurrens ist gesondert zu kodieren (5-069.4)

5-066.0↔ Exzision von erkranktem Gewebe

5-066.1↔ Reexploration mit partieller Resektion

5-066.x↔ Sonstige

5-066.y N.n.bez.

**5-067 Parathyreoidektomie**

*Hinw.:* Das Monitoring des N. recurrens ist gesondert zu kodieren (5-069.4)

5-067.0 Ohne Replantation

5-067.1 Mit Replantation (Autotransplantation)

5-067.y N.n.bez.

**5-068 Operationen an der Nebenschilddrüse durch Sternotomie**

*Hinw.:* Das Monitoring des N. recurrens ist gesondert zu kodieren (5-069.4)

5-068.0 Exzision von erkranktem Gewebe

5-068.1 Parathyreoidektomie ohne Replantation

5-068.2 Parathyreoidektomie mit Replantation (Autotransplantation)

5-068.x Sonstige

5-068.y N.n.bez.

**5-069 Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen**

5-069.0 Naht (nach Verletzung)

.00 Schilddrüse

.01 Nebenschilddrüse

5-069.1 Plastische Rekonstruktion

.10 Schilddrüse

.11 Nebenschilddrüse

5-069.2 Exzision einer Zungengrundschilddrüse

.20 Transoral

.21 Transzervikal, ohne Resektion des medialen Zungenbeines

.22 Transzervikal, mit Resektion des medialen Zungenbeines

.2x Sonstige

- 5-069.3 Replantation einer Nebenschilddrüse  
 .30 Orthotop  
 .31 Heterotop (z.B. Oberarm)
- 5-069.4 Monitoring des N. recurrens im Rahmen einer anderen Operation
- 5-069.x Sonstige
- 5-069.y N.n.bez.

## **5-07 Operationen an anderen endokrinen Drüsen**

*Hinw.:* Der Zugang ist für die Codes 5-071 bis 5-073 nach folgender Liste zu kodieren:

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

### **5-070 Exploration der (Umgebung der) Nebenniere**

- 5-070.2↔ Offen chirurgisch lumbal  
 5-070.3↔ Offen chirurgisch abdominal  
 5-070.4↔ Thorakoabdominal  
 5-070.5↔ Laparoskopisch  
 5-070.x↔ Sonstige  
 5-070.y N.n.bez.

### **5-071 Partielle Adrenalektomie**

*Hinw.:* Der Zugang ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-070 zu kodieren

- \*\*5-071.0 Exzision von erkranktem Gewebe  
 \*\*5-071.4 Partielle Adrenalektomie  
 \*\*5-071.x Sonstige  
 5-071.y N.n.bez.

### **5-072 Adrenalektomie**

*Hinw.:* Der Zugang ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-070 zu kodieren

- \*\*5-072.0 Ohne Ovariektomie  
 \*\*5-072.1 Mit Ovariektomie  
 \*\*5-072.2 Rest-Adrenalektomie  
 \*\*5-072.x Sonstige  
 5-072.y N.n.bez.

### **5-073 Andere Operationen an der Nebenniere**

*Hinw.:* Der Zugang ist in der 6. Stelle für die mit \*\* gekennzeichneten Codes nach der Liste vor Kode 5-070 zu kodieren

- \*\*5-073.0 Inzision  
*Inkl.:* Mit Drainage
- \*\*5-073.1 Plastische Rekonstruktion
- \*\*5-073.2 Reimplantation von Nebennierengewebe (Autotransplantation)
- 5-073.4 Destruktion  
 .40 Durch Radiofrequenzablation  
 .41 Durch Mikrowellenablation  
 .42 Durch irreversible Elektroporation  
 .4x Sonstige
- \*\*5-073.x Sonstige  
 5-073.y N.n.bez.

### **5-074 Exzision und Resektion von erkranktem Gewebe des Corpus pineale**

- 5-074.0 Ohne Präparation von infiltriertem Nachbargewebe

5-074.1 Mit Präparation von infiltriertem Nachbargewebe

5-074.y N.n.bez.

**5-075 Exzision und Resektion von erkranktem Gewebe der Hypophyse**

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

Die Anwendung eines Endoskopiesystems ist gesondert zu kodieren (5-059.b)

5-075.0 Intrasellär, partiell

5-075.1 Intrasellär, total

5-075.2 Extrasellär

5-075.3 Extrasellär mit Präparation von infiltriertem Nachbargewebe

5-075.4 Kombiniert intra- und extrasellär

5-075.x Sonstige

5-075.y N.n.bez.

**5-076 Andere Operationen an der Hypophyse**

**5-077 Exzision und Resektion des Thymus**

5-077.0 Exzision, durch Mediastinoskopie

5-077.1 Exzision, durch Thorakotomie

5-077.2 Exzision, durch Sternotomie

5-077.3 Exzision, durch kollare Mediastinotomie

5-077.4 Resektion

5-077.5 Exzision, durch Thorakoskopie

5-077.x Sonstige

5-077.y N.n.bez.

**5-078 Andere Operationen am Thymus**

5-078.0 Transplantation

5-078.x Sonstige

5-078.y N.n.bez.

**5-079 Operationen an anderen endokrinen Drüsen**

*Exkl.:* Operation an Glomus caroticum und anderen Paraganglien (5-398)

Operationen am Pankreas (5-52 ff.)

Operationen am Hoden (5-62 ff.)

Operationen am Ovar (5-65 ff.)

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

### **5-08** Operationen an Tränendrüse und Tränenwegen

*Exkl.:* Therapeutische Spülung des Auges (8-170)

*Hinw.:* Eingriffe am Auge ohne näher bezeichnete Lokalisation sind unter (5-16) zu kodieren

#### **5-080 Inzision der Tränendrüse**

- 5-080.0↔ Ohne weitere Maßnahmen  
 5-080.2↔ Drainage  
 5-080.x↔ Sonstige  
 5-080.y N.n.bez.

#### **5-081 Exzision von (erkranktem) Gewebe der Tränendrüse**

- 5-081.0↔ Partielle Exzision  
 5-081.1↔ Komplette Exzision  
 5-081.x↔ Sonstige  
 5-081.y N.n.bez.

#### **5-082 Andere Operationen an der Tränendrüse**

- 5-082.0↔ Refixation  
 5-082.x↔ Sonstige  
 5-082.y N.n.bez.

#### **5-084 Inzision von Tränensack und sonstigen Tränenwegen**

- 5-084.0 Tränensack  
 .00↔ Ohne weitere Maßnahmen  
 .01↔ Entfernung eines Fremdkörpers oder Steines  
 .02↔ Drainage  
 .0x↔ Sonstige
- 5-084.1 Sonstige Tränenwege  
 .10↔ Ohne weitere Maßnahmen  
 .11↔ Entfernung eines Fremdkörpers oder Steines  
 .12↔ Drainage  
 .1x↔ Sonstige
- 5-084.y N.n.bez.

#### **5-085 Exzision von erkranktem Gewebe an Tränensack und sonstigen Tränenwegen**

- 5-085.0↔ Tränenpunkt  
 5-085.1↔ Tränenkanal  
 5-085.2↔ Tränensack  
 5-085.3↔ Ductus nasolacrimalis  
 5-085.x↔ Sonstige

5-085.y N.n.bez.

**5-086 Rekonstruktion des Tränenkanals und Tränenpunktes**

5-086.0 Invertierung des Tränenpunktes  
 .00↔ Durch Thermokauterisation  
 .01↔ Durch Spindel- oder Rautenexzision  
 .0x↔ Sonstige

5-086.1↔ Erweiterung des Tränenpunktes

5-086.2↔ Sonstige Rekonstruktion des Tränenpunktes

5-086.3 Rekonstruktion des Tränenkanals  
 .30↔ Mit Ringintubation  
 .31↔ Mit sonstiger Intubation  
 .3x↔ Sonstige

5-086.x↔ Sonstige

5-086.y N.n.bez.

**5-087 Dakryozystorhinostomie**

5-087.0 Transkutan  
 .00↔ Ohne Intubation  
 .01↔ Mit Intubation  
 .0x↔ Sonstige

5-087.1↔ Endonasal

5-087.2↔ Canaliculorhinostomie

5-087.x↔ Sonstige

5-087.y N.n.bez.

**5-088 Andere Rekonstruktion der Tränenwege**

5-088.0 Konjunktivorhinostomie  
 .00↔ Mit Schleimhautplastik  
 .01↔ Mit Röhrchen  
 .0x↔ Sonstige

5-088.1 Konjunktivodakryozystostomie  
 .10↔ Mit Schleimhautplastik  
 .11↔ Mit Röhrchen  
 .1x↔ Sonstige

5-088.2↔ Rekonstruktion des Ductus nasolacrimalis

5-088.3↔ Endoskopische Rekonstruktion

5-088.4↔ Stent-Implantation

5-088.x↔ Sonstige

5-088.y N.n.bez.

**5-089 Andere Operationen an den Tränenwegen**

5-089.0 Verschluss eines Tränenpunktes  
 .00↔ Temporär  
 .01↔ Permanent

5-089.1↔ Wechsel eines Röhrchens  
*Inkl.:* Repositionierung

5-089.2↔ Entfernung eines Röhrchens

5-089.3↔ Entfernung einer Tränenwegsintubation

5-089.4↔ Entfernung eines temporären Verschlusses des Tränenpunktes

5-089.x↔ Sonstige

5-089.y N.n.bez.

**5-09 Operationen an den Augenlidern***Exkl.:* Operationen an den Augenlidern bei Verbrennungen (5-92)**5-090 Inzision des (erkrankten) Augenlides***Exkl.:* Kanthotomie (5-092.3)

Biopsie am Augenlid durch Inzision (1-520)

5-090.0↔ Ohne weitere Maßnahmen

5-090.1↔ Kürettage

5-090.2↔ Drainage

5-090.3↔ Fremdkörperentfernung

5-090.x↔ Sonstige

5-090.y N.n.bez.

**5-091 Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides***Hinw.:* Unter mikrographischer Chirurgie (histographisch kontrolliert) werden Eingriffe verstanden, bei denen die Exzision des Tumors mit topographischer Markierung und anschließender Aufarbeitung der gesamten Exzidataußenfläche/-grenze erfolgt

5-091.0 Oberflächliche Exzision

.00↔ Ohne Beteiligung der Lidkante

.01↔ Mit Beteiligung der Lidkante

5-091.1 Oberflächliche Exzision, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie)

.10↔ Ohne Beteiligung der Lidkante

.11↔ Mit Beteiligung der Lidkante

5-091.2 Tiefe Exzision

.20↔ Ohne Beteiligung der Lidkante

.21↔ Mit Beteiligung der Lidkante

5-091.3 Tiefe Exzision, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie)

.30↔ Ohne Beteiligung der Lidkante

.31↔ Mit Beteiligung der Lidkante

5-091.4 Destruktion

.40↔ Durch Thermokoagulation

.41↔ Durch Laserkoagulation

.42↔ Durch Kryokoagulation

.4x↔ Sonstige

5-091.x↔ Sonstige

5-091.y N.n.bez.

**5-092 Operationen an Kanthus und Epikanthus**

5-092.0 Tarsorrhaphie

.00↔ Ohne Lidkantenexzision

.01↔ Mit Lidkantenexzision

5-092.1↔ Kanthopexie, medial

5-092.2↔ Kanthopexie, lateral

5-092.3↔ Kanthotomie

5-092.4 Korrekturoperation bei Epikanthus

.40↔ Y-V-Plastik

.41↔ Doppel-Z-Plastik

.4x↔ Sonstige

5-092.5↔ Eröffnen einer Tarsorrhaphie

5-092.x↔ Sonstige

5-092.y N.n.bez.

**5-093 Korrekturoperation bei Entropium und Ektropium**

5-093.0↔ Durch Thermokoagulation

5-093.1↔ Durch Naht

- 5-093.2↔ Durch horizontale Verkürzung des Augenlides
- 5-093.3↔ Durch Operation an den Lidretraktoren  
*Hinw.:* Die Entnahme eines Faszien-Transplantates ist gesondert zu kodieren (5-852.g)
- 5-093.4↔ Durch Transplantation oder Implantation
- 5-093.5↔ Durch Verschiebe- oder Schwenkplastik
- 5-093.6↔ Durch Reposition einer Lidlamelle
- 5-093.x↔ Sonstige
- 5-093.y N.n.bez.

**5-094 Korrekturoperation bei Blepharoptosis**

- 5-094.0↔ Tarsusresektion
- 5-094.1↔ Levator-/Aponeurosenfaltung
- 5-094.2↔ Levator-/Aponeurosenresektion
- 5-094.3↔ Levatorreinsertion
- 5-094.4↔ Frontalissuspension
- 5-094.x↔ Sonstige
- 5-094.y N.n.bez.

**5-095 Naht des Augenlides**

*Exkl.:* Naht der Augenbraue (5-900.04)

- 5-095.0 Verschluss oberflächlicher Liddefekte
  - .00↔ Ohne Beteiligung der Lidkante
  - .01↔ Mit Beteiligung der Lidkante
- 5-095.1 Verschluss tiefer Liddefekte
  - .10↔ Ohne Beteiligung der Lidkante
  - .11↔ Mit Beteiligung der Lidkante
- 5-095.2↔ Naht einer Avulsion
- 5-095.x↔ Sonstige
- 5-095.y N.n.bez.

**5-096 Andere Rekonstruktion der Augenlider**

- 5-096.0 Durch Hautlappenplastik
  - .00↔ Mit Hautverschiebung
  - .01↔ Mit Hautschwenkung
  - .02↔ Mit Hautrotation
  - .0x↔ Sonstige
- 5-096.1 Durch Verschiebeplastik der Lidkante
  - .10↔ Mit Kanthotomie
  - .11↔ Mit Bogenverschiebeplastik
  - .1x↔ Sonstige
- 5-096.2 Durch Transplantation
  - .20↔ Haut
  - .21↔ Schleimhaut
  - .22↔ Knorpel
  - .23↔ Schleimhaut und Knorpel
  - .24↔ Alloplastisches Material
  - .2x↔ Sonstige
- 5-096.3 Mit Tarsokonjunktival-Transplantat
  - .30↔ Gestielt
  - .31↔ Frei
  - .32↔ Tarsomarginal
  - .3x↔ Sonstige
- 5-096.4 Mit Verschiebe- und Rotationsplastik des Lides
  - .40↔ Wangenrotationsplastik

- .41↔ Schwenklappenplastik
- .42↔ Oberlidersatz durch Unterlidplastik
- .4x↔ Sonstige

#### 5-096.5 Rekonstruktion des Lidwinkels

- .50↔ Medial
- .51↔ Lateral

#### 5-096.6↔ Lideröffnung nach Lidrekonstruktion

#### 5-096.x↔ Sonstige

#### 5-096.y N.n.bez.

### 5-097 Blepharoplastik

#### 5-097.0↔ Hebung der Augenbraue

#### 5-097.1↔ Blepharoplastik des Oberlides

#### 5-097.2↔ Blepharoplastik des Unterlides

#### 5-097.3↔ Entfernung eines Fettgewebeprolapses der Orbita

#### 5-097.4↔ Oberflächenbehandlung mit Laser

#### 5-097.x↔ Sonstige

#### 5-097.y N.n.bez.

### 5-098 Vertikale Lidverlängerung

#### 5-098.0 Oberlidverlängerung

- .00↔ Mit Z-Plastik
- .01↔ Mit Transplantat
- .02↔ Durch Rezession des Oberlidretraktors
- .03↔ Durch Ektomie des Müller-Muskels (M. tarsalis sup.)
- .0x↔ Sonstige

#### 5-098.1↔ Unterlidverlängerung

#### 5-098.x↔ Sonstige

#### 5-098.y N.n.bez.

### 5-099 Andere Operationen am Augenlid

#### 5-099.0↔ Fixation von Gewichten am Augenlid

#### 5-099.1↔ Entfernung einer Naht

#### 5-099.x↔ Sonstige

#### 5-099.y N.n.bez.

## 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 zu kodieren

### 5-10a Verstärkende Eingriffe an einem geraden Augenmuskel

#### 5-10a.0↔ Resektion

#### 5-10a.1↔ Faltung

#### 5-10a.2↔ Vorlagerung

#### 5-10a.3↔ Kombination aus Resektion, Faltung und/oder Vorlagerung

#### 5-10a.x↔ Sonstige

#### 5-10a.y N.n.bez.

### 5-10b Schwächende Eingriffe an einem geraden Augenmuskel

#### 5-10b.0↔ Einfache Rücklagerung

#### 5-10b.1↔ Rücklagerung an Schlingen

#### 5-10b.2↔ Tenotomie, Myotomie, Tenektomie und Myektomie

#### 5-10b.3↔ Partielle Tenotomie und Myotomie

5-10b.4↔ Rücklagerung mit Interponat

5-10b.x↔ Sonstige

5-10b.y N.n.bez.

**5-10c Chirurgie der Abrollstrecke (Faden-Operation, Myopexie)**

5-10c.0↔ Einfach

5-10c.1↔ Kombiniert mit weiteren Maßnahmen am selben Muskel

5-10c.y N.n.bez.

**5-10d Transposition eines geraden Augenmuskels**

5-10d.0↔ Gesamter Muskel

5-10d.1↔ Muskelteil

5-10d.y N.n.bez.

**5-10e Andere Operationen an den geraden Augenmuskeln**

5-10e.0↔ Adhäsiolyse

5-10e.1↔ Entfernen einer Muskelnah

5-10e.2↔ Absetzen eines Augenmuskels

5-10e.3↔ Refixation eines Augenmuskels

5-10e.4↔ Operation mit justierbaren Fäden

5-10e.x↔ Sonstige

5-10e.y N.n.bez.

**5-10f Verstärkende Eingriffe an einem schrägen Augenmuskel**

5-10f.0↔ Resektion

5-10f.1↔ Faltung

5-10f.2↔ Vorlagerung

5-10f.3↔ Kombination aus Resektion, Faltung und/oder Vorlagerung

5-10f.x↔ Sonstige

5-10f.y N.n.bez.

**5-10g Schwächende Eingriffe an einem schrägen Augenmuskel**

5-10g.0↔ Einfache Rücklagerung

5-10g.1↔ Rücklagerung an Schlingen

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

5-10g.3↔ Partielle Tenotomie und Myotomie

5-10g.x↔ Sonstige

5-10g.y N.n.bez.

**5-10h Transposition eines schrägen Augenmuskels**

5-10h.0↔ Gesamter Muskel

5-10h.1↔ Muskelteil

5-10h.y N.n.bez.

**5-10j Andere Operationen an den schrägen Augenmuskeln**

5-10j.0↔ Adhäsiolyse

5-10j.1↔ Entfernen einer Muskelnah

5-10j.2↔ Absetzen eines Augenmuskels

5-10j.3↔ Refixation eines Augenmuskels

5-10j.x↔ Sonstige

5-10j.y N.n.bez.

**5-10k Kombinierte Operationen an den Augenmuskeln**

*Hinw.:* Kombinierte Operationen an mehreren Augenmuskeln sind zwingend mit einem Kode aus diesem Bereich zu kodieren

Die Anzahl der operierten Augenmuskel (auch bei Operationen an beiden Augen) ist zu addieren und ein entsprechender Kode zu verwenden

- 5-10k.0↔ Operation an 2 geraden Augenmuskeln
- 5-10k.1↔ Operation an mindestens 3 geraden Augenmuskeln
- 5-10k.2↔ Operation an 2 schrägen Augenmuskeln
- 5-10k.3 Operation an mindestens 3 schrägen Augenmuskeln
- 5-10k.4↔ Operation an mindestens 2 geraden und mindestens 2 schrägen Augenmuskeln
- 5-10k.5↔ Operation an 1 geraden Augenmuskel und 1 schrägen Augenmuskel
- 5-10k.6↔ Operation an 1 geraden Augenmuskel und 2 schrägen Augenmuskeln
- 5-10k.7↔ Operation an 2 geraden Augenmuskeln und 1 schrägen Augenmuskel
- 5-10k.8↔ Myopexie an 2 geraden Augenmuskeln
- 5-10k.9↔ Myopexie an mindestens 2 geraden Augenmuskeln mit Operation an mindestens 1 weiteren Augenmuskel
- 5-10k.x↔ Sonstige

**5-10m Andere Operationen an den Augenmuskeln****5-11 Operationen an der Konjunktiva****5-110 Operative Entfernung eines Fremdkörpers aus der Konjunktiva**

*Exkl.:* Entfernung eines Fremdkörpers aus der Konjunktiva ohne Inzision (8-101.2)

- 5-110.1↔ Durch Inzision
- 5-110.x↔ Sonstige
- 5-110.y N.n.bez.

**5-112 Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Konjunktiva**

- 5-112.0 Destruktion
  - .00↔ Durch Thermokoagulation
  - .01↔ Durch Laserkoagulation
  - .02↔ Durch Kryokoagulation
  - .0x↔ Sonstige

- 5-112.1↔ Exzision ohne Plastik
- 5-112.2↔ Exzision mit Plastik
- 5-112.3↔ Peritomie
- 5-112.4↔ Periektomie
- 5-112.x↔ Sonstige
- 5-112.y N.n.bez.

**5-113 Konjunktivoplastik**

- 5-113.0 Transplantation von Bindehaut oder Stammzellen des Limbus
  - .00↔ Vom ipsilateralen Auge
  - .01↔ Vom kontralateralen Auge
  - .02↔ Allogen
  - .0x↔ Sonstige
- 5-113.1↔ Transplantation von Nasenschleimhaut
- 5-113.2↔ Transplantation von Mundschleimhaut
- 5-113.3↔ Tenonplastik
- 5-113.4↔ Transplantation von Amnionmembran
- 5-113.x↔ Sonstige
- 5-113.y N.n.bez.

**5-114 Lösung von Adhäsionen zwischen Konjunktiva und Augenlid**

5-114.0↔ Ohne Bindehautplastik

5-114.1↔ Mit Bindehautplastik

5-114.x↔ Sonstige

5-114.y N.n.bez.

**5-115↔ Naht der Konjunktiva**

**5-119 Andere Operationen an der Konjunktiva**

5-119.0↔ Inzision und Drainage

5-119.1↔ Entfernung einer Naht

5-119.x↔ Sonstige

5-119.y N.n.bez.

**5-12 Operationen an der Kornea**

**5-120 Operative Entfernung eines Fremdkörpers aus der Kornea**

*Exkl.:* Entfernung eines Fremdkörpers aus der Kornea ohne Inzision und ohne Magnet (8-101.1)  
Entfernung einer Hornhautnaht (5-129.4)

5-120.0↔ Mit Magnet

5-120.1↔ Durch Inzision

5-120.2↔ Säuberung des Wundbettes

5-120.x↔ Sonstige

5-120.y N.n.bez.

**5-121 Inzision der Kornea**

*Exkl.:* Keratotomie als Refraktionschirurgie (5-126.0)

5-121.0↔ Chirurgisch

5-121.1↔ Durch Laser

5-121.x↔ Sonstige

5-121.y N.n.bez.

**5-122 Operationen bei Pterygium**

5-122.0↔ Exzision ohne Plastik

5-122.1↔ Exzision mit Bindehautplastik

5-122.2↔ Mit phototherapeutischer Keratektomie

5-122.3↔ Mit medikamentöser Rezidivprophylaxe

5-122.4↔ Exzision mit sonstiger Plastik oder freiem Transplantat

5-122.x↔ Sonstige

5-122.y N.n.bez.

**5-123 Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Kornea**

*Hinw.:* Die Art der verwendeten Lasertechnik ist gesondert zu kodieren (5-985)

5-123.0 Destruktion

.00↔ Durch Thermokoagulation

.01↔ Durch Laserkoagulation

.02↔ Durch Kryokoagulation

.0x↔ Sonstige

5-123.2 Keratektomie

*Exkl.:* Keratektomie als Refraktionschirurgie (5-126.1)

.20↔ Superfiziell

.21↔ Mit EDTA

.2x↔ Sonstige

5-123.3↔ Phototherapeutische Keratektomie

5-123.4↔ Hornhautentnahme oder Entfernung des Augapfels [Enukleation] zur Hornhautentnahme, postmortal (zur Transplantation)

5-123.x↔ Sonstige

5-123.y N.n.bez.

### **5-124↔ Naht der Kornea**

### **5-125 Hornhauttransplantation und Keratoprothetik**

5-125.0 Hornhauttransplantation, lamellär

.00↔ Anterior

.01↔ Posterior

5-125.1 Hornhauttransplantation, perforierend

.10↔ Nicht HLA-typisiert

.11↔ HLA-typisiert

5-125.2↔ Autorotationskeratoplastik

5-125.3↔ Austausch-Keratoplastik

5-125.4 Insertion einer Keratoprothese

.40↔ Ohne biologische Beschichtung, nicht patientenindividuell

.41↔ Mit biologischer Beschichtung, patientenindividuell

5-125.5↔ Hornhaut-Retransplantation während desselben stationären Aufenthalts

5-125.x↔ Sonstige

5-125.y N.n.bez.

### **5-126 Refraktive Keratoplastik und andere Rekonstruktion der Kornea**

*Exkl.:* Keratektomie aus anderer Indikation (5-123.2)

*Hinw.:* Die Art der verwendeten Lasertechnik ist gesondert zu kodieren (5-985)

5-126.0 Keratotomie

.00↔ Radiär

.01↔ Nicht radiär

.0x↔ Sonstige

5-126.1↔ Photorefraktive Keratektomie

5-126.2↔ Keratomileusis

5-126.7↔ Implantation eines intrastromalen Ringsegmentes

5-126.x↔ Sonstige

5-126.y N.n.bez.

### **5-129 Andere Operationen an der Kornea**

5-129.0↔ Tätowierung

5-129.1↔ Deckung der Kornea durch Bindehaut

5-129.2↔ Deckung der Kornea durch eine Amnionmembran

5-129.3↔ Verschluss eines Defektes mit Gewebekleber

5-129.4↔ Entfernung einer Hornhautnaht

5-129.5↔ Entfernung einer Keratoprothese

5-129.x↔ Sonstige

5-129.y N.n.bez.

## **5-13 Operationen an Iris, Corpus ciliare, vorderer Augenkammer und Sklera**

### **5-130 Operative Entfernung eines Fremdkörpers aus der vorderen Augenkammer**

*Exkl.:* Entfernung eines Fremdkörpers aus der Sklera ohne Inzision und ohne Magnet (8-101.0)

Entfernung eines Fremdkörpers aus der Sklera durch Inzision (5-138.01)

Entfernung einer Naht (5-139.5)

5-130.0↔ Mit Magnet

5-130.1↔ Durch Inzision

5-130.x↔ Sonstige

5-130.y N.n.bez.

**5-131 Senkung des Augeninnendruckes durch filtrierende Operationen**

5-131.0 Gedeckte Goniotripanation oder Trabekulektomie

- .00↔ Ohne adjuvante medikamentöse Therapie
- .01↔ Mit Einbringen von Medikamenten zur Fibrosehemmung
- .0x↔ Sonstige

5-131.4 Revision einer Sklerafistel

- .40↔ Revision eines Sickerkissens
- .41↔ Sekundärer Verschluss eines Skleradeckels
- .42↔ Öffnen eines Skleradeckelfadens
- .4x↔ Sonstige

5-131.5↔ Lasersklerostomie

5-131.6 Filtrationsoperation mit Implantat

- .60↔ Mit Abfluss unter die Bindehaut
- .61↔ Mit Abfluss in den Kammerwinkel
- .6x↔ Sonstige

5-131.7↔ Trabekulotomie

*Exkl.:* Intraokulare Laser-Trabekulotomie (5-133.80)

5-131.8↔ Goniotomie

5-131.x↔ Sonstige

5-131.y N.n.bez.

**5-132 Senkung des Augeninnendruckes durch Operationen am Corpus ciliare**

5-132.1↔ Zykokryotherapie

5-132.2 Zyklphotokoagulation

- .20↔ Offen chirurgisch
- .21↔ Endoskopisch
- .2x↔ Sonstige

5-132.x↔ Sonstige

5-132.y N.n.bez.

**5-133 Senkung des Augeninnendruckes durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation**

5-133.0↔ Chirurgische Iridektomie

5-133.3↔ Lasertrabekuloplastik

5-133.4↔ Gonioplastik oder Iridoplastik durch Laser

5-133.5↔ Zyklodialyse

5-133.6↔ Laseriridotomie

5-133.7↔ Aspiration am Trabekelwerk bei Pseudoexfoliationsglaukom

5-133.8 Intraokulare Trabekulotomie

- .80↔ Durch Laser
- .81↔ Durch Elektroablation
- Inkl.:* Intraokulare Trabekulotomie mit Trabektom
- .8x↔ Sonstige

5-133.9↔ Trabekuläre Shunt-Implantation

5-133.x↔ Sonstige

5-133.y N.n.bez.

**5-134 Senkung des Augeninnendruckes durch nicht filtrierende Operationen**

5-134.0 Viskokanalostomie

- .00↔ Ohne Einbringen von Medikamenten zur Fibrosehemmung
- .01↔ Mit Einbringen von Medikamenten zur Fibrosehemmung

- 5-134.1 Tiefe Sklerektomie  
.10↔ Ohne Einbringen von Medikamenten zur Fibrosehemmung  
.11↔ Mit Einbringen von Medikamenten zur Fibrosehemmung
- 5-134.2↔ Viskokanaloplastik
- 5-134.x↔ Sonstige
- 5-134.y N.n.bez.
- 5-135 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe an Iris, Corpus ciliare und Sklera**
- 5-135.0↔ Exzision von erkranktem Gewebe der Iris
- 5-135.1↔ Exzision von erkranktem Gewebe des Corpus ciliare
- 5-135.2↔ Exzision von erkranktem Gewebe der Sklera
- 5-135.3↔ Destruktion von erkranktem Gewebe der Iris
- 5-135.4↔ Destruktion von erkranktem Gewebe des Corpus ciliare
- 5-135.5↔ Destruktion von erkranktem Gewebe der Sklera
- 5-135.x↔ Sonstige
- 5-135.y N.n.bez.
- 5-136 Andere Iridektomie und Iridotomie**
- 5-136.1↔ Iridotomie mit Laser
- 5-136.3↔ Exzision der prolabierten Iris
- 5-136.x↔ Sonstige
- 5-136.y N.n.bez.
- 5-137 Andere Operationen an der Iris**
- 5-137.0↔ Pupillenplastik durch Laser
- 5-137.1↔ Iridoplastik, chirurgisch
- 5-137.2↔ Lösung vorderer Synechien (zwischen Iris und Kornea)
- 5-137.3↔ Lösung von Goniosynechien (Augenkammerwinkel)
- 5-137.4↔ Lösung hinterer Synechien (zwischen Iris und Linse)
- 5-137.5↔ Entfernung einer Pupillarmembran
- 5-137.6↔ Operation mit einem Irisdiaphragma
- 5-137.7↔ Temporäre chirurgische Pupillenerweiterung
- 5-137.x↔ Sonstige
- 5-137.y N.n.bez.
- 5-138 Operationen an der Sklera**
- 5-138.0 Entfernung eines Fremdkörpers  
.00↔ Mit Magnet  
.01↔ Durch Inzision  
.0x↔ Sonstige
- 5-138.1 Naht der Sklera  
.10↔ Primäre Naht  
.13↔ Revision  
.1x↔ Sonstige
- 5-138.x↔ Sonstige
- 5-138.y N.n.bez.
- 5-139 Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare**
- 5-139.0↔ Parazentese
- 5-139.1 Vorderkammerspülung  
.10↔ Ohne weitere Maßnahmen  
.11↔ Mit Entfernung von Silikonöl  
.12↔ Mit Einbringen von Medikamenten  
.1x↔ Sonstige

- 5-139.2↔ Einbringen von Gas in die Vorderkammer
- 5-139.3↔ Exzision einer Epitheleinwachsung
- 5-139.4↔ Fixation des Ziliarkörpers
- 5-139.5↔ Entfernung einer Naht
- 5-139.x↔ Sonstige
- 5-139.y N.n.bez.

## **5-14** Operationen an der Linse

*Hinw.:* Die Angabe zur Linsenimplantation ist für die Codes 5-143 bis 5-146 nach folgender Liste zu kodieren. Es ist jedoch nicht jede Listenposition mit jedem 5-stelligen Code 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

### **5-140 Entfernung eines Fremdkörpers aus der Augenlinse**

- 5-140.0↔ Mit Magnet
- 5-140.1↔ Durch Inzision
- 5-140.x↔ Sonstige
- 5-140.y N.n.bez.

### **5-142 Kapsulotomie der Linse**

- 5-142.0↔ Laserpolitur der Intraokularlinse
- 5-142.1↔ Kapsulotomie, chirurgisch
- 5-142.2↔ Kapsulotomie durch Laser
- 5-142.3↔ Nachstarabsaugung
- 5-142.x↔ Sonstige
- 5-142.y N.n.bez.

### **5-143 Intrakapsuläre Extraktion der Linse**

*Hinw.:* Die Angabe zur Linsenimplantation ist in der 6. Stelle nach der Liste vor 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)

- \*\*5-143.0 Über sklero-kornealen Zugang  
[6. Stelle: 0,5-8,a-k,x]
- \*\*5-143.1 Über kornealen Zugang  
[6. Stelle: 0,5,a-k,x]
- \*\*5-143.x Sonstige
- 5-143.y N.n.bez.

**5-144 Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]***Inkl.:* Linsenberechnung, ggf auch optisch*Hinw.:* Eine durchgeführte Iridektomie und eine Spülung sind im Code enthalten

Eine durchgeführte Vitrektomie ist gesondert zu kodieren (5-158, 5-159)

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)

- \*\*5-144.2 Linsenkerneexpression und/oder -Aspiration über sklero-kornealen Zugang
- \*\*5-144.3 Linsenkerneverflüssigung [Phakoemulsifikation] über sklero-kornealen Zugang
- \*\*5-144.4 Linsenkerneexpression und/oder -Aspiration über kornealen Zugang
- \*\*5-144.5 Linsenkerneverflüssigung [Phakoemulsifikation] über kornealen Zugang
- \*\*5-144.x Sonstige
- 5-144.y N.n.bez.

**5-145 Andere Linsenextraktionen***Hinw.:* 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)

- \*\*5-145.0 Über die Pars plana  
[6. Stelle: 0,5-8,a-k,x]
- \*\*5-145.1 Entfernung einer luxierten Linse aus der Vorderkammer  
[6. Stelle: 0,x]
- \*\*5-145.2 Entfernung einer luxierten Linse aus dem Glaskörper  
[6. Stelle: 0,5-8,a-k,x]
- \*\*5-145.x Sonstige
- 5-145.y N.n.bez.

**5-146 (Sekundäre) Einführung und Wechsel einer alloplastischen Linse***Hinw.:* 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)

- \*\*5-146.0 Sekundäre Einführung bei aphakem Auge  
[6. Stelle: 0,5-8,a-k,x]
- \*\*5-146.1 Einführung bei phakem Auge  
[6. Stelle: 0,5-8,a-k,x]
- \*\*5-146.2 Wechsel  
[6. Stelle: 0,5-8,a-k,x]
- \*\*5-146.x Sonstige
- 5-146.y N.n.bez.

**5-147 Revision und Entfernung einer alloplastischen Linse**

- 5-147.0↔ Revision einer Vorderkammerlinse
- 5-147.1↔ Revision einer Hinterkammerlinse
- 5-147.2↔ Entfernung einer Vorderkammerlinse
- 5-147.3↔ Entfernung einer Hinterkammerlinse
- 5-147.x↔ Sonstige
- 5-147.y N.n.bez.

**5-149 Andere Operationen an der Linse**

- 5-149.0↔ Einführung eines Kapselspannrings
- 5-149.1↔ Verschluss eines Defektes mit Gewebekleber

- 5-149.2 Sonderform der Intraokularlinse  
*Hinw.:* Diese Codes sind Zusatzcodes. Die durchgeführte Operation ist gesondert zu kodieren  
 .20↔ Multifokale Intraokularlinse  
 .21↔ Torische Intraokularlinse  
 .22↔ Akkommodative Intraokularlinse  
 .23↔ Irisprint-Intraokularlinse, patientenindividuell  
 .2x↔ Sonstige

5-149.x↔ Sonstige

5-149.y N.n.bez.

## **5-15 Operationen an Retina, Choroidea und Corpus vitreum**

### **5-150 Entfernung eines Fremdkörpers aus dem hinteren Augenabschnitt**

5-150.0↔ Mit Magnet, transskleral

5-150.1↔ Durch Inzision, transskleral

5-150.2↔ Transpupillar

5-150.x↔ Sonstige

5-150.y N.n.bez.

### **5-152 Fixation der Netzhaut durch eindellende Operationen**

*Hinw.:* Weitere Maßnahmen zur Fixation der Netzhaut sind gesondert zu kodieren

5-152.0↔ Durch permanente Plombe

5-152.1↔ Durch temporäre Plombe

5-152.2↔ Durch Cerclage

5-152.x↔ Sonstige

5-152.y N.n.bez.

### **5-153 Revision, Wechsel und Entfernung einer Cerclage oder Plombe, die zur Fixation der Netzhaut angelegt wurde**

5-153.0↔ Revision

5-153.1↔ Wechsel

5-153.2↔ Entfernung

*Inkl.:* Durchtrennung

5-153.y N.n.bez.

### **5-154 Andere Operationen zur Fixation der Netzhaut**

*Hinw.:* Eine gleichzeitig durchgeführte Cerclage ist gesondert zu kodieren (5-152.2)

Ein gleichzeitig durchgeführter Eingriff am Glaskörper ist gesondert zu kodieren (5-158, 5-159)

5-154.0↔ Kryopexie

5-154.2↔ Laser-Retinopexie

5-154.3↔ Endotamponade (Gas)

5-154.4↔ Durch schwere Flüssigkeiten

5-154.x↔ Sonstige

5-154.y N.n.bez.

### **5-155 Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea**

*Hinw.:* Eine durchgeführte Vitrektomie ist gesondert zu kodieren (5-158, 5-159)

5-155.0↔ Durch Diathermie

5-155.1↔ Durch Kryokoagulation

5-155.2↔ Durch Photokoagulation

5-155.3↔ Durch lokale Laserkoagulation

5-155.4↔ Durch flächige Laserkoagulation

5-155.5↔ Durch transpupillare Thermotheapie

5-155.6↔ Durch photodynamische Therapie

5-155.7↔ Durch sonstige Lasertherapie

5-155.8 Brachytherapie durch Aufnähen eines strahlenden Applikators

*Exkl.:* Lagekorrektur eines strahlenden Applikators (5-156.7)

Entfernung eines strahlenden Applikators (5-156.8)

.80↔ Beta-strahlend

.81↔ Gamma-strahlend

.8x↔ Sonstige

5-155.x↔ Sonstige

5-155.y N.n.bez.

### 5-156 Andere Operationen an der Retina

*Hinw.:* Eine durchgeführte Vitrektomie ist gesondert zu kodieren (5-158, 5-159)

5-156.0↔ Retinotomie

5-156.1↔ Retinektomie

5-156.2↔ Transplantation der Retina oder Zellen der Retina

5-156.3↔ Rotation der Netzhaut

5-156.5↔ Fixierung von Markierungsplättchen für die Strahlentherapie

5-156.6↔ Entfernung von Markierungsplättchen für die Strahlentherapie

5-156.7↔ Lagekorrektur eines strahlenden Applikators

5-156.8↔ Entfernung eines strahlenden Applikators

5-156.9↔ Injektion von Medikamenten in den hinteren Augenabschnitt

5-156.a Implantation einer Netzhautprothese

.a0↔ Subretinale Netzhautprothese

.a1↔ Epiretinale Netzhautprothese

.ax↔ Sonstige

5-156.x↔ Sonstige

5-156.y N.n.bez.

### 5-157 Andere Operationen an der Choroidea

*Hinw.:* Eine durchgeführte Vitrektomie ist gesondert zu kodieren (5-158, 5-159)

5-157.0↔ Subretinale Drainage

5-157.1↔ Exzision von subretinalem Gewebe

5-157.2 Blockexzision der Choroidea

.20↔ Mit Sklera in voller Dicke

.21↔ Mit lamellärem Skleradeckel

5-157.3↔ Transplantation von Aderhaut und Pigmentepithel

5-157.x↔ Sonstige

5-157.y N.n.bez.

### 5-158 Pars-plana-Vitrektomie

*Hinw.:* Weitere Maßnahmen an Retina und Choroidea sind gesondert zu kodieren: 5-152, 5-154, 5-155, 5-156, 5-157

Die Durchführung als nahtlose transkonjunktivale Vitrektomie mit Einmalinstrumenten ist gesondert zu kodieren (5-159.4)

Die Angabe des Glaskörperersatzes ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:

0↔ Elektrolytlösung

1↔ Luft

2↔ Andere Gase

3↔ Silikonölimplantation

4↔ Silikonölwechsel/-auffüllung

5↔ Silikonölenfernung

6↔ Medikamente

x↔ Sonstige

\*\*5-158.0 Vordere Vitrektomie über Pars plana

- \*\*5-158.1 Ohne chirurgische Manipulation der Netzhaut
- \*\*5-158.2 Mit Entfernung epiretinaler Membranen
- \*\*5-158.3 Mit Entfernung subretinaler Membranen
- \*\*5-158.4 Mit Entfernung netzhautabhebender Membranen
- \*\*5-158.x Sonstige
- 5-158.y N.n.bez.

### **5-159 Vitrektomie über anderen Zugang und andere Operationen am Corpus vitreum**

*Hinw.:* Weitere Maßnahmen an Retina und Choroidea sind gesondert zu kodieren: 5-152, 5-154, 5-155, 5-156, 5-157

Die Angabe des Glaskörperersatzes ist für die mit \*\* gekennzeichneten Codes in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:

- 0↔ Elektrolytlösung
- 1↔ Luft
- 2↔ Andere Gase
- 3↔ Silikonölimplantation
- 4↔ Silikonölwechsel/-auffüllung
- 5↔ Silikonölentfernung
- 6↔ Medikamente
- x↔ Sonstige

- \*\*5-159.0 Vordere Vitrektomie über anderen Zugang als Pars plana  
[6. Stelle: 0,5,6,x]  
*Hinw.:* Die Durchführung als nahtlose transkonjunktivale Vitrektomie mit Einmalinstrumenten ist gesondert zu kodieren (5-159.4)
- \*\*5-159.1 Abtragung eines Glaskörperprolapses  
[6. Stelle: 0,5,6,x]
- \*\*5-159.2 Entfernung von Glaskörpersträngen  
[6. Stelle: 0,5,6,x]
- 5-159.3 Durchtrennung der hinteren Glaskörpermembran durch Laser
- 5-159.4 Nahtlose transkonjunktivale Vitrektomie mit Einmalinstrumenten  
*Hinw.:* Dieser Code ist ein Zusatzcode. Die durchgeführte Vitrektomie ist gesondert zu kodieren
- \*\*5-159.x Sonstige
- 5-159.y N.n.bez.

## **5-16 Operationen an Orbita und Augapfel**

*Exkl.:* Offene Reposition einer Orbitafraktur (5-766)

### **5-160 Orbitotomie**

- 5-160.0↔ Lateraler transossärer Zugang
- 5-160.1↔ Transfrontaler Zugang
- 5-160.2↔ Transkonjunktivaler anteriorer Zugang
- 5-160.3↔ Transkutaner anteriorer Zugang
- 5-160.4↔ Transethmoidaler Zugang
- 5-160.x↔ Sonstige
- 5-160.y N.n.bez.

### **5-161 Entfernung eines Fremdkörpers aus Orbita und Augapfel, n.n.bez.**

*Inkl.:* Fremdkörperentfernung mit Magnet

*Hinw.:* Eine durchgeführte Orbitotomie ist gesondert zu kodieren (5-160)

- 5-161.0↔ Orbita, mit Magnet
- 5-161.1↔ Augapfel, n.n.bez., mit Magnet
- 5-161.2↔ Orbita, durch Inzision
- 5-161.3↔ Augapfel, n.n.bez., durch Inzision
- 5-161.x↔ Sonstige
- 5-161.y N.n.bez.

**5-162 Entfernung des Augeninhaltes [Eviszeration]***Exkl.:* Sekundäre Einführung eines Orbitaimplantates (5-165)

5-162.0↔ Ohne Einführung eines Orbitaimplantates

5-162.1↔ Mit gleichzeitiger Einführung eines Orbitaimplantates in die Skleraschale

5-162.x↔ Sonstige

5-162.y N.n.bez.

**5-163 Entfernung des Augapfels [Enukleation]***Exkl.:* Sekundäre Einführung eines Orbitaimplantates (5-165)

5-163.0↔ Ohne Einführung eines Orbitaimplantates

5-163.1 Mit gleichzeitiger Einführung eines Orbitaimplantates in die Tenonsche Kapsel

.10↔ Alloplastisches Implantat

.11↔ Ummanteltes alloplastisches Implantat

.12↔ Haut-Fettgewebe-Transplantat

.13↔ Bulbusplatzhalter aus nicht resorbierbarem, mikroporösem Material, mit fibrovaskulärer Integration, ohne Titannetz

.14↔ Bulbusplatzhalter aus nicht resorbierbarem, mikroporösem Material, mit fibrovaskulärer Integration, mit Titannetz

.1x↔ Sonstige

5-163.2 Mit gleichzeitiger Einführung eines Orbitaimplantates außerhalb der Tenonschen Kapsel

.20↔ Alloplastisches Implantat

.21↔ Ummanteltes alloplastisches Implantat

.22↔ Haut-Fettgewebe-Transplantat

.23↔ Bulbusplatzhalter aus nicht resorbierbarem, mikroporösem Material, mit fibrovaskulärer Integration, ohne Titannetz

.24↔ Bulbusplatzhalter aus nicht resorbierbarem, mikroporösem Material, mit fibrovaskulärer Integration, mit Titannetz

.2x↔ Sonstige

5-163.x↔ Sonstige

5-163.y N.n.bez.

**5-164 Andere Exzision, Destruktion und Exenteration der Orbita und Orbitainnenhaut***Hinw.:* Eine durchgeführte Exzision von Orbitaknochen ist gesondert zu kodieren (5-770.4)  
Die Orbitotomie ist gesondert zu kodieren (5-160)

5-164.0↔ Destruktion

5-164.1↔ Teilexzision von erkranktem Gewebe

5-164.2↔ Totalexzision von erkranktem Gewebe

5-164.3 Exenteration der Orbita mit Erhalt der Lidhaut

.30↔ Ohne Einführung von Gewebe oder alloplastischem Material

.31↔ Mit Hauttransplantation

.32↔ Mit Transplantation/Transposition von sonstigem Gewebe

.33↔ Mit Einführung von alloplastischem Material

.3x↔ Sonstige

5-164.4 Exenteration der Orbita ohne Erhalt der Lidhaut

.40↔ Ohne Einführung von Gewebe oder alloplastischem Material

.41↔ Mit Hauttransplantation

.42↔ Mit Transplantation/Transposition von sonstigem Gewebe

.43↔ Mit Einführung von alloplastischem Material

.4x↔ Sonstige

5-164.x↔ Sonstige

5-164.y N.n.bez.

**5-165 Sekundäre Einführung, Revision und Entfernung eines Orbitaimplantates***Exkl.:* Primäre Einführung eines Orbitaimplantates (5-162.1, 5-163.1, 5-163.2)

5-165.0 Sekundäre Einführung eines Orbitaimplantates in die Tenonsche Kapsel

*Hinw.:* Als selbständiger Eingriff

.00↔ Alloplastisches Implantat

- .01↔ Ummanteltes alloplastisches Implantat
- .02↔ Haut-Fettgewebe-Transplantat
- .03↔ Bulbusplatzhalter aus nicht resorbierbarem, mikroporösem Material, mit fibrovaskulärer Integration, ohne Titannetz
- .04↔ Bulbusplatzhalter aus nicht resorbierbarem, mikroporösem Material, mit fibrovaskulärer Integration, mit Titannetz
- .0x↔ Sonstige
- 5-165.1 Sekundäre Einführung eines Orbitaimplantates außerhalb der Tenonschen Kapsel**
  - .10↔ Alloplastisches Implantat
  - .11↔ Ummanteltes alloplastisches Implantat
  - .12↔ Haut-Fettgewebe-Transplantat
  - .13↔ Bulbusplatzhalter aus nicht resorbierbarem, mikroporösem Material, mit fibrovaskulärer Integration, ohne Titannetz
  - .14↔ Bulbusplatzhalter aus nicht resorbierbarem, mikroporösem Material, mit fibrovaskulärer Integration, mit Titannetz
  - .1x↔ Sonstige
- 5-165.2↔ Revision eines Orbitaimplantates**
- 5-165.3 Wechsel eines Orbitaimplantates**
  - .30↔ Mit Einführung eines alloplastischen Implantates
  - .31↔ Mit Einführung eines ummantelten alloplastischen Implantates
  - .32↔ Mit Einführung eines Haut-Fettgewebe-Transplantates
  - .33↔ Mit Einführung eines Bulbusplatzhalters aus nicht resorbierbarem, mikroporösem Material, mit fibrovaskulärer Integration, ohne Titannetz
  - .34↔ Mit Einführung eines Bulbusplatzhalters aus nicht resorbierbarem, mikroporösem Material, mit fibrovaskulärer Integration, mit Titannetz
  - .3x↔ Sonstige
- 5-165.4↔ Entfernung eines Orbitaimplantates**
- 5-165.x↔ Sonstige**
- 5-165.y N.n.bez.**
- 5-166 Revision und Rekonstruktion von Orbita und Augapfel**
- 5-166.0 Plastische Rekonstruktion der Orbita**
  - .00↔ Ohne Transplantat
  - .01↔ Mit Schleimhauttransplantat
  - .02↔ Mit Hauttransplantat
  - .03↔ Mit sonstigem autogenen Material
  - .04↔ Mit alloplastischem Material
  - .0x↔ Sonstige
- 5-166.1↔ Primäre Rekonstruktion des Augapfels**
- 5-166.2↔ Sekundäre Rekonstruktion der Augapfels**
- 5-166.3↔ Revision der Orbitahöhle**
- 5-166.x↔ Sonstige**
- 5-166.y N.n.bez.**
- 5-167 Rekonstruktion der Orbitawand**  
*Hinw.:* Die Orbitotomie ist gesondert zu kodieren (5-160)
- 5-167.0↔ Mit Osteoplastik**
- 5-167.1↔ Mit Metallplatten oder Implantaten**
- 5-167.2↔ Mit alloplastischem Material**
- 5-167.3↔ Mit Galea-Lappen**
- 5-167.4↔ Mit mikrovaskulärem Lappen**
- 5-167.x↔ Sonstige**
- 5-167.y N.n.bez.**
- 5-168 Operationen am N. opticus**  
*Hinw.:* Die Orbitotomie ist gesondert zu kodieren (5-160)
- 5-168.0↔ Optikusscheidenfensterung**

- 5-168.1↔ Exzision von erkranktem Gewebe des N. opticus  
 5-168.x↔ Sonstige  
 5-168.y N.n.bez.
- 5-169 Andere Operationen an Orbita, Auge und Augapfel**  
*Hinw.:* Die Orbitotomie ist gesondert zu kodieren (5-160)
- 5-169.0 Knöcherner Dekompression der Orbita  
 .00↔ Eine Wand  
 .01↔ Zwei Wände  
 .02↔ Drei Wände  
 .0x↔ Sonstige
- 5-169.1↔ Resektion von Fettgewebe aus der Orbita  
 5-169.2↔ Einlegen eines intraokularen Medikamententrägers  
 5-169.3↔ Einlegen eines extrabulbären Medikamententrägers  
 5-169.4↔ Temporäre intraokulare Druckerhöhung  
 5-169.5↔ Entfernung eines Implantates nach Glaukomoperation  
 5-169.x↔ Sonstige  
 5-169.y N.n.bez.

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

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

### **5-18** Operationen an Ohrmuschel und äußerem Gehörgang

*Exkl.:* Operationen bei Verbrennungen am äußeren Ohr (5-92)

- 5-180 Inzision am äußeren Ohr**
- 5-180.0↔ Ohrmuschel  
 5-180.1↔ Äußerer Gehörgang  
 5-180.2↔ Präaurikulär  
 5-180.3↔ Retroaurikulär  
 5-180.x↔ Sonstige  
 5-180.y N.n.bez.
- 5-181 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des äußeren Ohres**  
*Hinw.:* Unter mikrographischer Chirurgie (histographisch kontrolliert) werden Eingriffe verstanden, bei denen die Exzision des Tumors mit topographischer Markierung und anschließender Aufarbeitung der gesamten Exzidataußenfläche/-grenze erfolgt
- 5-181.0↔ Exzision an der Ohrmuschel  
 5-181.1↔ Exzision an der Ohrmuschel, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie)

- 5-181.2↔ Hämatomausräumung
- 5-181.3↔ Exzision präaurikulär
- 5-181.4↔ Exzision präaurikulär, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie)
- 5-181.5↔ Exzision retroaurikulär
- 5-181.6↔ Exzision retroaurikulär, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie)
- 5-181.7↔ Exzision am äußeren Gehörgang  
*Exkl.:* Exzision und Destruktion am knöchernen äußeren Gehörgang (5-181.9)
- 5-181.8↔ Destruktion  
*Exkl.:* Exzision und Destruktion am knöchernen äußeren Gehörgang (5-181.9)
- 5-181.9↔ Exzision und Destruktion am knöchernen äußeren Gehörgang  
*Inkl.:* Operation eines Gehörgangschlesteatoms  
Operation von Gehörgangsexostosen
- 5-181.x↔ Sonstige
- 5-181.y N.n.bez.
- 5-182 Resektion der Ohrmuschel**  
*Hinw.:* Unter mikrographischer Chirurgie (histographisch kontrolliert) werden Eingriffe verstanden, bei denen die Exzision des Tumors mit topographischer Markierung und anschließender Aufarbeitung der gesamten Exzidataußenfläche/-grenze erfolgt
- 5-182.0↔ Partiiell
- 5-182.1↔ Partiiell, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie)
- 5-182.2↔ Total
- 5-182.3↔ Total, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie)
- 5-182.x↔ Sonstige
- 5-182.y N.n.bez.
- 5-183 Wundversorgung am äußeren Ohr**
- 5-183.0↔ Naht (nach Verletzung)
- 5-183.1↔ Replantation
- 5-183.x↔ Sonstige
- 5-183.y N.n.bez.
- 5-184 Plastische Korrektur abstehender Ohren**
- 5-184.0↔ Durch Korrektur des Ohrknorpels
- 5-184.1↔ Durch Exzision von Weichteilen
- 5-184.2↔ Durch Korrektur des Ohrknorpels und Exzision von Weichteilen
- 5-184.3↔ Concharotation
- 5-184.x↔ Sonstige
- 5-184.y N.n.bez.
- 5-185 Konstruktion und Rekonstruktion des äußeren Gehörganges**
- 5-185.0↔ Erweiterung (z.B. bei Gehörgangstenose)
- 5-185.1↔ Konstruktion eines (nicht bestehenden) äußeren Gehörganges (z.B. bei Atresie)
- 5-185.2↔ Rekonstruktion eines (bestehenden) äußeren Gehörganges
- 5-185.x↔ Sonstige
- 5-185.y N.n.bez.
- 5-186 Plastische Rekonstruktion von Teilen der Ohrmuschel**  
*Exkl.:* Plastische Rekonstruktion der Ohrmuschel bei Verbrennungen (5-92)
- 5-186.0↔ Mit Gewebeexpander
- 5-186.1↔ Mit Galea-Lappen
- 5-186.2↔ Mit Knorpeltransplantat
- 5-186.3↔ Mit mikrovaskulärem Lappen

5-186.x↔ Sonstige

5-186.y N.n.bez.

**5-187 Plastische Rekonstruktion der gesamten Ohrmuschel**

*Exkl.:* Plastische Rekonstruktion der Ohrmuschel bei Verbrennungen (5-92)

5-187.0↔ Mit Gewebeexpander

5-187.1↔ Mit Galea-Lappen

5-187.2↔ Mit Knorpeltransplantat

5-187.3↔ Mit mikrovaskulärem Lappen

5-187.4↔ Mit alloplastischem Material

5-187.x↔ Sonstige

5-187.y N.n.bez.

**5-188 Andere Rekonstruktion des äußeren Ohres**

5-188.0↔ Reduktionsplastik (z.B. bei Makrotie)

5-188.1↔ Korrektur eines Schneckenhohres

5-188.2↔ Korrektur eines Stahlohres

5-188.3↔ Plastik des Ohrläppchens

5-188.x↔ Sonstige

5-188.y N.n.bez.

**5-189 Andere Operationen am äußeren Ohr**

5-189.0↔ Entnahme von Ohrknorpel zur Transplantation

5-189.x↔ Sonstige

5-189.y N.n.bez.

**5-19 Mikrochirurgische Operationen am Mittelohr**

**5-192 Revision einer Stapedektomie**

5-192.0 Ohne Wiedereröffnung des ovalen Fensters

.00↔ Ohne Implantation einer Prothese

.01↔ Mit Implantation einer autogenen Prothese (z.B. nach Schuknecht)

.02↔ Mit Implantation einer alloplastischen Prothese (z.B. Piston)

5-192.1 Mit Wiedereröffnung des ovalen Fensters

.10↔ Ohne Implantation einer Prothese

.11↔ Mit Implantation einer autogenen Prothese (z.B. nach Schuknecht)

.12↔ Mit Implantation einer alloplastischen Prothese (z.B. Piston)

5-192.y N.n.bez.

**5-193 Andere Operationen an den Gehörknöchelchen**

*Hinw.:* Siehe auch andere Operationen an Mittel- und Innenohr (5-20)

**5-194 Myringoplastik [Tympaanoplastik Typ I]**

*Hinw.:* Die Entnahme von Temporalisfaszie ist gesondert zu kodieren (5-852.g)

5-194.0↔ Endaural

5-194.1↔ Retroaurikulär

5-194.2↔ Aufrichtung des Trommelfells (bei frischer Verletzung)

5-194.x↔ Sonstige

5-194.y N.n.bez.

**5-195 Tympaanoplastik (Verschluss einer Trommelfellperforation und Rekonstruktion der Gehörknöchelchen)**

*Hinw.:* Siehe auch andere Operationen an Mittel- und Innenohr (5-20)

Die Entnahme von Temporalisfaszie ist gesondert zu kodieren (5-852.g)

5-195.9 Tympaanoplastik Typ II bis V

.90↔ Ohne Implantation einer Prothese

- .91↔ Mit Implantation einer autogenen Prothese (z.B. Auto-Ossikel)
- .92↔ Mit Implantation einer alloplastischen Prothese
- .93↔ Mit Implantation einer allogenen oder xenogenen Prothese (z.B. Homoio-Ossikel)
- .9x↔ Sonstige
- 5-195.a Tympanoplastik mit Attikotomie oder Attikoantrotomie**
  - .a0↔ Ohne Implantation einer Prothese
  - .a1↔ Mit Implantation einer autogenen Prothese (z.B. Auto-Ossikel)
  - .a2↔ Mit Implantation einer alloplastischen Prothese
  - .a3↔ Mit Implantation einer allogenen oder xenogenen Prothese (z.B. Homoio-Ossikel)
  - .ax↔ Sonstige
- 5-195.b Tympanoplastik mit Antrotomie oder Mastoidektomie**  
*Inkl.:* Tympanoplastik mit posteriorem Zugang
  - .b0↔ Ohne Implantation einer Prothese
  - .b1↔ Mit Implantation einer autogenen Prothese (z.B. Auto-Ossikel)
  - .b2↔ Mit Implantation einer alloplastischen Prothese
  - .b3↔ Mit Implantation einer allogenen oder xenogenen Prothese (z.B. Homoio-Ossikel)
  - .bx↔ Sonstige
- 5-195.c Tympanoplastik mit Anlage einer Ohrradikalhöhle**
  - .c0↔ Ohne Implantation einer Prothese
  - .c1↔ Mit Implantation einer autogenen Prothese (z.B. Auto-Ossikel)
  - .c2↔ Mit Implantation einer alloplastischen Prothese
  - .c3↔ Mit Implantation einer allogenen oder xenogenen Prothese (z.B. Homoio-Ossikel)
  - .cx↔ Sonstige
- 5-195.x↔ Sonstige
- 5-195.y N.n.bez.
- 5-197 Stapesplastik**  
*Inkl.:* Stapedotomie, Stapedektomie
  - 5-197.0↔ Ohne Implantation einer Prothese
  - 5-197.1↔ Mit Implantation einer autogenen Prothese (z.B. nach Schuknecht)
  - 5-197.2↔ Mit Implantation einer alloplastischen Prothese (z.B. Piston)
  - 5-197.x↔ Sonstige
  - 5-197.y N.n.bez.
- 5-198 Fensterungsoperation des Promotoriums**
  - 5-198.0↔ Ohne Implantation einer Prothese
  - 5-198.1↔ Mit Implantation einer autogenen Prothese (z.B. nach Schuknecht)
  - 5-198.2↔ Mit Implantation einer alloplastischen Prothese (z.B. Piston)
  - 5-198.x↔ Sonstige
  - 5-198.y N.n.bez.
- 5-199 Andere mikrochirurgische Operationen am Mittelohr**
- 5-200 Andere Operationen an Mittel- und Innenohr**
- 5-200 Parazentese [Myringotomie]**  
*Hinw.:* Die Durchführung mit Lasertechnik ist gesondert zu kodieren (5-985)
  - 5-200.4↔ Ohne Legen einer Paukendrainage
  - 5-200.5↔ Mit Einlegen einer Paukendrainage
  - 5-200.y N.n.bez.
- 5-201↔ Entfernung einer Paukendrainage**
- 5-202 Inzision an Warzenfortsatz und Mittelohr**
  - 5-202.0↔ Antrotomie
  - 5-202.1↔ Attikotomie

- 5-202.2↔ Explorative Tympanotomie  
5-202.5↔ Tympanotomie mit Abdichtung der runden und/oder ovalen Fenstermembran  
5-202.x↔ Sonstige  
5-202.y N.n.bez.
- 5-203 Mastoidektomie**  
*Exkl.:* Remastoidektomie (5-209.6)  
Mastoidektomie mit Tympanoplastik (5-195)  
Resektion des Os temporale (5-016.2, 5-016.3)
- 5-203.0↔ Einfache Mastoidektomie  
5-203.1↔ Radikale Mastoidektomie [Anlage einer Ohrradikalhöhle]  
5-203.7 Mit Freilegung des Fazialiskanals  
.70↔ Ohne Dekompression des Nerven  
.71↔ Mit Dekompression des Nerven  
5-203.9↔ Totale Resektion des Felsenbeins [Petrosektomie]  
5-203.a↔ Partielle Resektion des Felsenbeins  
5-203.x↔ Sonstige  
5-203.y N.n.bez.
- 5-204 Rekonstruktion des Mittelohres**  
*Hinw.:* Die Rekonstruktion des N. facialis ist unter 5-04 zu kodieren
- 5-204.0↔ Verkleinerung der Radikalhöhle  
5-204.1↔ Reimplantation der hinteren Gehörgangswand  
5-204.2↔ Rekonstruktion der hinteren Gehörgangswand  
5-204.3↔ Erweiterungsplastik des Gehörgangs oder Radikalhöhleneingangs  
5-204.x↔ Sonstige  
5-204.y N.n.bez.
- 5-205 Andere Exzisionen an Mittel- und Innenohr**  
*Inkl.:* Cholesteatom- und Tumorentfernung  
*Exkl.:* Exzision am Glomus tympanicum (5-041)
- 5-205.0↔ An der Paukenhöhle  
5-205.1↔ Am Labyrinth  
5-205.2↔ An der Pyramidenspitze  
5-205.3↔ An der Otobasis  
5-205.4↔ Am Mastoid  
5-205.x↔ Sonstige  
5-205.y N.n.bez.
- 5-208 Inzision [Eröffnung] und Destruktion [Ausschaltung] des Innenohres**
- 5-208.0↔ Kochleosaccotomie  
5-208.1↔ Dekompression oder Drainage des Saccus endolymphaticus (mit Shunt)  
5-208.2↔ Labyrinthektomie, transtympanal  
5-208.3↔ Labyrinthektomie, transmastoidal  
5-208.4↔ Labyrinthdestruktion, transtympanal  
5-208.5↔ Labyrinthdestruktion, transmastoidal  
5-208.x↔ Sonstige  
5-208.y N.n.bez.
- 5-209 Andere Operationen am Mittel- und Innenohr**
- 5-209.0↔ Tympanosympathektomie  
5-209.1↔ Operation an der Tuba auditiva

- 5-209.2 Einführung eines Kochleaimplantates
  - .23↔ Mit mehreren Elektroden ( z.B. Doppel-Array)
  - .24↔ Mit Einzelelektrode, nicht gehörerhaltend
  - .25↔ Mit Einzelelektrode, gehörerhaltend
  - .2x↔ Sonstige
- 5-209.3 Implantation von Knochenankern zur Befestigung eines Hörgerätes
  - .30↔ Ohne Befestigung einer Kupplung am Knochenanker
  - .31↔ Mit Befestigung einer Kupplung am Knochenanker
- 5-209.4↔ Verschluss einer Labyrinthfistel
- 5-209.5↔ Verschluss einer Mastoidfistel
- 5-209.6↔ Remastoidektomie
- 5-209.7↔ Wechsel eines Kochleaimplantates
- 5-209.8↔ Entfernung eines Kochleaimplantates
- 5-209.b↔ Wechsel eines aktiven mechanischen Hörimplantates
- 5-209.c↔ Entfernung eines aktiven mechanischen Hörimplantates
- 5-209.d↔ Befestigung einer Kupplung an einem bereits implantierten Knochenanker als selbständiger Eingriff
- 5-209.e Einführung eines aktiven mechanischen Hörimplantates
  - .e0↔ An das runde Fenster
  - .e1↔ An das ovale Fenster
  - .e2↔ An den Steigbügel
  - .e3↔ An die Gehörknöchelchenkette
  - .e4↔ An den Knochen
  - .ex↔ An sonstige Strukturen
- 5-209.f↔ Einführung eines Implantates zur direkten akustischen Stimulation der Cochlea [DACI]
- 5-209.g↔ Wechsel eines Implantates zur direkten akustischen Stimulation der Cochlea [DACI]
- 5-209.h↔ Entfernung eines Implantates zur direkten akustischen Stimulation der Cochlea [DACI]
- 5-209.x↔ Sonstige
- 5-209.y N.n.bez.

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

- 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)  
 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)  
 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)

### **5-21** Operationen an der Nase

*Exkl.:* Operationen an der Nase bei Verbrennungen (5-92)

#### **5-210** Operative Behandlung einer Nasenblutung

- 5-210.0 Ätzung oder Kaustik
- 5-210.1 Elektrokoagulation
- 5-210.2 Kryokoagulation

- 5-210.3 Laserkoagulation
- 5-210.4 Ligatur einer Arterie (A. maxillaris oder A. ethmoidalis)
- 5-210.5 Dermatoplastik am Vestibulum nasi  
*Exkl.:* Verschluss einer Septumperforation mit Schleimhaut-Verschiebelappen (5-214.4)
- 5-210.x Sonstige
- 5-210.y N.n.bez.
- 5-211 Inzision der Nase**
- 5-211.0 Drainage eines Septumhämatoms
- 5-211.1 Drainage eines Hämatoms sonstiger Teile der Nase  
.10 Ohne Einnähen von Septumstützfolien  
.11 Mit Einnähen von Septumstützfolien
- 5-211.2 Drainage eines Septumabszesses  
.20 Ohne Einnähen von Septumstützfolien  
.21 Mit Einnähen von Septumstützfolien
- 5-211.3 Drainage eines Abszesses sonstiger Teile der Nase
- 5-211.4 Durchtrennung von Synechien  
*Exkl.:* Durchtrennung von Synechien bei Verbrennungen (5-927)  
.40 Ohne Einnähen von Septumstützfolien  
.41 Mit Einnähen von Septumstützfolien
- 5-211.x Sonstige
- 5-211.y N.n.bez.
- 5-212 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase**  
*Hinw.:* Unter mikrographischer Chirurgie (histographisch kontrolliert) werden Eingriffe verstanden, bei denen die Exzision des Tumors mit topographischer Markierung und anschließender Aufarbeitung der gesamten Exzidataußenfläche/-grenze erfolgt
- 5-212.0 Exzision an der äußeren Nase  
*Inkl.:* Dermabrasion  
Shaving  
*Hinw.:* Eine zusätzlich durchgeführte Hauttransplantation oder Hauttransposition ist gesondert zu kodieren (5-902 ff., 5-903 ff., 5-905 ff., 5-906 ff.)
- 5-212.1 Exzision an der äußeren Nase, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie)  
*Hinw.:* Eine zusätzlich durchgeführte Hauttransplantation oder Hauttransposition ist gesondert zu kodieren (5-902 ff., 5-903 ff., 5-905 ff., 5-906 ff.)
- 5-212.2 Exzision an der inneren Nase, endonasal
- 5-212.3 Exzision an der inneren Nase durch laterale Rhinotomie
- 5-212.4 Exzision an der inneren Nase mit Midfacedegloving
- 5-212.5 Destruktion an der äußeren Nase
- 5-212.6 Destruktion an der inneren Nase
- 5-212.x Sonstige
- 5-212.y N.n.bez.
- 5-213 Resektion der Nase**  
*Hinw.:* Unter mikrographischer Chirurgie (histographisch kontrolliert) werden Eingriffe verstanden, bei denen die Exzision des Tumors mit topographischer Markierung und anschließender Aufarbeitung der gesamten Exzidataußenfläche/-grenze erfolgt
- 5-213.0 Partuell
- 5-213.1 Partuell, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie)
- 5-213.2 Subtotal
- 5-213.3 Subtotal, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie)
- 5-213.4 Total [Ablatio nasi]
- 5-213.5 Total, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie)
- 5-213.x Sonstige

- 5-213.y N.n.bez.
- 5-214 Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums**  
*Hinw.:* Die Entnahme von Rippenknorpel ist gesondert zu kodieren (5-349.4)  
 Die Entnahme von Ohrknorpel ist gesondert zu kodieren (5-189.0)
- 5-214.0 Submuköse Resektion
- 5-214.3 Septumunterfütterung (z.B. bei Ozaena)
- 5-214.4 Verschluss einer Septumperforation mit Schleimhaut-Verschiebelappen  
*Exkl.:* Dermatoplastik am Vestibulum nasi (5-210.5)
- 5-214.5 Plastische Korrektur ohne Resektion
- 5-214.6 Plastische Korrektur mit Resektion
- 5-214.7 Plastische Rekonstruktion des Nasenseptums  
 .70 Mit lokalen autogenen Transplantaten (Austauschplastik)  
 .71 Mit distalen autogenen Transplantaten (z.B. Rippenknorpel)  
 .72 Mit allogenen oder xenogenen Transplantaten  
 .7x Sonstige
- 5-214.x Sonstige
- 5-214.y N.n.bez.
- 5-215 Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]**  
*Hinw.:* Die gleichzeitige Operation an der mittleren Nasenmuschel ist im Kode enthalten
- 5-215.0 Destruktion  
 .00↔ Diathermie  
 .01↔ Kryokoagulation  
 .02↔ Laserkoagulation  
 .0x↔ Sonstige
- 5-215.1↔ Konchotomie und Abtragung von hinteren Enden
- 5-215.2↔ Konchektomie
- 5-215.3↔ Submuköse Resektion
- 5-215.4↔ Lateralisation
- 5-215.5↔ Medialisation
- 5-215.x↔ Sonstige
- 5-215.y N.n.bez.
- 5-216 Reposition einer Nasenfraktur**
- 5-216.0 Geschlossen
- 5-216.1 Offen, endonasal
- 5-216.2 Offen, von außen
- 5-216.x Sonstige
- 5-216.y N.n.bez.
- 5-217 Plastische Rekonstruktion der äußeren Nase**  
*Exkl.:* Plastische Rekonstruktion der äußeren Nase bei Verbrennungen (5-92)  
 Plastische Rekonstruktion nur der Nasenhaut (5-90)  
*Hinw.:* Die Entnahme von Ohrknorpel ist gesondert zu kodieren (5-189.0)
- 5-217.0 Nasensteg  
*Exkl.:* Nasenstegverlängerung bei Lippen-Kiefer-Gaumenspalte (5-218.0)
- 5-217.1 Nasenflügel  
*Inkl.:* Isolierte Nasenspitzenplastik
- 5-217.2 Nasenrücken
- 5-217.3 Mehrere Teile der Nase
- 5-217.x Sonstige
- 5-217.y N.n.bez.

- 5-218 Plastische Rekonstruktion der inneren und äußeren Nase [Septorhinoplastik]**  
*Exkl.:* Plastische Rekonstruktion der äußeren Nase bei Verbrennungen (5-92)
- 5-218.0 Septorhinoplastik mit Korrektur des Knorpels  
*Hinw.:* Die Entnahme von Rippenknorpel ist gesondert zu kodieren (5-349.4)  
 Die Entnahme von Ohrknorpel ist gesondert zu kodieren (5-189.0)  
 Eine gleichzeitige Nasenspitzenkorrektur und/oder Nasenklappenkorrektur ist im Code enthalten
- .00 Mit lokalen autogenen Transplantaten
  - .01 Mit distalen autogenen Transplantaten
  - .02 Mit allogenen oder xenogenen Transplantaten
  - .0x Sonstige
- 5-218.1 Septorhinoplastik mit Korrektur des Knochens
- .10 Mit lokalen autogenen Transplantaten
  - .11 Mit distalen autogenen Transplantaten
  - .12 Mit allogenen oder xenogenen Transplantaten
  - .1x Sonstige
- 5-218.2 Septorhinoplastik mit Korrektur des Knorpels und Knochens  
*Hinw.:* Die Entnahme von Rippenknorpel ist gesondert zu kodieren (5-349.4)  
 Die Entnahme von Ohrknorpel ist gesondert zu kodieren (5-189.0)  
 Eine gleichzeitige Nasenspitzenkorrektur und/oder Nasenklappenkorrektur ist im Code enthalten
- .20 Mit lokalen autogenen Transplantaten
  - .21 Mit distalen autogenen Transplantaten
  - .22 Mit allogenen oder xenogenen Transplantaten
  - .2x Sonstige
- 5-218.3 Septorhinoplastik mit lokalen oder distalen Lappen  
*Hinw.:* Die verwendeten Transplantate sind gesondert zu kodieren
- 5-218.4 Komplexe plastische Rekonstruktion der inneren und äußeren Nase  
*Inkl.:* Aufbau einer komplexen Sattelnase, Revisions-Septorhinoplastik mit komplexer Rekonstruktion der inneren und äußeren Nase  
*Hinw.:* Die Entnahme von Rippenknorpel ist gesondert zu kodieren (5-349.4)  
 Die Entnahme von Ohrknorpel ist gesondert zu kodieren (5-189.0)
- .40 Mit lokalen autogenen Transplantaten
  - .41 Mit distalen autogenen Transplantaten
  - .42 Mit allogenen oder xenogenen Transplantaten
  - .4x Sonstige
- 5-218.x Sonstige
- 5-218.y N.n.bez.
- 5-219 Andere Operationen an der Nase**
- 5-219.0 Exstirpation einer Nasenfistel
- 5-219.1↔ Resektion einer Choanalatresie, transpalatinal
- 5-219.2↔ Resektion einer Choanalatresie, endonasal
- 5-219.x Sonstige
- 5-219.y N.n.bez.
- 5-22 Operationen an den Nasennebenhöhlen**
- 5-220 Nasennebenhöhlenpunktion**
- 5-220.0↔ Scharfe Kieferhöhlenpunktion (über unteren Nasengang)  
*Inkl.:* Spülung und Drainage
- 5-220.1↔ Stumpfe Kieferhöhlenpunktion (über mittleren Nasengang)  
*Inkl.:* Spülung und Drainage
- 5-220.2↔ Kieferhöhlenpunktion über Fossa canina
- 5-220.3↔ Stirnhöhlenpunktion nach Beck
- 5-220.4↔ Keilbeinhöhlenpunktion, endonasal

5-220.x↔ Sonstige

5-220.y N.n.bez.

**5-221 Operationen an der Kieferhöhle**

*Inkl.:* Polypenentfernung

*Exkl.:* Fistelverschluss (5-225.4, 5-225.5)

*Hinw.:* Der transorale Zugang entspricht dem Zugang nach Caldwell-Luc

5-221.0↔ Fensterung über unteren Nasengang

5-221.1↔ Fensterung über mittleren Nasengang

5-221.4↔ Radikaloperation (z.B. Operation nach Caldwell-Luc)

5-221.6↔ Endonasal

5-221.7↔ Osteoplastische Operation, transoral

5-221.x↔ Sonstige

5-221.y N.n.bez.

**5-222 Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle**

*Inkl.:* Polypenentfernung

Elektrokoagulation von Blutungen

*Exkl.:* Dakryozystorhinostomie (5-087)

Ethmoidspheenoidektomie (5-224.3)

5-222.0↔ Infundibulotomie

5-222.1 Ethmoidektomie von außen

.10↔ Ohne Darstellung der Schädelbasis

.11↔ Mit Darstellung der Schädelbasis

5-222.2 Ethmoidektomie, endonasal

*Inkl.:* Infundibulotomie

.20↔ Ohne Darstellung der Schädelbasis

.21↔ Mit Darstellung der Schädelbasis

5-222.3 Ethmoidektomie, transmaxillär

.30↔ Ohne Darstellung der Schädelbasis

.31↔ Mit Darstellung der Schädelbasis

5-222.4↔ Sphenoidotomie, endonasal

5-222.5 Sphenoidektomie von außen

.50↔ Ohne Darstellung der Schädelbasis

.51↔ Mit Darstellung der Schädelbasis

5-222.6↔ Sphenoidektomie, transseptal

5-222.7 Sphenoidektomie, transmaxilloethmoidal

.70↔ Ohne Darstellung der Schädelbasis

.71↔ Mit Darstellung der Schädelbasis

5-222.8↔ Ballondilatation des Eingangs der Keilbeinhöhle

5-222.x↔ Sonstige

5-222.y N.n.bez.

**5-223 Operationen an der Stirnhöhle**

*Inkl.:* Polypenentfernung

5-223.0↔ Von außen mit Fensterung des Stirnhöhlenbodens (OP nach Ritter-Jansen)

5-223.1↔ Von außen mit Fensterung des Stirnhöhlenbodens und der Stirnhöhlevorderwand (OP nach Killian)

5-223.2↔ Radikaloperation von außen mit Resektion des Stirnhöhlenbodens und der Stirnhöhlevorderwand (OP nach Riedel)

5-223.3↔ Osteoplastische Operation

5-223.5↔ Endonasale Stirnhöhlenoperation

*Exkl.:* Ballondilatation des Eingangs der Stirnhöhle (5-223.7)

5-223.6 Anlage einer Mediandrainage

5-223.7↔ Ballondilatation des Eingangs der Stirnhöhle

5-223.x Sonstige

5-223.y N.n.bez.

### **5-224 Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen**

5-224.0↔ Sanierung der Sinus maxillaris et ethmoidalis, kombiniert endonasal und transantral (Luc-de Lima)

5-224.1↔ Sanierung der Sinus frontalis et ethmoidalis, kombiniert endonasal und von außen (nach Lynch, osteoplastische Operation)

5-224.2↔ Sanierung der Sinus maxillaris, ethmoidalis et sphenoidalis, transmaxillo-ethmoidal

5-224.3↔ Ethmoidosphenoidektomie, endonasal

5-224.4↔ Mehrere Nasennebenhöhlen, radikal

5-224.5↔ Mehrere Nasennebenhöhlen, radikal mit Einbruch in die Flügelgaumengrube, kombiniert transfazial und transmandibulär

*Inkl.:* Nasenrachen  
Einbruch in die Orbita

5-224.6 Mehrere Nasennebenhöhlen, endonasal

.60↔ Mit Teilentfernung der Lamina papyracea

.61↔ Mit Schlitzzung der Periorbita

.62↔ Mit Entlastung eines Abszesses

.63↔ Mit Darstellung der Schädelbasis (endonasale Pansinusoperation)

.64↔ Mit Versorgung der Schädelbasis

.6x↔ Sonstige

5-224.7 Mehrere Nasennebenhöhlen, kombiniert endonasal und von außen

.70↔ Mit Teilentfernung der Lamina papyracea

.71↔ Mit Schlitzzung der Periorbita

.72↔ Mit Entlastung eines Abszesses

.73↔ Mit Darstellung der Schädelbasis

.74↔ Mit Versorgung der Schädelbasis

.7x↔ Sonstige

5-224.8↔ Ballondilatation des Eingangs mehrerer Nasennebenhöhlen

5-224.x↔ Sonstige

5-224.y N.n.bez.

### **5-225 Plastische Rekonstruktion der Nasennebenhöhlen**

*Exkl.:* Kranioplastik (5-020)

5-225.0 Durch Rekonstruktion des Stirnbeins

5-225.1 Rekonstruktion der Stirnhöhlevorderwand

5-225.2 Rekonstruktion der Stirnhöhlehinterwand

5-225.3 Kranialisierung der Stirnhöhle

5-225.4↔ Verschluss einer alveoloantralen Fistel

5-225.5↔ Verschluss einer oroantralen Fistel

5-225.x↔ Sonstige

5-225.y N.n.bez.

### **5-229 Andere Operationen an den Nasennebenhöhlen**

## 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)  
 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)  
 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 und 5-232 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 |

#### **5-230 Zahnextraktion**

- 5-230.0 Einwurzeliger Zahn  
 5-230.1 Mehrwurzeliger Zahn  
 5-230.2 Mehrere Zähne eines Quadranten  
*Inkl.:* Mit Glättung des Kieferknochens  
 5-230.3 Mehrere Zähne verschiedener Quadranten  
 5-230.4 Sämtliche Zähne einer Kieferhälfte  
 5-230.5 Sämtliche Zähne  
 5-230.x Sonstige  
 5-230.y N.n.bez.

#### **5-231 Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie)**

*Hinw.:* Die Anzahl der Zähne ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-230 zu kodieren

- \*\*5-231.0 Tief zerstörter Zahn  
 \*\*5-231.1 Teilweise retinierter oder verlagerter Zahn  
 \*\*5-231.2 Vollständig retinierter oder verlagerter (impakterter) Zahn  
 \*\*5-231.3 Hemisektion  
 \*\*5-231.4 Entnahme eines Zahnes zur Transplantation  
 \*\*5-231.5 Entfernung einer frakturierten Wurzel oder Radix relicta  
 \*\*5-231.6 Entfernung eines Zahnfragmentes aus Weichgewebe  
 \*\*5-231.x Sonstige  
 5-231.y N.n.bez.

#### **5-232 Zahnsanierung durch Füllung**

*Hinw.:* Die Anzahl der Zähne ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-230 zu kodieren

- \*\*5-232.0 Adhäsive Füllungstechnik  
 \*\*5-232.1 Compositeadhäsive Füllungstechnik  
 \*\*5-232.2 Inlay  
 \*\*5-232.3 Aufbaufüllung  
 \*\*5-232.x Sonstige  
 5-232.y N.n.bez.

**5-233     Prothetischer Zahnersatz**

- 5-233.0 Krone
- 5-233.1 Brücke
- 5-233.2 Herausnehmbarer Zahnersatz
- 5-233.x Sonstige
- 5-233.y N.n.bez.

**5-235     Replantation, Transplantation, Implantation und Stabilisierung eines Zahnes**

- 5-235.0 Replantation (in die ursprüngliche Alveole)
- 5-235.1 Transplantation
- 5-235.2 Implantation, enossal
- 5-235.3 Implantation, subperiostal
- 5-235.4 Freilegung eines enossalen Implantates mit Aufsetzen einer Distanzhülse
- 5-235.5 Stabilisierung, endodontisch
- 5-235.6 Stabilisierung, transdental
- 5-235.7 Entfernung eines enossalen Implantates
- 5-235.8 Entfernung eines subperiostalen Implantates
- 5-235.9 Kieferaufbau durch Anwendung eines enoralen Distraktors
- 5-235.x Sonstige
- 5-235.y N.n.bez.

**5-236     Entfernung eines transplantierten Zahnes****5-237     Wurzelspitzenresektion und Wurzelkanalbehandlung**

*Hinw.:* Bei Behandlung mehrerer Zähne in einer Sitzung ist jede Zahnbehandlung gesondert zu kodieren

- 5-237.0 Wurzelkanalbehandlung
- 5-237.1 Wurzelspitzenresektion im Frontzahnbereich
  - .10 Ohne Wurzelkanalbehandlung
  - .11 Mit Wurzelkanalbehandlung, orthograd
  - .12 Mit Wurzelkanalbehandlung, retrograd
- 5-237.2 Wurzelspitzenresektion im Seitenzahnbereich
  - .20 Ohne Wurzelkanalbehandlung
  - .21 Mit Wurzelkanalbehandlung, orthograd
  - .22 Mit Wurzelkanalbehandlung, retrograd
- 5-237.x Sonstige
- 5-237.y N.n.bez.

**5-24     Operationen an Zahnfleisch, Alveolen und Kiefer****5-240     Inzision des Zahnfleisches und Osteotomie des Alveolarkammes**

- 5-240.0 Inzision des Zahnfleisches
- 5-240.1 Drainage des Parodonts
- 5-240.2 Osteotomie des Alveolarkammes [Alveolotomie]
- 5-240.x Sonstige
- 5-240.y N.n.bez.

**5-241     Gingivoplastik**

- 5-241.0 Lappenoperation
- 5-241.1 Mit Schleimhauttransplantat
- 5-241.2 Mit Knochenimplantat
- 5-241.3 Mit alloplastischem Implantat
- 5-241.4 Korrektur von Schleimhautbändern

5-241.x Sonstige

5-241.y N.n.bez.

**5-242 Andere Operationen am Zahnfleisch**

5-242.0 Kürettage von Zahnfleischtaschen

5-242.1 Operation am Schlotterkamm

5-242.2 Exzision von erkranktem Gewebe

5-242.3 Gingivektomie

5-242.4 Naht

5-242.5 Entnahme eines Schleimhauttransplantates vom harten Gaumen

5-242.6 Entnahme eines Schleimhauttransplantates von der Wange

5-242.x Sonstige

5-242.y N.n.bez.

**5-243 Exzision einer odontogenen pathologischen Veränderung des Kiefers**

*Hinw.:* Die Auffüllung mit einem Knochenersatzmaterial ist gesondert zu kodieren (5-774.70, 5-775.70)

Die Stabilisierung mit einer Interpositionsplastik ist gesondert zu kodieren (5-774.2, 5-775.3)

Die Stabilisierung mit einer Osteosynthese ist gesondert zu kodieren (5-786 ff.)

Die Knochentransplantation ist gesondert zu kodieren (5-77b ff., 5-784 ff.)

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

Die Augmentation durch Einbringen einer Folie/Membran oder sonstiger Materialien ist gesondert zu kodieren (5-774.6, 5-774.x, 5-775.8, 5-775.x)

5-243.0 Am Oberkiefer ohne Eröffnung der Kieferhöhle

5-243.1 Am Oberkiefer mit Eröffnung der Kieferhöhle

5-243.2 Am Oberkiefer mit Eröffnung des Nasenbodens

5-243.3 Am Unterkiefer

5-243.4 Am Unterkiefer mit Darstellung des N. alveolaris inferior

5-243.5 Am Unterkiefer mit Darstellung des N. lingualis

5-243.x Sonstige

5-243.y N.n.bez.

**5-244 Alveolarkammplastik und Vestibulumplastik**

*Exkl.:* Resektion des Alveolarkammes (5-771.0)

Alveolarkammerhöhung (5-774, 5-775)

*Hinw.:* Die Entnahme eines Transplantates ist gesondert zu kodieren (5-242.5, 5-242.6, 5-783, 5-858, 5-901, 5-904)

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

0 Ohne Transplantat

1 Mit Hauttransplantat

2 Mit Schleimhauttransplantat

3 Mit Knochentransplantat

x Sonstige

\*\*5-244.0 Alveolarkammplastik (Umschlagfalte)

\*\*5-244.1 Mundbodensenkung

*Inkl.:* Verlagerung der Mundbodenmuskulatur

\*\*5-244.2 Vestibulumplastik

\*\*5-244.3 Mundbodensenkung mit Vestibulumplastik

\*\*5-244.4 Tuberplastik

\*\*5-244.x Sonstige

5-244.y N.n.bez.

**5-245 Zahnfreilegung**

5-245.0 Ohne Osteotomie

5-245.1 Mit Osteotomie

5-245.y N.n.bez.

### **5-249 Andere Operationen und Maßnahmen an Gebiss, Zahnfleisch und Alveolen**

*Exkl.:* Osteotomie an Mandibula und Maxilla (5-776, 5-777)

5-249.0 Operative Blutstillung

5-249.1 Diastemaoperation

*Inkl.:* Durchtrennung des bindegewebigen Septums

5-249.2 Operative Fixation eines kieferorthopädischen Gerätes

*Inkl.:* Latham-Apparat

5-249.3 Operative Fixation einer Verbandplatte oder einer Gaumenplatte

5-249.4 Anpassung einer herausnehmbaren Verbandplatte

5-249.5 Entfernung einer Verbandplatte oder einer Gaumenplatte

5-249.6 Anpassung einer Gaumenplatte

*Inkl.:* Endoskopische Kontrolle

5-249.x Sonstige

5-249.y N.n.bez.

### **5-25 Operationen an der Zunge**

*Hinw.:* Die Art der Rekonstruktion ist für die Codes 5-251 und 5-252 nach folgender Liste zu kodieren:

- 0 Rekonstruktion mit gestieltem regionalen Lappen
- 1 Rekonstruktion mit nicht vaskularisiertem Transplantat
- 2 Rekonstruktion mit freiem mikrovaskulär-anastomosierten Transplantat
- 3 Rekonstruktion mit gestieltem Fernlappen
- x Sonstige

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

5-250.0 Inzision am Zungenrand

5-250.1 Inzision am Zungenkörper

5-250.2 Exzision

5-250.3 Destruktion

- .30 Elektrokoagulation
- .31 Laserkoagulation
- .32 Thermokoagulation
- .33 Kryokoagulation
- .34 Photodynamische Therapie
- .3x Sonstige

5-250.x Sonstige

5-250.y N.n.bez.

### **5-251 Partielle Glossektomie**

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

Die Anwendung von Lasertechnik ist gesondert zu kodieren (5-985)

Die Entnahme eines Transplantates ist gesondert zu kodieren (5-242.5, 5-242.6, 5-858, 5-901, 5-904)

Eine partielle Resektion der Mandibula und deren Rekonstruktion sind gesondert zu kodieren (5-772, 5-775)

Die Art der Rekonstruktion ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-250 zu kodieren

\*\*5-251.0 Transoral

\*\*5-251.1 Durch temporäre Mandibulotomie

\*\*5-251.2 Durch Pharyngotomie

\*\*5-251.x Sonstige

5-251.y N.n.bez.

**5-252 Glossektomie**

*Hinw.:* Eine durchgeführte Neck dissection ist gesondert zu kodieren (5-403)  
 Die Entnahme eines Transplantates ist gesondert zu kodieren (5-242.5, 5-242.6, 5-858, 5-901, 5-904)  
 Die Art der Rekonstruktion ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-250 zu kodieren

- \*\*5-252.0 Transoral
- \*\*5-252.1 Durch temporäre Mandibulotomie
- \*\*5-252.2 Durch Pharyngotomie
- \*\*5-252.3 Mit Resektion der Mandibula, partiell, ohne Kontinuitätsdurchtrennung
- \*\*5-252.4 Mit Resektion der Mandibula, partiell, mit Kontinuitätsdurchtrennung
- \*\*5-252.x Sonstige
- 5-252.y N.n.bez.

**5-253 Rekonstruktion der Zunge**

- 5-253.0 Naht (nach Verletzung)
- 5-253.1 Plastische Rekonstruktion
- 5-253.2 Reduktionsplastik
- 5-253.x Sonstige
- 5-253.y N.n.bez.

**5-259 Andere Operationen an der Zunge**

- 5-259.0 Verlagerung der Zungenaufhängung
- 5-259.1 Durchtrennung des Frenulum linguae
- 5-259.2 Plastik des Frenulum linguae
- 5-259.x Sonstige
- 5-259.y N.n.bez.

**5-26 Operationen an Speicheldrüsen und Speicheldrüsenausführungsgängen**

**5-260 Inzision und Schlitzung einer Speicheldrüse und eines Speicheldrüsenausführungsganges**

- 5-260.0↔ Ohne weitere Maßnahmen
- 5-260.1 Drainage
  - .10↔ Speicheldrüse
  - .11↔ Ausführungsgang
  - .1x↔ Sonstige
- 5-260.2 Entfernung eines Speichelsteines
  - .20↔ Speicheldrüse
  - .21↔ Ausführungsgang
  - .2x↔ Sonstige
- 5-260.x↔ Sonstige
- 5-260.y N.n.bez.

**5-261 Exzision von erkranktem Gewebe einer Speicheldrüse und eines Speicheldrüsenausführungsganges**

- 5-261.0↔ Marsupialisation des Ductus parotideus (Stenon-Gang)
- 5-261.1↔ Marsupialisation des Ductus submandibularis (Warthon-Gang)
- 5-261.2↔ Marsupialisation an der Glandula sublingualis (Ranula)
- 5-261.3↔ Exzision an der Glandula parotis
- 5-261.4↔ Exzision an der Glandula submandibularis
- 5-261.5↔ Exzision an der Glandula sublingualis (Ranula)
- 5-261.6 Exzision an den kleinen Speicheldrüsen

5-261.x↔ Sonstige

5-261.y N.n.bez.

### **5-262 Resektion einer Speicheldrüse**

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

5-262.0 Parotidektomie, partiell

.00↔ Ohne intraoperatives Fazialismonitoring

.01↔ Mit intraoperativem Fazialismonitoring

5-262.1 Parotidektomie, komplett mit Erhalt des N. facialis

.10↔ Ohne intraoperatives Fazialismonitoring

.11↔ Mit intraoperativem Fazialismonitoring

5-262.2 Parotidektomie, komplett mit Resektion des N. facialis

.20↔ Mit Teilresektion des N. facialis

.21↔ Mit Resektion des N. facialis

.2x↔ Sonstige

5-262.3↔ Parotidektomie, komplett mit Resektion und Rekonstruktion des N. facialis

5-262.4 Glandula submandibularis

.40↔ Ohne intraoperatives Monitoring des Ramus marginalis des N. facialis

.41↔ Mit intraoperativem Monitoring des Ramus marginalis des N. facialis

5-262.5↔ Glandula sublingualis

5-262.6 Kleine Speicheldrüsen

5-262.x↔ Sonstige

5-262.y N.n.bez.

### **5-263 Rekonstruktion einer Speicheldrüse und eines Speicheldrüsenausführungsganges**

5-263.0 Naht (nach Verletzung)

.00↔ Speicheldrüse

.01↔ Ausführungsgang

.0x↔ Sonstige

5-263.1 Verschluss einer Fistel

.10↔ Speicheldrüse

.11↔ Ausführungsgang

.1x↔ Sonstige

5-263.2↔ Verlagerung eines Speicheldrüsenausführungsganges

5-263.x↔ Sonstige

5-263.y N.n.bez.

### **5-269 Andere Operationen an Speicheldrüse und Speicheldrüsenausführungsgang**

5-269.0↔ Unterbindung des Ductus parotideus (Stenon-Gang)

5-269.1↔ Destruktion einer Speicheldrüse

5-269.2 Sialendoskopie der Glandula submandibularis oder der Glandula parotis

.20↔ Mit Dilatation

.21↔ Mit Entfernung eines Fremdkörpers oder Steins

.22↔ Mit intraduktaler Lithotripsie und Entfernung eines Steins

.2x↔ Sonstige

5-269.x↔ Sonstige

5-269.y N.n.bez.

## **5-27 Andere Operationen an Mund und Gesicht**

**5-270 Äußere Inzision und Drainage im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich**

*Inkl.:* Inzision von Logenabszessen

Fremdkörperentfernung

*Exkl.:* Inzision in der Mundhöhle (5-273)

5-270.0↔ Temporal

- 5-270.1↔ Periorbital
- 5-270.2↔ Paranasal  
*Inkl.:* Fossa canina
- 5-270.3↔ Wangenbereich  
*Inkl.:* Oberlippe
- 5-270.4↔ Parotisregion
- 5-270.5 Submandibulär
- 5-270.6↔ Submandibulär, kieferwinkelna
- 5-270.7 Submental
- 5-270.8 Zungengrund  
*Inkl.:* Inzision einer Mundbodenphlegmone von außen
- 5-270.9↔ Bereich des M. sternocleidomastoideus
- 5-270.x↔ Sonstige
- 5-270.y N.n.bez.

**5-271 Inzision des harten und weichen Gaumens**

- 5-271.0 Ohne weitere Maßnahmen
- 5-271.1 Drainage
- 5-271.2 Uvulotomie
- 5-271.x Sonstige
- 5-271.y N.n.bez.

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

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

- 5-272.0 Exzision, lokal
- 5-272.1 Exzision, partiell
- 5-272.2 Exstirpation, total, transoral
- 5-272.3 Exzision, radikal [En-bloc-Resektion], transmandibulär
- 5-272.4 Exzision, radikal [En-bloc-Resektion], transfazial
- 5-272.5 Uvulektomie
- 5-272.6 Destruktion
  - .60 Elektrokoagulation
  - .61 Laserkoagulation
  - .62 Thermokoagulation
  - .63 Kryokoagulation
  - .64 Photodynamische Therapie
  - .6x Sonstige
- 5-272.x Sonstige
- 5-272.y N.n.bez.

**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)

Resektion der Wange mit plastischer Rekonstruktion (5-278)

- 5-273.0 Inzision und Drainage, vestibulär submukös
- 5-273.1 Inzision und Drainage, vestibulär subperiostal
- 5-273.2 Inzision und Drainage, sublingual
- 5-273.3 Exzision, lokal, Mundboden
- 5-273.4↔ Exzision, lokal, Wange
- 5-273.5 Exzision, lokal, Lippe
- 5-273.6 Exzision, partiell, Mundboden

- 5-273.7↔ Exzision, partiell, Wange
- 5-273.8 Exzision, partiell, Lippe
- 5-273.9 Destruktion
- .90 Elektrokoagulation
  - .91 Laserkoagulation
  - .92 Thermokoagulation
  - .93 Kryokoagulation
  - .94 Photodynamische Therapie
  - .9x Sonstige
- 5-273.x↔ Sonstige
- 5-273.y N.n.bez.
- 5-274 Mundbodenplastik**  
*Exkl.:* Mundbodensenkung (5-244.1, 5-244.3)
- 5-274.0 Naht (nach Verletzung)
- 5-274.1 Plastische Rekonstruktion
- 5-274.2 Verschluss einer Fistel
- 5-274.x Sonstige
- 5-274.y N.n.bez.
- 5-275 Palatoplastik**  
*Exkl.:* Palatopharyngoplastik (5-294.4)  
Operative Fixation eines kieferorthopädischen Gerätes (5-249.2)
- 5-275.0 Naht (nach Verletzung)
- 5-275.1 Primäre Hartgaumenplastik ohne Knochentransplantat
- 5-275.2 Primäre Hartgaumenplastik mit Knochentransplantat  
*Hinw.:* Die Entnahme eines Knochentransplantates ist gesondert zu kodieren (5-783)
- 5-275.3 Sekundäre Hartgaumenplastik ohne Knochentransplantat
- 5-275.4 Sekundäre Hartgaumenplastik mit Knochentransplantat  
*Hinw.:* Die Entnahme eines Knochentransplantates ist gesondert zu kodieren (5-783)
- 5-275.7 Velopharyngolyse
- 5-275.8 Velopharyngoplastik
- 5-275.9 Primäre Segelplastik  
*Inkl.:* Uvuloplastik
- 5-275.a Sekundäre Segelplastik  
*Inkl.:* Uvuloplastik
- 5-275.x Sonstige
- 5-275.y N.n.bez.
- 5-276 Plastische Rekonstruktion einer (angeborenen) Lippenspalte und Lippen-Kieferspalte**
- 5-276.7↔ Sekundäroperation der Lippenspalte
- 5-276.8↔ Operation bei Makrostomie
- 5-276.9↔ Sekundäroperation der Kieferspalte
- 5-276.a↔ Lippenplastik
- 5-276.b↔ Kieferplastik
- 5-276.c↔ Kieferplastik, mit Osteoplastik
- 5-276.x↔ Sonstige
- 5-276.y N.n.bez.

**5-277 Resektion des Mundbodens mit plastischer Rekonstruktion**

*Exkl.:* Partielle Exzision des Mundbodens ohne Rekonstruktion (5-273.6)  
 Lokale Exzision des Mundbodens ohne Rekonstruktion (5-273.3)

*Hinw.:* Eine durchgeführte Neck dissection ist gesondert zu kodieren (5-403)  
 Die Entnahme eines Transplantates ist gesondert zu kodieren (5-242.5, 5-242.6, 5-858, 5-901)

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

- 0 Rekonstruktion mit gestieltem regionalen Lappen
- 1 Rekonstruktion mit nicht vaskularisiertem Transplantat
- 2 Rekonstruktion mit freiem mikrovasculär-anastomosierten Transplantat
- 3 Rekonstruktion mit gestieltem Fernlappen
- x Sonstige

\*\*5-277.0 Transoral

\*\*5-277.1 Durch temporäre Mandibulotomie

\*\*5-277.2 Mit Resektion der Mandibula, partiell, ohne Kontinuitätsdurchtrennung

\*\*5-277.3 Mit Resektion der Mandibula, partiell, mit Kontinuitätsdurchtrennung

\*\*5-277.x Sonstige

5-277.y N.n.bez.

**5-278 Resektion der Wange mit plastischer Rekonstruktion**

*Exkl.:* Partielle Exzision der Wange ohne Rekonstruktion (5-273.7)  
 Lokale Exzision der Wange ohne Rekonstruktion (5-273.4)

*Hinw.:* Eine durchgeführte Neck dissection ist gesondert zu kodieren (5-403)  
 Die Entnahme eines Transplantates ist gesondert zu kodieren (5-242.5, 5-242.6, 5-858, 5-901)

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

- 0↔ Rekonstruktion mit gestieltem regionalen Lappen
- 1↔ Rekonstruktion mit nicht vaskularisiertem Transplantat
- 2↔ Rekonstruktion mit einem freien mikrovasculär-anastomosierten Transplantat
- 3↔ Rekonstruktion mit gestieltem Fernlappen
- 4↔ Rekonstruktion mit zwei freien mikrovasculär-anastomosierten Transplantaten
- 5↔ Rekonstruktion mit einer Kombination aus gestielten und mikrovasculär-anastomosierten Lappen
- x↔ Sonstige

\*\*5-278.0 Transoral

\*\*5-278.1 Durch temporäre Mandibulotomie

\*\*5-278.2 Mit Resektion der Mandibula, partiell, ohne Kontinuitätsdurchtrennung

\*\*5-278.3 Mit Teilresektion der Mandibula, mit Kontinuitätsdurchtrennung

\*\*5-278.4 Mit Teilresektion der Maxilla

\*\*5-278.x Sonstige

5-278.y N.n.bez.

**5-279 Andere Operationen am Mund**

5-279.0 Operative Blutstillung

*Exkl.:* Operative Blutstillung an Gebiss, Zahnfleisch und Alveolen (5-249.0)

5-279.1 Frenulotomie

5-279.x Sonstige

5-279.y N.n.bez.

**5-28 Operationen im Bereich des Naso- und Oropharynx**

**5-280 Transorale Inzision und Drainage eines pharyngealen oder parapharyngealen Abszesses**

5-280.0 (Peri)tonsillär

5-280.1 Parapharyngeal

5-280.2 Retropharyngeal

- 5-280.3 Im Bereich des Zungengrundes  
5-280.x Sonstige  
5-280.y N.n.bez.
- 5-281 Tonsillektomie (ohne Adenotomie)**  
*Exkl.:* Operative Blutstillung nach Tonsillektomie (5-289.1)  
*Hinw.:* Eine durchgeführte Neck dissection ist gesondert zu kodieren (5-403)
- 5-281.0 Mit Dissektionstechnik  
5-281.1 Abszessonsillektomie  
5-281.2 Radikal, transoral  
5-281.3 Radikal, durch Pharyngotomie  
5-281.4 Rest-Tonsillektomie  
5-281.5 Partiiell, transoral  
5-281.x Sonstige  
5-281.y N.n.bez.
- 5-282 Tonsillektomie mit Adenotomie**
- 5-282.0 Mit Dissektionstechnik  
5-282.x Sonstige  
5-282.y N.n.bez.
- 5-284 Exzision und Destruktion einer Zungengrundtonsille**
- 5-284.0 Transoral  
5-284.1 Durch Pharyngotomie  
5-284.x Sonstige  
5-284.y N.n.bez.
- 5-285 Adenotomie (ohne Tonsillektomie)**  
*Exkl.:* Operative Blutstillung nach Adenotomie (5-289.2)
- 5-285.0 Primäreingriff  
5-285.1 Readenotomie  
5-285.x Sonstige  
5-285.y N.n.bez.
- 5-289 Andere Operationen an Gaumen- und Rachenmandeln**
- 5-289.0 Destruktion von erkranktem Gewebe  
.00 Elektrokoagulation  
.01 Laserkoagulation  
.02 Thermokoagulation  
.03 Kryokoagulation  
.04 Photodynamische Therapie  
.0x Sonstige
- 5-289.1 Operative Blutstillung nach Tonsillektomie  
5-289.2 Operative Blutstillung nach Adenotomie  
5-289.3 Narbenexzision  
5-289.4 Exzision von erkranktem Gewebe  
5-289.x Sonstige  
5-289.y N.n.bez.

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

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

### **5-29 Operationen am Pharynx**

#### **5-290 Pharyngotomie**

- Hinw.:* Eine durchgeführte Neck dissection ist gesondert zu kodieren (5-403)  
 Mit einem Kode aus diesem Bereich ist nur die isolierte Pharyngotomie zu kodieren. Die Pharyngotomie als Zugang im Rahmen einer nachfolgenden Operation ist unter dem jeweiligen Eingriff zu kodieren

- 5-290.0 Median
- 5-290.1 Median, translingual
- 5-290.2 Median, transhyoidal
- 5-290.3 Lateral
- 5-290.x Sonstige
- 5-290.y N.n.bez.

#### **5-291 Operationen an Kiemengangsresten**

- 5-291.0 Inzision
- 5-291.1 Exzision einer lateralen Halszyste
- 5-291.2 Exzision einer lateralen Halsfistel
- 5-291.3 Sekundärer Eingriff
- 5-291.x Sonstige
- 5-291.y N.n.bez.

#### **5-292 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Pharynx**

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

- 5-292.0 Exzision, lokal
- 5-292.3 Destruktion
  - .30 Elektrokoagulation
  - .31 Laserkoagulation
  - .32 Thermokoagulation
  - .33 Kryokoagulation
  - .34 Photodynamische Therapie
  - .3x Sonstige
- 5-292.x Sonstige
- 5-292.y N.n.bez.

#### **5-293 Pharyngoplastik**

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

- Hinw.:* Dieser Kode ist für die alleinige Pharyngoplastik ohne Resektion des Pharynx zu verwenden

- 5-293.0 Mit lokaler Schleimhaut

- 5-293.1 Mit gestieltem myokutanen Lappen
- 5-293.2 Mit mikrovaskulär anastomosiertem Transplantat
- 5-293.3 Mit freiem Hautlappen
- 5-293.4 Mit freiem Darmtransplantat
- 5-293.5 Mit Magenhochzug
- 5-293.x Sonstige
- 5-293.y N.n.bez.

#### **5-294 Andere Rekonstruktionen des Pharynx**

- 5-294.0 Naht (nach Verletzung)
- 5-294.1 Verschluss einer Fistel
- 5-294.2 Verschluss einer Hypopharynxperforation
- 5-294.3 Adhäsiolyse
- 5-294.4 (Uvulo-)Palatopharyngoplastik
- 5-294.x Sonstige
- 5-294.y N.n.bez.

#### **5-295 Partielle Resektion des Pharynx [Pharynxteilresektion]**

*Hinw.:* Eine durchgeführte Neck dissection ist gesondert zu kodieren (5-403)  
Die Art der Rekonstruktion ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:

- 0 Ohne Rekonstruktion
- 1 Rekonstruktion mit lokaler Schleimhaut
- 2 Rekonstruktion mit gestieltem regionalen Lappen
- 3 Rekonstruktion mit nicht vaskularisiertem Transplantat
- 4 Rekonstruktion mit freiem mikrovaskulär-anastomosierten Transplantat
- 5 Rekonstruktion mit gestieltem Fernlappen
- x Sonstige

- \*\*5-295.0 Transoral
- \*\*5-295.1 Durch Pharyngotomie
- \*\*5-295.2 Durch Spaltung des weichen und/oder harten Gaumens
- \*\*5-295.3 Transmandibulär
- \*\*5-295.x Sonstige
- 5-295.y N.n.bez.

#### **5-296 Radikale Resektion des Pharynx [Pharyngektomie]**

*Hinw.:* Eine durchgeführte Neck dissection ist gesondert zu kodieren (5-403)  
Die Art der Rekonstruktion ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:

- 0 Ohne Rekonstruktion
- 1 Rekonstruktion mit lokaler Schleimhaut
- 2 Rekonstruktion mit gestieltem regionalen Lappen
- 3 Rekonstruktion mit nicht vaskularisiertem Transplantat
- 4 Rekonstruktion mit freiem mikrovaskulär-anastomosierten Transplantat
- 5 Rekonstruktion mit gestieltem Fernlappen
- 6 Rekonstruktion mit freiem Darmtransplantat
- 7 Rekonstruktion mit Magenhochzug
- x Sonstige

- \*\*5-296.0 Transoral
- \*\*5-296.1 Durch Pharyngotomie
- \*\*5-296.2 Durch Spaltung des weichen und/oder harten Gaumens
- \*\*5-296.3 Transmandibulär
- \*\*5-296.x Sonstige
- 5-296.y N.n.bez.

**5-299    Andere Operationen am Pharynx**

- 5-299.0    Myotomie des M. constrictor pharyngis
  - .00    Ohne Pharyngotomie
  - .01    Mit Pharyngotomie
- 5-299.1    Ausstopfen eines Zenker-Divertikels, endoskopisch
- 5-299.2    Schwellendurchtrennung eines Zenker-Divertikels
- 5-299.x    Sonstige
- 5-299.y    N.n.bez.

**5-30     Exzision und Resektion am Larynx**

**5-300    Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx**

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

- 5-300.0    Exzision, endolaryngeal
  - Inkl.:* Exzision einer Laryngozele
- 5-300.1    Exzision, laryngoskopisch
- 5-300.2    Exzision, mikrolaryngoskopisch
- 5-300.3    Destruktion
  - .30    Elektrokoagulation
  - .31    Laserkoagulation
  - .32    Thermokoagulation
  - .33    Kryokoagulation
  - .34    Photodynamische Therapie
  - .3x    Sonstige
- 5-300.4    Dekortikation einer Stimmlippe, durch Thyreotomie
- 5-300.5    Dekortikation einer Stimmlippe, mikrolaryngoskopisch
- 5-300.6    Stripping einer Stimmlippe, durch Thyreotomie
- 5-300.7    Stripping einer Stimmlippe, mikrolaryngoskopisch
- 5-300.x    Sonstige
- 5-300.y    N.n.bez.

**5-301    Hemilaryngektomie**

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

- 5-301.0    Horizontal, supraglottisch
- 5-301.1    Horizontal, supraglottisch mit Zungengrundresektion
- 5-301.2    Vertikal, modifiziert (Hautant)
- 5-301.3    Vertikal, komplett (Gluck-Sörensen)
- 5-301.x    Sonstige
- 5-301.y    N.n.bez.

**5-302    Andere partielle Laryngektomie**

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

- 5-302.0    Epiglottektomie, endolaryngeal
- 5-302.1    Chordektomie, endolaryngeal
- 5-302.2    Chordektomie durch Thyreotomie
- 5-302.3    Cricothyreoidektomie
- 5-302.4    Partielle Larynx-Pharynx-Resektion
- 5-302.5    Endoskopische Laserresektion
- 5-302.6    Teilresektion, frontal (Huet)
- 5-302.7    Teilresektion, frontolateral (Leroux-Robert)
- 5-302.8    Arytenoidektomie, laryngoskopisch
- 5-302.9    Arytenoidektomie, mikrolaryngoskopisch

- 5-302.x Sonstige  
5-302.y N.n.bez.

**5-303 Laryngektomie**

*Inkl.:* Tracheotomie

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

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

- 0 Ohne Rekonstruktion
- 1 Rekonstruktion mit lokaler Schleimhaut
- 2 Rekonstruktion mit gestieltem regionalen Lappen
- 3 Rekonstruktion mit nicht vaskularisiertem Transplantat
- 4 Rekonstruktion mit freiem mikrovaskulär-anastomosierten Transplantat
- 5 Rekonstruktion mit gestieltem Fernlappen
- 6 Rekonstruktion mit freiem Darmtransplantat
- 7 Rekonstruktion mit Magenhochzug
- x Sonstige

- \*\*5-303.0 Einfache Laryngektomie  
\*\*5-303.1 Mit Pharyngektomie  
\*\*5-303.2 Mit Pharyngektomie und Schilddrüsenresektion  
\*\*5-303.x Sonstige  
5-303.y N.n.bez.

**5-31 Andere Larynxoperationen und Operationen an der Trachea****5-310 Larynxverengende Eingriffe**

- 5-310.0 Injektion in die Stimmlippen (z.B. zur Verschmälerung der Stimmritze)  
5-310.1 Injektion in die Taschenfalten  
5-310.2 Thyroplastik  
5-310.x Sonstige  
5-310.y N.n.bez.

**5-311 Temporäre Tracheostomie**

*Inkl.:* Notfalltracheotomie

- 5-311.0 Tracheotomie  
5-311.1 Punktionstracheotomie  
5-311.2 Minitracheotomie  
5-311.3 Koniotomie [Interkrikothyreotomie]  
5-311.x Sonstige  
5-311.y N.n.bez.

**5-312 Permanente Tracheostomie**

*Exkl.:* Erweiterungsplastik eines Tracheostoma (5-316.3)  
Sternale Tracheostomie bei Resektion der Trachea (5-314.1)

- 5-312.0 Tracheotomie  
5-312.1 Re-Tracheotomie  
5-312.2 Tracheotomie mit mukokutaner Anastomose  
5-312.x Sonstige  
5-312.y N.n.bez.

**5-313 Inzision des Larynx und andere Inzisionen der Trachea**

- 5-313.0 Larynx, endolaryngeal  
*Inkl.:* Thyreotomie, Laryngofissur  
5-313.1 Larynx, laryngoskopisch  
5-313.2 Larynx, mikrolaryngoskopisch  
5-313.3 Trachea

- 5-313.x Sonstige
- 5-313.y N.n.bez.
- 5-314 Exzision, Resektion und Destruktion (von erkranktem Gewebe) der Trachea**
- 5-314.0 Exzision
  - .00 Offen chirurgisch
  - .01 Thorakoskopisch
  - .02 Tracheobronchoskopisch
  - .0x Sonstige
- 5-314.1 Resektion
  - .11 Mit End-zu-End-Anastomose
  - .12 Mit Anlegen eines Tracheostoma
  - .13 Mit Plastik (Stent)
  - .1x Sonstige
- 5-314.2 Destruktion
  - .20 Offen chirurgisch
  - .21 Thorakoskopisch
  - .22 Tracheobronchoskopisch
  - .2x Sonstige
- 5-314.x Sonstige
- 5-314.y N.n.bez.
- 5-315 Rekonstruktion des Larynx**  
*Exkl.: Dilatation des Larynx (5-319.0)*
- 5-315.0 Naht (nach Verletzung)  
*Inkl.: Larynxfraktur*
- 5-315.1 Verschluss einer Fistel
- 5-315.2 Erweiterungsplastik der Glottis (endolaryngeal)
- 5-315.3 Konstruktion einer Neoglottis
- 5-315.4 Erweiterungsplastik des Larynx
- 5-315.5 Plastische Rekonstruktion des Larynx  
*Exkl.: Laryngektomie mit Rekonstruktion (5-303 ff.)*
- 5-315.6 Plastische Rekonstruktion einer Stimmlippe
- 5-315.7 Revision einer Neoglottis
- 5-315.8 Revision einer Stimmlippenplastik
- 5-315.9 Lateralfixation der Stimmlippen von außen
- 5-315.x Sonstige
- 5-315.y N.n.bez.
- 5-316 Rekonstruktion der Trachea**  
*Exkl.: Dilatation der Trachea (5-319.1)*
- 5-316.0 Naht (nach Verletzung)
- 5-316.1 Verschluss einer Fistel  
*Exkl.: Verschluss einer erworbenen Ösophagotrachealfistel (5-429.4)*
- 5-316.2 Verschluss eines Tracheostoma
- 5-316.3 Erweiterungsplastik eines Tracheostoma
- 5-316.4 Resektion mit Implantation einer Prothese
- 5-316.5 Plastische Rekonstruktion (Tracheatransplantation)
  - .50 Zervikal
  - .51 Zervikal mit Tracheostomie
  - .52 Intrathorakal
  - .5x Sonstige
- 5-316.6 Beseitigung einer Trachealstenose
  - .60 Mit End-zu-End-Anastomose

- .61 Mit Plastik (Stent)
- .6x Sonstige
- 5-316.7 Tracheopexie
- 5-316.8 End-zu-End-Anastomose (bei Ruptur)
- 5-316.x Sonstige
- 5-316.y N.n.bez.
- 5-319 Andere Operationen an Larynx und Trachea**  
*Exkl.:* Einführung, Wechsel und Entfernung einer Sprechkanüle
- 5-319.0 Dilatation des Larynx
- 5-319.1 Dilatation der Trachea (endoskopisch)  
*Hinw.:* Die Anwendung von Lasertechnik ist gesondert zu kodieren (5-985)
  - .11 Ohne Einlegen einer Schiene (Stent)
  - .13 Mit Einlegen einer Schiene (Stent), hybrid/dynamisch
  - .14 Mit Einlegen einer Schiene (Stent), Kunststoff
  - .15 Mit Einlegen einer Schiene (Stent), Metall
- 5-319.2 Adhäsiolyse
- 5-319.3 Wechsel einer Prothese (Platzhalter) nach Larynxrekonstruktion
- 5-319.4 Entfernung einer Prothese (Platzhalter) nach Larynxrekonstruktion
- 5-319.6 Wechsel einer trachealen Schiene (Stent)  
*Inkl.:* Dilatation
  - .60 Auf eine Schiene (Stent), hybrid/dynamisch
  - .61 Auf eine Schiene (Stent), Kunststoff
  - .62 Auf eine Schiene (Stent), Metall
- 5-319.7 Entfernung einer trachealen Schiene (Stent)
- 5-319.9 Einlegen oder Wechsel einer Stimmprothese  
*Hinw.:* Die Anlage einer ösophagotrachealen Fistel ist gesondert zu kodieren (5-429.0)
- 5-319.a Entfernung einer Stimmprothese  
*Hinw.:* Der Verschluss einer ösophagotrachealen Fistel ist gesondert zu kodieren (5-429.n)
- 5-319.b Endoskopische Injektion in die Trachea  
*Inkl.:* Injektion von Fibrinkleber
- 5-319.x Sonstige
- 5-319.y N.n.bez.

## Operationen an Lunge und Bronchus (5-32...5-34)

*Inkl.:* Thorakoskopische Eingriffe, Lasereingriffe, photodynamische Eingriffe

*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)

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

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)

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)

### **5-32 Exzision und Resektion an Lunge und Bronchus**

*Inkl.:* Simultan mit Lungenparenchymresektion durchgeführte Dekortikationen und viszerale Pleurektomien

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

### **5-320 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe eines Bronchus**

*Exkl.:* Bronchoskopische Biopsie

Biopsie eines Bronchus durch Inzision (1-581.2)

5-320.0↔ Durch Bronchoskopie

*Inkl.:* Bronchoskopische Blutstillung

*Hinw.:* Die Anwendung von Lasertechnik ist gesondert zu kodieren (5-985)

5-320.1↔ Durch Thorakotomie

5-320.2↔ Durch Thorakoskopie

5-320.3↔ Bronchoskopische photodynamische Therapie

5-320.4↔ Bronchoskopische Kryotherapie

5-320.5↔ Bronchoskopische Radiofrequenzablation an der Bronchialmuskulatur

5-320.x↔ Sonstige

5-320.y N.n.bez.

### **5-321 Andere Exzision und Resektion eines Bronchus (ohne Resektion des Lungenparenchyms)**

*Exkl.:* Exzision und Resektion eines Bronchus mit Resektion des Lungenparenchyms (5-323 ff.)

5-321.0↔ Keilexzision

5-321.1↔ Bronchusresektion mit End-zu-End-Anastomose

5-321.2 Bifurkationsresektion (mit Rekonstruktion)

5-321.3↔ Revision einer Bronchusstumpfsuffizienz (mit partieller Resektion), ohne plastische Deckung

5-321.4 Revision einer Bronchusstumpfsuffizienz mit plastischer Deckung

.40↔ Mit Omentum majus

.41↔ Mit Muskeltransposition

.42↔ Mit Perikard

.43↔ Mit Zwerchfell

.44↔ Mit V. azygos

.45↔ Mit Pleura

.46↔ Mit perikardialem Fett

.4x↔ Sonstige

5-321.x↔ Sonstige

5-321.y N.n.bez.

**5-322 Atypische Lungenresektion**

*Inkl.:* Resektion einer Kaverne oder eines Lungenabszesses  
Lungenresektion zur Entfernung eines Fremdkörpers  
Viszerale Pleurektomie

**5-322.c E nukleation, offen chirurgisch**

- .c4↔ Eine Läsion, ohne Lymphadenektomie
- .c5↔ Eine Läsion, mit Entfernung einzelner Lymphknoten
- .c6↔ Eine Läsion, mit radikaler Lymphadenektomie
- .c7↔ 2 bis 5 Läsionen, ohne Lymphadenektomie
- .c8↔ 2 bis 5 Läsionen, mit Entfernung einzelner Lymphknoten
- .c9↔ 2 bis 5 Läsionen, mit radikaler Lymphadenektomie
- .ca↔ 6 bis 9 Läsionen, ohne Lymphadenektomie
- .cb↔ 6 bis 9 Läsionen, mit Entfernung einzelner Lymphknoten
- .cc↔ 6 bis 9 Läsionen, mit radikaler Lymphadenektomie
- .cd↔ 10 bis 19 Läsionen, ohne Lymphadenektomie
- .ce↔ 10 bis 19 Läsionen, mit Entfernung einzelner Lymphknoten
- .cf↔ 10 bis 19 Läsionen, mit radikaler Lymphadenektomie
- .cg↔ 20 und mehr Läsionen, ohne Lymphadenektomie
- .ch↔ 20 und mehr Läsionen, mit Entfernung einzelner Lymphknoten
- .cj↔ 20 und mehr Läsionen, mit radikaler Lymphadenektomie

**5-322.d Keilresektion, einfach, offen chirurgisch**

- .d1↔ Ohne Lymphadenektomie
- .d2↔ Mit Entfernung einzelner Lymphknoten
- .d3↔ Mit radikaler Lymphadenektomie

**5-322.e Keilresektion, mehrfach, offen chirurgisch**

- .e4↔ 2 bis 5 Keile, ohne Lymphadenektomie
- .e5↔ 2 bis 5 Keile, mit Entfernung einzelner Lymphknoten
- .e6↔ 2 bis 5 Keile, mit radikaler Lymphadenektomie
- .e7↔ 6 bis 9 Keile, ohne Lymphadenektomie
- .e8↔ 6 bis 9 Keile, mit Entfernung einzelner Lymphknoten
- .e9↔ 6 bis 9 Keile, mit radikaler Lymphadenektomie
- .ea↔ 10 bis 19 Keile, ohne Lymphadenektomie
- .eb↔ 10 bis 19 Keile, mit Entfernung einzelner Lymphknoten
- .ec↔ 10 bis 19 Keile, mit radikaler Lymphadenektomie
- .ed↔ 20 und mehr Keile, ohne Lymphadenektomie
- .ee↔ 20 und mehr Keile, mit Entfernung einzelner Lymphknoten
- .ef↔ 20 und mehr Keile, mit radikaler Lymphadenektomie

**5-322.f E nukleation, thorakoskopisch**

- .f4↔ Eine Läsion, ohne Lymphadenektomie
- .f5↔ Eine Läsion, mit Entfernung einzelner Lymphknoten
- .f6↔ Eine Läsion, mit radikaler Lymphadenektomie
- .f7↔ 2 bis 5 Läsionen, ohne Lymphadenektomie
- .f8↔ 2 bis 5 Läsionen, mit Entfernung einzelner Lymphknoten
- .f9↔ 2 bis 5 Läsionen, mit radikaler Lymphadenektomie
- .fa↔ 6 bis 9 Läsionen, ohne Lymphadenektomie
- .fb↔ 6 bis 9 Läsionen, mit Entfernung einzelner Lymphknoten
- .fc↔ 6 bis 9 Läsionen, mit radikaler Lymphadenektomie
- .fd↔ 10 bis 19 Läsionen, ohne Lymphadenektomie
- .fe↔ 10 bis 19 Läsionen, mit Entfernung einzelner Lymphknoten
- .ff↔ 10 bis 19 Läsionen, mit radikaler Lymphadenektomie
- .fg↔ 20 und mehr Läsionen, ohne Lymphadenektomie
- .fh↔ 20 und mehr Läsionen, mit Entfernung einzelner Lymphknoten
- .fj↔ 20 und mehr Läsionen, mit radikaler Lymphadenektomie

**5-322.g Keilresektion, einfach, thorakoskopisch**

- .g1↔ Ohne Lymphadenektomie
- .g2↔ Mit Entfernung einzelner Lymphknoten
- .g3↔ Mit radikaler Lymphadenektomie

- 5-322.h Keilresektion, mehrfach, thorakoskopisch  
 .h4↔ 2 bis 5 Keile, ohne Lymphadenektomie  
 .h5↔ 2 bis 5 Keile, mit Entfernung einzelner Lymphknoten  
 .h6↔ 2 bis 5 Keile, mit radikaler Lymphadenektomie  
 .h7↔ 6 bis 9 Keile, ohne Lymphadenektomie  
 .h8↔ 6 bis 9 Keile, mit Entfernung einzelner Lymphknoten  
 .h9↔ 6 bis 9 Keile, mit radikaler Lymphadenektomie  
 .ha↔ 10 bis 19 Keile, ohne Lymphadenektomie  
 .hb↔ 10 bis 19 Keile, mit Entfernung einzelner Lymphknoten  
 .hc↔ 10 bis 19 Keile, mit radikaler Lymphadenektomie  
 .hd↔ 20 und mehr Keile, ohne Lymphadenektomie  
 .he↔ 20 und mehr Keile, mit Entfernung einzelner Lymphknoten  
 .hf↔ 20 und mehr Keile, mit radikaler Lymphadenektomie
- 5-322.x Sonstige
- 5-322.y N.n.bez.
- 5-323 Segmentresektion und Bisegmentresektion der Lunge**  
*Inkl.:* Viszerale Pleurektomie  
*Hinw.:* Eine gleichzeitige Enukeleation oder Keilresektion bei einer Segmentresektion oder Bisegmentresektion ist im Code enthalten  
 Mit einem Code aus diesem Bereich sind nur anatomische Segmentresektionen zu kodieren  
 Die Lymphadenektomie ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:  
 1↔ Ohne Lymphadenektomie  
 2↔ Mit Entfernung einzelner Lymphknoten  
 3↔ Mit radikaler Lymphadenektomie
- \*\*5-323.4 Segmentresektion, offen chirurgisch
- \*\*5-323.5 Segmentresektion, thorakoskopisch
- \*\*5-323.6 Bisegmentresektion, offen chirurgisch
- \*\*5-323.7 Bisegmentresektion, thorakoskopisch
- \*\*5-323.x Sonstige
- 5-323.y N.n.bez.
- 5-324 Einfache Lobektomie und Bilobektomie der Lunge**  
*Inkl.:* Viszerale Pleurektomie  
*Hinw.:* Mit einem Code aus diesem Bereich sind nur die Lobektomie oder Bilobektomie der Lunge ohne Resektion an extrapulmonalen Strukturen oder Organen zu kodieren  
 Eine gleichzeitig durchgeführte Enukeleation, Keil- oder Segmentresektion ist im Code enthalten
- 5-324.2 Bilobektomie ohne radikale Lymphadenektomie, offen chirurgisch  
 .21 Ohne bronchoplastische oder angioplastische Erweiterung  
 .22 Mit bronchoplastischer Erweiterung  
 .23 Mit angioplastischer Erweiterung  
 .2x Sonstige
- 5-324.3 Bilobektomie mit radikaler Lymphadenektomie, offen chirurgisch  
 .31 Ohne bronchoplastische oder angioplastische Erweiterung  
 .32 Mit bronchoplastischer Erweiterung  
 .33 Mit angioplastischer Erweiterung  
 .34 Mit bronchoplastischer und angioplastischer Erweiterung  
 .3x Sonstige
- 5-324.6 Lobektomie, einseitig ohne radikale Lymphadenektomie, thorakoskopisch  
 .61 Ohne bronchoplastische oder angioplastische Erweiterung  
 .62 Mit bronchoplastischer Erweiterung  
 .6x Sonstige
- 5-324.7 Lobektomie, einseitig mit radikaler Lymphadenektomie, thorakoskopisch  
 .71 Ohne bronchoplastische oder angioplastische Erweiterung  
 .7x Sonstige

- 5-324.8 Bilobektomie ohne radikale Lymphadenektomie, thorakoskopisch  
 .81 Ohne bronchoplastische oder angioplastische Erweiterung  
 .8x Sonstige
- 5-324.9 Bilobektomie mit radikaler Lymphadenektomie, thorakoskopisch  
 .91 Ohne bronchoplastische oder angioplastische Erweiterung  
 .9x Sonstige
- 5-324.a Lobektomie ohne radikale Lymphadenektomie, offen chirurgisch  
 .a1↔ Ohne bronchoplastische oder angioplastische Erweiterung  
 .a2↔ Mit bronchoplastischer Erweiterung  
 .a3↔ Mit angioplastischer Erweiterung  
 .a4↔ Mit bronchoplastischer und angioplastischer Erweiterung  
 .a5↔ Mit Bifurkationsresektion  
 .ax↔ Sonstige
- 5-324.b Lobektomie mit radikaler Lymphadenektomie, offen chirurgisch  
 .b1↔ Ohne bronchoplastische oder angioplastische Erweiterung  
 .b2↔ Mit bronchoplastischer Erweiterung  
 .b3↔ Mit angioplastischer Erweiterung  
 .b4↔ Mit bronchoplastischer und angioplastischer Erweiterung  
 .b5↔ Mit Bifurkationsresektion  
 .bx↔ Sonstige
- 5-324.c Lobektomie zur Lebend-Organspende, offen chirurgisch
- 5-324.x Sonstige  
 .x1↔ Ohne bronchoplastische oder angioplastische Erweiterung  
 .x2↔ Mit bronchoplastischer Erweiterung  
 .x3↔ Mit angioplastischer Erweiterung  
 .x4↔ Mit bronchoplastischer und angioplastischer Erweiterung  
 .x5↔ Mit Bifurkationsresektion  
 .xx↔ Sonstige
- 5-324.y N.n.bez.
- 5-325 Erweiterte Lobektomie und Bilobektomie der Lunge**  
*Inkl.:* Viszerale Pleurektomie  
 Radikale Lymphadenektomie  
*Hinw.:* Mit einem Code aus diesem Bereich sind nur die Lobektomie oder Bilobektomie der Lunge mit Resektion an extrapulmonalen Strukturen oder Organen zu kodieren  
 Eine gleichzeitig durchgeführte Eukleation, Keil- oder Segmentresektion ist im Code enthalten
- 5-325.0 Lobektomie ohne broncho- oder angioplastische Erweiterung  
 .01↔ Mit Gefäßresektion intraperikardial  
 .02↔ Mit Perikardresektion  
 .03↔ Mit Vorhofresektion  
 .04↔ Mit Brustwandresektion  
 .05↔ Mit Zwerchfellresektion  
 .06↔ Mit Ösophagusresektion  
 .07↔ Mit Resektion an der Wirbelsäule  
 .08↔ Mit Resektion an mehreren Organen  
 .0x↔ Sonstige
- 5-325.1 Lobektomie mit bronchoplastischer Erweiterung (Bronchusmanschette)  
 .11↔ Mit Gefäßresektion intraperikardial  
 .12↔ Mit Perikardresektion  
 .13↔ Mit Vorhofresektion  
 .14↔ Mit Brustwandresektion  
 .15↔ Mit Zwerchfellresektion  
 .16↔ Mit Ösophagusresektion  
 .17↔ Mit Resektion an der Wirbelsäule  
 .18↔ Mit Resektion an mehreren Organen  
 .1x↔ Sonstige

- 5-325.2 Lobektomie mit angioplastischer Erweiterung (Gefäßmanschette)
- .21↔ Mit Gefäßresektion intraperikardial
  - .22↔ Mit Perikardresektion
  - .23↔ Mit Vorhofresektion
  - .24↔ Mit Brustwandresektion
  - .25↔ Mit Zwerchfellresektion
  - .26↔ Mit Ösophagusresektion
  - .27↔ Mit Resektion an der Wirbelsäule
  - .28↔ Mit Resektion an mehreren Organen
  - .2x↔ Sonstige
- 5-325.3 Lobektomie mit bronchoplastischer und angioplastischer Erweiterung (Bronchus- und Gefäßmanschette)
- .31↔ Mit Gefäßresektion intraperikardial
  - .32↔ Mit Perikardresektion
  - .33↔ Mit Vorhofresektion
  - .34↔ Mit Brustwandresektion
  - .35↔ Mit Zwerchfellresektion
  - .36↔ Mit Ösophagusresektion
  - .37↔ Mit Resektion an der Wirbelsäule
  - .38↔ Mit Resektion an mehreren Organen
  - .3x↔ Sonstige
- 5-325.4 Lobektomie mit Bifurkationsresektion
- Inkl.:* Trachearesektion
- .41↔ Mit Gefäßresektion intraperikardial
  - .42↔ Mit Perikardresektion
  - .43↔ Mit Vorhofresektion
  - .44↔ Mit Brustwandresektion
  - .4x↔ Sonstige
- 5-325.5 Bilobektomie ohne broncho- oder angioplastische Erweiterung
- .51 Mit Gefäßresektion intraperikardial
  - .52 Mit Perikardresektion
  - .53 Mit Vorhofresektion
  - .54 Mit Brustwandresektion
  - .55 Mit Zwerchfellresektion
  - .56 Mit Ösophagusresektion
  - .57 Mit Resektion an der Wirbelsäule
  - .58 Mit Resektion an mehreren Organen
  - .5x Sonstige
- 5-325.6 Bilobektomie mit bronchoplastischer Erweiterung (Bronchusmanschette)
- .61 Mit Gefäßresektion intraperikardial
  - .62 Mit Perikardresektion
  - .63 Mit Vorhofresektion
  - .64 Mit Brustwandresektion
  - .65 Mit Zwerchfellresektion
  - .66 Mit Ösophagusresektion
  - .67 Mit Resektion an der Wirbelsäule
  - .68 Mit Resektion an mehreren Organen
  - .6x Sonstige
- 5-325.7 Bilobektomie mit angioplastischer Erweiterung (Gefäßmanschette)
- .71 Mit Gefäßresektion intraperikardial
  - .72 Mit Perikardresektion
  - .73 Mit Vorhofresektion
  - .74 Mit Brustwandresektion
  - .75 Mit Zwerchfellresektion
  - .76 Mit Ösophagusresektion
  - .77 Mit Resektion an der Wirbelsäule
  - .78 Mit Resektion an mehreren Organen

- .7x Sonstige
- 5-325.8 Bilobektomie mit bronchoplastischer und angioplastischer Erweiterung (Bronchus- und Gefäßmanschette)
- .81 Mit Gefäßresektion intraperikardial
- .82 Mit Perikardresektion
- .83 Mit Vorhofresektion
- .84 Mit Brustwandresektion
- .85 Mit Zwerchfellresektion
- .86 Mit Ösophagusresektion
- .87 Mit Resektion an der Wirbelsäule
- .88 Mit Resektion an mehreren Organen
- .8x Sonstige
- 5-325.9 Bilobektomie mit Bifurkationsresektion
- Inkl.:* Trachearesektion
- .91 Mit Gefäßresektion intraperikardial
- .92 Mit Perikardresektion
- .93 Mit Vorhofresektion
- .94 Mit Brustwandresektion
- .95 Mit Zwerchfellresektion
- .96 Mit Ösophagusresektion
- .97 Mit Resektion an der Wirbelsäule
- .98 Mit Resektion an mehreren Organen
- .9x Sonstige
- 5-325.x Sonstige
- .x1↔ Mit Gefäßresektion intraperikardial
- .x2↔ Mit Perikardresektion
- .x3↔ Mit Vorhofresektion
- .x4↔ Mit Brustwandresektion
- .x5↔ Mit Zwerchfellresektion
- .x6↔ Mit Ösophagusresektion
- .x7↔ Mit Resektion an der Wirbelsäule
- .x8↔ Mit Resektion an mehreren Organen
- .xx↔ Sonstige
- 5-325.y N.n.bez.
- 5-327 Einfache (Pleuro-)Pneum(on)ektomie**
- Hinw.:* Mit einem Code aus diesem Bereich ist nur die (Pleuro-)Pneum(on)ektomie ohne Resektion an extrapulmonalen Strukturen oder Organen zu kodieren
- 5-327.0 Pneum(on)ektomie ohne radikale Lymphadenektomie
- 5-327.1 Pneum(on)ektomie mit radikaler Lymphadenektomie
- 5-327.2 Pneum(on)ektomie mit gegenseitiger Lungenresektion, ohne radikale Lymphadenektomie
- 5-327.3 Pneum(on)ektomie mit gegenseitiger Lungenresektion, mit radikaler Lymphadenektomie
- 5-327.4 Pleuropneum(on)ektomie ohne radikale Lymphadenektomie
- 5-327.5 Pleuropneum(on)ektomie mit radikaler Lymphadenektomie
- 5-327.7 Pleuropneum(on)ektomie mit gegenseitiger Lungenresektion, mit radikaler Lymphadenektomie
- 5-327.8 Pneum(on)ektomie, postmortal [zur Transplantation]
- Hinw.:* Dieser Code ist auch zu verwenden, wenn die Leistung nicht abschließend erbracht wird oder sich erst intraoperativ die Nichtverwendbarkeit des Organs für eine spätere Transplantation herausstellt
- Dieser Code und der im Fall eines vorzeitigen Abbruchs dieses Eingriffes zusätzlich zu kodierende Zusatzkode 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
- 5-327.x Sonstige
- 5-327.y N.n.bez.

**5-328 Erweiterte (Pleuro-)Pneum(on)ektomie**

*Inkl.:* Radikale Lymphadenektomie

*Hinw.:* Mit einem Kode aus diesem Bereich ist nur die (Pleuro-)Pneum(on)ektomie mit Resektion an extrapulmonalen Strukturen oder Organen zu kodieren

Die Resektion von Nachbarorganen ist für die mit \*\* gekennzeichneten Kodes in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:

- 1 Mit Gefäßresektion intraperikardial
- 2 Mit Perikardresektion
- 3 Mit Vorhofresektion
- 4 Mit Brustwandresektion
- 5 Mit Zwerchfellresektion
- 6 Mit Ösophagusresektion
- 7 Mit Resektion an der Wirbelsäule
- 8 Mit Resektion an mehreren Organen
- x Sonstige

\*\*5-328.0 Pneum(on)ektomie

\*\*5-328.1 Pneum(on)ektomie als Manschettenpneumektomie

\*\*5-328.2 Pneum(on)ektomie mit gegenseitiger Lungenresektion  
[6. Stelle: 1-3,x]

\*\*5-328.3 Pleuropneum(on)ektomie

\*\*5-328.4 Pleuropneum(on)ektomie als Manschettenpneumektomie

\*\*5-328.5 Pleuropneum(on)ektomie mit gegenseitiger Lungenresektion  
[6. Stelle: 1-3,x]

5-328.6 Pleuropneum(on)ektomie mit Zwerchfell- und Perikardresektion

\*\*5-328.x Sonstige

5-328.y N.n.bez.

**5-329↔ Andere Exzisionen an Lunge und Bronchus**

**5-33** **Andere Operationen an Lunge und Bronchus**

*Exkl.:* Diagnostische Bronchoskopie (1-620)

**5-330 Inzision eines Bronchus**

5-330.0↔ Ohne weitere Maßnahmen

5-330.1↔ Entfernung eines Fremdkörpers  
*Exkl.:* Fremdkörperentfernung durch Bronchoskopie (8-100.4, 8-100.5)

5-330.2↔ Implantation einer Prothese in das Bronchialsystem

5-330.x↔ Sonstige

5-330.y N.n.bez.

**5-331↔ Inzision der Lunge**

**5-333 Adhäsiolyse an Lunge und Brustwand**

5-333.0↔ Pleurolyse, offen chirurgisch

5-333.1↔ Pleurolyse, thorakoskopisch

5-333.x↔ Sonstige

5-333.y N.n.bez.

**5-334 Rekonstruktion an Lunge und Bronchien**

5-334.0↔ Naht der Lunge (nach Verletzung), offen chirurgisch

5-334.1↔ Naht der Lunge (nach Verletzung), thorakoskopisch

5-334.2↔ Naht eines Bronchus (nach Verletzung)

5-334.3↔ Plastische Rekonstruktion der Lunge

5-334.4↔ Plastische Rekonstruktion eines Bronchus

5-334.5↔ Verschluss einer Bronchusfistel, offen chirurgisch

5-334.6↔ Verschluss einer Bronchusfistel, thorakoskopisch

- 5-334.7↔ Verschluss einer Lungenparenchymfistel, offen chirurgisch  
 5-334.8↔ Verschluss einer Lungenparenchymfistel, thorakoskopisch  
 5-334.x↔ Sonstige  
 5-334.y N.n.bez.
- 5-335 Lungentransplantation**  
*Exkl.:* Herz-Lungen-Transplantation (5-375)
- 5-335.2 Transplantation  
 .20↔ Komplett (gesamtes Organ)  
 .21↔ Partiiell (Lungenlappen)
- 5-335.3 Retransplantation während desselben stationären Aufenthalts  
 .30↔ Komplett (gesamtes Organ)  
 .31↔ Partiiell (Lungenlappen)
- 5-339 Andere Operationen an Lunge und Bronchien**
- 5-339.0 Dilatation eines Bronchus, bronchoskopisch  
 .01↔ Ohne Einlegen einer Schiene (Stent)  
 .03↔ Mit Einlegen einer Schiene (Stent), hybrid/dynamisch  
 .04↔ Mit Einlegen einer Schiene (Stent), Kunststoff  
 .05↔ Mit Einlegen einer Schiene (Stent), Metall  
 .0x↔ Sonstige
- 5-339.1↔ Ligatur eines Bronchus
- 5-339.2 Destruktion von erkranktem Lungengewebe  
 .20↔ Durch Thermoablation, perkutan  
*Hinw.:* Das bildgebende Verfahren ist im Kode enthalten  
 .21↔ Durch thermische Dampfablation, bronchoskopisch  
 .22↔ Durch irreversible Elektroporation, perkutan  
 .2x↔ Sonstige
- 5-339.3 Wechsel einer bronchialen Schiene (Stent)  
*Hinw.:* Die Dilatation ist im Kode enthalten  
 .30↔ Auf eine Schiene (Stent), hybrid/dynamisch  
 .31↔ Auf eine Schiene (Stent), Kunststoff  
 .32↔ Auf eine Schiene (Stent), Metall
- 5-339.4↔ Entfernung einer bronchialen Schiene (Stent)
- 5-339.5 Implantation oder Wechsel eines endobronchialen Klappensystems, endoskopisch  
*Hinw.:* Die Entfernung eines Ventils ist unter (8-100) zu kodieren  
 .50 1 Ventil  
 .51 2 Ventile  
 .52 3 Ventile  
 .53 4 Ventile  
 .54 5 oder mehr Ventile
- 5-339.6 Plastische Deckung bronchialer oder vaskulärer Anastomosen und 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  
 .60↔ Mit Omentum majus  
 .61↔ Mit Muskeltransposition  
 .62↔ Mit Perikard  
 .63↔ Mit Zwerchfell  
 .64↔ Mit Vena azygos  
 .65↔ Mit Pleura  
 .66↔ Mit perikardialem Fett  
 .6x↔ Sonstige
- 5-339.7 Einführung von polymerisierendem Hydrogelschaum, bronchoskopisch  
 .70 In 1 pulmonales Subsegment  
 .71 In 2 pulmonale Subsegmente

- .72 In 3 pulmonale Subsegmente
- .73 In 4 und mehr pulmonale Subsegmente
- 5-339.8 Einlegen von endobronchialen Nitinolspiralen, bronchoskopisch
  - .80 1 bis 2 Nitinolspiralen
  - .81 3 bis 4 Nitinolspiralen
  - .82 5 bis 6 Nitinolspiralen
  - .83 7 bis 8 Nitinolspiralen
  - .84 9 bis 10 Nitinolspiralen
  - .85 11 bis 12 Nitinolspiralen
  - .86 13 bis 14 Nitinolspiralen
  - .87 15 bis 16 Nitinolspiralen
  - .88 17 oder mehr Nitinolspiralen
- 5-339.x↔ Sonstige
- 5-339.y N.n.bez.

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

### **5-340 Inzision von Brustwand und Pleura**

- 5-340.0↔ Drainage der Brustwand oder Pleurahöhle, offen chirurgisch
- 5-340.1 Explorative Thorakotomie
- 5-340.2↔ Thorakotomie zur Fremdkörperentfernung
- 5-340.5↔ Thorakoskopie zur Fremdkörperentfernung
- 5-340.7↔ Osteotomie der Rippe
- 5-340.8↔ Osteotomie der Rippe mit Osteosynthese  
*Hinw.:* Eine durchgeführte Osteosynthese ist gesondert zu kodieren (5-786)
- 5-340.9 Osteotomie des Sternums  
*Hinw.:* Dieser Kode ist nicht zur Verschlüsselung einer Osteotomie des Sternums als Zugang anzugeben
- 5-340.a↔ Entfernung von erkranktem Gewebe aus der Pleurahöhle, offen chirurgisch  
*Inkl.:* Destruktion eines Pleuraempyems, Hämatomausräumung
- 5-340.b↔ Entfernung von erkranktem Gewebe aus der Pleurahöhle, thorakoskopisch  
*Inkl.:* Destruktion eines Pleuraempyems, Hämatomausräumung
- 5-340.c↔ Thorakotomie zur Hämatomausräumung  
*Inkl.:* Blutstillung
- 5-340.d↔ Thorakoskopie zur Hämatomausräumung  
*Inkl.:* Blutstillung
- 5-340.x↔ Sonstige
- 5-340.y N.n.bez.

### **5-341 Inzision des Mediastinums**

- Exkl.:* Mediastinoskopie (1-691.1)  
Thorakoskopie (1-691.0)
- 5-341.0 Kollare Mediastinotomie  
*Inkl.:* Drainage
- 5-341.1 Transpleural
- 5-341.2 Extrapleural, durch Sternotomie
  - .20 Stabilisierung
  - .21 Spülung
  - .22 Blutstillung
  - .23 Hämatomausräumung
  - .2x Sonstige
- 5-341.3 Extrapleural, durch Resternotomie
  - .30 Stabilisierung
  - .31 Spülung
  - .32 Blutstillung

- .33 Hämatomausräumung
- .3x Sonstige
- 5-341.x Sonstige
- 5-341.y N.n.bez.
- 5-342 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Mediastinums**  
*Exkl.:* Mediastinoskopie mit Biopsie (1-691.1)
- 5-342.0 Exzision
  - .01 Offen chirurgisch
  - .02 Durch Mediastinoskopie  
*Exkl.:* Mediastinoskopische Exzision einzelner mediastinaler Lymphknoten (5-401.7)  
Mediastinoskopische regionale mediastinale Lymphadenektomie (5-402.d)
  - .03 Durch Thorakoskopie
  - .0x Sonstige
- 5-342.1 Resektion
  - .11 Ohne Resektion an mediastinalen Organen
  - .12 Mit Lungenresektion
  - .13 Mit Perikardteilresektion
  - .14 Mit prothetischem Gefäßersatz
  - .15 Mit Lungenresektion und Gefäßersatz
  - .16 Mit Lungenresektion und Perikardteilresektion
  - .17 Mit Perikardteilresektion und Gefäßersatz
  - .18 Mit Lungen-, Perikardteilresektion und Gefäßersatz
  - .19 Mit Brustwandteilresektion
  - .1x Sonstige
- 5-342.2 Destruktion
- 5-342.x Sonstige
- 5-342.y N.n.bez.
- 5-343 Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Brustwand**  
*Inkl.:* Entnahme von Gewebe zur Transplantation
- 5-343.0 Exzision von Weichteilen  
*Exkl.:* Inzision und Exzision an Haut und Unterhaut (5-89)  
Exzision von Muskel, Sehne und Faszie (5-852 ff.)
- 5-343.1 Destruktion von Weichteilen  
*Exkl.:* Destruktion von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut (5-915)
- 5-343.2↔ Partielle Resektion am knöchernen Thorax, Rippe  
*Exkl.:* Partielle Resektion der Rippe mit Rekonstruktion (5-346.60)
- 5-343.3 Partielle Resektion am knöchernen Thorax, Sternum  
*Exkl.:* Partielle Resektion am Sternum mit Rekonstruktion (5-346.61)
- 5-343.4↔ Komplette Resektion am knöchernen Thorax, Rippe  
*Exkl.:* Komplette Resektion der Rippe mit Rekonstruktion (5-346.62)
- 5-343.5↔ Komplette Resektion einer Halsrippe
- 5-343.6 Komplette Resektion am knöchernen Thorax, Sternum  
*Exkl.:* Thorakoplastik (5-346.9)  
Komplette Resektion am Sternum mit Rekonstruktion (5-346.63)
- 5-343.7 Brustwandteilresektion ohne plastische Deckung  
*Exkl.:* Thorakoplastik  
Komplette Resektion am Sternum mit Rekonstruktion (5-346.63)
- 5-343.x↔ Sonstige
- 5-343.y N.n.bez.
- 5-344 Pleurektomie**  
*Exkl.:* Pleurektomie im Rahmen von Lungenresektion oder in Kombination mit Pneum(on)ektomie (5-32 ff.)
- 5-344.0↔ Dekortikation der Lunge [Resektion der viszeralen Pleura], offen chirurgisch  
*Exkl.:* Pleurodese mit Dekortikation (5-345.1)

**5-344.1 Pleurektomie, partiell, offen chirurgisch**

.10↔ Lokal

*Exkl.:* Biopsie der Pleura durch Inzision (1-581.4)

*Hinw.:* Mit diesem Kode ist die Resektion umschriebener erkrankter Bezirke der Pleura zu kodieren

.11↔ Subtotal, viszeral

*Hinw.:* Mit diesem Kode ist die (sub)totale Pleurektomie der Pleura viszeralis aller Lungenlappen einer Seite zu kodieren

.12↔ Subtotal, parietal

*Hinw.:* Mit diesem Kode ist die (sub)totale Pleurektomie der Pleura parietalis der Pleura der Thoraxwand, des Mediastinums und des Zwerchfells einer Seite zu kodieren

.13↔ Subtotal, viszeral und parietal kombiniert

*Hinw.:* Mit diesem Kode ist die (sub)totale Pleurektomie der Pleura viszeralis aller Lungenlappen einer Seite und die (sub)totale Pleurektomie der Pleura parietalis der Pleura der Thoraxwand, des Mediastinums und des Zwerchfells einer Seite zu kodieren

**5-344.2↔ Pleurektomie, total, offen chirurgisch**

**5-344.3↔ Dekortikation der Lunge [Resektion der viszeralen Pleura], thorakoskopisch**

*Exkl.:* Pleurodese mit Dekortikation (5-345.4)

**5-344.4 Pleurektomie, partiell, thorakoskopisch**

.40↔ Lokal

*Exkl.:* Biopsie der Pleura durch Inzision (1-581.4)

*Hinw.:* Mit diesem Kode ist die Resektion umschriebener erkrankter Bezirke der Pleura zu kodieren

.41↔ Subtotal, viszeral

*Hinw.:* Mit diesem Kode ist die (sub)totale Pleurektomie der Pleura viszeralis aller Lungenlappen einer Seite zu kodieren

.42↔ Subtotal, parietal

*Hinw.:* Mit diesem Kode ist die (sub)totale Pleurektomie der Pleura parietalis der Pleura der Thoraxwand, des Mediastinums und des Zwerchfells einer Seite zu kodieren

.43↔ Subtotal, viszeral und parietal kombiniert

*Hinw.:* Mit diesem Kode ist die (sub)totale Pleurektomie der Pleura viszeralis aller Lungenlappen einer Seite und die (sub)totale Pleurektomie der Pleura parietalis der Pleura der Thoraxwand, des Mediastinums und des Zwerchfells einer Seite zu kodieren

**5-344.5↔ Pleurektomie, total, thorakoskopisch**

**5-344.x↔ Sonstige**

**5-344.y N.n.bez.**

**5-345 Pleurodese [Verödung des Pleuraspaltes]**

**5-345.0↔ Ohne Dekortikation, offen chirurgisch**

**5-345.1↔ Mit Dekortikation, offen chirurgisch**

**5-345.2↔ Durch Poudrage, offen chirurgisch**

**5-345.3↔ Ohne Dekortikation, thorakoskopisch**

**5-345.4↔ Mit Dekortikation, thorakoskopisch**

**5-345.5↔ Durch Poudrage, thorakoskopisch**

**5-345.6↔ Durch Instillation**

**5-345.x↔ Sonstige**

**5-345.y N.n.bez.**

**5-346 Plastische Rekonstruktion der Brustwand**

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

**5-346.0 Naht (nach Verletzung), offen chirurgisch**

**5-346.1 Naht (nach Verletzung), thorakoskopisch**

**5-346.2 Verschluss einer Fistel, offen chirurgisch**

**5-346.3 Verschluss einer Fistel, thorakoskopisch**

**5-346.4 Sekundärer Verschluss einer Thorakotomie**

**5-346.5 Stabilisierung der Thoraxwand, offen chirurgisch**

*Inkl.:* Operation bei Rippenserienfraktur mit instabilem Thorax

- 5-346.6 Resektion am knöchernen Thorax mit Rekonstruktion  
 .60↔ Partielle Resektion, Rippe  
 .61 Partielle Resektion, Sternum  
 .62↔ Komplette Resektion, Rippe  
 .63 Komplette Resektion, Sternum  
 .6x↔ Sonstige
- 5-346.7 Knochenplastik und Knochentransplantation  
*Hinw.:* Die Entnahme eines Knochentransplantates ist gesondert zu kodieren (5-783)
- 5-346.8 Brustwandteilresektion mit plastischer Deckung  
 .80 Durch autogenes Material  
 .81 Durch alloplastisches Material  
*Hinw.:* Die Art des verwendeten Materials für Gewebersatz oder Gewebeverstärkung ist gesondert zu kodieren (5-932 ff.)  
 .8x Sonstige
- 5-346.9 Thorakoplastik  
 .90 Partiiell  
 .91 Komplett
- 5-346.a Korrektur einer Brustkorbdeformität  
 .a0 Trichterbrust, konventionell  
 .a1 Trichterbrust, mit subkutaner Prothese  
 .a2 Hühnerbrust  
 .a3↔ Korrektur eines Rippenbuckels  
*Inkl.:* Rippenbuckelresektion nach Naravzevic  
 .a4↔ Konkavseitige Rippenlösung und Korrektur eines Rippentals mit konkavseitiger Thorakoplastik  
*Inkl.:* Operation nach Stagnara oder Metz-Stavenhagen  
 .a5↔ Konkavseitige Rippenköpfchenresektion  
 .a6 Trichterbrust, Korrektur nach D. Nuss  
 .ax↔ Sonstige
- 5-346.b Rekonstruktion der Brustwand mit Omentum  
*Exkl.:* Omentumplastik (5-546.3)
- 5-346.x↔ Sonstige
- 5-346.y N.n.bez.
- 5-347 Operationen am Zwerchfell**  
*Exkl.:* Verschluss einer Hernia diaphragmatica (5-538)
- 5-347.0 Inzision (Zwerchfellspaltung)
- 5-347.1 Naht (nach Verletzung), offen chirurgisch
- 5-347.2 Naht (nach Verletzung), thorakoskopisch
- 5-347.3 Exzision von erkranktem Gewebe  
 .30 Ohne Verschluss durch alloplastisches Material  
 .31 Mit Verschluss durch alloplastisches Material  
*Hinw.:* Die Art des verwendeten Materials für Gewebersatz oder Gewebeverstärkung ist gesondert zu kodieren (5-932 ff.)
- 5-347.4 Zwerchfellplastik, partiell  
*Inkl.:* Zwerchfellraffung  
 .40 Ohne alloplastisches Material  
 .41 Mit alloplastischem Material  
*Hinw.:* Die Art des verwendeten Materials für Gewebersatz oder Gewebeverstärkung ist gesondert zu kodieren (5-932 ff.)
- 5-347.5 Zwerchfellplastik, komplett  
 .50 Ohne alloplastisches Material  
 .51 Mit alloplastischem Material  
*Hinw.:* Die Art des verwendeten Materials für Gewebersatz oder Gewebeverstärkung ist gesondert zu kodieren (5-932 ff.)
- 5-347.6 Implantation eines Zwerchfellschrittmachers
- 5-347.x Sonstige

- 5-347.y N.n.bez.
- 5-349 Andere Operationen am Thorax**  
*Exkl.:* Diagnostische Pleurapunktion (1-844)  
Therapeutische Pleurapunktion (8-152.1)
- 5-349.0 Offene Reposition einer Sternumfraktur  
*Hinw.:* Eine durchgeführte Osteosynthese ist gesondert zu kodieren (5-786)
- 5-349.1 Sequesterotomie an Rippe oder Sternum  
*Inkl.:* Debridement  
Entfernung eines Sequesters
- 5-349.2 Sequesterotomie an Rippe oder Sternum mit Einlegen eines Medikamententrägers
- 5-349.3 Entfernung von Osteosynthesematerial  
*Exkl.:* Entfernung von Osteosynthesematerial an der Wirbelsäule (5-839.0)
- 5-349.4 Entnahme von Rippenknorpel zur Transplantation
- 5-349.5 Entfernung eines Implantates nach Korrektur einer Trichterbrust
- 5-349.6 Reoperation an Lunge, Bronchus, Brustwand, Pleura, Mediastinum oder Zwerchfell  
*Exkl.:* Rethorakotomie mit Revision einer Bronchusstumpfsuffizienz (5-321.3)  
*Hinw.:* Dieser Kode ist ein Zusatzkode. Die durchgeführten Eingriffe sind gesondert zu kodieren
- 5-349.x Sonstige
- 5-349.y N.n.bez.

## Operationen am Herzen (5-35...5-37)

*Exkl.:* Perkutan-transluminale Gefäßintervention (8-836)  
Perkutan-transluminale Koronarangioplastie (8-837.0, 8-837.1)  
Shuntoperationen zwischen großem und kleinem Kreislauf (5-390)

*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)  
Anwendung von minimalinvasiver Technik ist, sofern nicht als eigener Kode angegeben, zusätzlich zu kodieren (5-986)  
Die Anwendung eines OP-Roboters ist, sofern nicht als eigener Kode angegeben, zusätzlich zu kodieren (5-987)  
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)  
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)  
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)

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

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

#### **5-350** Valvulotomie

*Exkl.:* Valvulotomie bei kongenitalen Klappenanomalien (5-358)  
Valvulotomie im Rahmen einer Totalkorrektur einer Tetralogie nach Fallot (5-359.0)

*Hinw.:* Die Anwendung der Herz-Lungen-Maschine ist für die offene Valvulotomie im Kode enthalten

Wenn der Einsatz der Herz-Lungen-Maschine bei der offenen Valvulotomie in tiefer oder profunder Hypothermie erfolgt, ist der entsprechende Kode (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 Kode aus dem Bereich 8-851 zusätzlich anzugeben

- 5-350.0 Aortenklappe, geschlossen
- 5-350.1 Aortenklappe, offen
- 5-350.2 Mitralklappe, geschlossen
- 5-350.3 Mitralklappe, offen
- 5-350.4 Pulmonalklappe, geschlossen
- 5-350.5 Pulmonalklappe, offen
- 5-350.6 Trikuspidalklappe, geschlossen
- 5-350.7 Trikuspidalklappe, offen
- 5-350.x Sonstige
- 5-350.y N.n.bez.

**5-351 Ersatz von Herzklappen durch Prothese**

*Hinw.:* Die Anwendung der Herz-Lungen-Maschine ist im Kode enthalten  
 Wenn der Einsatz der Herz-Lungen-Maschine in tiefer oder profunder Hypothermie erfolgt, ist der entsprechende Kode (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 Kode aus dem Bereich 8-851 zusätzlich anzugeben  
 Eine gleichzeitig durchgeführte Valvuloplastik ist gesondert zu kodieren (5-353)  
 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  
[6. Stelle: 1-6,x]
- \*\*5-351.1 Mitralklappe, offen chirurgisch  
[6. Stelle: 1-4,x]
- \*\*5-351.2 Mitralklappe, thorakoskopisch  
[6. Stelle: 1-4,x]
- \*\*5-351.3 Pulmonalklappe  
[6. Stelle: 1-4,7,x]
- \*\*5-351.4 Trikuspidalklappe  
[6. Stelle: 1-4,x]
- \*\*5-351.x Sonstige  
[6. Stelle: 1-4,x]
- 5-351.y N.n.bez.

**5-352 Wechsel von Herzklappenprothesen**

*Hinw.:* Die Anwendung der Herz-Lungen-Maschine ist im Kode enthalten  
 Wenn der Einsatz der Herz-Lungen-Maschine in tiefer oder profunder Hypothermie erfolgt, ist der entsprechende Kode (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 Kode aus dem Bereich 8-851 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 Allotransplantat (mitwachsende Herzklappe)
- x Sonstige

- \*\*5-352.0 Aortenklappe  
[6. Stelle: 0-7,x]
- \*\*5-352.1 Mitralklappe  
[6. Stelle: 0-3,x]
- \*\*5-352.2 Pulmonalklappe  
[6. Stelle: 0-5,8,x]
- \*\*5-352.3 Trikuspidalklappe  
[6. Stelle: 0-3,x]
- 5-352.y N.n.bez.

**5-353 Valvuloplastik**

*Exkl.:* Valvuloplastik bei kongenitalen Klappenanomalien (5-358)

*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 zusätzlich anzugeben

Ein gleichzeitig durchgeführter Herzklappenersatz ist gesondert zu kodieren (5-351)

- 5-353.0 Aortenklappenraffung
- 5-353.1 Mitralklappe, Anuloplastik
- 5-353.2 Mitralklappe, Segelrekonstruktion
- 5-353.3 Pulmonalklappe, Anuloplastik
- 5-353.4 Trikuspidalklappe, Anuloplastik
- 5-353.5 Trikuspidalklappe, Segelrekonstruktion
- 5-353.x Sonstige
- 5-353.y N.n.bez.

**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 zusätzlich anzugeben

- 5-354.0 Aortenklappe
  - .01 Exploration (mit Thrombektomie)
  - .02 Subvalvuläre fibröse Resektion
  - .03 Subvalvuläre muskuläre Resektion
  - .04 Supravalvuläre Resektion
  - .05 Prothesenrefixation
  - .06 Entkalkung
  - .08 Implantation klappentragende Gefäßprothese, mechanisch
  - .09 Implantation klappentragende Gefäßprothese, biologisch
  - .0a Rekonstruktion der Aortenwurzel mit Implantation einer Gefäßprothese nach David
  - .0b Rekonstruktion der Aortenwurzel mit Implantation einer Gefäßprothese nach Yacoub
  - .0c Ersatz durch Autotransplantation [Ross-Operation]

*Hinw.:* Der Ersatz der Pulmonalklappe ist im Code enthalten

  - .0x Sonstige
- 5-354.1 Mitralklappe
  - .11 Exploration (mit Thrombektomie)
  - .12 Rekonstruktion Chordae tendineae und Papillarmuskeln
  - .13 Prothesenrefixation
  - .14 Entkalkung
  - .1x Sonstige
- 5-354.2 Pulmonalklappe
  - .21 Exploration (mit Thrombektomie)
  - .22 Subvalvuläre fibröse Resektion
  - .23 Subvalvuläre muskuläre Resektion
  - .24 Supravalvuläre Resektion
  - .25 Prothesenrefixation
  - .26 Entkalkung
  - .28 Implantation klappentragende Gefäßprothese, mechanisch
  - .29 Implantation klappentragende Gefäßprothese, biologisch
  - .2x Sonstige
- 5-354.3 Trikuspidalklappe
  - .31 Exploration (mit Thrombektomie)
  - .32 Rekonstruktion Chordae tendineae und Papillarmuskeln
  - .33 Prothesenrefixation

- .34 Entkalkung
- .3x Sonstige
- 5-354.x Sonstige
- 5-354.y N.n.bez.
- 5-355 Herstellung und Vergrößerung eines Septumdefektes des Herzens**
  - 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 zusätzlich anzugeben
- 5-355.0 Vergrößerung eines bestehenden Septumdefektes
- 5-355.1 Herstellung eines Septumdefektes (Blalock-Hanlon)
- 5-355.x Sonstige
- 5-355.y N.n.bez.
- 5-356 Plastische Rekonstruktion des Herzseptums bei angeborenen Herzfehlern**
  - Exkl.:* Verschluss eines erworbenen Ventrikelseptumdefektes (5-374.6)
  - Verschluss eines erworbenen Vorhofseptumdefektes (5-374.7)
  - Verschluss eines Septumdefektes im Rahmen einer Fallot-Korrektur (5-359.0)
  - 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 zusätzlich anzugeben
- 5-356.0 Vorhofseptumdefekt, Verschluss n.n.bez.
- 5-356.1 Vorhofseptumdefekt, Verschluss partiell
- 5-356.2 Vorhofseptumdefekt, Verschluss total
- 5-356.3 Ventrikelseptumdefekt, Verschluss n.n.bez.
- 5-356.4 Ventrikelseptumdefekt, Verschluss partiell
- 5-356.5 Ventrikelseptumdefekt, Verschluss total
- 5-356.6 Atrioventrikulärer Defekt, n.n.bez., Korrektur
- 5-356.7 Atrioventrikulärer Defekt, partiell, Korrektur
- 5-356.8 Atrioventrikulärer Defekt, total, Korrektur
- 5-356.x Sonstige
- 5-356.y N.n.bez.
- 5-357 Operationen bei kongenitalen Gefäßanomalien**
- 5-357.0 Ductus arteriosus apertus (Botalli)
- 5-357.1 Aortenisthmus(stenose)
- 5-357.2 A. lusoria
- 5-357.3 A. pulmonalis (Schlingen)
  - Exkl.:* Shuntoperationen zwischen großem und kleinem Kreislauf (5-390)
- 5-357.4 V. cava
- 5-357.5 V. pulmonalis
- 5-357.6 Koronargefäße
  - Inkl.:* Inzision einer koronaren Muskelbrücke
  - Korrektur von fehmündenden Koronararterien
- 5-357.7 Unterbrochener Aortenbogen
- 5-357.8 Kollateralgefäße, Unifokalisierung
- 5-357.x Sonstige
- 5-357.y N.n.bez.

**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 Allotransplantat
- 2 Klappenersatz durch Xenotransplantat (Bioprothese)
- 3 Klappenersatz durch Xenotransplantat, stentless
- 4 Klappenersatz durch Kunstprothese
- 5 Klappenersatz durch klappentragendes Conduit
- 6 Klappenersatz durch Autotransplantat und Allotransplantat/Xenotransplantat (Ross-Operation)
- 7 Klappenersatz durch Autotransplantat und Allotransplantat/Xenotransplantat mit Erweiterungsplastik des linksventrikulären Ausflusstraktes (Ross-Konno-Operation)
- x Sonstige

**\*\*5-358.0** Aortenklappe**\*\*5-358.1** Mitralklappe**\*\*5-358.2** Pulmonalklappe**\*\*5-358.3** Trikuspidalklappe**\*\*5-358.4** AV-Klappe**\*\*5-358.5** Truncusklappe

5-358.y N.n.bez.

**5-359 Andere Operationen am Herzen bei kongenitalen Anomalien**

5-359.0 Totalkorrektur einer Tetralogie nach Fallot

5-359.1 Korrektur einer Transposition der großen Arterien (TGA)

- .10 Atriale Switch-Operation
- .11 Arterielle Switch-Operation
- .12 Double Switch-Operation
- .1x Sonstige

5-359.2 Korrektur einer Lungenvenenfehlöffnung

- .20 Total
- .21 Partiiell

5-359.3 Korrektur eines Double-outlet-right-ventricle

- .30 Fallot-Typ
- .31 Nicht Fallot-Typ

5-359.4 Korrektur eines Double-outlet-left-ventricle

5-359.5 Korrektur eines Truncus arteriosus

*Hinw.:* Die Korrektur einer Aortenisthmusstenose ist gesondert zu kodieren (5-357.1)

5-359.6 Operation an einem funktionell/morphologisch univentrikulären Herzen

- .60 Glenn-Operation, unidirektional
- .61 Glenn-Operation, bidirektional
- .62 Glenn-Operation, bilateral
- .63 Fontan-Typ-Operation, intrakardialer Tunnel
- .64 Fontan-Typ-Operation, extrakardialer Tunnel
- .65 Fontan-Typ-Operation, sonstige
- .66 Damus-Kay-Stansel-Operation
- .67 Norwood-Typ-Operation
- .6x Sonstige

5-359.7 Korrektur eines Cor triatriatum

5-359.8 Korrektur eines Absent Pulmonary Valve Syndrom

5-359.x Sonstige

5-359.y N.n.bez.

### **5-35a Minimalinvasive Operationen an Herzklappen**

*Hinw.:* Die Anwendung der transösophagealen Echokardiographie ist im Code enthalten

- 5-35a.0 Implantation eines Aortenklappenersatzes
  - .00 Endovaskulär
  - .01 Transapikal, ohne Verwendung eines perkutanen apikalen Zugangs- und Verschlusssystems
  - .02 Transapikal, mit Verwendung eines perkutanen apikalen Zugangs- und Verschlusssystems
- 5-35a.1 Endovaskuläre Implantation eines Pulmonalklappenersatzes
- 5-35a.2 Endovaskuläre Mitralklappenanuloplastik
  - Inkl.:* Perkutane Mitralklappenanulorrhaphie mit Spange
  - Exkl.:* Transarterielle oder transvenöse Mitralklappenrekonstruktion (5-35a.40, 5-35a.41)
- 5-35a.3 Implantation eines Mitralklappenersatzes
  - .30 Endovaskulär
  - .31 Transapikal, ohne Verwendung eines perkutanen apikalen Zugangs- und Verschlusssystems
  - .32 Transapikal, mit Verwendung eines perkutanen apikalen Zugangs- und Verschlusssystems
- 5-35a.4 Endovaskuläre Mitralklappenrekonstruktion
  - .40 Transarteriell
    - Inkl.:* Transarterielle ventrikuläre Mitralklappenrekonstruktion
  - .41 Transvenös
    - Inkl.:* Transvenöse Clip-Rekonstruktion der Mitralklappe
- 5-35a.5 Endovaskuläre Trikuspidalklappenrekonstruktion
- 5-35a.x Sonstige
- 5-35a.y N.n.bez.

### **5-36 Operationen an den Koronargefäßen**

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

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

Die Art des Transplantates ist für die Codes 5-361 und 5-362 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)  
Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Gefäßen des Lungenkreislaufes (8-838)

- 5-360.0 Endarteriektomie, offen chirurgisch
- 5-360.1 Endarteriektomie, offen chirurgisch, mit Patch
- 5-360.2 Endarteriektomie, offen chirurgisch, mit Einbringen eines Stents in eine Koronararterie
- 5-360.3 Endarteriektomie, offen chirurgisch, mit Einbringen von zwei Stents in eine Koronararterie
- 5-360.4 Endarteriektomie, offen chirurgisch, mit Einbringen eines Stents in mehrere Koronararterien
- 5-360.x Sonstige
- 5-360.y N.n.bez.

**5-361 Anlegen eines aortokoronaren Bypass**

*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  
 Eine gleichzeitig durchgeführte Aneurysmaresektion ist gesondert zu kodieren (5-369.1)  
 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

- \*\*5-361.0 Bypass einfach
- \*\*5-361.1 Bypass zweifach
- \*\*5-361.2 Bypass dreifach
- \*\*5-361.3 Bypass vierfach
- \*\*5-361.4 Bypass fünffach
- \*\*5-361.5 Bypass sechsfach und mehr
- 5-361.y N.n.bez.

**5-362 Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik**

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

- \*\*5-362.0 Bypass einfach, durch Sternotomie  
[6. Stelle: 3,5-7,x]
- \*\*5-362.1 Bypass einfach, durch Thorakotomie  
[6. Stelle: 3,5-7,x]
- \*\*5-362.2 Bypass einfach, durch Endoskopie  
[6. Stelle: 3,5-7,x]  
*Inkl.:* Telemanipulator
- \*\*5-362.3 Bypass zweifach, durch Sternotomie  
[6. Stelle: 3,5-7,x]
- \*\*5-362.4 Bypass zweifach, durch Thorakotomie  
[6. Stelle: 3,5-7,x]
- \*\*5-362.5 Bypass zweifach, durch Endoskopie  
[6. Stelle: 3,5-7,x]  
*Inkl.:* Telemanipulator
- \*\*5-362.6 Bypass dreifach, durch Sternotomie  
[6. Stelle: 3,5-7,x]
- \*\*5-362.7 Bypass dreifach, durch Thorakotomie  
[6. Stelle: 3,5-7,x]
- \*\*5-362.8 Bypass dreifach, durch Endoskopie  
[6. Stelle: 3,5-7,x]  
*Inkl.:* Telemanipulator
- \*\*5-362.9 Bypass vierfach, durch Sternotomie  
[6. Stelle: 3,5-7,x]
- \*\*5-362.a Bypass vierfach, durch Thorakotomie  
[6. Stelle: 3,5-7,x]
- \*\*5-362.b Bypass vierfach, durch Endoskopie  
[6. Stelle: 3,5-7,x]  
*Inkl.:* Telemanipulator
- \*\*5-362.c Bypass fünffach, durch Sternotomie  
[6. Stelle: 3,5-7,x]
- \*\*5-362.d Bypass fünffach, durch Thorakotomie  
[6. Stelle: 3,5-7,x]

- \*\*5-362.e Bypass fünffach, durch Endoskopie  
[6. Stelle: 3,5-7,x]  
*Inkl.:* Telemanipulator
- \*\*5-362.f Bypass sechsfach und mehr, durch Sternotomie  
[6. Stelle: 3,5-7,x]
- \*\*5-362.g Bypass sechsfach und mehr, durch Thorakotomie  
[6. Stelle: 3,5-7,x]
- \*\*5-362.h Bypass sechsfach und mehr, durch Endoskopie  
[6. Stelle: 3,5-7,x]  
*Inkl.:* Telemanipulator
- \*\*5-362.x Sonstige  
[6. Stelle: 3,5-7,x]
- 5-362.y N.n.bez.
- 5-363 Andere Revaskularisation des Herzens**
- 5-363.0 Koronararterienpatch  
*Exkl.:* Koronararterienpatch kombiniert mit Endarteriektomie (5-360.1)
- 5-363.1 Koronararterienbypass-Revision
- 5-363.2 Koronararterienbypass-Neuanlage
- 5-363.3 Koronararterientransposition
- 5-363.4 Revaskularisation mit freiem A. mammaria interna-Transplantat (IMA-Transplantat)
- 5-363.5 Implantation der A. mammaria interna in das Herzmuskelgewebe
- 5-363.6 Transmyokardiale Laserrevaskularisation (TMLR)
- 5-363.x Sonstige
- 5-363.y N.n.bez.
- 5-364 Anwendung eines mechanischen Anastomosensystems bei Operationen an den Koronargefäßen**  
*Hinw.:* Diese Codes sind Zusatzcodes und zu den jeweiligen Operationscodes aus dem Bereich 5-36 anzuwenden  
Die Anwendung von mechanischen Anastomosensystemen zur Anlage proximaler Anastomosen und die Anwendung von mechanischen Anastomosensystemen zur Anlage distaler Anastomosen sind getrennt zu kodieren
- 5-364.0 Anwendung eines mechanischen Anastomosensystems, proximal (an der Aorta)  
.00 1 Anastomose  
.01 2 Anastomosen  
.02 3 und mehr Anastomosen
- 5-364.1 Anwendung eines mechanischen Anastomosensystems, distal (an den Koronargefäßen)  
.10 1 Anastomose  
.11 2 Anastomosen  
.12 3 Anastomosen  
.13 4 Anastomosen  
.14 5 und mehr Anastomosen
- 5-369 Andere Operationen an den Koronargefäßen**
- 5-369.0 Naht (nach Verletzung)
- 5-369.1 Korrektur eines Aneurysmas
- 5-369.2 Verschluss einer erworbenen koronaren Fistel
- 5-369.3 Rekonstruktion des Koronarostiums
- 5-369.4 Sympathektomie der Koronararterien
- 5-369.5 Verschluss von Kollateralgefäßen
- 5-369.x Sonstige
- 5-369.y N.n.bez.

**5-37 Rhythmuschirurgie und andere Operationen an Herz und Perikard**

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

**5-370 Perikardiotomie und Kardiotoromie**

- 5-370.0 Perikarddrainage
- 5-370.1 Perikardiotomie
- 5-370.2 Adhäsiolyse am Perikard
- 5-370.3 Kardiotoromie  
*Inkl.:* Thrombektomie  
Fremdkörperentfernung
- 5-370.4 Epikardiale Inzision
- 5-370.5 Endokardiale Inzision
- 5-370.6 Epimyokardiale Inzision
- 5-370.x Sonstige
- 5-370.y N.n.bez.

**5-371 Chirurgische ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie**

- 5-371.3 Endokardial
  - .30 Durch unipolare konventionelle Radiofrequenzablation
  - .31 Durch unipolare gekühlte Radiofrequenzablation
  - .32 Durch bipolare Radiofrequenzablation
  - .33 Durch Kryoablation
  - .34 Durch Mikrowellenablation
  - .35 Durch Hochfrequenzultraschallablation
  - .36 Durch Laserablation
  - .3x Durch sonstige Energiequellen
- 5-371.4 Epikardial, offen chirurgisch
  - .40 Durch unipolare konventionelle Radiofrequenzablation
  - .41 Durch unipolare gekühlte Radiofrequenzablation
  - .42 Durch bipolare Radiofrequenzablation
  - .43 Durch Kryoablation
  - .44 Durch Mikrowellenablation
  - .45 Durch Hochfrequenzultraschallablation
  - .46 Durch Laserablation
  - .4x Durch sonstige Energiequellen
- 5-371.5 Epikardial, endoskopisch
  - .50 Durch unipolare konventionelle Radiofrequenzablation
  - .51 Durch unipolare gekühlte Radiofrequenzablation
  - .52 Durch bipolare Radiofrequenzablation
  - .53 Durch Kryoablation
  - .54 Durch Mikrowellenablation
  - .55 Durch Hochfrequenzultraschallablation
  - .56 Durch Laserablation
  - .5x Durch sonstige Energiequellen
- 5-371.x Sonstige
- 5-371.y N.n.bez.

**5-372 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Perikardes und Perikardektomie**

- 5-372.0 Lokale Exzision, offen chirurgisch  
*Exkl.:* Biopsie am Perikard durch Inzision (1-580.1)
- 5-372.1 Lokale Exzision, thorakoskopisch
- 5-372.2 Perikardektomie, partiell (Perikardfenster), offen chirurgisch
- 5-372.3 Perikardektomie, partiell (Perikardfenster), thorakoskopisch

- 5-372.4 Perikardektomie, subtotal  
 5-372.5 Perikardektomie, total (Dekortikation)  
 5-372.6 Perikardpatchentnahme  
 5-372.7 Destruktion  
 5-372.x Sonstige  
 5-372.y N.n.bez.
- 5-373 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Herzens**  
 5-373.0 Exzision am Vorhof  
 5-373.1 Exzision am Ventrikel  
 5-373.2 Partielle linksventrikuläre Reduktionsplastik (Batista)  
 5-373.3 Resektion eines Aneurysmas, am Vorhof  
 5-373.4 Resektion eines Aneurysmas, am Ventrikel  
 5-373.5 MAZE-Verfahren (Alternative Verfahren)  
 5-373.6 Exzision am Reizleitungssystem, am Ventrikel  
 5-373.7 Destruktion am Reizleitungssystem, am Vorhof  
*Exkl.:* Radiofrequenzablation durch Katheterisierung (8-835)  
 5-373.8 Destruktion am Reizleitungssystem, am Ventrikel  
*Exkl.:* Radiofrequenzablation durch Katheterisierung (8-835)  
 5-373.x Sonstige  
 5-373.y N.n.bez.
- 5-374 Rekonstruktion des Perikardes und des Herzens**  
*Exkl.:* Plastische Rekonstruktion des Herzseptums bei angeborenen Herzfehlern (5-356)  
*Hinw.:* Die Anwendung der Herz-Lungen-Maschine ist im Kode enthalten  
 Wenn der Einsatz der Herz-Lungen-Maschine in tiefer oder profunder Hypothermie erfolgt,  
 ist der entsprechende Kode (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 Kode aus dem Bereich 8-851 zusätzlich anzugeben
- 5-374.0 Naht des Perikardes (nach Verletzung)  
 5-374.1 Plastische Rekonstruktion des Perikardes ohne Implantat  
 5-374.2 Plastische Rekonstruktion des Perikardes mit Implantat  
 5-374.3 Naht des Myokardes (nach Verletzung)  
 5-374.4 Plastische Rekonstruktion des Myokardes ohne Implantat  
 5-374.5 Plastische Rekonstruktion des Myokardes mit Implantat  
*Exkl.:* Plastische Rekonstruktion des Myokardes mit myokardialem Verankerungssystem (5-374.8)  
 5-374.6 Verschluss eines erworbenen Ventrikelseptumdefektes (z.B. nach Herzinfarkt)  
 5-374.7 Verschluss eines erworbenen Vorhofseptumdefektes  
 5-374.8 Plastische Rekonstruktion des Myokardes mit myokardialem Verankerungssystem  
 5-374.x Sonstige  
 5-374.y N.n.bez.
- 5-375 Herz- und Herz-Lungen-Transplantation**  
*Hinw.:* Die Anwendung der Herz-Lungen-Maschine ist im Kode enthalten  
 Wenn der Einsatz der Herz-Lungen-Maschine in tiefer oder profunder Hypothermie erfolgt, ist  
 der entsprechende Kode (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 Kode aus dem Bereich 8-851 zusätzlich anzugeben
- 5-375.0 Herztransplantation, orthotop  
 .00 Ohne normotherme und pulsatile Organkonservierung  
 .01 Mit normothermer und pulsatiler Organkonservierung
- 5-375.1 Herztransplantation, heterotop (Assistenzherz)  
 .10 Ohne normotherme und pulsatile Organkonservierung  
 .11 Mit normothermer und pulsatiler Organkonservierung

- 5-375.2 Herz-Lungen-Transplantation (En-bloc)
- 5-375.3 Herz-Retransplantation während desselben stationären Aufenthalts  
 .30 Ohne normotherme und pulsatile Organkonservierung  
 .31 Mit normothermer und pulsatiler Organkonservierung
- 5-375.4 Herz-Lungen-Retransplantation (En-bloc) während desselben stationären Aufenthalts
- 5-375.y N.n.bez.
- 5-376 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch**  
*Exkl.:* Perkutane Einführung einer intraaortalen Ballonpumpe (8-839.0)  
 Endovaskuläre Implantation oder Entfernung einer extrakorporalen Zentrifugalpumpe zur Kreislaufunterstützung (8-839.a ff.)  
*Hinw.:* Bei einem isolierten, nicht offen chirurgischen Pumpenwechsel ist der Code entsprechend der neu eingesetzten Pumpe zu wählen  
 Die Anwendung der ECMO ist gesondert zu kodieren (8-852 ff.)
- 5-376.0 Intraaortale Ballonpumpe  
*Hinw.:* Die Dauer der Behandlung ist gesondert zu kodieren (8-83a.0 ff.)  
 .00 Implantation  
 .01 Entfernung
- 5-376.2 Extrakorporale Pumpe (z.B. Kreislumpumpe oder Zentrifugalpumpe), univentrikulär  
*Hinw.:* Die Dauer der Behandlung ist gesondert zu kodieren (8-83a.1 ff.)  
 .20 Implantation  
 .21 Entfernung  
 .22 Isolierter Pumpenwechsel, nicht offen chirurgisch
- 5-376.3 Extrakorporale Pumpe (z.B. Kreislumpumpe oder Zentrifugalpumpe), biventrikulär  
*Hinw.:* Die Dauer der Behandlung ist gesondert zu kodieren (8-83a.2 ff.)  
 .30 Implantation  
 .31 Entfernung  
 .32 Isolierter Pumpenwechsel, nicht offen chirurgisch
- 5-376.4 Intrakorporale Pumpe, univentrikulär  
 .40 Implantation  
 .41 Entfernung
- 5-376.5 Intrakorporale Pumpe, biventrikulär  
 .50 Implantation  
 .51 Entfernung
- 5-376.6 Kunstherz (totaler Herzersatz)  
 .60 Implantation  
 .61 Entfernung
- 5-376.7 Parakorporale Pumpe, univentrikulär  
*Exkl.:* Zentrifugal- oder Kreislumpumpen zur Kurzzeitunterstützung (5-376.2 ff.)  
 .70 Implantation  
 .71 Entfernung  
 .72 Isolierter Pumpenwechsel, nicht offen chirurgisch
- 5-376.8 Parakorporale Pumpe, biventrikulär  
*Exkl.:* Zentrifugal- oder Kreislumpumpen zur Kurzzeitunterstützung (5-376.3 ff.)  
 .80 Implantation  
 .81 Entfernung  
 .82 Isolierter Pumpenwechsel, nicht offen chirurgisch
- 5-376.9 Permanent implantierbares extra-aortales Herzunterstützungssystem  
 .90 Implantation  
 .91 Wechsel des Gesamtsystems  
 .92 Isolierter Wechsel der Verbindungsleitung  
*Hinw.:* Die Verbindungsleitung enthält die Luftleitung zur Manschette und das Kabel für die EKG-Elektrode  
 .93 Isolierter Wechsel der epikardialen EKG-Elektrode und der Verbindungsleitung  
 .94 Entfernung  
 .9x Sonstige
- 5-376.x Sonstige
- 5-376.y N.n.bez.

**5-377 Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders**

*Inkl.:* Sonden bei den Codes 5-377.0 bis 5-377.8

*Hinw.:* Die Verwendung eines Defibrillators mit zusätzlicher Mess- oder Stimulationsfunktion ist gesondert zu kodieren (5-377.f ff.)

Die Verwendung eines MRT-fähigen Herzschrittmachers ist gesondert zu kodieren (5-934.0)

5-377.0 Schrittmacher, n.n.bez.

5-377.1 Schrittmacher, Einkammersystem

5-377.2 Schrittmacher, Zweikammersystem, mit einer Schrittmachersonde

5-377.3 Schrittmacher, Zweikammersystem, mit zwei Schrittmachersonden

.30 Ohne antitachykarde Stimulation

.31 Mit antitachykarder Stimulation

5-377.4 Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem]

.40 Ohne Vorhofelektrode

.41 Mit Vorhofelektrode

5-377.5 Defibrillator mit Einkammer-Stimulation

.50 Ohne atriale Detektion

.51 Mit atrialer Detektion

5-377.6 Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation

5-377.7 Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation

.70 Ohne Vorhofelektrode

.71 Mit Vorhofelektrode

5-377.8 Ereignis-Rekorder

5-377.b System zur nicht invasiven Überwachung von Abstoßungsreaktionen nach Herztransplantation

*Inkl.:* Intramyokardiales Elektrogramm (IMEG)

5-377.c Isolierte Sondenimplantation, offen chirurgisch

.c0 Epikardial, linksventrikulär

.c1 Epikardial, rechtsventrikulär

.c2 Epithorakal

5-377.d Verwendung von Herzschrittmachern, Defibrillatoren oder Ereignis-Rekordern mit automatischem Fernüberwachungssystem

*Hinw.:* Dieser Code ist ein Zusatzcode. Die Implantation oder der Wechsel eines Herzschrittmachers, Defibrillators oder Ereignis-Rekorders sind gesondert zu kodieren

5-377.f Verwendung von Defibrillatoren mit zusätzlicher Mess- oder Stimulationsfunktion

*Hinw.:* Diese Codes sind Zusatzcodes. Die Implantation oder der Wechsel eines Defibrillators sind gesondert zu kodieren

.f0 Mit zusätzlicher Messfunktion für das Lungenwasser

.f1 Mit zusätzlichem Drucksensor zur nicht invasiven Messung des rechtsventrikulären Druckes

*Inkl.:* Messung des Lungenwassers

.f2 Mit zusätzlicher Messfunktion für die Kontraktilität des Herzmuskels

.f3 Mit zusätzlicher Funktion zum Monitoring der ST-Strecke

.f4 Mit quadripolarer Stimulationsfunktion

.fx Sonstige

5-377.g Isolierte Sondenimplantation, endovaskulär

.g0 Linksventrikulär

.g1 Rechtsventrikulär

.g2 Rechtsatrial

5-377.h Verwendung von Herzschrittmachern mit zusätzlicher Messfunktion

*Hinw.:* Diese Codes sind Zusatzcodes. Die Implantation oder der Wechsel eines Herzschrittmachers sind gesondert zu kodieren

.h0 Mit zusätzlicher Messfunktion für das Lungenwasser

.hx Sonstige

5-377.j Defibrillator mit subkutaner Elektrode

5-377.x Sonstige

5-377.y N.n.bez.

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

*Hinw.:* Die Verwendung eines Defibrillators mit zusätzlicher Mess- oder Stimulationsfunktion ist gesondert zu kodieren (5-377.f ff.)

Die Verwendung eines MRT-fähigen Herzschrittmachers ist gesondert zu kodieren (5-934.0)

Der Systemtyp ist für die mit \*\* gekennzeichneten Codes in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:

- 0 Schrittmacher n.n.bez.
- 1 Schrittmacher, Einkammersystem
- 2 Schrittmacher, Zweikammersystem
- 5 Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation
- 7 Ereignis-Rekorder
- a Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], ohne Vorhofelektrode
- b Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], mit Vorhofelektrode
- c Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion
- d Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion
- e Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofelektrode
- f Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode
- g Defibrillator mit subkutaner Elektrode
- x Sonstige

**\*\*5-378.0 Aggregatentfernung****5-378.1 Sondenentfernung**

*Hinw.:* Die Sondenentfernung mit Laser und die Sondenentfernung mit sonstiger technischer Unterstützung sind gesondert zu kodieren (5-378.a ff.)

- .18 Schrittmacher
- .19 Defibrillator
- .1a Synchronisationssystem

**\*\*5-378.2 Aggregat- und Sondenentfernung**

[6. Stelle: 0-2,5,a-g,x]

*Hinw.:* Die Sondenentfernung mit Laser und die Sondenentfernung mit sonstiger technischer Unterstützung sind gesondert zu kodieren (5-378.a ff.)

**\*\*5-378.3 Sondenkorrektur**

[6. Stelle: 0-2,5,a-g,x]

**\*\*5-378.4 Lagekorrektur des Aggregats****\*\*5-378.5 Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde)****\*\*5-378.6 Aggregat- und Sondenwechsel**

*Hinw.:* Die Sondenentfernung mit Laser und die Sondenentfernung mit sonstiger technischer Unterstützung sind gesondert zu kodieren (5-378.a ff.)

**\*\*5-378.7 Sondenwechsel**

[6. Stelle: 0-2,5,a-g,x]

*Hinw.:* Die Sondenentfernung mit Laser und die Sondenentfernung mit sonstiger technischer Unterstützung sind gesondert zu kodieren (5-378.a ff.)

**\*\*5-378.8 Kupplungskorrektur****5-378.a Zusatzinformation für die Sondenentfernung**

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

- .a0 Einsatz eines Excimer-Lasers
- .a2 Einsatz eines elektrochirurgischen Dissektionsgerätes
- .a3 Einsatz einer mechanischen, kontrolliert drehenden Extraktionsschleuse
- .a4 Einsatz von 1 intraluminalen expandierenden Extraktionshilfe
- .a5 Einsatz von 2 intraluminalen expandierenden Extraktionshilfen
- .a6 Einsatz von 3 und mehr intraluminalen expandierenden Extraktionshilfen
- .ax Einsatz sonstiger technischer Unterstützung

**5-378.b Systemumstellung Herzschrittmacher auf Herzschrittmacher oder Defibrillator**

- .b0 Herzschrittmacher, Einkammersystem auf Herzschrittmacher, Zweikammersystem
- .b1 Herzschrittmacher, Einkammersystem auf Herzschrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], ohne Vorhofelektrode
- .b2 Herzschrittmacher, Einkammersystem auf Herzschrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], mit Vorhofelektrode

- .b3 Herzschrittmacher, Zweikammersystem auf Herzschrittmacher, Einkammersystem
- .b4 Herzschrittmacher, Zweikammersystem auf Herzschrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], ohne Vorhofolektrode
- .b5 Herzschrittmacher, Zweikammersystem auf Herzschrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], mit Vorhofolektrode
- .b6 Herzschrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem] auf Herzschrittmacher, Einkammersystem
- .b7 Herzschrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem] auf Herzschrittmacher, Zweikammersystem
- .b8 Herzschrittmacher auf Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion
- .b9 Herzschrittmacher auf Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion
- .ba Herzschrittmacher auf Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation
- .bb Herzschrittmacher auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofolektrode
- .bc Herzschrittmacher auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofolektrode
- .bd Herzschrittmacher auf Defibrillator mit subkutaner Elektrode
- .bx Sonstige

5-378.c Systemumstellung Defibrillator auf Defibrillator oder Herzschrittmacher

- .c0 Defibrillator mit Einkammer-Stimulation auf Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation
- .c1 Defibrillator mit Einkammer-Stimulation auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofolektrode
- .c2 Defibrillator mit Einkammer-Stimulation auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofolektrode
- .c3 Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation auf Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion
- .c4 Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation auf Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion
- .c5 Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofolektrode
- .c6 Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofolektrode
- .c7 Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation auf Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion
- .c8 Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation auf Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion
- .c9 Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation auf Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation
- .ca Defibrillator auf Herzschrittmacher, Einkammersystem
- .cb Defibrillator auf Herzschrittmacher, Zweikammersystem
- .cc Defibrillator auf Herzschrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], ohne Vorhofolektrode
- .cd Defibrillator auf Herzschrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], mit Vorhofolektrode
- .ce Defibrillator auf Defibrillator mit subkutaner Elektrode
- .cf Defibrillator mit subkutaner Elektrode auf Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion
- .cg Defibrillator mit subkutaner Elektrode auf Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion
- .ch Defibrillator mit subkutaner Elektrode auf Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation
- .cj Defibrillator mit subkutaner Elektrode auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofolektrode
- .ck Defibrillator mit subkutaner Elektrode auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofolektrode
- .cx Sonstige

5-378.x Sonstige

5-378.y N.n.bez.

**5-379 Andere Operationen an Herz und Perikard**

5-379.0 Offene Herzmassage

5-379.1 Ligatur eines Herzohres

5-379.2 Herzentnahme postmortal (zur Transplantation)

*Hinw.:* Dieser Kode ist auch zu verwenden, wenn die Leistung nicht abschließend erbracht wird oder sich erst intraoperativ die Nichtverwendbarkeit des Organs für eine spätere Transplantation herausstellt

Dieser Kode und der im Fall eines vorzeitigen Abbruchs dieses Eingriffes zusätzlich zu kodierende Zusatzkode 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 Kode enthalten

- 5-379.3 Entnahme von Herzgewebe postmortal (zur Transplantation)  
*Hinw.:* Dieser Kode ist auch zu verwenden, wenn die Leistung nicht abschließend erbracht wird oder sich erst intraoperativ die Nichtverwendbarkeit des Organs für eine spätere Transplantation herausstellt  
 Dieser Kode und der im Fall eines vorzeitigen Abbruchs dieses Eingriffes zusätzlich zu kodierende Zusatzkode 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 Kode enthalten
- 5-379.4 Herz-Lungen-Entnahme postmortal (zur Transplantation)  
*Hinw.:* Dieser Kode ist auch zu verwenden, wenn die Leistung nicht abschließend erbracht wird oder sich erst intraoperativ die Nichtverwendbarkeit des Organs für eine spätere Transplantation herausstellt  
 Dieser Kode und der im Fall eines vorzeitigen Abbruchs dieses Eingriffes zusätzlich zu kodierende Zusatzkode 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 Kode enthalten
- 5-379.5 Reoperation
- 5-379.6 Kardiomyoplastie  
*Exkl.:* Präkonditionierte und elektrostimierte Kardiomyoplastie (5-379.c)
- 5-379.7 Implantation oder Entfernung eines äußeren Myokardunterstützungssystems
- 5-379.8 Implantation, Wechsel oder Revision eines myokardmodulierenden Systems [CCM]  
 .80 Implantation und Wechsel  
 .81 Revision
- 5-379.9 Implantation, Wechsel und Entfernung eines epikardialen Ventrikel-Unterstützungssystems  
 .90 Implantation oder Wechsel  
 .91 Entfernung
- 5-379.a Anlage eines apikoortalen Conduits mit bioklappentragender Gefäßprothese
- 5-379.b Anpassung eines dynamischen Anuloplastierendes
- 5-379.c Präkonditionierte und elektrostimierte Kardiomyoplastie  
*Exkl.:* Sondenimplantation zur externen Prästimulation (Präkonditionierung) für die Kardiomyoplastie (5-859.4)  
 .c0 Anlage mit Implantation eines Muskelstimulators  
 .c1 Wechsel eines Muskelstimulators  
 .c2 Revision ohne Neuanlage von Elektroden  
 .c3 Revision mit Neuanlage von Elektroden
- 5-379.x Sonstige
- 5-379.y N.n.bez.
- 5-37a Minimalinvasive Rekonstruktion des Perikardes und des Herzens**
- 5-37a.0 Transarterielle Implantation eines ventrikulären Partitionierungsimplantates
- 5-37a.x Sonstige
- 5-37a.y N.n.bez.
- 5-37b Offen chirurgische Implantation und Entfernung von Kanülen für die Anwendung eines extrakorporalen (herz- und) lungenunterstützenden Systems mit Membranoxygenation**  
*Hinw.:* Die Anwendung der ECMO oder der minimalisierten Herz-Lungen-Maschine ist gesondert zu kodieren (8-852 ff.)  
 Die Differenzierung in zentrale und periphere Gefäße erfolgt nach der Eintrittsstelle der Kanüle
- 5-37b.0 Offen chirurgische Implantation von Kanülen in das Herz und/oder zentrale Gefäße  
*Hinw.:* Der Zugang erfolgt über eine Sterno- oder Thorakotomie  
 .00 1 Kanüle  
 .01 2 Kanülen  
 .02 3 und mehr Kanülen

- 5-37b.1 Offen chirurgische Implantation von Kanülen in periphere Gefäße ohne Gefäßprothese  
*Hinw.:* Der Zugang erfolgt über eine offen chirurgische Freilegung des Gefäßes
- .10 1 Kanüle
  - .11 2 Kanülen
  - .12 3 und mehr Kanülen
- 5-37b.2 Offen chirurgische Implantation von Kanülen in periphere Gefäße mit Gefäßprothese  
*Hinw.:* Der Zugang erfolgt über eine offen chirurgische Freilegung des Gefäßes
- .20 1 Kanüle
  - .21 2 Kanülen
  - .22 3 und mehr Kanülen
- 5-37b.3 Offen chirurgische Entfernung von Kanülen
- .30 1 Kanüle
  - .31 2 Kanülen
  - .32 3 und mehr Kanülen

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

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

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

Operationen an intraspinalen Blutgefäßen (5-037)

Perkutan-transluminale Gefäßinterventionen (8-836)

*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)

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

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)

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 und die offen chirurgische Angioplastie sind gesondert zu kodieren (5-38c ff., 5-38d ff., 5-38e ff., 5-38f ff.)

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

Die nähere Lokalisationsangabe ist für die Codes 5-380 bis 5-383, 5-386, 5-388, 5-389 und 5-395 bis 5-397 nach folgender Liste zu kodieren:

.0 Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals

.00↔ A. carotis n.n.bez.

.01↔ A. carotis communis mit Sinus caroticus

.02↔ A. carotis interna extrakraniell

.03↔ A. carotis externa

.04↔ A. vertebralis extrakraniell

.05↔ A. carotis, Stent

.06↔ Gefäßprothese

.0x↔ Sonstige

.1 Arterien Schulter und Oberarm

.11↔ A. axillaris

.12↔ A. brachialis

.13↔ Gefäßprothese

.1x↔ Sonstige

.2 Arterien Unterarm und Hand

.20↔ A. ulnaris

.21↔ Arcus palmaris profundus

.22↔ Arcus palmaris superficialis

.23↔ Aa. digitales palmares communes

.24↔ A. radialis

.25↔ R. carpalis palmaris

.26↔ R. carpalis dorsalis

.27↔ A. princeps pollicis

.28↔ Gefäßprothese

.2x↔ Sonstige

.3 Aorta

.30 Aorta ascendens

.31 Arcus aortae

.32 Aorta thoracica

.33 Aorta abdominalis

.34 Aorta, Stent

.35 Gefäßprothese

.3x Sonstige

.4 Arterien thorakal

.40↔ A. subclavia

.41↔ Truncus brachiocephalicus

- .42↔ A. pulmonalis
- .43↔ Gefäßprothese
- .4x↔ Sonstige
- .5 Arterien abdominal und pelvin
- .51↔ Aa. lumbales
- .52↔ A. iliaca n.n.bez.
- .53↔ A. iliaca communis
- .54↔ A. iliaca externa
- .55↔ A. iliaca interna
- .56↔ Gefäßprothese
- .5x↔ Sonstige
- .6 Arterien viszeral
- .60 Truncus coeliacus
- .61 A. hepatica
- .62 A. gastrica
- .63 A. lienalis
- .64↔ A. renalis
- .65 A. mesenterica superior
- .66 A. mesenterica inferior
- .67 Gefäßprothese
- .6x↔ Sonstige
- .7 Arterien Oberschenkel
- .70↔ A. femoralis
- .71↔ A. profunda femoris
- .72↔ A. poplitea
- .73↔ Gefäßprothese
- .7x↔ Sonstige
- .8 Arterien Unterschenkel und Fuß
- .80↔ A. tibialis anterior
- .81↔ Aa. recurrentes
- .82↔ A. dorsalis pedis
- .83↔ A. tibialis posterior
- .84↔ A. fibularis
- .85↔ A. plantaris medialis
- .86↔ A. plantaris lateralis
- .87↔ Gefäßprothese
- .8x↔ Sonstige
- .9 Tiefe Venen
- .91↔ V. jugularis
- .92↔ V. pulmonalis
- .93↔ V. subclavia
- .94↔ V. axillaris
- .95↔ V. brachiocephalica
- .96 V. cava superior
- .97 V. cava inferior
- .98↔ V. iliaca communis
- .99↔ V. iliaca externa
- .9a↔ V. iliaca interna
- .9b↔ V. femoralis
- .9c↔ V. poplitea
- .9d V. portae
- .9e↔ V. gastrica
- .9f V. lienalis
- .9g V. mesenterica superior
- .9h V. mesenterica inferior
- .9j Vv. hepaticae
- .9k↔ V. renalis
- .9x↔ Sonstige
- .a Oberflächliche Venen
- .a0↔ Kopf, extrakraniell und Hals
- .a1↔ Schulter und Oberarm

- .a2↔ Unterarm und Hand
- .a3↔ Thorakal
- .a4↔ Abdominal
- .a5↔ Oberschenkel
- .a6↔ Unterschenkel und Fuß
- .ax↔ Sonstige
- .x↔ Sonstige
- .y N.n.bez.

## **5-38 Inzision, Exzision und Verschluss von Blutgefäßen**

### **5-380 Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen**

*Inkl.:* Fremdkörperentfernung  
Exploration

*Hinw.:* Die Inzision, Embolektomie und Thrombektomie aus Gefäßprothesen sind in der 5. Stelle entsprechend der Region für den proximalen Anschluss und in der 6. Stelle mit dem jeweiligen Kode für die Gefäßprothese zu kodieren

Die nähere Lokalisationsangabe ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-38 zu kodieren

\*\*5-380.0 Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals  
[6. Stelle: 0-6,x]

\*\*5-380.1 Arterien Schulter und Oberarm  
[6. Stelle: 1-3,x]

\*\*5-380.2 Arterien Unterarm und Hand  
[6. Stelle: 0-8,x]

\*\*5-380.3 Aorta  
[6. Stelle: 0-5,x]

\*\*5-380.4 Arterien thorakal  
[6. Stelle: 0-3,x]

\*\*5-380.5 Arterien abdominal und pelvin  
[6. Stelle: 1-6,x]

\*\*5-380.6 Arterien viszeral  
[6. Stelle: 0-7,x]

\*\*5-380.7 Arterien Oberschenkel  
[6. Stelle: 0-3,x]

\*\*5-380.8 Arterien Unterschenkel und Fuß  
[6. Stelle: 0-7,x]

\*\*5-380.9 Tiefe Venen  
[6. Stelle: 1-k,x]

\*\*5-380.a Oberflächliche Venen  
[6. Stelle: 0-6,x]

5-380.x↔ Sonstige

5-380.y N.n.bez.

### **5-381 Endarteriektomie**

*Inkl.:* Anbringen eines Patches  
Thrombendarteriektomie

*Exkl.:* Endarteriektomie der Koronararterien (5-360.0)

*Hinw.:* Die intraoperative Anlage eines temporären arterio-arteriellen Shunters ist gesondert zu kodieren (5-393.9)

Die Endarteriektomie aus Gefäßprothesen ist in der 5. Stelle entsprechend der Region für den proximalen Anschluss und in der 6. Stelle mit dem jeweiligen Kode für die Gefäßprothese zu kodieren

Die nähere Lokalisationsangabe ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-38 zu kodieren

\*\*5-381.0 Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals  
[6. Stelle: 0-6,x]

\*\*5-381.1 Arterien Schulter und Oberarm  
[6. Stelle: 1-3,x]

- \*\*5-381.2 Arterien Unterarm und Hand  
[6. Stelle: 0,4,8,x]
- \*\*5-381.3 Aorta  
[6. Stelle: 0-3,5,x]
- \*\*5-381.4 Arterien thorakal  
[6. Stelle: 0-3,x]
- \*\*5-381.5 Arterien abdominal und pelvin  
[6. Stelle: 1-6,x]
- \*\*5-381.6 Arterien viszeral  
[6. Stelle: 0-7,x]
- \*\*5-381.7 Arterien Oberschenkel  
[6. Stelle: 0-3,x]
- \*\*5-381.8 Arterien Unterschenkel und Fuß  
[6. Stelle: 0,2-4,7,x]
- 5-381.x↔ Sonstige
- 5-381.y N.n.bez.
- 5-382 Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung**  
*Inkl.:* Resektion eines Aneurysmas  
Fensterung (partielle Resektion der Dissektionsmembran) an der Aorta  
*Hinw.:* Die nähere Lokalisationsangabe ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-38 zu kodieren
- \*\*5-382.0 Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals  
[6. Stelle: 0-4,x]
- \*\*5-382.1 Arterien Schulter und Oberarm  
[6. Stelle: 1,2,x]
- \*\*5-382.2 Arterien Unterarm und Hand  
[6. Stelle: 0,4,x]
- \*\*5-382.3 Aorta  
[6. Stelle: 0,2,3,x]
- \*\*5-382.4 Arterien thorakal  
[6. Stelle: 0-2,x]
- \*\*5-382.5 Arterien abdominal und pelvin  
[6. Stelle: 3-5,x]
- \*\*5-382.6 Arterien viszeral  
[6. Stelle: 0-6,x]
- \*\*5-382.7 Arterien Oberschenkel  
[6. Stelle: 0-2,x]
- \*\*5-382.8 Arterien Unterschenkel und Fuß  
[6. Stelle: 0,2-4,x]
- \*\*5-382.9 Tiefe Venen  
[6. Stelle: 1-k,x]
- \*\*5-382.a Oberflächliche Venen  
[6. Stelle: 0-2,5,6,x]
- 5-382.x↔ Sonstige
- 5-382.y N.n.bez.
- 5-383 Resektion und Ersatz (Interposition) von (Teilen von) Blutgefäßen**  
*Inkl.:* Resektion eines Aneurysmas  
*Exkl.:* Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta (5-384)  
Ausschaltungsoperation bei Aneurysmen (Bypass-Anastomose) (5-393)  
Endovaskuläre Implantationen von Stent-Prothesen zur Ausschaltung von Aneurysmen (5-38a)  
*Hinw.:* Die nähere Lokalisationsangabe ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-38 zu kodieren
- \*\*5-383.0 Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals  
[6. Stelle: 0-3,x]

- \*\*5-383.1 Arterien Schulter und Oberarm  
[6. Stelle: 1,2,x]
- \*\*5-383.2 Arterien Unterarm und Hand  
[6. Stelle: 0,4,x]
- \*\*5-383.4 Arterien thorakal  
[6. Stelle: 0-2,x]
- \*\*5-383.5 Arterien abdominal und pelvin  
[6. Stelle: 2-5,x]
- \*\*5-383.6 Arterien viszeral  
[6. Stelle: 0-6,x]
- \*\*5-383.7 Arterien Oberschenkel  
[6. Stelle: 0-2,x]
- \*\*5-383.8 Arterien Unterschenkel und Fuß  
[6. Stelle: 0,3,4,x]
- \*\*5-383.9 Tiefe Venen  
[6. Stelle: 1-k,x]
- \*\*5-383.a Oberflächliche Venen  
[6. Stelle: 0-2,5,6,x]
- 5-383.x↔ Sonstige
- 5-383.y N.n.bez.

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

*Hinw.:* Die Art der Prothese ist für die mit \*\* gekennzeichneten Kodes in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:

- 1 Mit Rohrprothese
- 2 Mit Rohrprothese bei Aneurysma
- 3 Mit Bifurkationsprothese biiliakal
- 4 Mit Bifurkationsprothese biiliakal bei Aneurysma
- 5 Mit Bifurkationsprothese bifemoral
- 6 Mit Bifurkationsprothese bifemoral bei Aneurysma
- x Sonstige

- \*\*5-384.0 Aorta ascendens  
[6. Stelle: 1,2,x]  
*Hinw.:* Die Anwendung der Herz-Lungen-Maschine ist gesondert zu kodieren (8-851)
- \*\*5-384.1 Aorta ascendens mit Reimplantation der Koronararterien  
[6. Stelle: 1,2,x]  
*Hinw.:* Die Anwendung der Herz-Lungen-Maschine ist gesondert zu kodieren (8-851)
- \*\*5-384.2 Aortenbogen  
[6. Stelle: 1,2,x]  
*Hinw.:* Die Anwendung der Herz-Lungen-Maschine ist gesondert zu kodieren (8-851)
- \*\*5-384.3 Aorta thoracica  
[6. Stelle: 1,2,x]
- \*\*5-384.4 Aorta thoracoabdominalis
- \*\*5-384.5 Aorta abdominalis, n.n.bez.
- \*\*5-384.6 Aorta abdominalis, suprarenal
- \*\*5-384.7 Aorta abdominalis, infrarenal
- 5-384.8 Aorta ascendens, Aortenbogen oder Aorta descendens mit Hybridprothese
- \*\*5-384.x Sonstige
- 5-384.y N.n.bez.

#### 5-385 Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen

- 5-385.0↔ Lokale Sklerotherapie (durch Injektion)
- 5-385.1↔ Umstechung
- 5-385.2↔ Lokale Exzision
- 5-385.3↔ Inzision eines Varixknotens

- 5-385.4↔ Transkutane Unterbindung der Vv. perforantes (als selbständiger Eingriff)
- 5-385.5↔ Endoskopische Diszision der Vv. perforantes (als selbständiger Eingriff)
- 5-385.6↔ Endoskopische Diszision der Vv. perforantes mit Fasziotomie (als selbständiger Eingriff)
- 5-385.7 Crossektomie und Stripping  
*Inkl.:* Konvolutektomie und Unterbindung der Vv. perforantes  
 Crossektomie und Teilstripping  
 .70↔ V. saphena magna  
 .72↔ V. saphena parva  
 .74↔ Vv. saphenae magna et parva
- 5-385.8 (Isolierte) Crossektomie  
 .80↔ V. saphena magna  
 .82↔ V. saphena parva  
 .84↔ Vv. saphenae magna et parva
- 5-385.9 Exhairese (als selbständiger Eingriff)  
 .90↔ V. saphena magna  
 .92↔ V. saphena parva  
 .94↔ Vv. saphenae magna et parva  
 .96↔ Seitenastvarize  
 .9x↔ Sonstige
- 5-385.a Lasertherapie  
 .a0↔ Lokal  
 .a1↔ Endovenös [EVLT]
- 5-385.b↔ Endoluminale Radiofrequenzablation
- 5-385.c↔ Endoluminale Rotationsablation mit gleichzeitiger Sklerosierung
- 5-385.x↔ Sonstige
- 5-385.y N.n.bez.
- 5-386 Andere Exzision von (erkrankten) Blutgefäßen und Transplantatentnahme**  
*Inkl.:* Exzision eines Aneurysmas  
*Exkl.:* Endoskopische Entnahme eines Gefäßes zur Transplantation (5-38b ff.)  
*Hinw.:* Die nähere Lokalisationsangabe ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-38 zu kodieren
- \*\*5-386.0 Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals  
 [6. Stelle: 0-5,x]
- \*\*5-386.1 Arterien Schulter und Oberarm  
 [6. Stelle: 1,2,x]
- \*\*5-386.2 Arterien Unterarm und Hand  
 [6. Stelle: 0-7,x]
- \*\*5-386.3 Aorta  
 [6. Stelle: 0-4,x]
- \*\*5-386.4 Arterien thorakal  
 [6. Stelle: 0-2,x]
- \*\*5-386.5 Arterien abdominal und pelvin  
 [6. Stelle: 1-5,x]
- \*\*5-386.6 Arterien viszeral  
 [6. Stelle: 0-6,x]
- \*\*5-386.7 Arterien Oberschenkel  
 [6. Stelle: 0-2,x]
- \*\*5-386.8 Arterien Unterschenkel und Fuß  
 [6. Stelle: 0-6,x]
- \*\*5-386.9 Tiefe Venen  
 [6. Stelle: 1-k,x]
- \*\*5-386.a Oberflächliche Venen  
 [6. Stelle: 0-6,x]
- 5-386.x↔ Sonstige
- 5-386.y N.n.bez.

**5-387 Ligatur und Teilverschluss der Vena cava**

- 5-387.0 Ligatur
- 5-387.1 Clippen
- 5-387.2 Einführung eines Antiembolie-Schirmes, offen chirurgisch  
*Exkl.:* Perkutan-transluminale Einführung eines Antiembolie-Schirmes (8-839.1)
- 5-387.x Sonstige
- 5-387.y N.n.bez.

**5-388 Naht von Blutgefäßen**

*Hinw.:* Die nähere Lokalisationsangabe ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-38 zu kodieren

- \*\*5-388.0 Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals  
[6. Stelle: 0-5,x]
- \*\*5-388.1 Arterien Schulter und Oberarm  
[6. Stelle: 1,2,x]
- \*\*5-388.2 Arterien Unterarm und Hand  
[6. Stelle: 0-4,x]
- \*\*5-388.3 Aorta  
[6. Stelle: 0-3,x]
- \*\*5-388.4 Arterien thorakal  
[6. Stelle: 0-2,x]
- \*\*5-388.5 Arterien abdominal und pelvin  
[6. Stelle: 1-5,x]
- \*\*5-388.6 Arterien viszeral  
[6. Stelle: 0-6,x]
- \*\*5-388.7 Arterien Oberschenkel  
[6. Stelle: 0-2,x]
- \*\*5-388.8 Arterien Unterschenkel und Fuß  
[6. Stelle: 0,2-4,x]
- \*\*5-388.9 Tiefe Venen  
[6. Stelle: 1-k,x]
- \*\*5-388.a Oberflächliche Venen  
[6. Stelle: 0-2,4-6,x]
- 5-388.x↔ Sonstige
- 5-388.y N.n.bez.

**5-389 Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen**

*Inkl.:* Ligatur von Blutgefäßen

*Exkl.:* Delay-Operation vor autogener Brustrekonstruktion (5-399.f)

*Hinw.:* Die nähere Lokalisationsangabe ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-38 zu kodieren

- \*\*5-389.0 Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals  
[6. Stelle: 0-5,x]
- \*\*5-389.1 Arterien Schulter und Oberarm  
[6. Stelle: 1,2,x]
- \*\*5-389.2 Arterien Unterarm und Hand  
[6. Stelle: 0-7,x]
- \*\*5-389.3 Aorta  
[6. Stelle: 0-4,x]
- \*\*5-389.4 Arterien thorakal  
[6. Stelle: 0-2,x]
- \*\*5-389.5 Arterien abdominal und pelvin  
[6. Stelle: 1-5,x]
- \*\*5-389.6 Arterien viszeral  
[6. Stelle: 0-6,x]
- \*\*5-389.7 Arterien Oberschenkel  
[6. Stelle: 0-2,x]

\*\*5-389.8 Arterien Unterschenkel und Fuß  
[6. Stelle: 0-6,x]

\*\*5-389.9 Tiefe Venen  
[6. Stelle: 1-k,x]

\*\*5-389.a Oberflächliche Venen  
[6. Stelle: 0-6,x]

5-389.x↔ Sonstige

5-389.y N.n.bez.

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

5-38a.0 Aorta n.n.bez.

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)

- .12 Aortomoniliakale Prothese ohne Fenestrierung oder Seitenarm
- .13 Aortomoniliakale Prothese mit Seitenarm
- .14 Bifurkationsprothese, aortobiliakal ohne Fenestrierung oder Seitenarm
- .16 Bifurkationsprothese, aortobiliakal mit 1 Fenestrierung
- .17 Bifurkationsprothese, aortobiliakal mit 2 Fenestrierungen
- .18 Bifurkationsprothese, aortobiliakal mit 3 Fenestrierungen
- .19 Bifurkationsprothese, aortobiliakal mit 4 Fenestrierungen und mehr
- .1a Bifurkationsprothese, aortobiliakal mit 1 Seitenarm
- .1b Bifurkationsprothese, aortobiliakal mit 2 Seitenarmen
- .1c Bifurkationsprothese, aortobiliakal mit 3 Seitenarmen
- .1d Bifurkationsprothese, aortobiliakal mit 4 Seitenarmen und mehr
- .1e Rohrprothese, aortal ohne Fenestrierung oder Seitenarm
- .1f Rohrprothese, aortal mit 1 Fenestrierung
- .1g Rohrprothese, aortal mit 2 Fenestrierungen
- .1h Rohrprothese, aortal mit 3 Fenestrierungen
- .1j Rohrprothese, aortal mit 4 Fenestrierungen und mehr
- .1k Rohrprothese, aortal mit 1 Seitenarm
- .1m Rohrprothese, aortal mit 2 Seitenarmen
- .1n Rohrprothese, aortal mit 3 Seitenarmen
- .1p Rohrprothese, aortal mit 4 Seitenarmen und mehr
- .1q Bifurkationsprothese, aortobiliakal mit 1 Seitenarm und 1 Fenestrierung in Kombination
- .1r Bifurkationsprothese, aortobiliakal mit insgesamt 3 Seitenarmen und Fenestrierungen, in unterschiedlicher Kombination
- .1s Bifurkationsprothese, aortobiliakal mit insgesamt 4 oder mehr Seitenarmen und Fenestrierungen, in unterschiedlicher Kombination
- .1t Rohrprothese, aortal mit 1 Seitenarm und 1 Fenestrierung in Kombination
- .1u Rohrprothese, aortal mit insgesamt 3 Seitenarmen und Fenestrierungen, in unterschiedlicher Kombination
- .1v Rohrprothese, aortal mit insgesamt 4 oder mehr Seitenarmen und Fenestrierungen, in unterschiedlicher Kombination
- .1x Sonstige

5-38a.4 Arterien Becken

- .40 Rohrprothese, iliakal ohne Seitenarm
- .41 Rohrprothese, iliakal mit Seitenarm

5-38a.7 Aorta thoracica

- .70 Rohrprothese, ohne Fenestrierung oder Seitenarm
- .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
- 5-38a.8 Aorta thoracoabdominalis**
- .80 Rohrprothese, ohne Fenestrierung oder Seitenarm
  - .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
- 5-38a.9 V. cava**
- 5-38a.a Bei Hybridverfahren an Aorta ascendens, Aortenbogen oder Aorta thoracica**  
*Hinw.:* Ein Kode aus diesem Bereich ist bei der Implantation von einer oder mehreren Stent-Prothese(n) bei ein- oder mehrzeitigem Hybrideingriff während eines stationären Aufenthaltes zu verwenden. Die Anlage des Bypasses (Debranching) ist gesondert zu kodieren
- .a0 Mit Implantation einer Stent-Prothese
  - .a1 Mit Implantation von zwei Stent-Prothesen
  - .a2 Mit Implantation von drei und mehr Stent-Prothesen
- 5-38a.b Bei Hybridverfahren an der Aorta thoracoabdominalis**  
*Hinw.:* Ein Kode aus diesem Bereich ist bei der Implantation von einer oder mehreren Stent-Prothese(n) bei ein- oder mehrzeitigem Hybrideingriff während eines stationären Aufenthaltes zu verwenden. Die Anlage des Bypasses (Debranching) ist gesondert zu kodieren
- .b0 Mit Implantation einer Stent-Prothese
  - .b1 Mit Implantation von zwei Stent-Prothesen
  - .b2 Mit Implantation von drei und mehr Stent-Prothesen
- 5-38a.x Sonstige**
- 5-38a.y N.n.bez.**
- 5-38b Endoskopische Entnahme von Blutgefäßen zur Transplantation**
- 5-38b.2 Arterien Unterarm und Hand**
- .24↔ A. radialis
  - .2x↔ Sonstige
- 5-38b.a Oberflächliche Venen**
- .a5↔ Oberschenkel
  - .a6↔ Unterschenkel und Fuß
  - .ax↔ Sonstige
- 5-38b.x↔ Sonstige**
- 5-38b.y N.n.bez.**

**5-38c Offen chirurgische Implantation von nicht großlumigen ungedeckten 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

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

\*\*5-38c.1 Zwei Stents

\*\*5-38c.2 Drei und mehr Stents

**5-38d Offen chirurgische Implantation von nicht großlumigen gedeckten 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

\*\*5-38d.1 Zwei und mehr Stents

### 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
- 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

\*\*5-38e.0 Ein Stent

\*\*5-38e.1 Zwei und mehr Stents

### 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 Operationskodes 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**

**5-390 Shuntoperationen zwischen großem und kleinem Kreislauf [Links-Rechts-Shunt]**

- 5-390.0 Anastomose zwischen A. subclavia und A. pulmonalis (Blalock-Taussig)
- 5-390.1 Anastomose zwischen Aorta und A. pulmonalis dextra (Waterston-Cooley)
- 5-390.2 Anastomose zwischen Aorta descendens und A. pulmonalis sinistra (Potts-Smith)
- 5-390.3 Prothesenshunt zwischen A. pulmonalis und Aorta, zentral
- 5-390.4 Prothesenshunt zwischen A. pulmonalis und Aorta, peripher
- 5-390.5 Anastomose zwischen A. pulmonalis sinistra und A. pulmonalis dextra
- 5-390.6 Anlage eines ventrikulär-pulmonalarteriellen Conduit
- 5-390.7 Zentrales pulmonalarteriell Banding
  - .70 Nicht telemetrisch adjustierbar
  - .71 Telemetrisch adjustierbar
- 5-390.8 Bilaterales pulmonalarteriell Banding (linker und rechter Lungenhauptast)
- 5-390.x Sonstige
- 5-390.y N.n.bez.

**5-391 Anlegen eines intraabdominalen venösen Shuntes**

- 5-391.0 Splenorenal
- 5-391.1 Portokaval
- 5-391.2 Mesokaval
- 5-391.x Sonstige
- 5-391.y N.n.bez.

**5-392 Anlegen eines arteriovenösen Shuntes**

*Hinw.:* Die Anwendung einer Gefäßprothese mit integriertem Stent ist gesondert zu kodieren (5-399.h)

- 5-392.0 Äußerer AV-Shunt
- 5-392.1 Innere AV-Fistel (Cimino-Fistel)
  - .10 Ohne Vorverlagerung der Vena basilica
  - .11 Mit Vorverlagerung der Vena basilica
- 5-392.2 Innere AV-Fistel mit allogenem Material
- 5-392.3 Innere AV-Fistel mit alloplastischem Material
 

*Inkl.:* Innere AV-Fistel mit Nitinolkoppler als Anastomose
- 5-392.4 Temporärer Shunt (intraoperativ)
- 5-392.5 Innere AV-Fistel mit autogenem Material (autogene Vene)
 

*Hinw.:* Die Entnahme der Vene ist gesondert zu kodieren (5-386 ff.)

- 5-392.7 Vorverlagerung der Vena basilica als selbständiger Eingriff
- 5-392.x Sonstige
- 5-392.y N.n.bez.
- 5-393 Anlegen eines anderen Shuntens und Bypasses an Blutgefäßen**  
*Inkl.:* Mit Prothesenimplantation  
*Exkl.:* Anlegen eines arteriovenösen Shuntens (5-392)  
*Hinw.:* Die Art des Transplantates kann zusätzlich kodiert werden (5-930)  
 Die Anwendung einer Gefäßprothese mit integriertem Stent ist gesondert zu kodieren (5-399.h)
- 5-393.0 Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals  
 .00↔ A. carotis  
 .01↔ A. carotis - A. carotis  
 .02↔ A. carotis - A. subclavia  
 .03↔ A. carotis - A. vertebralis  
 .0x↔ Sonstige
- 5-393.1 Arterien Schulter  
 .11↔ A. subclavia  
 .12↔ A. subclavia - A. subclavia, extraanatomisch  
 .13↔ Subclaviafemoral  
 .14↔ Subclaviabifemoral  
 .15↔ A. axillaris  
 .16↔ Axilloaxillär, extraanatomisch  
 .17↔ Axillofemoral, extraanatomisch  
 .18↔ Axillobifemoral, extraanatomisch  
 .1x↔ Sonstige
- 5-393.2↔ Arterien obere Extremität
- 5-393.3 Aorta  
 .30↔ Aorta - A. carotis  
 .31↔ Aorta - A. subclavia  
 .32 Aortoaortal  
 .33↔ Aortoiliakal  
 .35 Aortoiliofemoral  
 .36↔ Aortofemoral  
 .38↔ Aortopopliteal  
 .3x Sonstige
- 5-393.4 A. iliaca und viszerale Arterien  
 .41↔ Ilioliakal  
 .42↔ Iliofemoral  
 .43↔ Iliopopliteal n.n.bez.  
 .44↔ Iliopopliteal, oberhalb des Kniegelenkes  
 .45↔ Iliopopliteal, unterhalb des Kniegelenkes  
 .46↔ Iliocrural  
 .47↔ Obturator-Bypass, extraanatomisch  
 .48↔ A. renalis  
 .49↔ Sonstige viszerale Arterien  
 .4x↔ Sonstige
- 5-393.5 A. femoralis  
 .51↔ Femorofemoral  
 .52↔ Femoropopliteal n.n.bez.  
 .53↔ Femoropopliteal, oberhalb des Kniegelenkes  
 .54↔ Femoropopliteal, unterhalb des Kniegelenkes  
 .55↔ Femorocrural  
 .56↔ Femoropedal  
 .57↔ Femorofemoral, extraanatomisch  
 .5x↔ Sonstige

- 5-393.6 A. poplitea  
 .61↔ Popliteocrural  
 .62↔ Popliteopedal  
 .6x↔ Sonstige
- 5-393.7↔ Arterien Unterschenkel
- 5-393.8 Venös  
*Exkl.:* Vorverlagerung der Vena basilica als selbständiger Eingriff (5-392.7)
- 5-393.9 Temporärer arterio-arterieller Shunt (intraoperativ)
- 5-393.x↔ Sonstige
- 5-393.y N.n.bez.
- 5-394 Revision einer Blutgefäßoperation**
- 5-394.0 Operative Behandlung einer Blutung nach Gefäßoperation
- 5-394.1 Revision einer Anastomose  
*Hinw.:* Spezifisch kodierbare Eingriffe sind gesondert zu kodieren
- 5-394.2 Revision eines vaskulären Implantates  
*Hinw.:* Spezifisch kodierbare Eingriffe sind gesondert zu kodieren
- 5-394.3 Wechsel eines vaskulären Implantates  
*Hinw.:* Dieser Kode ist ein Zusatzkode. Die durchgeführten Eingriffe sind gesondert zu kodieren
- 5-394.4 Entfernung eines vaskulären Implantates
- 5-394.5 Revision eines arteriovenösen Shuntens  
*Hinw.:* Spezifisch kodierbare Eingriffe sind gesondert zu kodieren
- 5-394.6 Verschluss eines arteriovenösen Shuntens
- 5-394.7 Ersatz eines kardialen Conduit
- 5-394.x Sonstige
- 5-394.y N.n.bez.
- 5-395 Patchplastik an Blutgefäßen**  
*Hinw.:* Die nähere Lokalisationsangabe ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-38 zu kodieren
- \*\*5-395.0 Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals  
 [6. Stelle: 0-4,x]
- \*\*5-395.1 Arterien Schulter und Oberarm  
 [6. Stelle: 1,2,x]
- \*\*5-395.2 Arterien Unterarm und Hand  
 [6. Stelle: 0,4,x]
- \*\*5-395.3 Aorta  
 [6. Stelle: 2,3,x]
- \*\*5-395.4 Arterien thorakal  
 [6. Stelle: 0-2,x]
- \*\*5-395.5 Arterien abdominal und pelvin  
 [6. Stelle: 2-6,x]
- \*\*5-395.6 Arterien viszeral  
 [6. Stelle: 0-6,x]
- \*\*5-395.7 Arterien Oberschenkel  
 [6. Stelle: 0-3,x]
- \*\*5-395.8 Arterien Unterschenkel und Fuß  
 [6. Stelle: 0,2-4,7,x]
- \*\*5-395.9 Tiefe Venen  
 [6. Stelle: 1-k,x]
- \*\*5-395.a Oberflächliche Venen  
 [6. Stelle: 0-2,5,x]
- 5-395.x↔ Sonstige
- 5-395.y N.n.bez.

**5-396 Transposition von Blutgefäßen***Exkl.:* Transposition von Venen (5-393.8)*Hinw.:* Die nähere Lokalisationsangabe ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-38 zu kodieren

- \*\*5-396.0 Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals  
[6. Stelle: 0-4,x]
- \*\*5-396.2 Arterien Unterarm und Hand  
[6. Stelle: 0,4,x]
- \*\*5-396.4 Arterien thorakal  
[6. Stelle: 0-2,x]
- \*\*5-396.5 Arterien abdominal und pelvin  
[6. Stelle: 2,4,5,x]
- \*\*5-396.6 Arterien viszeral  
[6. Stelle: 1-6,x]
- \*\*5-396.7 Arterien Oberschenkel  
[6. Stelle: 0,1,x]
- \*\*5-396.8 Arterien Unterschenkel und Fuß  
[6. Stelle: 0,3,4,x]

5-396.x↔ Sonstige

5-396.y N.n.bez.

**5-397 Andere plastische Rekonstruktion von Blutgefäßen***Inkl.:* Extraluminale Valvuloplastie*Hinw.:* Die nähere Lokalisationsangabe ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-38 zu kodieren

- \*\*5-397.0 Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals  
[6. Stelle: 0-5,x]
- \*\*5-397.1 Arterien Schulter und Oberarm  
[6. Stelle: 1,2,x]
- \*\*5-397.2 Arterien Unterarm und Hand  
[6. Stelle: 0-7,x]
- \*\*5-397.3 Aorta  
[6. Stelle: 0-4,x]
- \*\*5-397.4 Arterien thorakal  
[6. Stelle: 0-2,x]
- \*\*5-397.5 Arterien abdominal und pelvin  
[6. Stelle: 1-5,x]
- \*\*5-397.6 Arterien viszeral  
[6. Stelle: 0-6,x]
- \*\*5-397.7 Arterien Oberschenkel  
[6. Stelle: 0-2,x]
- \*\*5-397.8 Arterien Unterschenkel und Fuß  
[6. Stelle: 0-6,x]
- \*\*5-397.9 Tiefe Venen  
[6. Stelle: 1-k,x]
- \*\*5-397.a Oberflächliche Venen  
[6. Stelle: 0-6,x]

5-397.x↔ Sonstige

5-397.y N.n.bez.

**5-398 Operationen am Glomus caroticum und anderen Paraganglien**

- 5-398.0 Exploration
- 5-398.1 Exzision, ohne Nervenmonitoring
- 5-398.2 Exzision, mit Nervenmonitoring
- 5-398.x Sonstige
- 5-398.y N.n.bez.

**5-399     Andere Operationen an Blutgefäßen**

- 5-399.0    Aortopexie
- 5-399.1    Verschluss einer arteriovenösen Fistel
- 5-399.2    Adhäsiolyse und Dekompression
- 5-399.3    Operative Einführung eines Katheters in eine Arterie
- 5-399.4    Operative Einführung eines Katheters in eine Vene  
*Inkl.:* Venae sectio
- 5-399.5    Implantation und Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)  
*Inkl.:* Portsystem, zentralvenöser Katheter zu Dialysezwecken (Demers-Katheter)
- 5-399.6    Revision von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)  
*Inkl.:* Portsystem
- 5-399.7    Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)  
*Inkl.:* Portsystem
- 5-399.8    Venenklappenplastik
- 5-399.b    Implantation und Wechsel einer implantierbaren Medikamentenpumpe (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)
  - .b0    Medikamentenpumpe mit konstanter Flussrate
  - .b1    Programmierbare Medikamentenpumpe mit kontinuierlicher Abgabe bei variablem Tagesprofil
  - .b2    Medikamentenpumpe mit integrierter elektronischer Okklusionsüberwachung
  - .bx    Sonstige
- 5-399.c    Revision einer implantierbaren Medikamentenpumpe (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)
- 5-399.d    Entfernung einer implantierbaren Medikamentenpumpe (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)
- 5-399.e    Intraoperative Anwendung eines Embolieprotektionssystems  
*Hinw.:* Dieser Kode ist ein Zusatzkode. Die jeweilige Gefäßoperation ist gesondert zu kodieren
- 5-399.f    Delay-Operation vor autogener Brustrekonstruktion  
*Inkl.:* Stromumkehr durch Unterbindung der Vasa epigastrica inferiora
- 5-399.g    Temporäre atraumatische Okklusion von Blutgefäßen mit viskösem Polymer mit Umkehrphase  
*Hinw.:* Dieser Kode ist ein Zusatzkode. Die jeweilige Gefäßoperation oder Operation an den Koronargefäßen ist gesondert zu kodieren
- 5-399.h    Anwendung einer Gefäßprothese mit integriertem Stent  
*Hinw.:* Dieser Kode ist ein Zusatzkode. Die jeweilige Gefäßoperation ist gesondert zu kodieren  
Bei dieser Gefäßprothese wird ein Schenkel offen chirurgisch konventionell anastomosiert (End-zu-Seit-Anastomose). Der andere Prothesenschenkel ist als selbstexpandierender gecoverter Stent ausgebildet
- 5-399.x    Sonstige
- 5-399.y    N.n.bez.

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

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

### **5-40** Operationen am Lymphgewebe

#### **5-400** Inzision von Lymphknoten und Lymphgefäßen

#### **5-401** Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße

*Inkl.:* Entfernung mehrerer Sentinel-Lymphknoten

*Hinw.:* Eine durchgeführte regionale oder radikale Lymphadenektomie in Folge einer Sentinel-Lymphonodektomie ist gesondert zu kodieren (5-402 ff., 5-404 ff., 5-406 ff., 5-407 ff.)

##### 5-401.0 Zervikal

- .00↔ Ohne Markierung
- .01↔ Mit Radionuklidmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)
- .02↔ Mit Farbmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)
- .03↔ Mit Radionuklid- und Farbmarkierung, kombiniert (Sentinel-Lymphonodektomie)
- .0x↔ Sonstige

##### 5-401.1 Axillär

- .10↔ Ohne Markierung
- .11↔ Mit Radionuklidmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)
- .12↔ Mit Farbmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)
- .13↔ Mit Radionuklid- und Farbmarkierung, kombiniert (Sentinel-Lymphonodektomie)
- .1x↔ Sonstige

##### 5-401.2 Mediastinal, offen chirurgisch

*Hinw.:* Zu den mediastinalen Lymphknoten gehören die tracheobronchialen, subkarinalen, paratrachealen, paraösophagealen Lymphknoten sowie Lymphknoten im Lig. pulmonale

- .20 Ohne Markierung
- .21 Mit Radionuklidmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)
- .22 Mit Farbmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)
- .23 Mit Radionuklid- und Farbmarkierung, kombiniert (Sentinel-Lymphonodektomie)
- .2x Sonstige

##### 5-401.3 Paraaortal, offen chirurgisch

- .30 Ohne Markierung
- .31 Mit Radionuklidmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)
- .32 Mit Farbmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)
- .33 Mit Radionuklid- und Farbmarkierung, kombiniert (Sentinel-Lymphonodektomie)
- .3x Sonstige

##### 5-401.4 Iliakal, offen chirurgisch

- .40↔ Ohne Markierung
- .41↔ Mit Radionuklidmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)
- .42↔ Mit Farbmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)
- .43↔ Mit Radionuklid- und Farbmarkierung, kombiniert (Sentinel-Lymphonodektomie)
- .4x↔ Sonstige

##### 5-401.5 Inguinal, offen chirurgisch

- .50↔ Ohne Markierung

- .51↔ Mit Radionuklidmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)
- .52↔ Mit Farbmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)
- .53↔ Mit Radionuklid- und Farbmarkierung, kombiniert (Sentinel-Lymphonodektomie)
- .5x↔ Sonstige
- 5-401.6 Mehrere abdominale Lymphknotenstationen mit Leberbiopsie, offen chirurgisch [Staging-Laparotomie]  
*Hinw.:* Zur Diagnostik lymphatischer Systemerkrankungen
- 5-401.7 Mediastinal, thorakoskopisch  
*Inkl.:* Mediastinoskopische Entfernung von mediastinalen Lymphknoten  
*Hinw.:* Zu den mediastinalen Lymphknoten gehören die tracheobronchialen, subkarinalen, paratrachealen, paraösophagealen Lymphknoten sowie Lymphknoten im Lig. pulmonale
- .70 Ohne Markierung
- .71 Mit Radionuklidmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)
- .72 Mit Farbmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)
- .73 Mit Radionuklid- und Farbmarkierung, kombiniert (Sentinel-Lymphonodektomie)
- .7x Sonstige
- 5-401.8 Paraaortal, laparoskopisch
- .80 Ohne Markierung
- .81 Mit Radionuklidmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)
- .82 Mit Farbmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)
- .83 Mit Radionuklid- und Farbmarkierung, kombiniert (Sentinel-Lymphonodektomie)
- .8x Sonstige
- 5-401.9 Iliakal, laparoskopisch
- .90↔ Ohne Markierung
- .91↔ Mit Radionuklidmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)
- .92↔ Mit Farbmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)
- .93↔ Mit Radionuklid- und Farbmarkierung, kombiniert (Sentinel-Lymphonodektomie)
- .9x↔ Sonstige
- 5-401.a Inguinal, laparoskopisch
- .a0↔ Ohne Markierung
- .a1↔ Mit Radionuklidmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)
- .a2↔ Mit Farbmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)
- .a3↔ Mit Radionuklid- und Farbmarkierung, kombiniert (Sentinel-Lymphonodektomie)
- .ax↔ Sonstige
- 5-401.b Mehrere abdominale Lymphknotenstationen mit Leberbiopsie, laparoskopisch [Staging-Laparoskopie]  
*Hinw.:* Zur Diagnostik lymphatischer Systemerkrankungen
- 5-401.c Lymphangiom oder Hygroma cysticum
- 5-401.d↔ Peribronchial, offen chirurgisch  
*Hinw.:* Zu den peribronchialen Lymphknoten gehören die intersegmentalen, intralobären, interlobären und hilären Lymphknoten
- 5-401.e↔ Peribronchial, thorakoskopisch  
*Hinw.:* Zu den peribronchialen Lymphknoten gehören die intersegmentalen, intralobären, interlobären und hilären Lymphknoten
- 5-401.f Entnahme von Lymphgefäßen zur Transplantation  
*Inkl.:* Mikrochirurgische Technik
- .f0↔ Oberschenkel
- .fx↔ Sonstige
- 5-401.g Parasternal, offen chirurgisch  
*Hinw.:* Zu den parasternalen Lymphknoten gehören Lymphknoten im Stromgebiet der A. thoracica interna
- .g0↔ Ohne Markierung
- .g1↔ Mit Radionuklidmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)
- .g2↔ Mit Farbmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)
- .g3↔ Mit Radionuklid- und Farbmarkierung, kombiniert (Sentinel-Lymphonodektomie)
- .gx↔ Sonstige
- 5-401.x↔ Sonstige

5-401.y N.n.bez.

**5-402 Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) als selbständiger Eingriff**

*Exkl.:* Entfernung mehrerer Sentinel-Lymphknoten (5-401 ff.)

Radikale (systematische) Lymphadenektomie als selbständiger Eingriff (5-404 ff.)

5-402.0↔ Zervikal

5-402.1 Axillär

*Hinw.:* Eine axilläre Lymphadenektomie Level 1 bezieht sich auf die Lymphknoten lateral des lateralen Randes des M. pectoralis minor

Eine axilläre Lymphadenektomie Level 2 bezieht sich auf die Lymphknoten zwischen lateralem und medialem Rand des M. pectoralis minor und auf die interpektoralen Lymphknoten

Eine axilläre Lymphadenektomie Level 3 bezieht sich auf die apikalen Lymphknoten und auf die Lymphknoten medial des medialen Randes des M. pectoralis minor

.10↔ Ohne Zuordnung eines Levels

*Hinw.:* Dieser Kode ist bei Tumoren anzuwenden, bei denen es keine Levelteilung der axillären Lymphadenektomie gibt

.11↔ Level 1

.12↔ Level 1 und 2

.13↔ Level 1, 2 und 3

.1x↔ Sonstige

5-402.2 Paraaortal, offen chirurgisch

5-402.3↔ Iliakal, offen chirurgisch

5-402.4↔ Inguinal, offen chirurgisch

5-402.5↔ Pelvin, offen chirurgisch

5-402.6↔ Obturatorisch, offen chirurgisch

5-402.7 Paraaortal, laparoskopisch

5-402.8↔ Iliakal, laparoskopisch

5-402.9↔ Inguinal, laparoskopisch

5-402.a↔ Pelvin, laparoskopisch

5-402.b↔ Obturatorisch, laparoskopisch

5-402.c Mediastinal, offen chirurgisch

*Hinw.:* Zu den mediastinalen Lymphknoten gehören die tracheobronchialen, subkarinalen, paratrachealen, paraösophagealen Lymphknoten sowie Lymphknoten im Lig. pulmonale

5-402.d Mediastinal, thorakoskopisch

*Inkl.:* Mediastinoskopische Entfernung von mediastinalen Lymphknoten

*Hinw.:* Zu den mediastinalen Lymphknoten gehören die tracheobronchialen, subkarinalen, paratrachealen, paraösophagealen Lymphknoten sowie Lymphknoten im Lig. pulmonale

5-402.e↔ Peribronchial, offen chirurgisch

*Hinw.:* Zu den peribronchialen Lymphknoten gehören die intersegmentalen, intralobären, interlobären und hilären Lymphknoten

5-402.f↔ Peribronchial, thorakoskopisch

*Hinw.:* Zu den peribronchialen Lymphknoten gehören die intersegmentalen, intralobären, interlobären und hilären Lymphknoten

5-402.x↔ Sonstige

5-402.y N.n.bez.

**5-403 Radikale zervikale Lymphadenektomie [Neck dissection]**

*Hinw.:* Das Zusatzkennzeichen für "beidseitig" ist nur zu verwenden bei Entfernung der gleichen Anzahl von Lymphknotenregionen auf beiden Seiten in einer Operation. In allen anderen Fällen ist eine getrennte Kodierung erforderlich

5-403.0 Selektiv (funktionell)

.00↔ 1 Region

.01↔ 2 Regionen

.02↔ 3 Regionen

.03↔ 4 Regionen

- .04↔ 5 Regionen  
 .05↔ 6 Regionen
- 5-403.1 Radikal  
 .10↔ 4 Regionen  
 .11↔ 5 Regionen  
 .12↔ 6 Regionen
- 5-403.2 Radikal, modifiziert  
 .20↔ 4 Regionen  
 .21↔ 5 Regionen  
 .22↔ 6 Regionen
- 5-403.3 Radikal, erweitert  
 .30↔ 4 Regionen  
 .31↔ 5 Regionen  
 .32↔ 6 Regionen
- 5-403.x↔ Sonstige
- 5-403.y N.n.bez.
- 5-404 Radikale (systematische) Lymphadenektomie als selbständiger Eingriff**  
*Exkl.:* Radikale paraaortale Lymphadenektomie in Kombination mit Operationen an den Harnorganen (5-590.6)  
 Radikale pelvine Lymphadenektomie in Kombination mit Operationen an den Harnorganen (5-590.7)
- 5-404.0 Axillär  
*Hinw.:* Eine axilläre Lymphadenektomie Level 1 bezieht sich auf die Lymphknoten lateral des lateralen Randes des M. pectoralis minor  
 Eine axilläre Lymphadenektomie Level 2 bezieht sich auf die Lymphknoten zwischen lateralem und medialem Rand des M. pectoralis minor und auf die interpektoralen Lymphknoten  
 Eine axilläre Lymphadenektomie Level 3 bezieht sich auf die apikalen Lymphknoten und auf die Lymphknoten medial des medialen Randes des M. pectoralis minor  
 .00↔ Ohne Zuordnung eines Levels  
*Hinw.:* Dieser Kode ist bei Tumoren anzuwenden, bei denen es keine Unterteilung der axillären Lymphadenektomie gibt  
 .01↔ Level 1  
 .02↔ Level 1 und 2  
 .03↔ Level 1, 2 und 3  
 .0x↔ Sonstige
- 5-404.1 Mediastinal, offen chirurgisch  
*Hinw.:* Zu den mediastinalen Lymphknoten gehören die tracheobronchialen, subkarinalen, paratrachealen, paraösophagealen Lymphknoten sowie Lymphknoten im Lig. pulmonale
- 5-404.8 Mediastinal, thorakoskopisch  
*Inkl.:* Mediastinoskopische Entfernung von mediastinalen Lymphknoten  
*Hinw.:* Zu den mediastinalen Lymphknoten gehören die tracheobronchialen, subkarinalen, paratrachealen, paraösophagealen Lymphknoten sowie Lymphknoten im Lig. pulmonale
- 5-404.d↔ Retroperitoneal (iliakal, paraaortal, parakaval), offen chirurgisch  
*Hinw.:* Eine durchgeführte Neurolyse ist gesondert zu kodieren (5-056)
- 5-404.e↔ Retroperitoneal (iliakal, paraaortal), laparoskopisch  
*Hinw.:* Eine durchgeführte Neurolyse ist gesondert zu kodieren (5-056)
- 5-404.f↔ Pelvin, offen chirurgisch
- 5-404.g↔ Pelvin, laparoskopisch
- 5-404.h↔ Inguinal
- 5-404.j↔ Peribronchial, offen chirurgisch  
*Hinw.:* Zu den peribronchialen Lymphknoten gehören die intersegmentalen, intralobären, interlobären und hilären Lymphknoten
- 5-404.k↔ Peribronchial, thorakoskopisch  
*Hinw.:* Zu den peribronchialen Lymphknoten gehören die intersegmentalen, intralobären, interlobären und hilären Lymphknoten

- 5-404.x↔ Sonstige  
 5-404.y N.n.bez.
- 5-405 Operationen am Ductus thoracicus**
- 5-405.0 Verschluss einer Chylusfistel, offen chirurgisch  
 5-405.1 Verschluss einer Chylusfistel, thorakoskopisch  
 5-405.2 Verschluss einer sonstigen Fistel  
 5-405.x Sonstige  
 5-405.y N.n.bez.
- 5-406 Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) im Rahmen einer anderen Operation**
- Exkl.:* Entfernung mehrerer Sentinel-Lymphknoten (5-401 ff.)  
 Radikale (systematische) Lymphadenektomie im Rahmen einer anderen Operation (5-407 ff.)
- Hinw.:* Ein Kode aus diesem Bereich ist nur dann anzugeben, wenn die Lymphadenektomie nicht im Kode für die Organresektion enthalten ist
- 5-406.0↔ Zervikal
- 5-406.1 Axillär
- Hinw.:* Eine axilläre Lymphadenektomie Level 1 bezieht sich auf die Lymphknoten lateral des lateralen Randes des M. pectoralis minor  
 Eine axilläre Lymphadenektomie Level 2 bezieht sich auf die Lymphknoten zwischen lateralem und medialem Rand des M. pectoralis minor und auf die interpektoralen Lymphknoten  
 Eine axilläre Lymphadenektomie Level 3 bezieht sich auf die apikalen Lymphknoten und auf die Lymphknoten medial des medialen Randes des M. pectoralis minor
- .10↔ Ohne Zuordnung eines Levels  
*Hinw.:* Dieser Kode ist bei Tumoren anzuwenden, bei denen es keine Levelteilung der axillären Lymphadenektomie gibt
- .11↔ Level 1  
 .12↔ Level 1 und 2  
 .13↔ Level 1, 2 und 3  
 .1x↔ Sonstige
- 5-406.2 Paraaortal
- 5-406.3↔ Iliakal
- 5-406.4↔ Inguinal
- 5-406.5↔ Pelvin
- 5-406.6↔ Obturatorisch
- 5-406.7 Mediastinal
- Hinw.:* Zu den mediastinalen Lymphknoten gehören die tracheobronchialen, subkarinalen, paratrachealen, paraösophagealen Lymphknoten sowie Lymphknoten im Lig. pulmonale
- 5-406.8↔ Peribronchial
- Hinw.:* Zu den peribronchialen Lymphknoten gehören die intersegmentalen, intralobären, interlobären und hilären Lymphknoten
- 5-406.9↔ Mesenterial
- Hinw.:* Zu den mesenterialen Lymphknoten gehören die Lymphknoten an folgenden Gefäßstämmen: A. mesenterica superior, A. mesenterica inferior, A. ileocolica, A. colica dextra, A. colica media, A. colica sinistra, A. sigmoidea
- 5-406.x↔ Sonstige  
 5-406.y N.n.bez.

- 5-407 Radikale (systematische) Lymphadenektomie im Rahmen einer anderen Operation**  
*Exkl.:* Radikale paraaortale Lymphadenektomie in Kombination mit Operationen an den Harnorganen (5-590.6)  
 Radikale pelvine Lymphadenektomie in Kombination mit Operationen an den Harnorganen (5-590.7)  
 Radikale zervikale Lymphadenektomie [Neck dissection] (5-403 ff.)  
*Hinw.:* Ein Kode aus diesem Bereich ist nur dann anzugeben, wenn die Lymphadenektomie nicht im Kode für die Organresektion enthalten ist
- 5-407.0 Axillär**  
*Hinw.:* Eine axilläre Lymphadenektomie Level 1 bezieht sich auf die Lymphknoten lateral des lateralen Randes des M. pectoralis minor  
 Eine axilläre Lymphadenektomie Level 2 bezieht sich auf die Lymphknoten zwischen lateralem und medialem Rand des M. pectoralis minor und auf die interpektoralen Lymphknoten  
 Eine axilläre Lymphadenektomie Level 3 bezieht sich auf die apikalen Lymphknoten und auf die Lymphknoten medial des medialen Randes des M. pectoralis minor  
 .00↔ Ohne Zuordnung eines Levels  
*Hinw.:* Dieser Kode ist bei Tumoren anzuwenden, bei denen es keine Unterteilung der axillären Lymphadenektomie gibt  
 .01↔ Level 1  
 .02↔ Level 1 und 2  
 .03↔ Level 1, 2 und 3  
 .0x↔ Sonstige
- 5-407.1 Mediastinal**  
*Hinw.:* Zu den mediastinalen Lymphknoten gehören die tracheobronchialen, subkarinalen, paratrachealen, paraösophagealen Lymphknoten sowie Lymphknoten im Lig. pulmonale
- 5-407.2↔ Retroperitoneal (iliakal, paraaortal, parakaval)**  
*Hinw.:* Eine durchgeführte Neurolyse ist gesondert zu kodieren (5-056)
- 5-407.3↔ Pelvin**
- 5-407.4↔ Inguinal**
- 5-407.5↔ Peribronchial**  
*Hinw.:* Zu den peribronchialen Lymphknoten gehören die intersegmentalen, intralobären, interlobären und hilären Lymphknoten
- 5-407.x↔ Sonstige**
- 5-407.y N.n.bez.**
- 5-408 Andere Operationen am Lymphgefäßsystem**  
*Exkl.:* Lymphdrainage  
 Therapeutische perkutane Punktion einer Lymphozele (8-159.2)
- 5-408.0 Anastomose zur Beseitigung eines Lymphödems**  
*Inkl.:* Lymphovenöse Anastomose
- 5-408.1 Inzision einer Lymphozele**  
*Inkl.:* Drainage
- 5-408.2 Drainage einer Lymphozele**  
 .20 Offen chirurgisch  
 .21 Laparoskopisch
- 5-408.3 Drainage eines Lymphödems, offen chirurgisch**
- 5-408.4 Drainage eines Lymphödems, laparoskopisch**
- 5-408.5 Destruktion von erkrankten Lymphknoten durch Thermoablation, perkutan**  
*Hinw.:* Das bildgebende Verfahren ist im Kode enthalten
- 5-408.6 Transplantation und Transposition von Lymphgefäßen**  
*Inkl.:* Mikrochirurgische Technik  
*Hinw.:* Die Transplantatentnahme ist gesondert zu kodieren (5-401.f)  
 .60↔ Axillär  
*Inkl.:* Brachiale und zervikale Anastomosen  
 .61↔ Inguinal  
*Inkl.:* Iliakale und skrotale Anastomosen  
 .6x↔ Sonstige

- 5-408.x Sonstige  
5-408.y N.n.bez.

## **5-41 Operationen an Milz und Knochenmark**

### **5-410 Entnahme von hämatopoetischen Stammzellen aus Knochenmark und peripherem Blut zur Transplantation**

#### 5-410.0 Hämatopoetische Stammzellen aus Knochenmark

- .00 Zur Eigenspende  
.01 Zur allogenen Spende (verwandt oder nicht verwandt)

#### 5-410.1 Hämatopoetische Stammzellen aus peripherem Blut

*Hinw.:* Die medikamentöse Stimulation vor der Entnahme und die apparative Aufbereitung der Stammzellen sind im Code enthalten  
Wenn das Medikament zur Stimulation in der Liste der Medikamente unter 6-001 bis 6-006 enthalten ist, ist dieser Code zusätzlich anzugeben

- .10 Zur Eigenspende  
.11 Zur allogenen Spende (verwandt oder nicht verwandt)

#### 5-410.2 Art der In-vitro-Aufbereitung bei Entnahme von hämatopoetischen Stammzellen

*Exkl.:* Art der In-vitro-Aufbereitung der transplantierten oder transfundierten hämatopoetischen Stammzellen (5-411.7 ff.)

*Hinw.:* Diese Codes sind Zusatzcodes. Sie sind von der Klinik zu verwenden, bei der der Aufwand für die In-vitro-Aufbereitung bei Entnahme von hämatopoetischen Stammzellen entstanden ist

- .20 Positivanreicherung  
.21 T- und/oder B-Zell-Depletion  
.22 Erythrozytendepletion  
.2x Sonstige

### **5-411 Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen aus dem Knochenmark**

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

*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.)

#### 5-411.0 Autogen

- .00 Ohne In-vitro-Aufbereitung  
.02 Nach In-vitro-Aufbereitung

#### 5-411.2 Allogen, nicht HLA-identisch, verwandter Spender

- .24 Nach In-vitro-Aufbereitung bei Differenz in 1 Antigen  
.25 Nach In-vitro-Aufbereitung bei Differenz in 2-3 Antigenen (haploident)  
.26 Ohne In-vitro-Aufbereitung bei Differenz in 1 Antigen  
.27 Ohne In-vitro-Aufbereitung bei Differenz in 2-3 Antigenen (haploident)

#### 5-411.3 Allogen, nicht HLA-identisch, nicht verwandter Spender

- .30 Ohne In-vitro-Aufbereitung  
.32 Nach In-vitro-Aufbereitung

#### 5-411.4 Allogen, HLA-identisch, verwandter Spender

- .40 Ohne In-vitro-Aufbereitung  
.42 Nach In-vitro-Aufbereitung

#### 5-411.5 Allogen, HLA-identisch, nicht verwandter Spender

- .50 Ohne In-vitro-Aufbereitung  
.52 Nach In-vitro-Aufbereitung

#### 5-411.6 Retransplantation während desselben stationären Aufenthalts

*Hinw.:* Eine Retransplantation meint nicht die fraktionierte Gabe eines Transplantats über mehrere Tage verteilt. Mit diesem Code ist nur eine komplett neue Transplantation hämatopoetischer Stammzellen nach Versagen der vorherigen Transplantation während desselben stationären Aufenthalts 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

- 5-411.7 Art der In-vitro-Aufbereitung der transplantierten oder transfundierten hämatopoetischen Stammzellen  
*Hinw.:* Diese Codes sind Zusatzcodes. Die Transplantation oder Transfusion ist gesondert zu kodieren  
 .70 Positivanreicherung  
 .71 T- und/oder B-Zell-Depletion  
 .72 Erythrozytendepletion  
 .7x Sonstige
- 5-411.x Sonstige
- 5-411.y N.n.bez.
- 5-412 Inzision der Milz**
- 5-413 Splenektomie**
- 5-413.0 Partiiell  
 .00 Offen chirurgisch  
 .01 Laparoskopisch  
 .02 Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
- 5-413.1 Total  
 .10 Offen chirurgisch  
 .11 Laparoskopisch  
 .12 Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
- 5-413.x Sonstige  
*Inkl.:* Exstirpation einer Nebenmilz
- 5-413.y N.n.bez.
- 5-418 Andere Operationen am Knochenmark**
- 5-419 Andere Operationen an der Milz**
- 5-419.0 Naht (nach Verletzung)
- 5-419.1 Autotransplantation von Milz oder Milzgewebe
- 5-419.2 Fibrinklebung
- 5-419.3 Thermokoagulation
- 5-419.4 Laserkoagulation
- 5-419.5 Vicrylnetzimplantation
- 5-419.x Sonstige
- 5-419.y N.n.bez.

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

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

### **5-42** Operationen am Ösophagus

#### **5-420** Inzision des Ösophagus

*Inkl.:* Entfernung eines Fremdkörpers

*Exkl.:* Endoskopische Entfernung eines Fremdkörpers (8-100)

*Hinw.:* Der Zugang ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:

- 0 Offen chirurgisch abdominal
- 1 Offen chirurgisch thorakal
- 2 Laparoskopisch
- 3 Thorakoskopisch
- 4 Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
- 5 Umsteigen thorakoskopisch - offen chirurgisch
- 6 Endoskopisch
- x Sonstige

- \*\*5-420.0 Ösophagomyotomie
- \*\*5-420.1 Ösophagomyotomie, pharyngozerikal
- \*\*5-420.2 Ösophago-Gastromyotomie [Kardiomyotomie]
- \*\*5-420.x Sonstige
- 5-420.y N.n.bez.

#### **5-421** Ösophagostomie als selbständiger Eingriff

*Inkl.:* Ösophagostomie bei kongenitaler Ösophagusstenose

- 5-421.0 Zervikal (Speichelfistel)
- 5-421.x Sonstige
- 5-421.y N.n.bez.

#### **5-422** Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Ösophagus

*Inkl.:* Abtragung eines Zenker-Divertikels oder epiphrenischen Divertikels  
Blutstillung

*Exkl.:* Sklerosierung von Ösophagusvarizen (5-429.1)

Umstechung von Ösophagusvarizen (5-429.2)

Ligatur (Banding) von Ösophagusvarizen (5-429.a)

*Hinw.:* Die Art der Destruktion ist für die mit \*\* gekennzeichneten Kodes in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:

- 0 Elektrokoagulation
- 1 Laserkoagulation
- 2 Thermokoagulation
- 3 Kryokoagulation
- 4 Photodynamische Therapie
- 5 Radiofrequenzablation
- 6 Mikrowellenablation
- 7 Irreversible Elektroporation
- x Sonstige

- 5-422.0 Exzision, offen chirurgisch
- 5-422.1 Exzision, thorakoskopisch
- 5-422.2 Exzision, endoskopisch
- .20 Exzision ohne weitere Maßnahmen
  - .21 Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge
  - .22 Polypektomie von mehr als 2 Polypen mit Schlinge
  - .23 Endoskopische Mukosaresektion
  - .24 Endoskopische submukosale Dissektion [ESD]
  - .2x Sonstige
- \*\*5-422.3 Destruktion, offen chirurgisch  
[6. Stelle: 0-4,x]
- \*\*5-422.4 Destruktion, thorakoskopisch  
[6. Stelle: 0-4,x]
- \*\*5-422.5 Destruktion, endoskopisch
- 5-422.y N.n.bez.
- 5-423 Partielle Ösophagusresektion ohne Wiederherstellung der Kontinuität**
- 5-423.0 Zervikal
- 5-423.1 Thorakal
- 5-423.2 Thorakoabdominal
- 5-423.3 Abdominal
- 5-423.x Sonstige
- 5-423.y N.n.bez.
- 5-424 Partielle Ösophagusresektion mit Wiederherstellung der Kontinuität**
- 5-424.0 Thorakal
- 5-424.1 Thorakoabdominal
- .10 Ohne proximale Magenresektion
  - .11 Mit proximaler Magenresektion (Kardia und Fundus) und Hochzug des Restmagens, transhiatal
  - .12 Mit proximaler Magenresektion (Kardia und Fundus) und Hochzug des Restmagens, durch Thorakotomie
  - .1x Sonstige
- 5-424.2 Abdominal
- 5-424.x Sonstige
- 5-424.y N.n.bez.
- 5-425 (Totale) Ösophagektomie ohne Wiederherstellung der Kontinuität**
- 5-425.0 Abdominozervikal (transmediastinal), stumpfe Dissektion
- 5-425.1 Thorakoabdominal, ohne Lymphadenektomie
- 5-425.2 Thorakoabdominal, mit Lymphadenektomie
- 5-425.x Sonstige
- 5-425.y N.n.bez.
- 5-426 (Totale) Ösophagektomie mit Wiederherstellung der Kontinuität**
- Hinw.:* Eine durchgeführte Pyloroplastik ist gesondert zu kodieren (5-432.1)  
Die Art der Rekonstruktion ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren. Es ist jedoch nicht jede Listenposition mit jedem 5-stelligen Kode kombinierbar
- 1 Mit Magenhochzug (Schlauchmagen) und intrathorakaler Anastomose
  - 2 Mit Magenhochzug (Schlauchmagen) und zervikaler Anastomose
  - 3 Mit freier Dünndarminterposition
  - 4 Mit Koloninterposition
  - x Sonstige
- \*\*5-426.0 Abdominozervikal (transmediastinal), stumpfe Dissektion
- \*\*5-426.1 Thorakoabdominal, ohne Lymphadenektomie
- \*\*5-426.2 Thorakoabdominal, mit Lymphadenektomie (En-bloc-Ösophagektomie)

- \*\*5-426.x Sonstige  
5-426.y N.n.bez.
- 5-427 Rekonstruktion der Ösophaguspassage (als selbständiger Eingriff)**  
*Exkl.:* Primäre Rekonstruktion bei Ösophagusatresie ohne Darminterposition (5-428)  
*Hinw.:* Die Art der Rekonstruktion ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren. Es ist jedoch nicht jede Listenposition mit jedem 5-stelligen Kode kombinierbar
- 1 Mit Magenhochzug (Schlauchmagen) und intrathorakaler Anastomose
  - 2 Mit Magenhochzug (Schlauchmagen) und zervikaler Anastomose
  - 3 Mit freier Dünndarminterposition
  - 4 Mit Koloninterposition
  - x Sonstige
- \*\*5-427.0 Im Retrosternalraum (vorderes Mediastinum)  
\*\*5-427.1 Im Ösophagusbett (hinteres Mediastinum)  
\*\*5-427.2 Erweiterungsplastik  
\*\*5-427.x Sonstige  
5-427.y N.n.bez.
- 5-428 Rekonstruktion der Ösophaguspassage bei Atresie und Versorgung einer kongenitalen ösophagotrachealen Fistel**
- 5-428.0 Mit ösophago-ösophagealer Anastomose (retro- oder transpleural)
  - 5-428.1 Mit ösophago-ösophagealer Anastomose und Fistelverschluss (retro- oder transpleural)
  - 5-428.2 Mit Interposition (z.B. Livaditis-Muskelplastik)
  - 5-428.3 Mit Interposition (z.B. Livaditis-Muskelplastik) und Fistelverschluss
  - 5-428.4 Transmediastinale Fadeneinlage
  - 5-428.5 Transmediastinale Fadeneinlage und Fistelverschluss
  - 5-428.6 Ösophaguselongation (zur Vorbereitung einer sekundären Ösophagusanastomose)
  - 5-428.7 Unterbindung einer H-Fistel
  - 5-428.x Sonstige
  - 5-428.y N.n.bez.
- 5-429 Andere Operationen am Ösophagus**  
*Exkl.:* Endoskopische Fremdkörperentfernung (8-100.6, 8-100.7)  
Tamponade einer Ösophagusblutung (8-501)
- 5-429.0 Anlegen einer ösophagotrachealen Fistel  
*Inkl.:* Zum Einlegen einer Stimmprothese
  - 5-429.1 (Endoskopische) Sklerosierung von Ösophagusvarizen
  - 5-429.2 Umstechung von Ösophagusvarizen
  - 5-429.3 Sperr-Operation
  - 5-429.4 Naht, primär  
*Inkl.:* Verschluss einer erworbenen ösophagotrachealen Fistel  
*Exkl.:* Verschluss einer kongenitalen ösophagotrachealen Fistel (5-428)
    - .40 Offen chirurgisch
    - .41 Endoskopisch
  - 5-429.5 Sprengung der Kardia (transluminal)
  - 5-429.7 Ballondilatation
  - 5-429.8 Bougierung
  - 5-429.a (Endoskopische) Ligatur (Banding) von Ösophagusvarizen
  - 5-429.c Endo-Loop  
*Hinw.:* Das Abtragen mit Schlinge ist im Kode enthalten
  - 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.e Endoskopische Injektion  
*Inkl.:* Fibrinkleber
- 5-429.h Endoskopisches Einbringen eines strahlenden Applikators
- 5-429.j Maßnahmen bei selbstexpandierender Prothese
  - .j0 Einlegen oder Wechsel, offen chirurgisch, eine Prothese ohne Antirefluxventil
  - .j1 Einlegen oder Wechsel, endoskopisch, eine Prothese ohne Antirefluxventil
  - .j2 Entfernung
  - .j3 Einlegen oder Wechsel, offen chirurgisch, zwei Prothesen ohne Antirefluxventil
  - .j4 Einlegen oder Wechsel, endoskopisch, zwei Prothesen ohne Antirefluxventil
  - .j9 Einlegen oder Wechsel, offen chirurgisch, mehr als zwei Prothesen ohne Antirefluxventil
  - .ja Einlegen oder Wechsel, endoskopisch, mehr als zwei Prothesen ohne Antirefluxventil
  - .jb Einlegen oder Wechsel, offen chirurgisch, eine Prothese mit Antirefluxventil
  - .jc Einlegen oder Wechsel, endoskopisch, eine Prothese mit Antirefluxventil
  - .jd Einlegen oder Wechsel, offen chirurgisch, zwei Prothesen, eine davon mit Antirefluxventil
  - .je Einlegen oder Wechsel, endoskopisch, zwei Prothesen, eine davon mit Antirefluxventil
  - .jf Einlegen oder Wechsel, offen chirurgisch, mehr als zwei Prothesen, eine davon mit Antirefluxventil
  - .jg Einlegen oder Wechsel, endoskopisch, mehr als zwei Prothesen, eine davon mit Antirefluxventil
  - .jx Sonstige
- 5-429.k Maßnahmen bei nicht selbstexpandierender Prothese
  - .k0 Einlegen oder Wechsel, offen chirurgisch
  - .k1 Einlegen oder Wechsel, endoskopisch
  - .k2 Entfernung
  - .kx Sonstige
- 5-429.m Endoskopische Antirefluxverfahren
  - .m0 Naht- und Klammertechniken
  - .m1 Injektionstechniken
  - .m2 Implantationstechniken
  - .m3 Radiofrequenzablation
  - .mx Sonstige
- 5-429.n Verschluss einer chirurgisch angelegten ösophagotrachealen Fistel
- 5-429.p Implantation oder Wechsel eines magnetischen Antirefluxsystems
  - .p0 Offen chirurgisch
  - .p1 Laparoskopisch
  - .p2 Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
- 5-429.q Revision oder Entfernung eines magnetischen Antirefluxsystems
  - .q0 Offen chirurgisch
  - .q1 Laparoskopisch
  - .q2 Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
- 5-429.r Implantation eines Antireflux-Stimulationssystems
- 5-429.s (Teil-)Wechsel eines Antireflux-Stimulationssystems
  - .s0 Kompletter Wechsel
  - .s1 Sondenwechsel
  - .s2 Aggregatwechsel
- 5-429.t Entfernung eines Antireflux-Stimulationssystems
- 5-429.u Endoskopische(r) Geweberaffung oder Gewebeverschluss durch einen auf ein Endoskop aufgesteckten ringförmigen Clip [OTSC]
- 5-429.x Sonstige
- 5-429.y N.n.bez.

**5-43 Inzision, Exzision und Resektion am Magen***Inkl.:* Innere Schienung**5-430 Gastrotomie***Inkl.:* Entfernung eines Fremdkörpers*Exkl.:* Endoskopische Entfernung eines Fremdkörpers (8-100.8)

- 5-430.0 Ohne weitere Maßnahmen
- 5-430.1 Mit Einlegen eines Ösophagustubus
- 5-430.x Sonstige
- 5-430.y N.n.bez.

**5-431 Gastrostomie***Inkl.:* Fixierung des Magens an der Bauchdecke ("Gastropexie")

- 5-431.0 Offen chirurgisch
- 5-431.1 Laparoskopisch
- 5-431.2 Perkutan-endoskopisch (PEG)
  - Exkl.:* Wechsel und Entfernung einer PEG (8-123)
  - .20 Durch Fadendurchzugsmethode
    - Hinw.:* Eine Gastropexie ist nicht gesondert zu kodieren
  - .21 Durch Direktpunktionstechnik mit Gastropexie
    - Hinw.:* Eine Gastropexie ist nicht gesondert zu kodieren
  - .2x Sonstige
- 5-431.x Sonstige
- 5-431.y N.n.bez.

**5-432 Operationen am Pylorus**

- 5-432.0 Pyloromyotomie
- 5-432.1 Pyloroplastik
- 5-432.2 Pylorusresektion mit Gastroduodenostomie (z.B. bei Pylorusatresie)
- 5-432.x Sonstige
- 5-432.y N.n.bez.

**5-433 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens***Inkl.:* Destruktion zur Blutstillung*Exkl.:* Injektion zur Blutstillung (5-449.e)*Hinw.:* Die Art der Destruktion ist für die mit \*\* gekennzeichneten Codes in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:

- 0 Elektrokoagulation
- 1 Laserkoagulation
- 2 Thermokoagulation
- 3 Kryokoagulation
- 4 Photodynamische Therapie
- 5 Radiofrequenzablation
- 6 Mikrowellenablation
- 7 Irreversible Elektroporation
- x Sonstige

- 5-433.0 Exzision, offen chirurgisch
  - Inkl.:* Exzision eines Ulkus
  - Exkl.:* Exzision eines Ulcus ad pylorum bei Pyloroplastik (5-432.1)
  - Exzision eines Ulcus im Rahmen einer Vagotomie (5-444.1, 5-444.2)
  - Übernähung eines Ulcus duodeni (5-469.7)
  - Umstechung eines Ulcus duodeni (5-469.8)
  - Umstechung eines Ulcus ventriculi (5-449.5)
- 5-433.1 Exzision, laparoskopisch
- 5-433.2 Exzision, endoskopisch
  - .20 Exzision ohne weitere Maßnahmen
  - .21 Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge
  - .22 Polypektomie von mehr als 2 Polypen mit Schlinge

- .23 Endoskopische Mukosaresektion
- .24 Endoskopische submukosale Dissektion [ESD]
- .2x Sonstige
- \*\*5-433.3 Destruktion, offen chirurgisch
- \*\*5-433.4 Destruktion, laparoskopisch
- \*\*5-433.5 Destruktion, endoskopisch
- 5-433.x Sonstige
- 5-433.y N.n.bez.
- 5-434 Atypische partielle Magenresektion**
- 5-434.0 Segmentresektion
- 5-434.1 Kardiaresektion mit Hochzug des Restmagens  
*Exkl.:* Partielle thorakoabdominale Ösophagusresektion mit proximaler Magenresektion (Kardia und Fundus) und Hochzug des Restmagens (5-424.11, 5-424.12)
- 5-434.2 Antrektomie
- 5-434.3 Biliopankreatische Diversion nach Scopinaro
  - .30 Offen chirurgisch
  - .31 Laparoskopisch
  - .32 Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
- 5-434.4 Biliopankreatische Diversion mit Duodenal-Switch
  - .40 Offen chirurgisch
  - .41 Laparoskopisch
  - .42 Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
- 5-434.5 Herstellung eines Schlauchmagens [Sleeve Resection]  
*Inkl.:* Als vorbereitender Eingriff für eine biliopankreatische Diversion mit Duodenal-Switch (erste Sitzung)
  - .50 Offen chirurgisch
  - .51 Laparoskopisch
  - .52 Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
- 5-434.6 Duodenal-Switch mit Bildung eines gemeinsamen Dünndarmschenkels [Common Channel] nach Herstellung eines Schlauchmagens (zweite Sitzung)
  - .60 Offen chirurgisch
  - .61 Laparoskopisch
  - .62 Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
- 5-434.x Sonstige
- 5-434.y N.n.bez.
- 5-435 Partielle Magenresektion (2/3-Resektion)**
- 5-435.0 Mit Gastroduodenostomie [Billroth I]
- 5-435.1 Mit Gastrojejunostomie [Billroth II]
- 5-435.2 Mit Gastrojejunostomie durch Roux-Y-Anastomose
- 5-435.x Sonstige
- 5-435.y N.n.bez.
- 5-436 Subtotale Magenresektion (4/5-Resektion)**  
*Hinw.:* Die Lymphadenektomie ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:
  - 1 Ohne Lymphadenektomie
  - 2 Exzision einzelner Lymphknoten des Kompartimentes II oder III
  - 3 Systematische Lymphadenektomie Kompartiment II
  - 4 Systematische Lymphadenektomie Kompartiment II und partiell III
  - 5 Systematische Lymphadenektomie Kompartiment II und III
  - x Sonstige
- \*\*5-436.0 Mit Gastrojejunostomie analog Billroth II
- \*\*5-436.1 Mit Gastrojejunostomie durch Roux-Y-Anastomose
- \*\*5-436.2 Mit Dünndarminterposition

\*\*5-436.x Sonstige

5-436.y N.n.bez.

#### **5-437 (Totale) Gastrektomie**

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

- 1 Ohne Lymphadenektomie
- 2 Exzision einzelner Lymphknoten des Kompartimentes II oder III
- 3 Systematische Lymphadenektomie Kompartiment II
- 4 Systematische Lymphadenektomie Kompartiment II und partiell III
- 5 Systematische Lymphadenektomie Kompartiment II und III
- x Sonstige

\*\*5-437.0 Mit Ösophagojejunostomie analog Billroth II, ohne Reservoirbildung

\*\*5-437.1 Mit Ösophagojejunostomie analog Billroth II, mit Reservoirbildung

\*\*5-437.2 Mit Ösophagojejunostomie durch Roux-Y-Anastomose, ohne Reservoirbildung

\*\*5-437.3 Mit Ösophagojejunostomie durch Roux-Y-Anastomose, mit Reservoirbildung

\*\*5-437.4 Mit Dünndarminterposition, ohne Reservoirbildung

\*\*5-437.5 Mit Dünndarminterposition, mit Reservoirbildung

\*\*5-437.6 Ektomie eines Restmagens

\*\*5-437.x Sonstige

5-437.y N.n.bez.

#### **5-438 (Totale) Gastrektomie mit subtotaler Ösophagusresektion**

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

- 1 Ohne Lymphadenektomie
- 2 Exzision einzelner Lymphknoten des Kompartimentes II oder III
- 3 Systematische Lymphadenektomie Kompartiment II
- 4 Systematische Lymphadenektomie Kompartiment II und partiell III
- 5 Systematische Lymphadenektomie Kompartiment II und III
- x Sonstige

\*\*5-438.0 Mit Dünndarminterposition

\*\*5-438.1 Mit Dickdarminterposition

\*\*5-438.x Sonstige

5-438.y N.n.bez.

#### **5-439 Andere Inzision, Exzision und Resektion am Magen**

### **5-44 Andere Operationen am Magen**

*Inkl.:* Innere Schienung

#### **5-444 Vagotomie**

5-444.0 Trunkulär

5-444.1 Selektiv, gastrisch

.11 Ohne Pyloroplastik

.12 Mit Pyloroplastik

5-444.2 Selektiv, proximal

.21 Ohne Pyloroplastik

.22 Mit Pyloroplastik

5-444.3 Magenstumpf-Vagotomie (im Rahmen von Rezidivoperationen am Magen)

5-444.4 Laparoskopisch (alle Verfahren)

5-444.5 Thorakoskopisch (alle Verfahren)

5-444.x Sonstige

5-444.y N.n.bez.

**5-445 Gastroenterostomie ohne Magenresektion [Bypassverfahren]**

*Hinw.:* Die Verwendung von selbstexpandierenden Stents ist gesondert zu kodieren (z.B. 5-449.h3)  
Der Zugang ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:

- 0 Offen chirurgisch
- 1 Laparoskopisch
- 2 Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
- 3 Endoskopisch

- \*\*5-445.0 Gastroduodenostomie (z.B. nach Jaboulay)  
[6. Stelle: 0-2]
- \*\*5-445.1 Gastroenterostomie, vordere
- \*\*5-445.2 Gastroenterostomie, hintere
- \*\*5-445.3 Revision  
[6. Stelle: 0-2]
- \*\*5-445.4 Mit Staplernahut oder Transsektion (bei Adipositas), mit Gastrojejunostomie durch Roux-Y-Anastomose  
[6. Stelle: 0-2]
- \*\*5-445.5 Mit Staplernahut oder Transsektion (bei Adipositas), mit Gastrojejunostomie analog Billroth II  
[6. Stelle: 0-2]
- \*\*5-445.x Sonstige
- 5-445.y N.n.bez.

**5-447 Revision nach Magenresektion**

- 5-447.0 Nachresektion nach Billroth-I-Resektion
- 5-447.1 Umwandlung einer Billroth-I-Resektion in eine Billroth-II-Rekonstruktion
- 5-447.2 Umwandlung einer Billroth-I-Resektion in eine Roux-Y-Anastomose
- 5-447.3 Nachresektion nach Billroth-II-Resektion
- 5-447.4 Umwandlung einer Billroth-II-Resektion in eine Billroth-I-Rekonstruktion
- 5-447.5 Umwandlung einer Billroth-II-Resektion in eine Roux-Y-Anastomose
- 5-447.6 Umwandlung mit Dünndarminterposition
- 5-447.7 Revision eines Dünndarm-Interponates oder einer Roux-Y-Anastomose
- 5-447.x Sonstige
- 5-447.y N.n.bez.

**5-448 Andere Rekonstruktion am Magen**

*Hinw.:* Der Zugang ist für die mit \*\* gekennzeichneten Codes in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:

- 0 Offen chirurgisch abdominal
- 1 Offen chirurgisch thorakal
- 2 Laparoskopisch
- 3 Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
- x Sonstige

- \*\*5-448.0 Naht (nach Verletzung)
- \*\*5-448.1 Verschluss einer Gastrostomie oder (Ernährungs-)Fistel
- \*\*5-448.2 Gastropexie
- \*\*5-448.3 Kardioplastik (z.B. nach Belsey)
- \*\*5-448.4 Fundoplikatio
- 5-448.5 Hemifundoplikatio
  - .50 Offen chirurgisch abdominal
  - .51 Offen chirurgisch thorakal
  - .52 Laparoskopisch
  - .53 Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
  - .54 Endoskopisch
  - .5x Sonstige
- \*\*5-448.6 Hemifundoplikatio mit Hiatusnaht

- \*\*5-448.a Vertikale Gastroplastik nach Mason
- \*\*5-448.b Implantation oder Wechsel eines nicht anpassbaren Magenbandes
- \*\*5-448.c Implantation oder Wechsel eines anpassbaren Magenbandes
- \*\*5-448.d Neufixierung eines dislozierten Magenbandes
- \*\*5-448.e Entfernung eines Magenbandes
- \*\*5-448.x Sonstige
- 5-448.y N.n.bez.
- 5-449 Andere Operationen am Magen**
- Inkl.:* Blutstillung
- Exkl.:* Wechsel eines Gastrostomiekatheters (8-123.0)
- Hinw.:* Der Zugang ist für die mit \*\* gekennzeichneten Codes in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:
- |   |  |
|---|--|
| 0 | Offen chirurgisch                            |
| 1 | Laparoskopisch                               |
| 2 | Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch |
| 3 | Endoskopisch                                 |
| x | Sonstige                                     |
- \*\*5-449.0 Sklerosierung von Fundusvarizen
- \*\*5-449.1 Umstechung von Fundusvarizen
- \*\*5-449.2 Sperr-Operation am Fundus
- \*\*5-449.3 Beseitigung eines Magenvolvulus
- Inkl.:* Bei Kindern
- \*\*5-449.4 Verschluss einer Kolon-Magen-Fistel
- \*\*5-449.5 Umstechung oder Übernähung eines Ulcus ventriculi
- \*\*5-449.7 Dilatation
- \*\*5-449.8 Ligatur (Banding) von Fundusvarizen
- \*\*5-449.b Bougierung
- \*\*5-449.c Endo-Loop
- Hinw.:* Das Abtragen mit Schlinge ist im Kode enthalten
- \*\*5-449.d Clippen
- Exkl.:* Endoskopische(r) Geweberaffung oder Gewebeverschluss durch einen auf ein Endoskop aufgesteckten ringförmigen Clip [OTSC] (5-449.s3)
- \*\*5-449.e Injektion
- Inkl.:* Fibrinkleber
- \*\*5-449.h Einlegen oder Wechsel einer selbstexpandierenden Prothese
- \*\*5-449.j Entfernung einer selbstexpandierenden Prothese
- \*\*5-449.k Einlegen oder Wechsel einer nicht selbstexpandierenden Prothese
- \*\*5-449.m Entfernung einer nicht selbstexpandierenden Prothese
- 5-449.n Implantation eines Magenschrittmachers
- Inkl.:* Nahrungsaufnahmegetriggter Gastrostimulator
- |     |   |
|-----|---|
| .n0 | Mit offen chirurgischer Implantation der Sonden   |
| .n1 | Mit laparoskopischer Implantation der Sonden  |
| .n2 | Mit Implantation der Sonden durch Umsteigen von laparoskopischen auf offen chirurgische Verfahren |
- \*\*5-449.p Revision oder Entfernung von Sonden eines Magenschrittmachers
- [6. Stelle: 0-2]
- Inkl.:* Neuanlage einer Sonde bei Sondendefekt oder Dislokation
- Nahrungsaufnahmegetriggter Gastrostimulator
- 5-449.q Revision oder Entfernung des Aggregats eines Magenschrittmachers
- Inkl.:* Nahrungsaufnahmegetriggter Gastrostimulator
- 5-449.r Endoskopische (Rest)magenverkleinerung

- \*\*5-449.s Geweberaffung oder Gewebeverschluss durch einen auf ein Endoskop aufgesteckten ringförmigen Clip [OTSC]  
[6. Stelle: 3]
- \*\*5-449.x Sonstige
- 5-449.y N.n.bez.

**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)

Die Art der Destruktion ist für die Codes 5-451 und 5-452 nach folgender Liste zu kodieren:

- 0 Elektrokoagulation
- 1 Laserkoagulation
- 2 Thermokoagulation
- 3 Kryokoagulation
- 4 Photodynamische Therapie
- x Sonstige

**5-450 Inzision des Darmes**

*Inkl.:* Entfernung eines Fremdkörpers

*Exkl.:* Endoskopische Entfernung eines Fremdkörpers (8-100.8, 8-100.9, 8-100.a)

- 5-450.0 Duodenum
- 5-450.1 Jejunum oder Ileum
- 5-450.2 Kolon
- 5-450.3 Perkutan-endoskopische Jejunostomie (PEJ)  
*Exkl.:* Wechsel und Entfernung einer PEJ (8-124)
- 5-450.x Sonstige
- 5-450.y N.n.bez.

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

*Inkl.:* Blutstillung

*Hinw.:* Die Art der Destruktion ist für die Subkodes .4, .5, .9, .a und .x in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-450 zu kodieren

- 5-451.0 Exzision intraluminaler Membranen
- 5-451.1 Sonstige Exzision, offen chirurgisch
- 5-451.2 Exzision, laparoskopisch
- \*\*5-451.4 Destruktion, offen chirurgisch
- \*\*5-451.5 Destruktion, laparoskopisch
- 5-451.7 Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik)
  - .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
- 5-451.8 Exzision, endoskopisch, Push-and-pull-back-Technik  
*Inkl.:* Exzision durch Doppel-Ballon-Enteroskopie
- \*\*5-451.9 Destruktion, endoskopisch, einfach (Push-Technik)
- \*\*5-451.a Destruktion, endoskopisch, Push-and-pull-back-Technik  
*Inkl.:* Destruktion durch Doppel-Ballon-Enteroskopie
- \*\*5-451.x Sonstige
- 5-451.y N.n.bez.

- 5-452 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes**  
*Inkl.:* Blutstillung  
*Hinw.:* Die Art der Destruktion ist für die Subkodes .3 bis .x in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-450 zu kodieren
- 5-452.0 Exzision, offen chirurgisch  
5-452.1 Exzision, laparoskopisch  
5-452.2 Exzision, endoskopisch  
.20 Exzision ohne weitere Maßnahmen  
.21 Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge  
.22 Polypektomie von mehr als 2 Polypen mit Schlinge  
.23 Endoskopische Mukosaresektion  
.24 Endoskopische submukosale Dissektion [ESD]  
.2x Sonstige
- \*\*5-452.3 Destruktion, offen chirurgisch  
\*\*5-452.4 Destruktion, laparoskopisch  
\*\*5-452.5 Destruktion, endoskopisch  
\*\*5-452.x Sonstige  
5-452.y N.n.bez.
- 5-453 Ausschaltung eines Darmsegmentes als selbständiger Eingriff (z.B. bei zweizeitigen plastischen Operationen)**
- 5-453.0 Duodenum  
5-453.1 Jejunum oder Ileum  
5-453.2 Kolon  
5-453.x Sonstige  
5-453.y N.n.bez.
- 5-454 Resektion des Dünndarmes**  
*Inkl.:* Entnahme von Dünndarm zur Transplantation  
Resektion bei kongenitaler Anomalie des Dünndarmes  
Rekonstruktion  
Innere Schienung  
*Hinw.:* Eine durchgeführte Verschmälerungsplastik ist gesondert zu kodieren (5-467.4)  
Die Anlage eines Enterostomas ist gesondert zu kodieren (5-462.0, 5-462.1)  
Der Zugang ist für die mit \*\* gekennzeichneten Codes in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:  
0 Offen chirurgisch  
1 Laparoskopisch  
2 Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
- \*\*5-454.0 Segmentresektion des Duodenums  
\*\*5-454.1 Segmentresektion des Jejunums  
\*\*5-454.2 Segmentresektion des Ileums  
\*\*5-454.3 Multiple Segmentresektionen  
\*\*5-454.4 (Teil-)Resektion des Duodenums  
\*\*5-454.5 (Teil-)Resektion des Jejunums  
\*\*5-454.6 (Teil-)Resektion des Ileums  
5-454.7 Resektion des Dünndarmes postmortal (zur Transplantation)  
*Hinw.:* Dieser Kode ist auch zu kodieren, wenn die Leistung nicht abschließend erbracht wird oder sich erst intraoperativ die Nichtverwendbarkeit des Organs für eine spätere Transplantation herausstellt  
Dieser Kode und der im Fall eines vorzeitigen Abbruchs dieses Eingriffes zusätzlich zu kodierende Zusatzkode 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 Kode enthalten
- 5-454.8 Entfernung eines Dünndarmtransplantates

5-454.x Sonstige

5-454.y N.n.bez.

**5-455 Partielle Resektion des Dickdarmes**

*Hinw.:* Das Anlegen eines protektiven Enterostomas ist gesondert zu kodieren (5-462)  
 Die (Teil-)Resektion von Nachbarorganen ist gesondert zu kodieren  
 Die Nachbarorgane umfassen z.B. Dünndarm, Leber, Milz, Pankreas, Magen und Niere  
 Die Lymphknoten des regionalen Lymphabflussgebietes und das Omentum majus gehören nicht zu den Nachbarorganen  
 Die regionale Lymphadenektomie ist gesondert zu kodieren (5-406.2, 5-406.3, 5-406.4, 5-406.5, 5-406.6, 5-406.9)  
 Die radikale Lymphadenektomie ist gesondert zu kodieren (5-407.2, 5-407.3, 5-407.4)  
 Die Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz oder Gewebeverstärkung ist gesondert zu kodieren (5-932 ff.)  
 Zugang und Art der Rekonstruktion sind für die mit \*\* gekennzeichneten Codes in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren. Nicht alle Verfahren sind von allen Zugängen durchführbar:

- 1 Offen chirurgisch mit Anastomose
- 2 Offen chirurgisch mit Enterostoma und Blindverschluss
- 3 Offen chirurgisch mit zwei Enterostomata
- 4 Offen chirurgisch mit Anastomosen-Anus praeter
- 5 Laparoskopisch mit Anastomose
- 6 Laparoskopisch mit Enterostoma
- 7 Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
- x Sonstige

\*\*5-455.0 Segmentresektion

\*\*5-455.1 Multiple Segmentresektionen

\*\*5-455.2 Ileozökalresektion

5-455.3 Zäkumresektion

.31 Offen chirurgisch

.35 Laparoskopisch

.37 Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch

\*\*5-455.4 Resektion des Colon ascendens mit Coecum und rechter Flexur [Hemikolektomie rechts]

*Hinw.:* Die aus operationstechnischen Gründen erforderliche Mitresektion einer Ileummanschette ist im Kode enthalten

\*\*5-455.5 Resektion des Colon transversum

*Inkl.:* Transversumresektion mit Resektion von rechter und/oder linker Flexur

*Hinw.:* Wurde weniger als  $\frac{3}{4}$  des Colon transversum reseziert, ist der Kode für die Segmentresektion (5-455.0 ff.) anzugeben

\*\*5-455.6 Resektion des Colon descendens mit linker Flexur [Hemikolektomie links]

\*\*5-455.7 Sigmaresektion

*Inkl.:* Sigmaresektion mit Resektion von intraperitonealen Rektumanteilen

*Exkl.:* Sigmaresektion mit Resektion von extraperitonealen Rektumanteilen (Rektosigmoidektomie) (5-484 ff.)

*Hinw.:* Wurde weniger als  $\frac{3}{4}$  des Colon sigmoideum reseziert, ist der Kode für die Segmentresektion (5-455.0 ff.) anzugeben

\*\*5-455.9 Resektion des Colon ascendens mit Coecum und rechter Flexur und Colon transversum [Hemikolektomie rechts mit Transversumresektion]

*Inkl.:* Resektion des Colon ascendens mit Coecum, rechter Flexur und Colon transversum, ohne oder mit Resektion der linken Flexur

*Hinw.:* Wurde weniger als  $\frac{3}{4}$  des Colon transversum reseziert, ist der Kode für die Hemikolektomie rechts (5-455.4 ff.) anzugeben

\*\*5-455.a Resektion des Colon descendens mit linker Flexur und Colon transversum [Hemikolektomie links mit Transversumresektion]

*Inkl.:* Resektion des Colon descendens mit linker Flexur und Colon transversum, ohne oder mit Resektion der rechten Flexur

*Hinw.:* Wurde weniger als  $\frac{3}{4}$  des Colon transversum reseziert, ist der Kode für die Hemikolektomie links (5-455.6 ff.) anzugeben

- \*\*5-455.b** Resektion des Colon descendens und Colon sigmoideum  
*Inkl.:* Resektion des Colon descendens und Colon sigmoideum, ohne oder mit Resektion der linken Flexur  
*Hinw.:* Wurde weniger als  $\frac{3}{4}$  des Colon descendens reseziert, ist der Kode für die Sigmaresektion (5-455.7 ff.) anzugeben
- \*\*5-455.c** Resektion des Colon ascendens, transversum und descendens mit Coecum und rechter und linker Flexur [Hemikolektomie rechts und links mit Transversumresektion]
- \*\*5-455.d** Resektion des Colon transversum, Colon descendens mit linker Flexur und Colon sigmoideum [Hemikolektomie links mit Transversumresektion und Sigmaresektion]  
*Inkl.:* Resektion des Colon transversum, Colon descendens mit linker Flexur und Colon sigmoideum, ohne oder mit Resektion der rechten Flexur  
*Hinw.:* Wurde weniger als  $\frac{3}{4}$  des Colon transversum reseziert, ist der Kode für die Resektion des Colon descendens und Colon sigmoideum (5-455.b ff.) anzugeben
- \*\*5-455.x** Sonstige
- 5-455.y** N.n.bez.
- 5-456 (Totale) Kolektomie und Proktokolektomie**  
*Hinw.:* Das Anlegen eines protektiven Enterostomas ist gesondert zu kodieren (5-462)  
 Die aus operationstechnischen Gründen erforderliche Mitresektion einer Ileummanschette ist im Kode enthalten  
 Die (Teil-)Resektion von Nachbarorganen ist gesondert zu kodieren  
 Die Nachbarorgane umfassen z.B. Dünndarm, Leber, Milz, Pankreas, Magen und Niere  
 Die Lymphknoten des regionalen Lymphabflussgebietes und das Omentum majus gehören nicht zu den Nachbarorganen  
 Die regionale Lymphadenektomie ist gesondert zu kodieren (5-406.2, 5-406.3, 5-406.4, 5-406.5, 5-406.6, 5-406.9)  
 Die radikale Lymphadenektomie ist gesondert zu kodieren (5-407.2, 5-407.3, 5-407.4)  
 Die Art des verwendeten Materials für Gewebersatz oder Gewebeverstärkung ist gesondert zu kodieren (5-932 ff.)  
 Der Zugang ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:
- 0 Offen chirurgisch mit Ileostoma
  - 1 Offen chirurgisch mit ileorektaler Anastomose mit Reservoir (Pouch)
  - 2 Offen chirurgisch mit ileorektaler Anastomose ohne Reservoir (Pouch)
  - 3 Offen chirurgisch mit ileoanaler Anastomose mit Reservoir (Pouch)
  - 4 Offen chirurgisch mit ileoanaler Anastomose ohne Reservoir (Pouch)
  - 5 Laparoskopisch mit Anastomose mit Reservoir (Pouch)
  - 6 Laparoskopisch mit Anastomose ohne Reservoir (Pouch)
  - 7 Laparoskopisch mit Ileostoma
  - 8 Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
  - x Sonstige
- \*\*5-456.0** Kolektomie  
*Hinw.:* Ohne Rektumexstirpation
- \*\*5-456.1** Proktokolektomie  
*Hinw.:* Kolon einschließlich Rektum
- \*\*5-456.2** Kolektomie mit Proktomukosektomie
- \*\*5-456.x** Sonstige
- 5-456.y** N.n.bez.
- 5-459 Bypass-Anastomose des Darmes**
- 5-459.0** Dünndarm zu Dünndarm
- 5-459.1** Duodenum zu Duodenum
- 5-459.2** Dünndarm zu Dickdarm
- 5-459.3** Dickdarm zu Dickdarm
- 5-459.4** Mehrfache Anastomosen
- 5-459.x** Sonstige
- 5-459.y** N.n.bez.

**5-46** **Andere Operationen an Dünn- und Dickdarm**

*Inkl.:* Innere Schienung

**5-460** **Anlegen eines Enterostomas, doppelläufig, als selbständiger Eingriff**

*Hinw.:* Die Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz oder Gewebeverstärkung ist gesondert zu kodieren (5-932 ff.)

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

- 0 Offen chirurgisch
- 1 Laparoskopisch
- 2 Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch

- \*\*5-460.0 Jejunostoma
- \*\*5-460.1 Ileostoma
- \*\*5-460.2 Aszendostoma
- \*\*5-460.3 Transversostoma
- \*\*5-460.4 Deszendostoma
- \*\*5-460.5 Sigmoideostoma
- \*\*5-460.x Sonstige
- 5-460.y N.n.bez.

**5-461** **Anlegen eines Enterostomas, endständig, als selbständiger Eingriff**

*Hinw.:* Die Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz oder Gewebeverstärkung ist gesondert zu kodieren (5-932 ff.)

Der Zugang ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:

- 0 Offen chirurgisch
- 1 Laparoskopisch
- 2 Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch

- \*\*5-461.0 Zäkostoma
  - \*\*5-461.1 Aszendostoma
  - \*\*5-461.2 Transversostoma
  - \*\*5-461.3 Deszendostoma
  - \*\*5-461.4 Sigmoideostoma
  - \*\*5-461.5 Ileostoma
  - \*\*5-461.6 Appendikostoma, nicht kontinent
  - \*\*5-461.7 Appendikostoma, kontinent
- Exkl.:* Kontinente Harnableitung über ein Appendikostoma (5-566.b)
- \*\*5-461.x Sonstige
  - 5-461.y N.n.bez.

**5-462** **Anlegen eines Enterostomas (als protektive Maßnahme) im Rahmen eines anderen Eingriffes**

*Hinw.:* Die Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz oder Gewebeverstärkung ist gesondert zu kodieren (5-932 ff.)

- 5-462.0 Jejunostoma
- 5-462.1 Ileostoma
- 5-462.2 Zäkostoma [Zäkale Lippenfistel]
- 5-462.3 Aszendostoma
- 5-462.4 Transversostoma
- 5-462.5 Deszendostoma
- 5-462.6 Sigmoideostoma
- 5-462.7 Appendikostoma
- 5-462.x Sonstige
- 5-462.y N.n.bez.

**5-463 Anlegen anderer Enterostomata**

*Hinw.:* Die Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz oder Gewebeverstärkung ist gesondert zu kodieren (5-932 ff.)

Der Zugang ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:

- 0 Offen chirurgisch
- 1 Laparoskopisch
- 2 Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch

\*\*5-463.0 Duodenostomie (Anlegen einer Ernährungsfistel)

\*\*5-463.1 Jejunostomie (Anlegen einer Ernährungsfistel)

\*\*5-463.2 Kolostomie, n.n.bez.

\*\*5-463.3 Bishop-Koop-Anastomose

\*\*5-463.x Sonstige

5-463.y N.n.bez.

**5-464 Revision und andere Eingriffe an einem Enterostoma**

*Hinw.:* Die Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz oder Gewebeverstärkung ist gesondert zu kodieren (5-932 ff.)

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

- 0 Duodenum
- 1 Jejunum
- 2 Ileum
- 3 Kolon
- x Sonstige

\*\*5-464.0 Plastische Erweiterung

\*\*5-464.1 Plastische Einengung

\*\*5-464.2 Neueinpflanzung

\*\*5-464.3 Abtragung des vorverlagerten Teiles

\*\*5-464.4 Umwandlung in ein kontinentes Stoma (z.B. Kock-Pouch)

\*\*5-464.5 Korrektur einer parastomalen Hernie

*Hinw.:* Die Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz oder Gewebeverstärkung ist gesondert zu kodieren (5-932 ff.)

\*\*5-464.x Sonstige

5-464.y N.n.bez.

**5-465 Rückverlagerung eines doppelläufigen Enterostomas**

*Hinw.:* Die aus operationstechnischen Gründen erforderliche Mitresektion einer Manschette ist im Kode enthalten

Eine über die Mitresektion einer Manschette hinausgehende Resektion eines Segmentes mit seiner radiären mesenterialen Gefäßversorgung ist gesondert zu kodieren (5-454 ff., 5-455 ff.)

5-465.0 Jejunostoma

5-465.1 Ileostoma

5-465.2 Kolostoma

5-465.x Sonstige

5-465.y N.n.bez.

**5-466 Wiederherstellung der Kontinuität des Darmes bei endständigen Enterostomata**

*Hinw.:* Die aus operationstechnischen Gründen erforderliche Mitresektion einer Manschette ist im Kode enthalten

Eine über die Mitresektion einer Manschette hinausgehende Resektion eines Segmentes mit seiner radiären mesenterialen Gefäßversorgung ist gesondert zu kodieren (5-454 ff., 5-455 ff.)

5-466.0 Jejunostoma

5-466.1 Ileostoma

5-466.2 Kolostoma

5-466.x Sonstige

5-466.y N.n.bez.

**5-467 Andere Rekonstruktion des Darmes**

*Exkl.:* Rekonstruktion des Rektums (5-486)

*Hinw.:* Die Lokalisation ist für die mit \*\* gekennzeichneten Codes in der 6. Stelle nach folgender

Liste zu kodieren:

- 0 Duodenum
- 1 Jejunum
- 2 Ileum
- 3 Kolon
- x Sonstige

- \*\*5-467.0 Naht (nach Verletzung)
- \*\*5-467.1 Verschluss einer Darmfistel, offen chirurgisch
- \*\*5-467.2 Verschluss einer Darmfistel, endoskopisch
- \*\*5-467.3 Erweiterungsplastik
- \*\*5-467.4 Versmälnerungsplastik
- \*\*5-467.5 Revision einer Anastomose
- \*\*5-467.6 Dünndarmtransplantation  
[6. Stelle: 0-2,x]
- \*\*5-467.7 Anlegen eines Reservoirs  
*Exkl.:* Anlegen eines Reservoirs zur Harnableitung (5-566)
- \*\*5-467.8 Revision eines Reservoirs
- \*\*5-467.9 Dünndarm-Retransplantation während desselben stationären Aufenthalts  
[6. Stelle: 0-2,x]
- 5-467.a Plastische Darmverlängerung
  - .a0 Longitudinale Darmverlängerung nach Bianchi  
*Hinw.:* Die notwendigen Anastomosen sind im Kode enthalten
  - .a1 Serielle transverse Enteroplastie [STEP]
  - .ax Sonstige
- \*\*5-467.x Sonstige
- 5-467.y N.n.bez.

**5-468 Intraabdominale Manipulation am Darm**

*Inkl.:* Operation bei Säuglingen und Kleinkindern

Fixation des Darmes

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

- 0 Duodenum
- 1 Jejunum
- 2 Ileum
- 3 Kolon
- x Sonstige

- \*\*5-468.0 Desinvagination (z.B. nach Hutchinson)
- \*\*5-468.1 Detorsion eines Volvulus
- \*\*5-468.x Sonstige
- 5-468.y N.n.bez.

**5-469 Andere Operationen am Darm**

*Hinw.:* 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

- \*\*5-469.0 Dekompression
- \*\*5-469.1 Bridenlösung  
[6. Stelle: 0-2,x]
- \*\*5-469.2 Adhäsiolyse  
[6. Stelle: 0-2,x]

- \*\*5-469.3 Dünndarmfaltung (Jejunoplikatio nach Noble) (OP nach Philipps-Child)  
[6. Stelle: 0-2,x]
- \*\*5-469.4 Myotomie (quere Einkerbung der freien Tănie des Dickdarmes)  
[6. Stelle: 0-2,x]
- \*\*5-469.5 Fixation des Dünndarmes an der rechten Bauchwandseite und des Dickdarmes an der linken Bauchwandseite  
[6. Stelle: 0-2,x]
- \*\*5-469.6 Durchtrennung der Laddschen Bänder  
[6. Stelle: 0-2,x]  
*Hinw.:* Diese Verfahren sind nur bei Mal- oder Nonrotation des Darmes kodierbar
- \*\*5-469.7 Űbernăhung eines Ulkus  
*Inkl.:* Űbernăhung eines Ulcus duodeni
- \*\*5-469.8 Umstechung eines Ulkus  
*Inkl.:* Umstechung eines Ulcus duodeni
- \*\*5-469.b Bougierung
- \*\*5-469.c Endo-Loop  
*Hinw.:* Das Abtragen mit Schlinge ist im Kode enthalten
- \*\*5-469.d Clippen  
*Exkl.:* Endoskopische(r) Geweberaffung oder Gewebeverschluss durch einen auf ein Endoskop aufgesteckten ringf6rmigen Clip [OTSC] (5-469.s3)
- \*\*5-469.e Injektion  
*Inkl.:* Fibrinkleber
- \*\*5-469.g Transduodenale Drainage einer Pankreaszyste
- \*\*5-469.h Dilatation des Dünndarmes
- \*\*5-469.j Dilatation des Dickdarmes  
*Exkl.:* Peranale Dilatation am Rektum (5-489.2)
- \*\*5-469.k Einlegen oder Wechsel einer selbstexpandierenden Prothese
- \*\*5-469.m Entfernung einer selbstexpandierenden Prothese
- \*\*5-469.n Einlegen oder Wechsel einer nicht selbstexpandierenden Prothese
- \*\*5-469.p Entfernung einer nicht selbstexpandierenden Prothese
- \*\*5-469.q Einlegen oder Wechsel eines Kunststoffconduits zur biliodigestiven Diversion  
[6. Stelle: 3]  
*Inkl.:* Schlauchendoprothese
- \*\*5-469.r Entfernung eines Kunststoffconduits zur biliodigestiven Diversion  
[6. Stelle: 3]  
*Inkl.:* Schlauchendoprothese
- \*\*5-469.s Geweberaffung oder Gewebeverschluss durch einen auf ein Endoskop aufgesteckten ringf6rmigen Clip [OTSC]  
[6. Stelle: 3]
- \*\*5-469.x Sonstige
- 5-469.y N.n.bez.

## **5-47 Operationen an der Appendix**

### **5-470 Appendektomie**

- 5-470.0 Offen chirurgisch
- 5-470.1 Laparoskopisch
- .10 Absetzung durch (Schlingen)ligatur
- .11 Absetzung durch Klammern (Stapler)
- .1x Sonstige
- 5-470.2 Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
- 5-470.x Sonstige
- 5-470.y N.n.bez.

**5-471 Simultane Appendektomie**

- 5-471.0 Während einer Laparotomie aus anderen Gründen
- 5-471.1 Während einer Laparoskopie aus anderen Gründen
  - .10 Absetzung durch (Schlingen)ligatur
  - .11 Absetzung durch Klammern (Stapler)
  - .1x Sonstige

5-471.x Sonstige

5-471.y N.n.bez.

**5-479 Andere Operationen an der Appendix**

- 5-479.0 Inzision und Drainage eines perityphlitischen Abszesses
- 5-479.1 Sekundäre Appendektomie (nach Drainage eines perityphlitischen Abszesses)
- 5-479.x Sonstige
- 5-479.y N.n.bez.

**5-48 Operationen am Rektum**

**5-480 Inzision des Rektums**

*Inkl.:* Entfernung eines Fremdkörpers

*Exkl.:* Endoskopische Entfernung eines Fremdkörpers (8-100.9, 8-100.a)

**5-482 Perianale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums**

*Inkl.:* Eingriffe in der Perirektalregion

Blutstillung

*Hinw.:* Der Zugang ist für die mit \*\* gekennzeichneten Codes in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:

- 0 Peranal
- 1 Endoskopisch
- 2 Endoskopisch-mikrochirurgisch
- x Sonstige

**\*\*5-482.0 Schlingenresektion**

*Inkl.:* Endoskopische Mukosaresektion

**\*\*5-482.1 Submuköse Exzision**

*Inkl.:* Endoskopische submuköse Dissektion [ESD]

**\*\*5-482.3 Elektrokoagulation**

**\*\*5-482.4 Laserkoagulation**

**\*\*5-482.5 Thermokoagulation**

**\*\*5-482.6 Kryokoagulation**

**\*\*5-482.7 Photodynamische Therapie**

**\*\*5-482.8 Vollwandexzision, lokal**

**\*\*5-482.9 Vollwandexzision, zirkulär [Manschettenresektion]**

*Hinw.:* Bei einer zirkulären Vollwandexzision wird eine Rektummanschette von weniger als 4 cm Länge reseziert

**5-482.a Vollwandexzision, zirkulär [Manschettenresektion], intraperitoneal, endoskopisch-mikrochirurgisch**

*Hinw.:* Bei einer zirkulären Vollwandexzision wird eine Rektummanschette von weniger als 4 cm Länge reseziert

**5-482.b Vollwandexzision, mit Stapler, peranal**

.b0 Zirkulär [Manschettenresektion]

*Hinw.:* Bei einer zirkulären Vollwandexzision wird eine Rektummanschette von weniger als 4 cm Länge reseziert

.b1 Semizirkulär

**\*\*5-482.c Radiofrequenzablation**

**\*\*5-482.d Mikrowellenablation**

**\*\*5-482.e Irreversible Elektroporation**

**\*\*5-482.x Sonstige**

5-482.y N.n.bez.

**5-484 Rektumresektion unter Spinktererhaltung***Inkl.:* Rektosigmoidektomie*Hinw.:* Die Anlage eines protektiven Enterostomas ist gesondert zu kodieren (5-462)

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

Die Art des verwendeten Materials für Gewebersatz oder Gewebeverstärkung ist gesondert zu kodieren (5-932 ff.)

Zugang und Art der Rekonstruktion sind in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren.

Nicht alle Verfahren sind von allen Zugängen aus durchführbar:

- 1 Offen chirurgisch mit Anastomose
- 2 Offen chirurgisch mit Enterostoma und Blindverschluss
- 5 Laparoskopisch mit Anastomose
- 6 Laparoskopisch mit Enterostoma und Blindverschluss
- 7 Peranal
- x Sonstige

**\*\*5-484.0 Anteriore Manschettenresektion**

[6. Stelle: 1,2,5,6,x]

**\*\*5-484.1 Posteriore Manschettenresektion (Rectotomia posterior)**

[6. Stelle: 1,2,5,6,x]

**\*\*5-484.2 Tubuläre Resektion unter Belassen des Paraproktiums***Inkl.:* Anwendung eines Staplers*Hinw.:* Die perianale tubuläre Resektion einer Rektummanschette von weniger als 4 cm Länge ist als perianale lokale Exzision zu kodieren (5-482.90, 5-482.a, 5-482.b0)**\*\*5-484.3 Anteriore Resektion**

[6. Stelle: 1,2,5,6,x]

**\*\*5-484.5 Tiefe anteriore Resektion**

[6. Stelle: 1,2,5,6,x]

*Inkl.:* Tiefe anteriore Resektion mit perianaler Anastomose durch Klammernahtgerät*Hinw.:* Die Resektionshöhe liegt für die tiefe anteriore Rektumresektion im Bereich der Ampulla recti unterhalb der Plica transversa recti inferior**\*\*5-484.6 Tiefe anteriore Resektion mit perianaler Anastomose**

[6. Stelle: 1,5,x]

**\*\*5-484.x Sonstige**

[6. Stelle: 1,2,5,6,x]

5-484.y N.n.bez.

**5-485 Rektumresektion ohne Spinktererhaltung***Inkl.:* Rektosigmoidektomie*Hinw.:* Die Art des verwendeten Materials für Gewebersatz oder Gewebeverstärkung ist gesondert zu kodieren (5-932 ff.)**5-485.0 Abdominoperineal**

- .01 Offen chirurgisch
- .02 Kombiniert offen chirurgisch-laparoskopisch
- .0x Sonstige

**5-485.1 Abdominoperineal mit Entfernung von Nachbarorganen***Hinw.:* Die Resektion von Nachbarorganen ist gesondert zu kodieren**5-485.2 Abdominosakral**

- .21 Offen chirurgisch
- .22 Kombiniert offen chirurgisch-laparoskopisch
- .2x Sonstige

**5-485.3 Abdominosakral mit Entfernung von Nachbarorganen***Hinw.:* Die Resektion von Nachbarorganen ist gesondert zu kodieren**5-485.4 Sakroperineal****5-485.5 Perineal****5-485.x Sonstige**

5-485.y N.n.bez.

**5-486 Rekonstruktion des Rektums**

- 5-486.0 Naht (nach Verletzung)
- 5-486.1 Plastische Rekonstruktion
- 5-486.2 Verschluss einer Rektum-Haut-Fistel
- 5-486.3 Abdominale Rektopexie, offen chirurgisch
- 5-486.4 Abdominale Rektopexie, laparoskopisch
- 5-486.5 Rektopexie durch Rectotomia posterior
- 5-486.6 Extraanale Mukosaresektion (Rehn-Delorme)
- 5-486.x Sonstige
- 5-486.y N.n.bez.

**5-489 Andere Operation am Rektum**

- 5-489.0 Ligatur  
*Inkl.:* Gummiring  
*Exkl.:* Ligatur von Hämorrhoiden (5-493.0)
- 5-489.1 Sklerosierung, peranal
- 5-489.2 Dilatation, peranal  
*Exkl.:* Dilatation des Anus (5-499.0)
- 5-489.b Endoskopische Bougierung
- 5-489.c Endo-Loop  
*Hinw.:* Das Abtragen mit Schlinge ist im Code enthalten
- 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.e Endoskopische Injektion  
*Inkl.:* Fibrinkleber
- 5-489.g Einlegen oder Wechsel einer Prothese, endoskopisch  
.g0 Selbstexpandierend  
.g1 Nicht selbstexpandierend
- 5-489.h Entfernung einer Prothese, endoskopisch  
.h0 Selbstexpandierend  
.h1 Nicht selbstexpandierend
- 5-489.j Endoskopische(r) Geweberaffung oder Gewebeverschluss durch einen auf ein Endoskop aufgesteckten ringförmigen Clip [OTSC]
- 5-489.x Sonstige
- 5-489.y N.n.bez.

**5-49 Operationen am Anus**

**5-490 Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion**

- Inkl.:* Inzision oder Exzision bei perianaler Thrombose
- 5-490.0 Inzision
- 5-490.1 Exzision
- 5-490.x Sonstige
- 5-490.y N.n.bez.

**5-491 Operative Behandlung von Analfisteln**

- 5-491.0 Inzision (Spaltung)
- 5-491.1 Exzision  
.10 Subkutan  
.11 Intersphinktär  
.12 Transsphinktär  
.13 Suprasphinktär

- .14 Extrasphinktär
- .15 Submukös
- .16 Subanodermal
- .1x Sonstige
- 5-491.2 Fadendrainage
- 5-491.3 Verschluss von Analfisteln durch Plug-Technik  
*Inkl.:* Analfistelverschluss mit dreidimensionaler Kollagenmatrix SIS [Small Intestinal Submucosa]
- 5-491.4 Exzision einer inter- oder transsphinktären Fistel mit Verschluss durch Schleimhautlappen
- 5-491.x Sonstige
- 5-491.y N.n.bez.
- 5-492 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals**  
*Inkl.:* Blutstillung
- 5-492.0 Exzision  
*Hinw.:* Eine tiefe Exzision reicht mindestens bis zur Muskulatur
  - .00 Lokal
  - .01 Tief  
*Inkl.:* Exzision einer Analfissur
  - .02 Tief, mit Teilresektion des Muskels  
*Inkl.:* Exzision eines Analtumors
  - .0x Sonstige
- 5-492.1 Destruktion, lokal
- 5-492.2 Exzision, endoskopisch, lokal
- 5-492.3 Destruktion, endoskopisch, lokal
- 5-492.x Sonstige
- 5-492.y N.n.bez.
- 5-493 Operative Behandlung von Hämorrhoiden**
- 5-493.0 Ligatur  
*Inkl.:* Gummiring
- 5-493.1 Sklerosierung
- 5-493.2 Exzision (z.B. nach Milligan-Morgan)
- 5-493.4 Destruktion
- 5-493.5 Mit Stapler  
*Hinw.:* Die operative Behandlung eines Prolaps von Rektummukosa und/oder Anoderm im Rahmen einer Hämorrhoidenoperation nach Longo ist im Kode enthalten
- 5-493.6 Exzision mit plastischer Rekonstruktion (z.B. nach Fansler, Arnold, Parks)
- 5-493.7 Ligatur einer A. haemorrhoidalis  
*Hinw.:* Die dopplersonographische Steuerung ist im Kode enthalten
  - .70 Ohne rektoanale Rekonstruktion [Recto-anal-repair]
  - .71 Mit rektoanaler Rekonstruktion [Recto-anal-repair]
- 5-493.x Sonstige
- 5-493.y N.n.bez.
- 5-494 Durchtrennung des Sphincter ani [Sphinkterotomie]**
- 5-494.1 Lateral
- 5-494.2 Medial
- 5-494.x Sonstige
- 5-494.y N.n.bez.
- 5-495 Primäre plastische Rekonstruktion bei anorektalen Anomalien**  
*Hinw.:* Der Zugang ist für die mit \*\* gekennzeichneten Codes in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:
  - 0 Offen chirurgisch
  - 1 Perineal
  - x Sonstige

- \*\*5-495.0 Anteriore Anorektoplastik
- \*\*5-495.1 Posteriore sagittale Anorektoplastik [PSARP] (OP nach Pena und de Vries)
- \*\*5-495.2 Posteriore sagittale Anorektoplastik [PSARP] mit Fistelverschluss zum Urogenitaltrakt
- \*\*5-495.3 Posteriore sagittale Anorektoplastik [PSARP] mit Korrektur einer Fehlbildung der Vagina mit ortsständigem Gewebe  
*Inkl.:* Umwandlung einer Vagina duplex in ein unpaariges Organ  
*Hinw.:* Die Rekonstruktion aus nicht ortsständigem Gewebe ist gesondert zu kodieren (5-705 ff.)
- 5-495.4 Durchzugsoperation, abdominoperineal
- 5-495.5 Durchzugsoperation, sakroabdominoperineal
- 5-495.6 Analplastik, perineal
- \*\*5-495.x Sonstige
- 5-495.y N.n.bez.
- 5-496 Rekonstruktion des Anus und des Sphinkterapparates**  
*Inkl.:* Sekundäre plastische Rekonstruktion bei Analatresie  
*Exkl.:* Primäre plastische Rekonstruktion bei Analatresie (5-495)
- 5-496.0 Naht (nach Verletzung)
- 5-496.1 Cerclage
- 5-496.2 Sphinkteromyektomie
- 5-496.3 Sphinkterplastik
- 5-496.4 Erweiterungsplastik
- 5-496.5 Graziisplastik  
*Hinw.:* Die Implantation, der Wechsel und die Entfernung von Neurostimulatoren und Elektroden bei der dynamischen Graziisplastik sind gesondert zu kodieren (5-059 ff.)
- 5-496.6 Anoproktoplastik  
*Exkl.:* Anoproktoplastik als Rekonstruktion bei Analatresie (5-495)
- .60 Offen chirurgisch
- .61 Laparoskopisch
- .62 Perineal
- .6x Sonstige
- 5-496.9 Implantation eines künstlichen Analsphinkters
- .90 Hydraulisches System  
*Inkl.:* Implantation von Cuff, Verbindungspumpe und Ballon
- .91 Magnetisches System
- .9x Sonstige
- 5-496.a Wechsel eines künstlichen Analsphinkters und seiner Komponenten
- .a0 Cuff
- .a1 Verbindungspumpe
- .a2 Ballon
- .a3 Zwei Komponenten (z.B. Verbindungspumpe und Ballon) eines hydraulischen Systems
- .a4 Alle Komponenten eines hydraulischen Systems
- .a5 Magnetisches System
- 5-496.b Entfernung eines künstlichen Analsphinkters
- 5-496.x Sonstige
- 5-496.y N.n.bez.
- 5-499 Andere Operationen am Anus**
- 5-499.0 Dilatation  
*Exkl.:* Perianale Dilatation des Rektums (5-489.2)
- 5-499.e Endoskopische Injektion  
*Inkl.:* Fibrinkleber
- 5-499.x Sonstige
- 5-499.y N.n.bez.

**5-50 Operationen an der Leber****5-500 Inzision der Leber***Exkl.:* Therapeutische perkutane Punktion der Leber (8-154.1)

5-500.0 Ohne weitere Maßnahmen

5-500.1 Drainage

5-500.x Sonstige

5-500.y N.n.bez.

**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.)*Hinw.:* Der Zugang ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:

- 0 Offen chirurgisch
- 1 Laparoskopisch
- 2 Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
- 3 Perkutan
- x Sonstige

**\*\*5-501.0** Exzision, lokal*Inkl.:* Exzision einer Zyste (Perizystektomie)**\*\*5-501.1** Endozystenresektion (bei Echinokokkuszyste)**\*\*5-501.2** Keilexzision**\*\*5-501.4** Destruktion, lokal, durch Alkoholinjektion mit Steuerung durch bildgebende Verfahren*Hinw.:* Das bildgebende Verfahren ist im Code enthalten**\*\*5-501.5** Destruktion, lokal, durch hochfrequenzinduzierte Thermotherapie*Inkl.:* Radiofrequenzthermoablation, Mikrowellenablation*Hinw.:* Das bildgebende Verfahren ist im Code enthalten**\*\*5-501.6** Destruktion, lokal, durch Laser*Hinw.:* Das bildgebende Verfahren ist im Code enthalten**\*\*5-501.7** Destruktion, lokal, durch irreversible Elektroporation*Hinw.:* Das bildgebende Verfahren ist im Code enthalten**\*\*5-501.x** Sonstige

5-501.y N.n.bez.

**5-502 Anatomische (typische) Leberresektion**

5-502.0 Segmentresektion (ein Segment)

5-502.1 Hemihepatektomie links [Resektion der Segmente 2, 3, 4a und 4b]

5-502.2 Hemihepatektomie rechts [Resektion der Segmente 5 bis 8]

5-502.3 So genannte Trisegmentektomie [Resektion der Segmente 4 bis 8]

5-502.4 Bisegmentektomie [Lobektomie links] [Resektion der Segmente 2 und 3]

5-502.5 Resektion sonstiger Segmentkombinationen

*Hinw.:* Mit diesem Code ist die Resektion mehrerer nicht zusammenhängender Segmente zu kodieren

5-502.6 Trisektorektomie [Resektion der Segmente 1 und 4 bis 8]

5-502.x Sonstige

5-502.y N.n.bez.

**5-503 Leberteileresektion und Hepatektomie (zur Transplantation)**

- 5-503.0 Hepatektomie, postmortal  
*Hinw.:* Dieser Kode ist auch zu verwenden, wenn die Leistung nicht abschließend erbracht wird oder sich erst intraoperativ die Nichtverwendbarkeit des Organs für eine spätere Transplantation herausstellt  
 Dieser Kode und der im Fall eines vorzeitigen Abbruchs dieses Eingriffes zusätzlich zu kodierende Zusatzkode 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 Kode enthalten
- 5-503.1 Entfernung einer Transplantatleber als selbständiger Eingriff  
*Exkl.:* Hepatektomie im Rahmen einer Transplantation (5-504.0)
- 5-503.2 Entfernung einer Eigenleber als selbständiger Eingriff  
*Exkl.:* Hepatektomie im Rahmen einer Transplantation (5-504.0)
- 5-503.3 Bisegmentektomie [Lobektomie links] [Resektion der Segmente 2 und 3], zur Lebend-Organ spende
- 5-503.4 Hemihepatektomie links [Resektion der Segmente (1), 2, 3, 4a und 4b] zur Lebend-Organ spende
- 5-503.5 Hemihepatektomie rechts [Resektion der Segmente 5 bis 8] zur Lebend-Organ spende
- 5-503.6 Resektion sonstiger Segmentkombinationen zur Lebend-Organ spende
- 5-503.x Sonstige
- 5-503.y N.n.bez.

**5-504 Lebertransplantation**

- Exkl.:* Allogene Hepatozytentransplantation (8-862)  
*Hinw.:* Bei AB0-nichtkompatibler Transplantation ist der Kode 5-930.21 zusätzlich anzugeben
- 5-504.0 Komplet (gesamtes Organ)  
*Inkl.:* Simultane Hepatektomie
- 5-504.1 Partiell (Split-Leber)
- 5-504.2 Auxiliär (linker Leberlappen zusätzlich zum eigenen Organ)
- 5-504.3 Retransplantation, komplett (gesamtes Organ) während desselben stationären Aufenthalts  
*Inkl.:* Simultane Hepatektomie
- 5-504.4 Retransplantation, partiell (Split-Leber) während desselben stationären Aufenthalts
- 5-504.5 Retransplantation, auxiliär (linker Leberlappen zusätzlich zum vorhandenen Organ) während desselben stationären Aufenthalts
- 5-504.x Sonstige
- 5-504.y N.n.bez.

**5-505 Rekonstruktion der Leber**

- 5-505.0 Naht und blutstillende Umstechung (nach Verletzung)
- 5-505.1 Tamponade
- 5-505.2 Mit Omentumplastik
- 5-505.x Sonstige
- 5-505.y N.n.bez.

**5-506 Implantation, Wechsel und Entfernung eines Katheterverweilsystems in Leberarterie und Pfortader (zur Chemotherapie)**

- 5-506.0 Implantation
- 5-506.1 Wechsel
- 5-506.2 Entfernung
- 5-506.x Sonstige
- 5-506.y N.n.bez.

**5-509 Andere Operationen an der Leber**

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

- 5-510.0 Cholezystotomie, n.n.bez.
- 5-510.1 Cholezystotomie, offen chirurgisch
- 5-510.2 Cholezystotomie, laparoskopisch
- 5-510.3 Cholezystotomie, Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
- 5-510.4 Cholezystostomie

**5-511 Cholezystektomie***Inkl.:* Blutstillung im Bereich des Gallenblasenlagers (mit Leberbettnaht)  
Einlage einer Gallengangs-/T-Drainage bei Gallengangsrevision*Hinw.:* Eine intraoperative Cholangiographie durch Zugang im Rahmen einer Laparotomie oder Laparoskopie ist gesondert zu kodieren (3-13c.3)

- 5-511.0 Einfach, offen chirurgisch
  - .01 Ohne operative Revision der Gallengänge
  - .02 Mit operativer Revision der Gallengänge
- 5-511.1 Einfach, laparoskopisch
  - .11 Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge
  - .12 Mit laparoskopischer Revision der Gallengänge
- 5-511.2 Einfach, Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
  - .21 Ohne operative Revision der Gallengänge
  - .22 Mit operativer Revision der Gallengänge
- 5-511.3 Erweitert  
*Inkl.:* Leberbettlesektion
- 5-511.4 Simultan, während einer Laparotomie aus anderen Gründen
  - .41 Ohne operative Revision der Gallengänge
  - .42 Mit operativer Revision der Gallengänge
- 5-511.5 Simultan, während einer Laparoskopie aus anderen Gründen
  - .51 Ohne operative Revision der Gallengänge
  - .52 Mit operativer Revision der Gallengänge
- 5-511.x Sonstige
- 5-511.y N.n.bez.

**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)  
Eine intraoperative Cholangiographie durch Zugang im Rahmen einer Laparotomie oder Laparoskopie ist gesondert zu kodieren (3-13c.3)

- 5-512.0 Zum Magen
- 5-512.1 Zum Duodenum
- 5-512.2 Zum Jejunum
- 5-512.3 Zum Jejunum, mit Interposition einer Darmschlinge
- 5-512.4 Zum Jejunum, mit Roux-Y-Anastomose  
*Inkl.:* Zur Ableitung einer Leberzyste mit Anschluss an das Gallensystem
- 5-512.x Sonstige
- 5-512.y N.n.bez.

**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)

- 5-513.1 Inzision der Papille (Papillotomie)

- 5-513.2 Steinentfernung  
 .20 Mit Körbchen  
 .21 Mit Ballonkatheter  
 .22 Mit mechanischer Lithotripsie  
 .23 Mit elektrohydraulischer Lithotripsie  
 .24 Mit elektrohydraulischer Lithotripsie und Laseranwendung  
 .25 Mit Laserlithotripsie  
 .2x Sonstige
- 5-513.3 Exzision
- 5-513.4 Destruktion  
 .40 Elektrokoagulation  
 .41 Photodynamische Therapie  
 .42 Radiofrequenzablation  
 .43 Mikrowellenablation  
 .44 Irreversible Elektroporation  
 .4x Sonstige
- 5-513.5 Einlegen einer Drainage  
*Inkl.:* Einlegen einer nasobiliären Verweilsonde
- 5-513.a Dilatation
- 5-513.b Entfernung von alloplastischem Material
- 5-513.c Blutstillung
- 5-513.d Bougierung
- 5-513.f Einlegen von nicht selbstexpandierenden Prothesen  
 .f0 Eine Prothese  
 .f1 Zwei oder mehr Prothesen
- 5-513.h Wechsel von nicht selbstexpandierenden Prothesen  
 .h0 Eine Prothese  
 .h1 Zwei oder mehr Prothesen
- 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 und 5-513.m bis 5-513.n aufgeführten Verfahren eingesetzt wurde. Mit diesem Kode soll die retrograde Endoskopie zur retrograden Darstellung der Gallenwege z.B. nach Gastrektomie oder Magenteilresektion mit Roux-Y-Anastomose oder partieller Pankreatoduodenektomie verschlüsselt werden
- 5-513.m Einlegen oder Wechsel von selbstexpandierenden ungedeckten Stents  
*Hinw.:* Beim Wechsel ist entsprechend der Zahl der neu eingelegten selbstexpandierenden ungedeckten Stents zu kodieren  
 .m0 Ein Stent  
 .m1 Zwei Stents  
 .m2 Drei oder mehr Stents
- 5-513.n Einlegen oder Wechsel von selbstexpandierenden gedeckten Stent-Prothesen  
*Hinw.:* Beim Wechsel ist entsprechend der Zahl der neu eingelegten selbstexpandierenden gedeckten Stent-Prothesen zu kodieren  
 .n0 Eine Stent-Prothese  
 .n1 Zwei Stent-Prothesen  
 .n2 Drei oder mehr Stent-Prothesen
- 5-513.x Sonstige
- 5-513.y N.n.bez.
- 5-514 Andere Operationen an den Gallengängen**  
*Exkl.:* Dilatation an Sphincter Oddi und Papilla duodeni major (5-518.0)  
 Papillotomie (5-518.1)  
*Hinw.:* Eine intraoperative Cholangiographie durch Zugang im Rahmen einer Laparotomie oder Laparoskopie ist gesondert zu kodieren (3-13c.3)  
 Der Zugang ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:  
 0 Offen chirurgisch  
 1 Laparoskopisch

- 2 Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
- 3 Perkutan-transhepatisch
- x Sonstige
- \*\*5-514.0 Inzision des Ductus choledochus
- \*\*5-514.2 Steinentfernung
- \*\*5-514.3 Exzision
- \*\*5-514.4 Destruktion
- \*\*5-514.5 Einlegen einer Drainage  
*Inkl.:* Umwandlung einer externen in eine interne Drainage (Rendezvous-Manöver)
- \*\*5-514.b Entfernung von alloplastischem Material
- \*\*5-514.c Blutstillung
- \*\*5-514.d Revision (als selbständiger Eingriff)
- \*\*5-514.g Einlegen einer nicht selbstexpandierenden Prothese
- \*\*5-514.h Einlegen von zwei oder mehr nicht selbstexpandierenden Prothesen
- \*\*5-514.k Wechsel von nicht selbstexpandierenden Prothesen
- \*\*5-514.m Dilatation  
[6. Stelle: 3]
- \*\*5-514.n Bougierung  
[6. Stelle: 3]
- \*\*5-514.x Sonstige
- 5-514.y N.n.bez.
- 5-515 Exzision und Resektion von erkranktem Gewebe der Gallengänge**  
*Inkl.:* Einlage einer Gallengangs-/T-Drainage  
*Hinw.:* Eine intraoperative Cholangiographie durch Zugang im Rahmen einer Laparotomie oder Laparoskopie ist gesondert zu kodieren (3-13c.3)
- 5-515.0 Exzision eines Reststumpfes des Ductus cysticus
- 5-515.1 Resektion, mit End-zu-End-Anastomose
- 5-515.2 Resektion, mit biliodigestiver Anastomose  
*Hinw.:* Die biliodigestive Anastomose ist gesondert zu kodieren (5-512)
- 5-515.x Sonstige
- 5-515.y N.n.bez.
- 5-516 Andere Rekonstruktion der Gallengänge**  
*Inkl.:* Einlage einer Gallengangs-/T-Drainage  
*Hinw.:* Eine intraoperative Cholangiographie durch Zugang im Rahmen einer Laparotomie oder Laparoskopie ist gesondert zu kodieren (3-13c.3)
- 5-516.0 Naht (nach Verletzung)
- 5-516.1 Plastische Rekonstruktion
- 5-516.x Sonstige
- 5-516.y N.n.bez.
- 5-517 Einlegen oder Wechseln von selbstexpandierenden Stents und Stent-Prothesen in die Gallengänge**  
*Exkl.:* Endoskopisches Einlegen oder Wechseln von selbstexpandierenden Stents oder Stent-Prothesen in die Gallengänge (5-513.m, 5-513.n)  
*Hinw.:* Eine intraoperative Cholangiographie durch Zugang im Rahmen einer Laparotomie oder Laparoskopie ist gesondert zu kodieren (3-13c.3)  
Der Zugang ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:
- 0 Offen chirurgisch
- 1 Laparoskopisch
- 2 Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
- 3 Perkutan-transhepatisch
- x Sonstige

- \*\*5-517.0** Einlegen oder Wechsel eines selbstexpandierenden ungedeckten Stents  
*Hinw.:* Beim Wechsel ist entsprechend der Zahl der neu eingelegten selbstexpandierenden ungedeckten Stents zu kodieren
- \*\*5-517.1** Einlegen oder Wechsel von zwei selbstexpandierenden ungedeckten Stents  
*Hinw.:* Beim Wechsel ist entsprechend der Zahl der neu eingelegten selbstexpandierenden ungedeckten Stents zu kodieren
- \*\*5-517.2** Einlegen oder Wechsel von drei selbstexpandierenden ungedeckten Stents  
*Hinw.:* Beim Wechsel ist entsprechend der Zahl der neu eingelegten selbstexpandierenden ungedeckten Stents zu kodieren
- \*\*5-517.3** Einlegen oder Wechsel von vier oder mehr selbstexpandierenden ungedeckten Stents  
*Hinw.:* Beim Wechsel ist entsprechend der Zahl der neu eingelegten selbstexpandierenden ungedeckten Stents zu kodieren
- \*\*5-517.4** Einlegen oder Wechsel einer selbstexpandierenden gedeckten Stent-Prothese  
*Hinw.:* Beim Wechsel ist entsprechend der Zahl der neu eingelegten selbstexpandierenden gedeckten Stent-Prothesen zu kodieren
- \*\*5-517.5** Einlegen oder Wechsel von zwei selbstexpandierenden gedeckten Stent-Prothesen  
*Hinw.:* Beim Wechsel ist entsprechend der Zahl der neu eingelegten selbstexpandierenden gedeckten Stent-Prothesen zu kodieren
- \*\*5-517.6** Einlegen oder Wechsel von drei selbstexpandierenden gedeckten Stent-Prothesen  
*Hinw.:* Beim Wechsel ist entsprechend der Zahl der neu eingelegten selbstexpandierenden gedeckten Stent-Prothesen zu kodieren
- \*\*5-517.7** Einlegen oder Wechsel von vier oder mehr selbstexpandierenden gedeckten Stent-Prothesen  
*Hinw.:* Beim Wechsel ist entsprechend der Zahl der neu eingelegten selbstexpandierenden gedeckten Stent-Prothesen zu kodieren
- \*\*5-517.x** Sonstige
- 5-517.y** N.n.bez.
- 5-518** **Operationen an Sphincter Oddi und Papilla duodeni major**  
*Exkl.:* Papillotomie, endoskopisch (ERCP) (5-513.1)  
Endoskopische Eingriffe am Pankreasgang (5-526)  
*Hinw.:* Eine intraoperative Cholangiographie durch Zugang im Rahmen einer Laparotomie oder Laparoskopie ist gesondert zu kodieren (3-13c.3)  
Der Zugang ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:
- |   |  |
|---|--|
| 0 | Offen chirurgisch                            |
| 1 | Laparoskopisch                               |
| 2 | Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch |
| x | Sonstige                                     |
- \*\*5-518.0** Dilatation
- \*\*5-518.1** Inzision [Papillotomie]
- \*\*5-518.2** Sonstige Inzision (mit Duodenotomie)
- \*\*5-518.3** Destruktion von erkranktem Gewebe der Papilla duodeni major
- \*\*5-518.4** Exzision der Papilla duodeni major mit Replantation des Ductus choledochus
- \*\*5-518.5** Sonstige Exzision oder Destruktion
- \*\*5-518.6** Plastische Rekonstruktion
- \*\*5-518.x** Sonstige
- 5-518.y** N.n.bez.
- 5-519** **Andere Operationen an Gallenblase und Gallengängen**  
*Exkl.:* Therapeutische perkutane Punktion der Gallenblase (8-154.2)  
*Hinw.:* Eine intraoperative Cholangiographie durch Zugang im Rahmen einer Laparotomie oder Laparoskopie ist gesondert zu kodieren (3-13c.3)
- 5-519.0** Naht der Gallenblase
- 5-519.1** Aufhebung einer biliodigestiven Anastomose
- 5-519.2** Umwandlung einer biliodigestiven Anastomose (refluxiv in antirefluxiv)
- 5-519.3** Revision einer Gallenganganastomose

- 5-519.4 Verschluss einer Fistel des Ductus choledochus  
 5-519.x Sonstige  
 5-519.y N.n.bez.

## **5-52 Operationen am Pankreas**

*Inkl.:* Intraoperative Pankreatikographie

*Exkl.:* Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie von Steinen in Gallenblase und Gallengängen (8-111)

### **5-520 Inzision des Pankreas**

*Exkl.:* Inzision des Ductus pancreaticus (5-529.0)

- 5-520.0 Ohne weitere Maßnahmen  
 5-520.1 Drainage  
 5-520.2 Mit Steinentfernung  
 5-520.x Sonstige  
 5-520.y N.n.bez.

### **5-521 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Pankreas**

- 5-521.0 Exzision  
*Exkl.:* Endoskopische transgastrale Entfernung von Pankreasnekrosen (5-529.p)  
 5-521.1 Destruktion ohne Spülung  
 5-521.2 Destruktion mit Spülung  
 5-521.3 Destruktion durch irreversible Elektroporation  
 5-521.x Sonstige  
 5-521.y N.n.bez.

### **5-522 Marsupialisation einer Pankreaszyste**

### **5-523 Innere Drainage des Pankreas**

*Inkl.:* Drainage von Pankreaszysten und Pankreaspseudozysten

- 5-523.0 Pankreatogastrostomie  
 5-523.1 Pankreatoduodenostomie  
 5-523.2 Pankreatojejunostomie  
 5-523.x Sonstige  
 5-523.y N.n.bez.

### **5-524 Partielle Resektion des Pankreas**

*Hinw.:* Eine ggf. durchgeführte simultane Cholezystektomie ist gesondert zu kodieren (5-511.4 ff., 5-511.5 ff.)

- 5-524.0 Linksseitige Resektion (ohne Anastomose)  
 .00 Offen chirurgisch  
 .01 Laparoskopisch  
 .02 Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch  
 5-524.1 Partielle Duodenopankreatektomie mit Teilresektion des Magens (OP nach Whipple)  
*Inkl.:* Gallenableitung  
 5-524.2 Pankreaskopfresektion, pyloruserhaltend  
*Inkl.:* Gallenableitung  
 5-524.3 Pankreaskopfresektion, duodenerhaltend  
 5-524.4 Pankreassegmentresektion  
*Exkl.:* Pankreasschwanzresektion (5-524.0)  
*Hinw.:* Hier sind Segmente von Pankreaskörper oder Pankreasschwanz gemeint  
 5-524.x Sonstige  
 5-524.y N.n.bez.

**5-525 (Totale) Pankreatektomie**

*Hinw.:* Eine ggf. durchgeführte simultane Cholezystektomie ist gesondert zu kodieren (5-511.4 ff., 5-511.5 ff.)

## 5-525.0 Mit Teilresektion des Magens

*Inkl.:* Gallenableitung

## 5-525.1 Pyloruserhaltend

*Inkl.:* Gallenableitung

## 5-525.2 Duodenerhaltend

## 5-525.3 Entfernung eines Pankreastransplantates

## 5-525.4 Pankreatektomie postmortal (zur Transplantation)

*Hinw.:* Dieser Kode ist auch zu kodieren, wenn die Leistung nicht abschließend erbracht wird oder sich erst intraoperativ die Nichtverwendbarkeit des Organs für eine spätere Transplantation herausstellt

Dieser Kode und der im Fall eines vorzeitigen Abbruchs dieses Eingriffes zusätzlich zu kodierende Zusatzkode 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 Kode enthalten

## 5-525.x Sonstige

## 5-525.y N.n.bez.

**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)

## 5-526.1 Inzision der Papille (Papillotomie)

## 5-526.2 Steinentfernung

.20 Mit Körbchen

.21 Mit Ballonkatheter

.22 Mit mechanischer Lithotripsie

.23 Mit elektrohydraulischer Lithotripsie

.24 Mit elektrohydraulischer Lithotripsie und Laseranwendung

.25 Mit Laserlithotripsie

.2x Sonstige

## 5-526.3 Exzision

*Inkl.:* Endoskopische Ausräumung von Pankreasnekrosen

## 5-526.4 Destruktion

## 5-526.5 Einlegen einer Drainage

## 5-526.a Dilatation

## 5-526.b Entfernung von alloplastischem Material

## 5-526.c Blutstillung

## 5-526.d Bougierung

## 5-526.e Einlegen einer Prothese

.e0 Selbstexpandierend

.e1 Nicht selbstexpandierend

## 5-526.f Wechsel einer Prothese

.f0 Selbstexpandierend

.f1 Nicht selbstexpandierend

## 5-526.g Zugang durch retrograde Endoskopie

*Hinw.:* Dieser Kode ist ein Zusatzkode. Er ist nur anzugeben, wenn eine retrograde Endoskopie als Zugang für eines der unter 5-526.1 bis 5-526.f aufgeführten Verfahren eingesetzt wurde. Mit diesem Kode soll die retrograde Endoskopie zur retrograden Darstellung des Pankreasganges z.B. nach Gastrektomie oder Magenteilresektion mit Roux-Y-Anastomose oder partieller Pankreatoduodenektomie verschlüsselt werden

## 5-526.x Sonstige

5-526.y N.n.bez.

**5-527 Anastomose des Ductus pancreaticus**

5-527.0 Zum Magen

5-527.1 Zum Jejunum

5-527.2 Zum Duodenum

5-527.3 Zum Jejunum, mit Roux-Y-Anastomose

5-527.x Sonstige

5-527.y N.n.bez.

**5-528 Transplantation von Pankreas(gewebe)**

5-528.0 Injektion von Pankreasgewebe (Pankreas-Inseltransplantation)

5-528.1 Transplantation eines Pankreassegmentes

5-528.2 Transplantation des Pankreas (gesamtes Organ)

5-528.3 Retransplantation von Pankreasgewebe während desselben stationären Aufenthalts

5-528.4 Retransplantation eines Pankreassegmentes während desselben stationären Aufenthalts

5-528.5 Retransplantation des Pankreas (gesamtes Organ) während desselben stationären Aufenthalts

5-528.x Sonstige

5-528.y N.n.bez.

**5-529 Andere Operationen am Pankreas und am Pankreasgang**

*Inkl.:* Röntgendarstellung der Pankreaswege (ERP)

*Hinw.:* Der Zugang ist für die mit \*\* gekennzeichneten Codes in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:

0 Offen chirurgisch

1 Laparoskopisch

2 Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch

x Sonstige

\*\*5-529.0 Inzision des Ductus pancreaticus

\*\*5-529.1 Inzision der Papille (Papillotomie)

\*\*5-529.2 Steinentfernung aus dem Ductus pancreaticus

\*\*5-529.3 Exzision des Ductus pancreaticus

\*\*5-529.4 Destruktion des Ductus pancreaticus

\*\*5-529.5 Einlegen einer Drainage in den Ductus pancreaticus

\*\*5-529.a Dilatation

\*\*5-529.b Entfernung von alloplastischem Material

\*\*5-529.c Blutstillung

\*\*5-529.d Revision (als selbständiger Eingriff)

\*\*5-529.e Plastische Rekonstruktion des Ductus pancreaticus

\*\*5-529.f Plastische Rekonstruktion des Pankreas

\*\*5-529.g Einlegen einer selbstexpandierenden Prothese

\*\*5-529.h Einlegen einer nicht selbstexpandierenden Prothese

\*\*5-529.j Wechsel einer selbstexpandierenden Prothese

\*\*5-529.k Wechsel einer nicht selbstexpandierenden Prothese

\*\*5-529.m Naht (nach Verletzung)

5-529.n Transgastrale Drainage einer Pankreaszyste

.n0 Offen chirurgisch

.n2 Endoskopisch ohne Einlegen eines Stents

.n3 Endoskopisch mit Einlegen eines nicht selbstexpandierenden Stents

.n4 Endoskopisch mit Einlegen eines selbstexpandierenden Stents

.nx Sonstige

- 5-529.p Endoskopische transgastrale Entfernung von Pankreasnekrosen  
*Inkl.:* Drainage  
 Entfernung von retroperitonealen postpankreatitischen Nekrosen  
 .p0 Ohne Einlegen eines Stents  
 .p1 Mit Einlegen eines nicht selbstexpandierenden Stents  
 .p2 Mit Einlegen eines selbstexpandierenden Stents  
 .px Sonstige
- \*\*5-529.x Sonstige
- 5-529.y N.n.bez.

## **5-53** Verschluss abdominaler Hernien

### **5-530** Verschluss einer Hernia inguinalis

- Inkl.:* Verschluss eines offenen Processus vaginalis peritonei und einer kongenitalen Hydrocele testis  
*Hinw.:* Unter Rezidiv ist hier ein Wiederauftreten nach operativem Hernienverschluss zu verstehen, nicht jedoch eine erneute Hernierung nach konservativer Reposition
- 5-530.0 Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchfortenverschluss  
 .00↔ Mit hoher Bruchsackunterbindung und Teilresektion  
 .01↔ Mit Hydrozelenwandresektion  
 .02↔ Mit Funikulolyse und Hodenverlagerung  
 .03↔ Ohne weitere Maßnahmen  
 .0x↔ Sonstige
- 5-530.1↔ Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchfortenverschluss  
*Inkl.:* Operation nach Shouldice
- 5-530.3 Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material  
*Hinw.:* Die Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz oder Gewebeverstärkung ist gesondert zu kodieren (5-932)  
 .30↔ Offen chirurgisch  
 .31↔ Laparoskopisch transperitoneal  
 .32↔ Endoskopisch total extraperitoneal  
 .3x↔ Sonstige
- 5-530.4↔ Mit Darmresektion, ohne zusätzliche Laparotomie
- 5-530.5↔ Bei Rezidiv, offen chirurgisch, mit plastischem Bruchfortenverschluss  
*Inkl.:* Operation nach Lotheissen/McVay
- 5-530.7 Bei Rezidiv, mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material  
*Hinw.:* Die Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz oder Gewebeverstärkung ist gesondert zu kodieren (5-932)  
 .70↔ Offen chirurgisch  
 .71↔ Laparoskopisch transperitoneal  
 .72↔ Endoskopisch total extraperitoneal  
 .7x↔ Sonstige
- 5-530.8↔ Bei Rezidiv, mit Darmresektion, ohne zusätzliche Laparotomie
- 5-530.x↔ Sonstige
- 5-530.y N.n.bez.

### **5-531** Verschluss einer Hernia femoralis

- Hinw.:* Unter Rezidiv ist hier ein Wiederauftreten nach operativem Hernienverschluss zu verstehen, nicht jedoch eine erneute Hernierung nach konservativer Reposition
- 5-531.0↔ Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchfortenverschluss
- 5-531.1↔ Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchfortenverschluss  
*Inkl.:* Operation nach Lotheissen/McVay
- 5-531.3 Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material  
*Hinw.:* Die Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz oder Gewebeverstärkung ist gesondert zu kodieren (5-932)  
 .30↔ Offen chirurgisch  
 .31↔ Laparoskopisch transperitoneal

- .32↔ Endoskopisch total extraperitoneal  
.3x↔ Sonstige
- 5-531.4↔ Mit Darmresektion, ohne zusätzliche Laparotomie
- 5-531.5↔ Bei Rezidiv, offen chirurgisch, mit plastischem Bruchfortenverschluss  
*Inkl.:* Operation nach Lotheissen/McVay
- 5-531.7 Bei Rezidiv, mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material  
*Hinw.:* Die Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz oder Gewebeverstärkung ist gesondert zu kodieren (5-932)  
.70↔ Offen chirurgisch  
.71↔ Laparoskopisch transperitoneal  
.72↔ Endoskopisch total extraperitoneal  
.7x↔ Sonstige
- 5-531.8↔ Bei Rezidiv, mit Darmresektion, ohne zusätzliche Laparotomie
- 5-531.x↔ Sonstige
- 5-531.y N.n.bez.
- 5-534 Verschluss einer Hernia umbilicalis**  
*Exkl.:* Verschluss einer Hernia umbilicalis bei Rezidiv (5-536)  
Verschluss einer Omphalozele (5-537)  
*Hinw.:* Eine durchgeführte Darmresektion ist gesondert zu kodieren (Dünndarm 5-454, Dickdarm 5-455)
- 5-534.0 Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchfortenverschluss  
*Inkl.:* Operation nach Spitzzy  
.01 Mit Exstirpation einer Nabelzyste  
.02 Mit Abtragung des Urachus  
*Inkl.:* Abtragung des Ductus omphaloentericus  
.03 Ohne weitere Maßnahmen  
.0x Sonstige
- 5-534.1 Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchfortenverschluss  
*Inkl.:* Operation nach Mayo
- 5-534.3 Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material  
*Hinw.:* Die Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz oder Gewebeverstärkung ist gesondert zu kodieren (5-932)  
.30 Offen chirurgisch  
.31 Laparoskopisch  
.3x Sonstige
- 5-534.x Sonstige
- 5-534.y N.n.bez.
- 5-535 Verschluss einer Hernia epigastrica**  
*Exkl.:* Verschluss einer Hernia epigastrica bei Rezidiv (5-536)  
Verschluss einer Omphalozele (5-537)
- 5-535.0 Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchfortenverschluss
- 5-535.1 Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchfortenverschluss  
*Inkl.:* Operation nach Mayo
- 5-535.3 Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material  
*Hinw.:* Die Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz oder Gewebeverstärkung ist gesondert zu kodieren (5-932)  
.30 Offen chirurgisch  
.31 Laparoskopisch  
.3x Sonstige
- 5-535.x Sonstige
- 5-535.y N.n.bez.

**5-536 Verschluss einer Narbenhernie**

*Inkl.:* Bei Rezidiv nach Verschluss einer Bauchdeckenhernie  
Sekundäre Bauchwandplastik bei kongenitalen Bauchwanddefekten

*Exkl.:* Korrektur einer parastomalen Hernie (5-464.5)  
Verschluss einer Omphalozele (5-537)

*Hinw.:* Mit einem Kode aus diesem Bereich ist nur der Verschluss abdominaler Narbenhernien zu kodieren

5-536.0 Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchfortenverschluss

5-536.1 Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchfortenverschluss

.10 Ohne alloplastisches, allogenem oder xenogenem Material

*Inkl.:* Operation nach Mayo

.11 Mit Komponentenseparation (nach Ramirez), ohne alloplastisches, allogenem oder xenogenem Material

.1x Sonstige

5-536.4 Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material

*Hinw.:* Die Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz oder Gewebeverstärkung ist gesondert zu kodieren (5-932)

.41 Laparoskopisch transperitoneal

*Inkl.:* Mit Verwendung von intraperitonealem Onlay-Mesh [IPOM]

.44 Offen chirurgisch als Bauchwandersatz

.45 Offen chirurgisch als Bauchwandverstärkung, mit intraperitonealem Onlay-Mesh [IPOM]

.46 Offen chirurgisch als Bauchwandverstärkung, mit Onlay-Technik

.47 Offen chirurgisch als Bauchwandverstärkung, mit Sublay-Technik

.48 Offen chirurgisch, mit Komponentenseparation (nach Ramirez), mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material

.4x Sonstige

5-536.x Sonstige

5-536.y N.n.bez.

**5-537 Verschluss kongenitaler Bauchwanddefekte (Omphalozele, Laparochisis)**

*Inkl.:* Reposition vorgefallener Abdominalorgane

*Exkl.:* Verschluss einer Blasenektrophie (5-578.7)

*Hinw.:* Bei gleichzeitiger Korrektur mehrerer kongenitaler Bauchwand- und Brustwanddefekte sind die einzelnen Eingriffe gesondert zu kodieren

5-537.0 Ohne plastischen Bruchfortenverschluss (primärer Bauchwandverschluss)

5-537.1 Mit plastischem Bruchfortenverschluss

5-537.3 Mit allogenem oder xenogenem Material

5-537.4 Mit alloplastischem Material

*Hinw.:* Die Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz oder Gewebeverstärkung ist gesondert zu kodieren (5-932)

5-537.5 Temporär (Schuster-Plastik)

5-537.x Sonstige

5-537.y N.n.bez.

**5-538 Verschluss einer Hernia diaphragmatica**

*Inkl.:* Verschluss kongenitaler Zwerchfeldefekte

*Hinw.:* Unter Rezidiv ist hier ein Wiederauftreten nach operativem Hernienverschluss zu verstehen, nicht jedoch eine erneute Hernierung nach konservativer Reposition

5-538.0 Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchfortenverschluss

5-538.1 Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchfortenverschluss

5-538.3 Mit allogenem oder xenogenem Material

5-538.4 Mit alloplastischem Material

*Hinw.:* Die Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz oder Gewebeverstärkung ist gesondert zu kodieren (5-932)

.40 Offen chirurgisch, abdominal

.41 Laparoskopisch

.43 Offen chirurgisch, transthorakal

.44 Offen chirurgisch, thorakoabdominal

- .45 Thorakoskopisch
- .4x Sonstige
- 5-538.5 Bei Rezidiv, offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss
- 5-538.6 Bei Rezidiv, offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss
- 5-538.8 Bei Rezidiv, mit allogenem oder xenogenem Material
- 5-538.9 Bei Rezidiv, mit alloplastischem Material  
*Hinw.:* Die Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz oder Gewebeverstärkung ist gesondert zu kodieren (5-932)
  - .90 Offen chirurgisch, abdominal
  - .91 Laparoskopisch
  - .93 Offen chirurgisch, transthorakal
  - .94 Offen chirurgisch, thorakoabdominal
  - .95 Thorakoskopisch
  - .9x Sonstige
- 5-538.x Sonstige
- 5-538.y N.n.bez.
- 5-539 Verschluss anderer abdominaler Hernien**  
*Exkl.:* Verschluss einer Omphalozele (5-537)  
Verschluss von Bauchdeckenhernien bei Rezidiv (5-536)
  - 5-539.0 Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss
  - 5-539.1 Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss
  - 5-539.3 Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material  
*Hinw.:* Die Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz oder Gewebeverstärkung ist gesondert zu kodieren (5-932)
    - .30 Offen chirurgisch
    - .31 Laparoskopisch transperitoneal
    - .32 Endoskopisch total extraperitoneal
    - .3x Sonstige
  - 5-539.x Sonstige
  - 5-539.y N.n.bez.
- 5-54 Andere Operationen in der Bauchregion**  
*Exkl.:* Inzision und Exzision von retroperitonealem Gewebe (5-590)
  - 5-540 Inzision der Bauchwand**  
*Inkl.:* Nabel
    - 5-540.0 Exploration  
*Inkl.:* Revision
    - 5-540.1 Extraperitoneale Drainage
    - 5-540.2 Entfernung eines Fremdkörpers  
*Exkl.:* Fremdkörperentfernung aus der Haut ohne Inzision (8-102.3)
    - 5-540.x Sonstige
    - 5-540.y N.n.bez.
  - 5-541 Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums**
    - 5-541.0 Explorative Laparotomie  
*Exkl.:* Staging-Laparotomie (5-401.6)
    - 5-541.1 Laparotomie mit Drainage  
*Inkl.:* Intraoperative Spülung  
*Exkl.:* Spülung bei liegender Drainage (8-176.0)  
*Hinw.:* Mit diesem Kode ist nur die Laparotomie mit Drainage z.B. bei Abszess zu kodieren  
Die Laparotomie als Zugang ist unter dem jeweiligen Organeingriff zu kodieren

- 5-541.2 Relaparotomie  
*Exkl.:* Revision einer Blutgefäßanastomose (5-394.1)  
 Adhäsilyse des Darmes (5-469.2)  
 Adhäsilyse an Ovar und Tuba uterina (5-657.7 ff., 5-657.8 ff., 5-657.9 ff.)  
 Adhäsilyse am Peritoneum des weiblichen Beckens (5-657.6)
- 5-541.3 Second-look-Laparotomie (programmierte Relaparotomie)
- 5-541.4 Anlegen eines temporären Bauchdeckenverschlusses  
*Exkl.:* Spülung bei temporärem Bauchdeckenverschluss (8-176.1)  
 Spülung bei offenem Abdomen (8-176.2)
- 5-541.5↔ Explorative Lumbotomie
- 5-541.6↔ Relumbotomie
- 5-541.x↔ Sonstige
- 5-541.y N.n.bez.
- 5-542 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Bauchwand**  
*Inkl.:* Exzision und Destruktion am Nabel
- 5-542.0 Exzision
- 5-542.2 Omphalektomie
- 5-542.3 Destruktion
- 5-542.x Sonstige
- 5-542.y N.n.bez.
- 5-543 Exzision und Destruktion von peritonealem Gewebe**
- 5-543.0 Exzision einer Appendix epiploica
- 5-543.1 Mesenteriumresektion
- 5-543.2 Resektion des Omentum  
*Exkl.:* Omentektomie im Rahmen einer (Mit-)Resektion des Magens und des Colon transversum
- .20 Partiiell  
*Exkl.:* Partielle Omentumresektion im Rahmen einer (Mit-)Resektion der linken oder rechten Kolonflexur, z.B. bei Hemikolektomie links oder rechts
- .21 (Sub-)total
- 5-543.3 Destruktion
- 5-543.4 Parietale Peritonektomie
- .40 Partiiell  
*Hinw.:* Mit diesem Kode ist die parietale Peritonektomie von ein bis zwei Quadranten oder dem kleinen Becken zu kodieren
- .41 (Sub-)total  
*Hinw.:* Mit diesem Kode ist die parietale Peritonektomie von mindestens drei Quadranten oder dem kleinen Becken und zwei Quadranten zu kodieren
- .42 Lokal  
*Exkl.:* Biopsie des Peritoneums (1-559.4)
- 5-543.x Sonstige
- 5-543.y N.n.bez.
- 5-545 Verschluss von Bauchwand und Peritoneum**  
*Exkl.:* Anlegen eines temporären Bauchdeckenverschlusses (5-541.4)
- 5-545.0 Sekundärer Verschluss der Bauchwand (bei postoperativer Wunddehiszenz)
- 5-545.1 Definitiver Verschluss eines temporären Bauchdeckenverschlusses  
*Inkl.:* Verschluss eines Laparostomas
- 5-545.x Sonstige
- 5-545.y N.n.bez.
- 5-546 Plastische Rekonstruktion von Bauchwand und Peritoneum**
- 5-546.0 Naht der Bauchwand (nach Verletzung)
- 5-546.1 Naht von Mesenterium, Omentum majus oder minus (nach Verletzung)

- 5-546.2 Plastische Rekonstruktion der Bauchwand  
*Inkl.:* Rekonstruktion bei Rektusdiastase  
Verschluss einer Fistel  
*Hinw.:* Die Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz oder Gewebeverstärkung ist gesondert zu kodieren (5-932 ff.)
- 5-546.3 Omentumplastik
- 5-546.x Sonstige
- 5-546.y N.n.bez.
- 5-547 Resektion von Gewebe in der Bauchregion ohne sichere Organzuordnung**  
*Inkl.:* "Debulking" von Tumorgewebe  
*Exkl.:* "Debulking" von Tumorgewebe retroperitoneal (5-590.8)
- 5-547.0 Intraperitoneal
- 5-547.1 Beckenwand
- 5-547.x Sonstige
- 5-547.y N.n.bez.
- 5-549 Andere Bauchoperationen**  
*Exkl.:* Implantation von Medikamententrägern in die Bauchwand (5-892.3)
- 5-549.0 Entfernung eines Fremdkörpers aus der Bauchhöhle
- 5-549.1 Anlegen eines peritoneovaskulären Shuntens
- 5-549.2 Implantation eines Katheterverweilsystems in den Bauchraum
- 5-549.3 Revision eines Katheterverweilsystems im Bauchraum  
*Inkl.:* Wechsel
- 5-549.4 Entfernung eines Katheterverweilsystems aus dem Bauchraum
- 5-549.5 Laparoskopie mit Drainage  
*Inkl.:* Intraoperative Spülung  
*Exkl.:* Spülung des Bauchraumes bei liegender Drainage (8-176.0)  
Diagnostische Laparoskopie (1-694)  
*Hinw.:* Mit diesem Kode ist nur die Laparoskopie mit Drainage z.B. bei Abszess zu kodieren. Die Laparoskopie als Zugang ist unter dem jeweiligen Organeingriff zu kodieren
- 5-549.6 Anlegen eines peritoneovesikalen Shuntens mit Implantation einer wiederaufladbaren Pumpe
- 5-549.7 Drainage, präsakral nach Rektumexstirpation
- 5-549.8 Entfernung von alloplastischem Material für Gewebeersatz oder Gewebeverstärkung  
.80 Offen chirurgisch  
.81 Laparoskopisch  
.8x Sonstige
- 5-549.9 Implantation einer Medikamentenpumpe zur intraperitonealen Medikamenteninfusion
- 5-549.x Sonstige
- 5-549.y N.n.bez.

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

- 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)  
 Die Anwendung von minimalinvasiver Technik ist, sofern nicht als eigener Kode angegeben, zusätzlich zu kodieren (5-986)  
 Die Durchführung einer 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)  
 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 Anwendung fluoreszenzgestützter Resektionsverfahren ist, sofern nicht als eigener Kode angegeben, zusätzlich zu kodieren (5-989)

### **5-55 Operationen an der Niere**

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

#### **5-550 Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung**

- Exkl.:* Perkutan-transrenale (antegrad-ureteroskopische) Steinentfernung aus dem Ureter (5-562.6)  
 Diagnostische Ureterorenoskopie (1-665)

*Hinw.:* Perkutan-transrenale Operationen entsprechen den antegrad-nephroskopischen Operationen

5-550.0 ↔ Nephrotomie

5-550.1 ↔ Nephrostomie

*Exkl.:* Wechsel eines Nephrostomiekatheters (8-138.0)

5-550.2 Entfernung eines Steines

.20 ↔ Perkutan-transrenal

.21 ↔ Ureterorenoskopisch

.2x ↔ Sonstige

5-550.3 Entfernung eines Steines mit Desintegration (Lithotripsie)

.30 ↔ Perkutan-transrenal

.31 ↔ Ureterorenoskopisch

.3x ↔ Sonstige

5-550.4 ↔ Erweiterung des pyeloureteralen Überganges

*Inkl.:* Erweiterung des Ureters

5-550.5 ↔ Punktion einer Zyste

*Exkl.:* Therapeutische perkutane Punktion der Niere (8-155.0)

5-550.6 ↔ Operative Dilatation eines Nephrostomiekanales mit Einlegen eines dicklumigen Nephrostomiekatheters

*Hinw.:* Ein dicklumiger Nephrostomiekatheter hat eine Dicke von mindestens 10 Charrière

5-550.x ↔ Sonstige

5-550.y N.n.bez.

#### **5-551 Offen chirurgische Nephrotomie, Nephrostomie, Pyelotomie und Pyelostomie**

- Inkl.:* Steinentfernung  
 Steinentfernung mit Desintegration (Lithotripsie)

5-551.0 ↔ Nephrotomie

5-551.1 ↔ Nephrostomie

*Exkl.:* Wechsel eines Nephrostomiekatheters (8-138.0)

5-551.2 ↔ Pyelotomie

5-551.3↔ Pyelostomie

5-551.4↔ Pyelokalikotomie

5-551.5↔ Nephropyelokalikotomie

5-551.6↔ Punktion einer Zyste

5-551.x↔ Sonstige

5-551.y N.n.bez.

**5-552 Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Niere**

*Inkl.:* Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Nierenbeckens

Exzisionsbiopsie

Exzision und Marsupialisation einer Zyste

5-552.0↔ Exzision, offen chirurgisch

5-552.1↔ Exzision, perkutan-transrenal

5-552.2↔ Exzision, ureterorenoskopisch

5-552.3↔ Exzision, laparoskopisch

5-552.4↔ Destruktion, offen chirurgisch

5-552.5↔ Destruktion, perkutan-transrenal

5-552.6↔ Destruktion, ureterorenoskopisch

5-552.7↔ Destruktion, laparoskopisch

5-552.8↔ Destruktion durch Thermoablation, perkutan

*Inkl.:* Bildgebendes Verfahren

5-552.9↔ Irreversible Elektroporation, perkutan

5-552.x↔ Sonstige

5-552.y N.n.bez.

**5-553 Partielle Resektion der Niere**

*Exkl.:* Extrakorporale Resektion mit Autotransplantation (5-555.4)

*Hinw.:* Der Zugang ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:

0↔ Offen chirurgisch lumbal

1↔ Offen chirurgisch abdominal

2↔ Thorakoabdominal

3↔ Laparoskopisch

x↔ Sonstige

\*\*5-553.0 Teilresektion

\*\*5-553.1 Teilresektion mit Ureterektomie

*Hinw.:* Die Resektion einer Blasenwandmanschette ist gesondert zu kodieren (5-575)

\*\*5-553.2 Teilresektion mit Kaltperfusion

\*\*5-553.x Sonstige

5-553.y N.n.bez.

**5-554 Nephrektomie**

*Hinw.:* Eine gleichzeitig durchgeführte radikale paraaortale Lymphadenektomie ist gesondert zu kodieren (5-590.6)

5-554.4 Nephrektomie, radikal

*Inkl.:* Regionale Lymphadenektomie

*Hinw.:* Die Adrenalektomie der gleichen Seite ist im Code enthalten

.40↔ Offen chirurgisch lumbal

.41↔ Offen chirurgisch abdominal

.42↔ Thorakoabdominal

.43↔ Laparoskopisch

.4x↔ Sonstige

- 5-554.5 Nephrektomie, radikal, mit Ureterektomie  
*Inkl.:* Regionale Lymphadenektomie  
*Hinw.:* Die Resektion einer Blasenwandmanschette ist gesondert zu kodieren (5-575)  
 Die Adrenalektomie der gleichen Seite ist im Code enthalten  
 .50↔ Offen chirurgisch lumbal  
 .51↔ Offen chirurgisch abdominal  
 .52↔ Thorakoabdominal  
 .53↔ Laparoskopisch  
 .5x↔ Sonstige
- 5-554.6 Nephrektomie, radikal, mit endoskopischer Ureterexhairese  
*Inkl.:* Regionale Lymphadenektomie  
*Hinw.:* Die Adrenalektomie der gleichen Seite ist im Code enthalten  
 .60↔ Offen chirurgisch lumbal  
 .61↔ Offen chirurgisch abdominal  
 .62↔ Thorakoabdominal  
 .63↔ Laparoskopisch  
 .6x↔ Sonstige
- 5-554.7 Nephrektomie einer transplantierten Niere  
 .70 Offen chirurgisch lumbal  
 .71 Offen chirurgisch abdominal  
 .72 Thorakoabdominal  
 .73 Laparoskopisch  
 .7x Sonstige
- 5-554.8 Nephrektomie zur Transplantation, Lebendspender  
 .80 Offen chirurgisch lumbal  
 .81 Offen chirurgisch abdominal  
 .82 Thorakoabdominal  
 .83 Laparoskopisch  
 .8x Sonstige
- 5-554.9 Nephrektomie zur Transplantation, postmortal  
*Inkl.:* Beidseitige Nephrektomie  
*Hinw.:* Dieser Code ist auch zu verwenden, wenn die Leistung nicht abschließend erbracht wird  
 oder sich erst intraoperativ die Nichtverwendbarkeit des Organs für eine spätere  
 Transplantation herausstellt  
 Dieser Code 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  
 .90 Offen chirurgisch lumbal  
 .91 Offen chirurgisch abdominal  
 .92 Thorakoabdominal  
 .93 Laparoskopisch  
 .9x Sonstige
- 5-554.a Nephrektomie ohne weitere Maßnahmen  
 .a0↔ Offen chirurgisch lumbal  
 .a1↔ Offen chirurgisch abdominal  
 .a2↔ Thorakoabdominal  
 .a3↔ Laparoskopisch  
 .ax↔ Sonstige
- 5-554.b Nephrektomie, mit Ureterektomie  
*Hinw.:* Die Resektion einer Blasenwandmanschette ist gesondert zu kodieren (5-575)  
 .b0↔ Offen chirurgisch lumbal  
 .b1↔ Offen chirurgisch abdominal  
 .b2↔ Thorakoabdominal  
 .b3↔ Laparoskopisch  
 .bx↔ Sonstige

- 5-554.x Sonstige  
 .x0↔ Offen chirurgisch lumbal  
 .x1↔ Offen chirurgisch abdominal  
 .x2↔ Thorakoabdominal  
 .x3↔ Laparoskopisch  
 .xx↔ Sonstige
- 5-554.y N.n.bez.
- 5-555 Nierentransplantation**  
*Hinw.:* Bei AB0-nichtkompatibler Transplantation ist der Kode 5-930.21 zusätzlich anzugeben
- 5-555.0 Allogen, Lebendspender
- 5-555.1 Allogen, Leichenniere  
 .10 Ohne hypotherme und pulsatile Organkonservierung  
 .11 Mit hypothermer und pulsatiler Organkonservierung
- 5-555.2 Syngen
- 5-555.3 Autotransplantation
- 5-555.4 Autotransplantation nach extrakorporaler Resektion
- 5-555.5 En-bloc-Transplantat
- 5-555.6 Retransplantation, allogen, Lebendspender während desselben stationären Aufenthalts
- 5-555.7 Retransplantation, allogen, Leichenniere während desselben stationären Aufenthalts  
 .70 Ohne hypotherme und pulsatile Organkonservierung  
 .71 Mit hypothermer und pulsatiler Organkonservierung
- 5-555.8 Retransplantation, En-bloc-Transplantat während desselben stationären Aufenthalts
- 5-555.x Sonstige
- 5-555.y N.n.bez.
- 5-557 Rekonstruktion der Niere**  
*Inkl.:* Rekonstruktion des Nierenhohlsystems
- 5-557.0 Naht (nach Verletzung)  
 .00↔ Offen chirurgisch lumbal  
 .01↔ Offen chirurgisch abdominal  
 .02↔ Thorakoabdominal  
 .03↔ Laparoskopisch  
 .0x↔ Sonstige
- 5-557.1 Plastische Rekonstruktion  
 .10↔ Offen chirurgisch lumbal  
 .11↔ Offen chirurgisch abdominal  
 .12↔ Thorakoabdominal  
 .13↔ Laparoskopisch  
 .1x↔ Sonstige
- 5-557.2 Verschluss einer Fistel  
 .20↔ Offen chirurgisch lumbal  
 .21↔ Offen chirurgisch abdominal  
 .22↔ Thorakoabdominal  
 .23↔ Laparoskopisch  
 .2x↔ Sonstige
- 5-557.3 Trennung einer Hufeisenniere  
 .30 Offen chirurgisch lumbal  
 .31 Offen chirurgisch abdominal  
 .32 Thorakoabdominal  
 .33 Laparoskopisch  
 .3x Sonstige
- 5-557.4 Nierenbeckenplastik  
 .40↔ Offen chirurgisch lumbal  
 .41↔ Offen chirurgisch abdominal

- .42↔ Thorakoabdominal
- .43↔ Laparoskopisch
- .4x↔ Sonstige
- 5-557.5 Ureterokalikostomie**
  - .50↔ Offen chirurgisch lumbal
  - .51↔ Offen chirurgisch abdominal
  - .52↔ Thorakoabdominal
  - .53↔ Laparoskopisch
  - .5x↔ Sonstige
- 5-557.6 Ureteropyelostomie**
  - .60↔ Offen chirurgisch lumbal
  - .61↔ Offen chirurgisch abdominal
  - .62↔ Thorakoabdominal
  - .63↔ Laparoskopisch
  - .6x↔ Sonstige
- 5-557.7 Pyelopyelostomie (bei Doppelsystem)**
  - .70↔ Offen chirurgisch lumbal
  - .71↔ Offen chirurgisch abdominal
  - .72↔ Thorakoabdominal
  - .73↔ Laparoskopisch
  - .7x↔ Sonstige
- 5-557.8 Transureteropyelostomie**
  - .80↔ Offen chirurgisch lumbal
  - .81↔ Offen chirurgisch abdominal
  - .82↔ Thorakoabdominal
  - .83↔ Laparoskopisch
  - .8x↔ Sonstige
- 5-557.9 Verschluss eines Nephrostomas**
  - .90↔ Offen chirurgisch lumbal
  - .91↔ Offen chirurgisch abdominal
  - .92↔ Thorakoabdominal
  - .93↔ Laparoskopisch
  - .9x↔ Sonstige
- 5-557.a Dilatation eines rekonstruktiven Nephrostomas**

*Exkl.:* Wechsel eines Nephrostomiekatheters ohne operative Dilatation (8-138.0)  
Operative Dilatation eines Nephrostomiekanal mit Einlegen eines dicklumigen Nephrostomiekatheters (5-550.6)

  - .a0↔ Offen chirurgisch lumbal
  - .a1↔ Offen chirurgisch abdominal
  - .a2↔ Thorakoabdominal
  - .a3↔ Laparoskopisch
  - .ax↔ Sonstige
- 5-557.x Sonstige**
  - .x0↔ Offen chirurgisch lumbal
  - .x1↔ Offen chirurgisch abdominal
  - .x2↔ Thorakoabdominal
  - .x3↔ Laparoskopisch
  - .xx↔ Sonstige
- 5-557.y N.n.bez.**
- 5-559 Andere Operationen an der Niere**

*Exkl.:* Biopsie der Niere durch Inzision (1-560.0)  
Perkutane und endoskopische Biopsie der Niere und des Nierenbeckens

*Hinw.:* Der Zugang ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:

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

x↔ Sonstige

- \*\*5-559.0 Freilegung der Niere (zur Exploration)
- \*\*5-559.1 Dekapsulation
- \*\*5-559.2 Nephropexie
- \*\*5-559.3 Revisionsoperation
- \*\*5-559.x Sonstige
- 5-559.y N.n.bez.

## **5-56 Operationen am Ureter**

### **5-560 Transurethrale und perkutan-transrenale Erweiterung des Ureters**

*Inkl.:* Erweiterung des pyeloureteralen Überganges

- 5-560.0↔ Inzision, ureterorenoskopisch
- 5-560.1↔ Ballondilatation, transurethral
- 5-560.2↔ Bougierung, transurethral
- 5-560.3 Einlegen eines Stents, transurethral  
*Exkl.:* Transurethrales Einlegen einer Ureterschleife [Ureterkatheter] (8-137.00)  
.30↔ Einlegen eines permanenten Metallstents  
.3x↔ Einlegen eines permanenten sonstigen Stents
- 5-560.4↔ Inzision, perkutan-transrenal
- 5-560.5↔ Ballondilatation, perkutan-transrenal
- 5-560.6↔ Bougierung, perkutan-transrenal
- 5-560.7 Einlegen eines Stents, perkutan-transrenal  
*Exkl.:* Perkutan-transrenales Einlegen einer Ureterschleife [Ureterkatheter] (8-137.01)  
.70↔ Einlegen eines permanenten Metallstents  
.7x↔ Einlegen eines permanenten sonstigen Stents
- 5-560.8↔ Entfernung eines Stents, transurethral
- 5-560.x↔ Sonstige
- 5-560.y N.n.bez.

### **5-561 Inzision, Resektion und (andere) Erweiterung des Ureterostiums**

*Inkl.:* Inzision oder Resektion einer Ureterozele

- 5-561.0↔ Inzision, offen chirurgisch
- 5-561.1↔ Inzision, perkutan-transvesikal
- 5-561.2↔ Inzision, transurethral
- 5-561.3↔ Resektion, offen chirurgisch
- 5-561.4↔ Resektion, perkutan-transvesikal
- 5-561.5↔ Resektion, transurethral
- 5-561.6↔ Ballondilatation, transurethral
- 5-561.7↔ Bougierung, transurethral
- 5-561.8↔ Resektion, laparoskopisch
- 5-561.x↔ Sonstige
- 5-561.y N.n.bez.

### **5-562 Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung**

*Inkl.:* Ureterolithotomie

- 5-562.0↔ Ureterotomie, offen chirurgisch
- 5-562.1↔ Ureterotomie, laparoskopisch
- 5-562.2↔ Schlingenextraktion
- 5-562.3↔ Einlegen einer Verweilschlinge
- 5-562.4↔ Entfernung eines Steines, ureterorenoskopisch

- 5-562.5↔ Entfernung eines Steines, ureterorenoskopisch, mit Desintegration (Lithotripsie)
- 5-562.6↔ Entfernung eines Steines, perkutan-transrenal
- 5-562.7↔ Entfernung eines Steines, perkutan-transrenal, mit Desintegration (Lithotripsie)
- 5-562.8↔ Extraktion mit Dormia-Körbchen
- 5-562.9↔ Steinreposition
- 5-562.x↔ Sonstige
- 5-562.y N.n.bez.

**5-563 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Ureters, Ureterresektion und Ureterektomie**

*Exkl.:* Ureterresektion bei Nephrektomie (5-554)

*Hinw.:* Der Zugang ist für die mit \*\* gekennzeichneten Codes in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:

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

\*\*5-563.0 Ureterresektion, partiell

\*\*5-563.1 Ureterektomie

*Inkl.:* Resektion einer Blasenwandmanschette

\*\*5-563.2 Resektion eines Ureterstumpfes

5-563.3↔ Exzision von erkranktem Gewebe des Ureters, ureterorenoskopisch

5-563.4↔ Destruktion von erkranktem Gewebe des Ureters, ureterorenoskopisch

\*\*5-563.x Sonstige

5-563.y N.n.bez.

**5-564 Kutane Harnableitung durch Ureterokutaneostomie (nicht kontinentes Stoma)**

*Exkl.:* Temporäre Harnableitung durch perkutane Nephrostomie (5-550.1)

*Hinw.:* Der Zugang ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:

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

\*\*5-564.2 Ringureterokutaneostomie

\*\*5-564.3 Transureterokutaneostomie

\*\*5-564.4 Revision des Stomas

\*\*5-564.5 Verschluss des Stomas

\*\*5-564.6 Umwandlung einer anderen suprapvesikalen Harnableitung in eine Ureterokutaneostomie

\*\*5-564.7 Ureterokutaneostomie

\*\*5-564.x Sonstige

5-564.y N.n.bez.

**5-565 Kutane Harnableitung mit Darminterponat [Conduit] (nicht kontinentes Stoma)**

*Hinw.:* Der Zugang ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:

- 0↔ Offen chirurgisch
- 1↔ Laparoskopisch
- x↔ Sonstige

\*\*5-565.0 Ureteroileokutaneostomie [Ileum-Conduit]

\*\*5-565.1 Ureterokolokutaneostomie [Kolon-/Sigma-Conduit]

\*\*5-565.2 Revision des Stomas

\*\*5-565.3 Revision der Ureter-Darm-Anastomose

\*\*5-565.4 Revision des Darminterponates

\*\*5-565.5 Umwandlung einer anderen suprapvesikalen Harnableitung in eine Harnableitung mit Darminterponat

- \*\*5-565.x Sonstige  
5-565.y N.n.bez.
- 5-566 Kutane Harnableitung mit Darmreservoir (kontinentes Stoma)**
- 5-566.0 Anlegen eines Ileumreservoirs  
.00 Offen chirurgisch  
.01 Laparoskopisch  
.0x Sonstige
- 5-566.1 Anlegen eines Ileozökalreservoirs  
.10 Offen chirurgisch  
.11 Laparoskopisch  
.1x Sonstige
- 5-566.2 Anlegen eines Kolonreservoirs  
.20 Offen chirurgisch  
.21 Laparoskopisch  
.2x Sonstige
- 5-566.3 Anlegen eines Magenreservoirs  
*Inkl.:* Reservoir mit Magenanteilen  
.30 Offen chirurgisch  
.31 Laparoskopisch  
.3x Sonstige
- 5-566.4 Revision des Stomas  
.40 Offen chirurgisch  
.41 Laparoskopisch  
.4x Sonstige
- 5-566.5 Revision des Kontinenzventils  
.50 Offen chirurgisch  
.51 Laparoskopisch  
.5x Sonstige
- 5-566.8 Revision des Darmreservoirs  
.80 Offen chirurgisch  
.81 Laparoskopisch  
.8x Sonstige
- 5-566.9 Umwandlung einer anderen supravvesikalen Harnableitung in eine Harnableitung mit Darmreservoir  
.90 Offen chirurgisch  
.91 Laparoskopisch  
.9x Sonstige
- 5-566.a Revision der Ureter-Darm-Anastomose  
.a0↔ Offen chirurgisch  
.a1↔ Laparoskopisch  
.ax↔ Sonstige
- 5-566.b Kontinente Harnableitung über ein Appendikostoma  
.b0↔ Offen chirurgisch  
.b1↔ Laparoskopisch  
.bx↔ Sonstige
- 5-566.c Kontinente Harnableitung über ein tubuliertes Dünndarmsegment  
.c0↔ Offen chirurgisch  
.c1↔ Laparoskopisch  
.cx↔ Sonstige
- 5-566.x Sonstige  
.x0↔ Offen chirurgisch  
.x1↔ Laparoskopisch  
.xx↔ Sonstige
- 5-566.y N.n.bez.

**5-567 Interne Harnableitung über den Darm**

- 5-567.0 Ureterosigmoideostomie (ohne Reservoirbildung)
  - .05↔ Ohne antirefluxive Ureter-Darm-Anastomose
  - .06↔ Mit antirefluxiver Ureter-Darm-Anastomose
- 5-567.1↔ Ureterosigmoideostomie mit Reservoirbildung aus Dickdarm, offen chirurgisch
- 5-567.2↔ Ureterosigmoideostomie mit Reservoirbildung aus Dickdarm, laparoskopisch
- 5-567.3↔ Ureterosigmoideostomie mit Reservoirbildung aus Dünndarm, offen chirurgisch
- 5-567.4↔ Ureterosigmoideostomie mit Reservoirbildung aus Dünndarm, laparoskopisch
- 5-567.7↔ Umwandlung einer anderen supravvesikalen Harnableitung in eine interne Harnableitung über den Darm
- 5-567.8↔ Revision der Ureter-Darm-Anastomose (mit oder ohne Reservoirbildung)
- 5-567.x↔ Sonstige
- 5-567.y N.n.bez.

**5-568 Rekonstruktion des Ureters**

*Inkl.:* Rekonstruktion des Ureterostiums

*Exkl.:* Inzision, Resektion und (andere) Erweiterung des Ureterostiums (5-561)  
Verschluss einer ureterovaginalen Fistel (5-706.3)

*Hinw.:* Der Zugang ist für die mit \*\* gekennzeichneten Codes in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:

- 0↔ Offen chirurgisch
- 1↔ Laparoskopisch
- x↔ Sonstige

- \*\*5-568.0 Naht (nach Verletzung)
- \*\*5-568.1 Reanastomose
- \*\*5-568.2 Verschluss einer ureterokutanen Fistel
- \*\*5-568.3 Verschluss einer Ureter-Darm-Fistel
- \*\*5-568.8 Ureterozystoneostomie mit Uretermodellage
  - Inkl.:* Antirefluxplastik
- \*\*5-568.9 Isolierte Antirefluxplastik (z.B. nach Lich-Gregoir)
- \*\*5-568.a (Trans-)Ureteroureterostomie
- \*\*5-568.b Ureterersatz, partiell
  - Exkl.:* Partieller Ureterersatz mit Verwendung von Darmsegmenten (5-568.g ff.)
  - Subkutane Implantation eines renovesikalen künstlichen Ureters (5-568.h)
- \*\*5-568.c Ureterersatz, total
  - Exkl.:* Totaler Ureterersatz mit Verwendung von Darmsegmenten (5-568.g ff.)
  - Subkutane Implantation eines renovesikalen künstlichen Ureters (5-568.h)
- \*\*5-568.d Ureterozystoneostomie
  - Inkl.:* Antirefluxplastik
- \*\*5-568.e Ureterozystoneostomie bei Doppelureter
  - Inkl.:* Antirefluxplastik
- 5-568.f Transposition eines Eigenureters auf eine Transplantatniere, offen chirurgisch
- \*\*5-568.g Ureterersatz, partiell oder total, mit Verwendung von Darmsegmenten
- 5-568.h Subkutane Implantation oder subkutaner Wechsel eines renovesikalen künstlichen Ureters
- 5-568.j Entfernung eines renovesikalen künstlichen Ureters
- \*\*5-568.x Sonstige
- 5-568.y N.n.bez.

**5-569 Andere Operationen am Ureter**

*Exkl.:* Biopsie des Ureters durch Inzision (1-562.0)  
 Biopsie an periureteralem Gewebe durch Inzision (1-562.1)  
 Perkutane und endoskopische Biopsie des Ureters (1-460.1, 1-461.1)  
 Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter] (8-137)

*Hinw.:* Der Zugang ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:

0↔ Offen chirurgisch  
 1↔ Laparoskopisch  
 2↔ Transurethral  
 x↔ Sonstige

- \*\*5-569.0 Freilegung des Ureters (zur Exploration)
- \*\*5-569.1 Ligatur des Ureters
- \*\*5-569.2 Verschluss des Ureters
- \*\*5-569.3 Ureterolyse (ohne intraperitoneale Verlagerung)
- \*\*5-569.4 Ureterolyse mit intraperitonealer Verlagerung
- \*\*5-569.5 Ureterolyse mit Umscheidung mit Omentum
- \*\*5-569.6 Injektion bei Ostiuminsuffizienz
- \*\*5-569.7 Revisionsoperation
- \*\*5-569.x Sonstige
- 5-569.y N.n.bez.

**5-57 Operationen an der Harnblase**

*Exkl.:* Harninkontinenz-Operationen (5-592 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

**5-570 Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase**

*Exkl.:* Transurethrale Entfernung eines Steines oder Fremdkörpers (8-100.b)  
 Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie eines Harnblasensteines (8-110.0)

- 5-570.0 Entfernung eines Steines, transurethral, mit Desintegration (Lithotripsie)
- 5-570.1 Entfernung eines Steines, perkutan-transvesikal
- 5-570.2 Entfernung eines Steines, perkutan-transvesikal, mit Desintegration (Lithotripsie)
- 5-570.3 Entfernung eines Fremdkörpers, perkutan-transvesikal
- 5-570.4 Operative Ausräumung einer Harnblasentamponade, transurethral
- 5-570.x Sonstige
- 5-570.y N.n.bez.

**5-571 Zystotomie [Sectio alta]**

- 5-571.0 Ohne weitere Maßnahmen
  - 5-571.1 Entfernung eines Steines
  - 5-571.2 Entfernung eines Fremdkörpers
- Inkl.:* Entfernung eines Fremdkörpers aus der Urethra über Sectio alta
- 5-571.3 Operative Ausräumung einer Harnblasentamponade
  - 5-571.x Sonstige
  - 5-571.y N.n.bez.

**5-572 Zystostomie**

- 5-572.0 Offen chirurgisch
  - 5-572.1 Perkutan
- Inkl.:* Anlegen eines suprapubischen Katheters
- 5-572.2 Vesikokutaneostomie mit nicht kontinentem Stoma
  - 5-572.3 Vesikokutaneostomie mit kontinentem Stoma

- 5-572.4 Revision
- 5-572.5 Operative Dilatation eines Zystostomiekanals mit Anlegen eines dicklumigen suprapubischen Katheters
- 5-572.x Sonstige
- 5-572.y N.n.bez.
- 5-573 Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase**
- 5-573.0 Inzision  
*Inkl.:* Divertikulotomie
- 5-573.1 Inzision des Harnblasenhalses
- 5-573.2 Exzision
- 5-573.3 Destruktion
- 5-573.4 Resektion  
.40 Nicht fluoreszenzgestützt  
.41 Fluoreszenzgestützt mit Hexaminolävulinsäure  
.4x Fluoreszenzgestützt mit sonstigen Substanzen
- 5-573.x Sonstige
- 5-573.y N.n.bez.
- 5-574 Offen chirurgische und laparoskopische Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase**
- 5-574.0 Exzision, offen chirurgisch  
*Inkl.:* Divertikulektomie
- 5-574.1 Exzision, laparoskopisch  
*Inkl.:* Divertikulektomie
- 5-574.2 Destruktion, offen chirurgisch
- 5-574.3 Destruktion, laparoskopisch
- 5-574.4 Myektomie
- 5-574.x Sonstige
- 5-574.y N.n.bez.
- 5-575 Partielle Harnblasenresektion**  
*Hinw.:* Eine durchgeführte Augmentation der Harnblase ist gesondert zu kodieren (5-578.6)  
Der Zugang ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:
- |   |                   |
|---|-------------------|
| 0 | Offen chirurgisch |
| 1 | Laparoskopisch    |
| x | Sonstige          |
- \*\*5-575.0 Teilresektion ohne Ureterneoimplantation
- \*\*5-575.2 Teilresektion mit einseitiger Ureterneoimplantation
- \*\*5-575.3 Teilresektion mit beidseitiger Ureterneoimplantation
- \*\*5-575.4 Supratrigonale Resektion ohne Ureterneoimplantation
- \*\*5-575.6 Supratrigonale Resektion mit einseitiger Ureterneoimplantation
- \*\*5-575.7 Supratrigonale Resektion mit beidseitiger Ureterneoimplantation
- \*\*5-575.8 Subtotale Resektion mit einseitiger Ureterneoimplantation
- \*\*5-575.9 Subtotale Resektion mit beidseitiger Ureterneoimplantation
- \*\*5-575.x Sonstige
- 5-575.y N.n.bez.

**5-576 Zystektomie**

*Exkl.:* Ersatz der Harnblase als selbständiger Eingriff (5-577)  
Revision nach Zystektomie (5-579.7)

*Hinw.:* Die Harnableitung ist gesondert zu kodieren (5-564 ff., 5-565 ff., 5-566 ff., 5-567 ff.)  
Ein durchgeführter Harnblasenersatz ist gesondert zu kodieren (5-577)  
Eine gleichzeitig durchgeführte radikale paraaortale Lymphadenektomie ist gesondert zu kodieren (5-590.6)

Der Zugang ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:

- 0 Offen chirurgisch
- 1 Laparoskopisch
- x Sonstige

\*\*5-576.0 Einfach, beim Mann

\*\*5-576.1 Einfach, bei der Frau

\*\*5-576.2 Radikale Zystektomie ohne Urethrektomie, beim Mann

*Inkl.:* Entfernung des inneren Genitale  
Regionale Lymphadenektomie

\*\*5-576.3 Radikale Zystektomie ohne Urethrektomie, unter Schonung des Gefäß-Nerven-Bündels (potenzerhaltend), beim Mann

*Inkl.:* Entfernung des inneren Genitale  
Regionale Lymphadenektomie

\*\*5-576.4 Radikale Zystektomie mit Urethrektomie, beim Mann

*Inkl.:* Entfernung des inneren Genitale  
Regionale Lymphadenektomie

\*\*5-576.5 Radikale Zystektomie mit Urethrektomie, unter Schonung des Gefäß-Nerven-Bündels (potenzerhaltend), beim Mann

*Inkl.:* Entfernung des inneren Genitale  
Regionale Lymphadenektomie

\*\*5-576.6 Radikale Zystektomie ohne Urethrektomie bei der Frau

*Inkl.:* Regionale Lymphadenektomie  
*Exkl.:* Entfernung des inneren Genitale (vordere pelvine Eviszeration) (5-687.0)

\*\*5-576.7 Radikale Zystektomie mit Urethrektomie bei der Frau

*Inkl.:* Regionale Lymphadenektomie  
*Exkl.:* Entfernung des inneren Genitale (vordere pelvine Eviszeration) (5-687.0)

\*\*5-576.8 Eviszeration des kleinen Beckens beim Mann

*Hinw.:* Die Darmableitung ist gesondert zu kodieren (5-462)

\*\*5-576.x Sonstige

5-576.y N.n.bez.

**5-577 Ersatz der Harnblase**

*Exkl.:* Supravesikale Harnableitung über Darminterponat (5-565) oder Darmreservoir (5-566)

*Hinw.:* Der Zugang ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:

- 0 Offen chirurgisch
- 1 Laparoskopisch
- x Sonstige

\*\*5-577.0 Rekonstruktion mit Ileum

\*\*5-577.1 Rekonstruktion mit Kolon

\*\*5-577.2 Rekonstruktion mit Ileozäkum

\*\*5-577.3 Rekonstruktion mit Magen

\*\*5-577.4 Umwandlung einer anderen supravesikalen Harnableitung in eine Ersatzharnblase

\*\*5-577.x Sonstige

5-577.y N.n.bez.

**5-578 Andere plastische Rekonstruktion der Harnblase**

*Exkl.:* Verschluss einer vesikovaginalen Fistel (5-706.4)

Verschluss einer uterovesikalen Fistel (5-695.2)

*Hinw.:* Der Zugang ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:

- 0 Offen chirurgisch

- 1 Laparoskopisch
- x Sonstige
- \*\*5-578.0 Naht (nach Verletzung)
- \*\*5-578.1 Verschluss einer Zystostomie
- \*\*5-578.2 Verschluss einer vesikokutanen Fistel
- \*\*5-578.3 Verschluss einer Harnblasen-Darm-Fistel
- \*\*5-578.4 Harnblasenhalsplastik
- \*\*5-578.5 Reduktionsplastik
- \*\*5-578.6 Augmentation der Harnblase
- \*\*5-578.7 Verschluss einer Blasenektrophie
- \*\*5-578.8 Verschluss eines offenen Urachus
- \*\*5-578.x Sonstige
- 5-578.y N.n.bez.
- 5-579    Andere Operationen an der Harnblase**
- Inkl.:* Operationen an Ersatzharnblase und Darmreservoir
- Exkl.:* Biopsie der Harnblase durch Inzision (1-562.2)
- Perkutane und endoskopische Biopsie der Harnblase (1-460.2, 1-462.2)
- Implantation von Elektroden zur Neurostimulation der Harnblase (5-039.3 ff.)
- Hinw.:* Der Zugang ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:
- 0    Offen chirurgisch
- 1    Laparoskopisch
- 2    Transurethral
- 3    Perkutan
- 4    Über ein Stoma
- x    Sonstige
- \*\*5-579.0 Entfernung eines Steines aus einer Ersatzharnblase
- Inkl.:* Entfernung eines Steines aus einem Darmreservoir
- \*\*5-579.1 Entfernung eines Fremdkörpers aus einer Ersatzharnblase
- Inkl.:* Entfernung eines Fremdkörpers aus einem Darmreservoir
- \*\*5-579.2 Entfernung von Schleim aus einer Ersatzharnblase
- \*\*5-579.3 Exzision von erkranktem Gewebe aus einer Ersatzharnblase
- \*\*5-579.4 Operative Blutstillung
- \*\*5-579.5 Operative Dehnung
- Exkl.:* Operative Dilatation eines Zystostomiekannals mit Anlegen eines dicklumigen suprapubischen Katheters (5-572.5)
- \*\*5-579.6 Injektionsbehandlung
- Inkl.:* Injektionsbehandlung mit Botulinumtoxin
- \*\*5-579.7 Revision
- \*\*5-579.x Sonstige
- 5-579.y N.n.bez.

## **5-58    Operationen an der Urethra**

*Exkl.:* Harninkontinenz-Operationen (5-592 ff.)

### **5-580    Offen chirurgische Urethrotomie und Urethrostomie**

*Inkl.:* Steinentfernung  
Entfernung eines Fremdkörpers

*Exkl.:* Transurethrale Entfernung eines Steines oder Fremdkörpers (8-100.b)

- 5-580.0 Urethrotomie
- 5-580.1 Urethrostomie

### **5-581    Plastische Meatotomie der Urethra**

- 5-581.0 Inzision
- 5-581.1 Meatusplastik

- 5-581.x Sonstige  
 5-581.y N.n.bez.
- 5-582 Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Urethra**  
*Exkl.:* Strikturresektion mit (Re-)Anastomose (5-584.6)
- 5-582.0 Exzision, offen chirurgisch  
*Inkl.:* Exzision eines Urethradivertikels
- 5-582.1 Resektion, transurethral  
*Inkl.:* Resektion eines Urethrapolypen  
 Resektion von Urethraklappen
- 5-582.2 Resektion, perkutan-transvesikal  
*Inkl.:* Resektion von Urethraklappen
- 5-582.3 Destruktion, transurethral
- 5-582.4 Destruktion, perkutan-transvesikal
- 5-582.x Sonstige  
 5-582.y N.n.bez.
- 5-583 Urethrektomie als selbständiger Eingriff**  
*Exkl.:* Urethrektomie im Rahmen einer Zystektomie (5-576)
- 5-583.0 Einfach, beim Mann
- 5-583.1 Einfach, bei der Frau
- 5-583.2 Radikal, beim Mann
- 5-583.3 Radikal, bei der Frau
- 5-583.x Sonstige  
 5-583.y N.n.bez.
- 5-584 Rekonstruktion der Urethra**  
*Exkl.:* Verschluss einer urethrovaginalen Fistel (5-706.5)  
 Plastik bei männlicher Epispadie (5-644)  
 Plastik bei männlicher Hypospadie (5-645)  
 Plastik bei Urethrozystozele der Frau (5-704.0)
- 5-584.0 Rekonstruktion der Pars prostatica oder der Pars membranacea (nach Verletzung)
- 5-584.1 Rekonstruktion des distalen Teils (nach Verletzung)
- 5-584.2 Verschluss einer Urethrostomie  
*Inkl.:* Zweite Sitzung einer zweizeitigen Urethroplastik
- 5-584.3 Verschluss einer urethrokutanen Fistel
- 5-584.4 Verschluss einer urethrorektalen Fistel
- 5-584.5 (Re-)Anastomose nach Verletzung
- 5-584.6 (Re-)Anastomose mit Strikturresektion
- 5-584.7 Plastische Rekonstruktion, einzeitig  
 .70 Mit Präputialhaut  
 .71 Mit Penishaut  
 .72 Transplantation von Mundschleimhaut  
*Exkl.:* Transplantation von in vitro hergestelltem Gewebe aus autogener Mundschleimhaut (5-584.74)  
 .73 Transplantation von Harnblasenschleimhaut  
 .74 Transplantation von in vitro hergestelltem Gewebe aus autogener Mundschleimhaut  
 .7x Sonstige
- 5-584.8 Plastische Rekonstruktion, zweizeitig, erste Sitzung  
 .80 Mit Präputialhaut  
 .81 Mit Penishaut  
 .82 Transplantation von Mundschleimhaut  
*Exkl.:* Transplantation von in vitro hergestelltem Gewebe aus autogener Mundschleimhaut (5-584.84)  
 .83 Transplantation von Harnblasenschleimhaut  
 .84 Transplantation von in vitro hergestelltem Gewebe aus autogener Mundschleimhaut  
 .8x Sonstige

- 5-584.9 Plastische (Re-)Konstruktion bei weiblicher Epispadie
- 5-584.a Plastische (Re-)Konstruktion bei weiblicher Hypospadie
- 5-584.x Sonstige
- 5-584.y N.n.bez.

**5-585 Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra**

- 5-585.0 Urethrotomia interna, ohne Sicht
- 5-585.1 Urethrotomia interna, unter Sicht  
*Inkl.:* Inzision eines Urethradivertikels
- 5-585.2 Urethrotomia interna, mit Laser
- 5-585.3 Inzision des Sphincter urethrae externus
- 5-585.x Sonstige
- 5-585.y N.n.bez.

**5-589 Andere Operationen an Urethra und periurethralem Gewebe**

*Exkl.:* Endoskopische Entfernung eines Steines oder Fremdkörpers (8-100.b)  
Entfernung eines Steines oder Fremdkörpers durch Urethrotomie (5-580.0)  
Biopsie der Urethra durch Inzision (1-561.0)  
Biopsie an periurethralem Gewebe (1-561.1)

- 5-589.0 Einlegen eines Stents  
*Exkl.:* Einlegen eines Stents in die prostatistische Harnröhre im Rahmen von Operationen an der Prostata (5-609.4)
- 5-589.1 Entfernung eines Stents
- 5-589.2 Inzision von periurethralem Gewebe
- 5-589.3 Exzision von periurethralem Gewebe
- 5-589.4 Adhäsiolyse
- 5-589.x Sonstige
- 5-589.y N.n.bez.

**5-59 Andere Operationen an den Harnorganen**

**5-590 Inzision und Exzision von retroperitonealem Gewebe**

*Exkl.:* Biopsie durch Inzision an perirenalem Gewebe (1-560.1)  
*Hinw.:* Der Zugang ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren. Nicht alle Verfahren sind von allen Zugängen aus durchführbar:

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

- \*\*5-590.0 Inzision, perirenal
- \*\*5-590.1 Drainage, perirenal  
*Inkl.:* Drainage eines paranephritischen Abszesses
- \*\*5-590.2 Drainage, retroperitoneal  
[6. Stelle: 0-3,x]  
*Inkl.:* Drainage eines Psoasabszesses  
*Exkl.:* Perkutane Drainage des Retroperitonealraumes (8-148.1)
- \*\*5-590.3 Drainage, pelvin  
*Inkl.:* Drainage von Flüssigkeitsansammlungen
- \*\*5-590.4 Exzision von perirenalem Gewebe
- \*\*5-590.5 Exzision von retroperitonealem Gewebe
- \*\*5-590.6 Radikale paraaortale Lymphadenektomie in Kombination mit anderen Operationen an den Harnorganen  
*Exkl.:* Radikale retroperitoneale Lymphadenektomie als selbständiger Eingriff (5-404.d ff.)

- \*\*5-590.7** Radikale pelvine Lymphadenektomie in Kombination mit anderen Operationen an den Harnorganen  
*Exkl.:* Radikale pelvine Lymphadenektomie als selbständiger Eingriff (5-404.f ff.)
- \*\*5-590.8** Resektion von Gewebe ohne sichere Organzuordnung  
*Inkl.:* Debulking-Operation
- \*\*5-590.x** Sonstige
- 5-590.y N.n.bez.
- 5-591 Inzision und Exzision von perivesikalem Gewebe**  
*Exkl.:* Biopsie durch Inzision an perivesikalem Geweben (1-562.3)  
Inzision einer Lymphozele (5-408.1)
- 5-591.0 Inzision
- 5-591.1 Exzision  
*Inkl.:* Exzision eines perivesikalen Tumors  
Exzision einer Urachuszyste
- 5-591.x Sonstige
- 5-591.y N.n.bez.
- 5-592 Raffung des urethrovesikalen Überganges**  
*Exkl.:* Plastik bei Zystozele (5-704.0)  
Plastik bei Rektozele (5-704.1)  
Plastische Rekonstruktion des kleinen Beckens und des Douglasraumes (5-707)
- 5-593 Transvaginale Suspensionsoperation [Zügeloperation]**
- 5-593.0 Mit autogenem Material
- .00 Levatorplastik
- .01 Pubokokzygeusplastik
- .02 Faszienzügelplastik
- .0x Sonstige
- 5-593.1 Mit allogenem Material
- .10 Dura
- .11 Faszie
- .1x Sonstige
- 5-593.2 Mit alloplastischem Material  
*Hinw.:* Die Art des verwendeten Materials für Gewebersatz oder Gewebeverstärkung ist gesondert zu kodieren (5-932)
- .20 Spannungsfreies vaginales Band (TVT) oder transobturatorisches Band (TOT, TVT-O)
- .2x Sonstige
- 5-593.x Sonstige
- 5-593.y N.n.bez.
- 5-594 Suprapubische (urethrovesikale) Zügeloperation [Schlingenoperation]**
- 5-594.0 Mit Faszie
- 5-594.1 Mit Muskulatur
- 5-594.2 Mit Dura
- 5-594.3 Mit alloplastischem Material  
*Hinw.:* Die Art des verwendeten Materials für Gewebersatz oder Gewebeverstärkung ist gesondert zu kodieren (5-932)
- .30 Nicht adjustierbar
- .31 Adjustierbar
- 5-594.x Sonstige
- 5-594.y N.n.bez.
- 5-595 Abdominale retropubische und paraurethrale Suspensionsoperation**
- 5-595.0 Urethropubopexie (z.B. nach Marshall-Marchetti-Krantz)
- 5-595.1 Urethrokolposuspension (z.B. nach Burch)
- 5-595.2 Urethrokolposuspension mit lateraler Fixation der Scheide

- 5-595.3 Paraurethrale Nadelsuspension (z.B. nach Stamey-Pereyra, nach Raz)
- 5-595.x Sonstige
- 5-595.y N.n.bez.

**5-596 Andere Harninkontinenzoperationen**

- 5-596.0 Paraurethrale Injektionsbehandlung
  - .00 Mit Dextranomer-Hyaluronsäure-Gel
  - .01 Mit Polyacrylamid-Hydrogel
  - .0x Mit sonstigen Substanzen*Exkl.:* Paraurethrale Stammzelltherapie (8-860.2 ff.)
- 5-596.1 Konstruktion einer Neourethra, einseitig
- 5-596.2 Konstruktion einer Neourethra, zweizeitig, erste Sitzung
- 5-596.3 Durchzug einer Neourethra, zweizeitig, zweite Sitzung
- 5-596.4 Urethropexie, n.n.bez.
- 5-596.5 Interpositionsoperation
- 5-596.6 Urethro(zysto)lyse bei der Frau
- 5-596.7 Adjustierbare Kontinenztherapie
  - Exkl.:* Adjustierbare Schlingenoperation mit alloplastischem Material (5-594.31)
  - .71 Explantation
  - .72 Revision
  - .73↔ Wechsel des Ballons
  - .74 Implantation unter den Harnblasenhals
  - .75 Implantation in die Region der bulbären Harnröhre
- 5-596.x Sonstige
- 5-596.y N.n.bez.

**5-597 Eingriffe bei artifiziellem Harnblasensphinkter**

- 5-597.0 Implantation
  - .00 Bulbär, 1 Cuff
  - .01 Bulbär, 2 Cuffs
  - .02 Am Blasenhal
  - .0x Sonstige
- 5-597.2 Entfernung
- 5-597.3 Wechsel
  - .30 Vollständig, bulbär, 1 Cuff
  - .31 Vollständig, bulbär, 2 Cuffs
  - .32 Vollständig, am Blasenhal
  - .33 Isolierter Pumpenwechsel
  - .3x Sonstige
- 5-597.4 Revision
- 5-597.x Sonstige
- 5-597.y N.n.bez.

**5-598 Suspensionsoperation [Zügeloperation] bei Harninkontinenz des Mannes**

- 5-598.0 Mit alloplastischem Material
  - Inkl.:* Transobturatorisches Band [TOT]
  - Hinw.:* Die Art des verwendeten Materials für Gewebersatz oder Gewebeverstärkung ist gesondert zu kodieren (5-932)
- 5-598.x Sonstige
- 5-598.y N.n.bez.

**5-599 Andere Operationen am Harntrakt**

- 5-599.0 (Teil-)Resektion oder Durchtrennung eines alloplastischen Bandes oder Netzes als Revision nach Operationen wegen Harninkontinenz oder Prolaps
  - .00 Vaginal

- .01 Perineal
  - .02 Abdominal
  - .03 Kombiniert abdominal und vaginal
  - .04 Kombiniert abdominal und perineal
  - .0x Sonstige
- 5-599.x Sonstige
- 5-599.y N.n.bez.

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

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

### **5-60** Operationen an Prostata und Vesiculae seminales

#### **5-600** Inzision der Prostata

*Exkl.:* Therapeutische perkutane Punktion der Prostata

- 5-600.0 Transurethral
- 5-600.1 Perineal
- 5-600.2 Transrektal
- 5-600.x Sonstige
- 5-600.y N.n.bez.

#### **5-601** Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe

*Hinw.:* Die intraoperative Spülung der Harnblase ist im Kode enthalten

- 5-601.0 Elektroresektion
- 5-601.1 Elektroresektion mit Trokarzystostomie
- 5-601.2 Destruktion durch Kälte
- 5-601.3 Destruktion durch Hitze (Thermotherapie)
  - Inkl.:* Radiofrequenzablation, Mikrowellenablation
- 5-601.4 Laserdestruktion
  - .40 Interstitielle Laserdestruktion
  - .41 Visuell kontrollierte laserunterstützte Ablation (VLAP)
  - .42 Laservaporisation
  - .4x Sonstige
- 5-601.5 Nadelablation (TUNA)
- 5-601.6 Elektrische Vaporisation
- 5-601.7 Exzision durch Laser
  - Inkl.:* Morcellement des Eukleats
  - .70 Holmium-Laser-Eukleation
  - .71 Holmium-Laser-Resektion
  - .7x Sonstige
- 5-601.8 Destruktion durch irreversible Elektroporation

- 5-601.x Sonstige
- 5-601.y N.n.bez.
- 5-602 Transrektale und perkutane Destruktion von Prostatagewebe**
- 5-602.0 Durch Hitze
- 5-602.1 Durch Ultraschall
- 5-602.2 Durch Strahlenträger  
*Hinw.:* Die genaue Form der Brachytherapie ist gesondert zu kodieren (8-524, 8-525)
- 5-602.3 Durch Kälte
- 5-602.4 Durch magnetische Nanopartikel  
*Hinw.:* Mit diesem Kode ist die Instillation von magnetischen Nanopartikeln zu kodieren. Die nachfolgende Thermotheapie ist gesondert zu kodieren (8-651)
- 5-602.x Sonstige
- 5-602.y N.n.bez.
- 5-603 Exzision und Destruktion von Prostatagewebe**
- 5-603.0 Offen chirurgisch, suprapubisch-transvesikal
- 5-603.1 Retropubisch
  - .10 Offen chirurgisch
  - .11 Laparoskopisch
- 5-603.2 Offen chirurgisch, perineal
- 5-603.x Sonstige
- 5-603.y N.n.bez.
- 5-604 Radikale Prostatovesikulektomie**  
*Exkl.:* Radikale pelvine Lymphadenektomie als selbständiger Eingriff (5-404.f ff.)  
Revision nach radikaler Prostatovesikulektomie (5-609.7)
- 5-604.0 Retropubisch
  - .01 Ohne regionale Lymphadenektomie
  - .02 Mit regionaler Lymphadenektomie
- 5-604.1 Retropubisch, gefäß- und nervenerhaltend
  - .11 Ohne regionale Lymphadenektomie
  - .12 Mit regionaler Lymphadenektomie
- 5-604.2 Perineal
  - .21 Ohne regionale Lymphadenektomie
  - .22 Mit laparoskopischer regionaler Lymphadenektomie
- 5-604.3 Perineal, gefäß- und nervenerhaltend
  - .31 Ohne regionale Lymphadenektomie
  - .32 Mit laparoskopischer regionaler Lymphadenektomie
- 5-604.4 Laparoskopisch
  - .41 Ohne regionale Lymphadenektomie
  - .42 Mit regionaler Lymphadenektomie
- 5-604.5 Laparoskopisch, gefäß- und nervenerhaltend
  - .51 Ohne regionale Lymphadenektomie
  - .52 Mit regionaler Lymphadenektomie
- 5-604.x Sonstige
- 5-604.y N.n.bez.
- 5-605 Andere Exzision und Destruktion von Prostatagewebe**
- 5-606 Operationen an den Vesiculae seminales**
- 5-606.0↔ Inzision
- 5-606.1↔ Exzision
- 5-606.2↔ Exstirpation
- 5-606.x↔ Sonstige

- 5-606.y N.n.bez.  
**5-607 Inzision und Exzision von periprostatischem Gewebe**  
 5-607.0 Inzision  
 5-607.1 Inzision und Drainage  
 5-607.2 Exzision  
 5-607.x Sonstige  
 5-607.y N.n.bez.

**5-609 Andere Operationen an der Prostata**

- 5-609.0 Behandlung einer Prostatablutung, transurethral  
 5-609.1 Behandlung einer Prostatablutung, offen chirurgisch  
 5-609.2 Rekonstruktion der Prostata nach Verletzung  
 5-609.3 Dilatation der prostatistischen Harnröhre  
*Exkl.:* Bougierung der Urethra unter Durchleuchtung (8-139.01)  
 Bougierung der Urethra ohne Durchleuchtung (8-139.00)  
 5-609.4 Einlegen eines Stents in die prostatistische Harnröhre  
 5-609.5 Wechsel eines Stents in der prostatistischen Harnröhre  
 5-609.6 Entfernung eines Stents aus der prostatistischen Harnröhre  
 5-609.7 Revision  
 5-609.8 Transurethrale Implantation von Prostatagewebe-Retraktoren  
 .80 1 Prostatagewebe-Retraktor  
 .81 2 Prostatagewebe-Retraktoren  
 .82 3 Prostatagewebe-Retraktoren  
 .83 4 Prostatagewebe-Retraktoren  
 .84 5 Prostatagewebe-Retraktoren  
 .85 6 Prostatagewebe-Retraktoren  
 .86 7 Prostatagewebe-Retraktoren  
 .87 8 und mehr Prostatagewebe-Retraktoren  
 5-609.9 Protektive Maßnahme vor Prostatabestrahlung  
 .90 Transperineale Injektion eines Polyethylenglykol(PEG)-Hydrogels  
 .91 Transperineale Implantation eines Ballon-Abstandhalters  
 5-609.x Sonstige  
 5-609.y N.n.bez.

**5-61 Operationen an Skrotum und Tunica vaginalis testis**

**5-610 Inzision an Skrotum und Tunica vaginalis testis**

*Exkl.:* Inzision an der Haut des Skrotums (5-892 ff.)

- 5-610.0 Ohne weitere Maßnahmen  
 5-610.1 Drainage  
 5-610.2 Entfernung eines Fremdkörpers  
 5-610.x Sonstige  
 5-610.y N.n.bez.

**5-611↔ Operation einer Hydrocele testis**

*Exkl.:* Verschluss einer kongenitalen Hydrocele testis (5-530)  
 Verschluss eines offenen Processus vaginalis peritonei (5-530)

**5-612 Exzision und Destruktion von erkranktem Skrotumgewebe**

*Exkl.:* Exzision von erkrankter Haut des Skrotums (5-894 ff., 5-895 ff.)

- 5-612.0 Exzision einer Fistel  
 5-612.1 Partielle Resektion  
 5-612.2 Totale Resektion  
 5-612.3 Radikale Resektion

- 5-612.x Sonstige
- 5-612.y N.n.bez.
- 5-613 Plastische Rekonstruktion von Skrotum und Tunica vaginalis testis**  
*Hinw.:* Siehe auch Operationen zur Geschlechtsumwandlung (5-646)
- 5-613.0 Naht (nach Verletzung)
- 5-613.1 Plastische Rekonstruktion
- 5-613.2 Konstruktion und Rekonstruktion des Skrotums
- 5-613.x Sonstige
- 5-613.y N.n.bez.
- 5-619 Andere Operationen an Skrotum und Tunica vaginalis testis**

## **5-62 Operationen am Hoden**

- 5-620↔ Inzision des Hodens**
- 5-621↔ Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Hodens**
- 5-622 Orchidektomie**
  - 5-622.0↔ Skrotal, ohne Epididymektomie
  - 5-622.1↔ Skrotal, mit Epididymektomie
  - 5-622.2↔ Inguinalhoden, ohne Epididymektomie
  - 5-622.3↔ Abdominalhoden, offen chirurgisch
  - 5-622.4↔ Abdominalhoden, laparoskopisch
  - 5-622.5 Radikale (inguinale) Orchidektomie (mit Epididymektomie und Resektion des Samenstranges)
  - 5-622.6↔ Inguinalhoden, mit Epididymektomie
  - 5-622.7↔ Inguinalhoden, Entfernung eines Resthodens
  - 5-622.8↔ Skrotalhoden, Entfernung eines Resthodens
  - 5-622.x↔ Sonstige
  - 5-622.y N.n.bez.
- 5-624 Orchidopexie**  
*Hinw.:* Der Verschluss eines offenen Processus vaginalis peritonei mit Funikulolyse ist unter 5-530 ff. zu kodieren
  - 5-624.4↔ Mit Funikulolyse
  - 5-624.5↔ Skrotal
  - 5-624.x↔ Sonstige
  - 5-624.y N.n.bez.
- 5-625 Exploration bei Kryptorchismus**  
*Exkl.:* Entfernung eines Abdominalhodens (5-622.3, 5-622.4)
  - 5-625.4↔ Inguinal
  - 5-625.5↔ Abdominal, offen chirurgisch
  - 5-625.6↔ Abdominal, laparoskopisch
  - 5-625.x↔ Sonstige
  - 5-625.y N.n.bez.
- 5-626 Operative Verlagerung eines Abdominalhodens**  
*Exkl.:* Orchidopexie und Funikulolyse (5-624)
  - 5-626.0↔ Ohne mikrovaskuläre Anastomose, offen chirurgisch
  - 5-626.1↔ Mit mikrovaskulärer Anastomose, offen chirurgisch
  - 5-626.2↔ Ohne mikrovaskuläre Anastomose, laparoskopisch
  - 5-626.3↔ Mit mikrovaskulärer Anastomose, laparoskopisch

5-626.x↔ Sonstige

5-626.y N.n.bez.

### **5-627 Rekonstruktion des Hodens**

5-627.2↔ Naht (nach Verletzung)

5-627.x↔ Sonstige

5-627.y N.n.bez.

### **5-628 Implantation, Wechsel und Entfernung einer Hodenprothese**

5-628.2↔ Wechsel

5-628.3↔ Entfernung

5-628.4↔ Implantation

5-628.x↔ Sonstige

5-628.y N.n.bez.

### **5-629 Andere Operationen am Hoden**

5-629.0↔ Entnahme von Hodengewebe zur Aufbereitung für die künstliche Insemination

5-629.x↔ Sonstige

5-629.y N.n.bez.

## **5-63 Operationen an Funiculus spermaticus, Epididymis und Ductus deferens**

### **5-630 Operative Behandlung einer Varikozele und einer Hydrocele funiculi spermatici**

5-630.0↔ Sklerosierung der V. spermatica, skrotal

5-630.1↔ Resektion der V. spermatica (und A. spermatica) [Varikozelenoperation], inguinal

5-630.2↔ Resektion der V. spermatica (und A. spermatica) [Varikozelenoperation], lumbal

5-630.3↔ Resektion der V. spermatica (und A. spermatica) [Varikozelenoperation], abdominal, offen chirurgisch

5-630.4↔ Resektion der V. spermatica (und A. spermatica) [Varikozelenoperation], abdominal, laparoskopisch

5-630.5↔ Operation einer Hydrocele funiculi spermatici

5-630.x↔ Sonstige

5-630.y N.n.bez.

### **5-631 Exzision im Bereich der Epididymis**

5-631.0↔ Zyste

5-631.1↔ Spermatozele

5-631.2↔ Morgagni-Hydatide

5-631.x↔ Sonstige

5-631.y N.n.bez.

### **5-633 Epididymektomie**

5-633.0↔ Partiiell

5-633.1↔ Total

5-633.x↔ Sonstige

5-633.y N.n.bez.

### **5-634 Rekonstruktion des Funiculus spermaticus**

5-634.0↔ Naht (nach Verletzung)

5-634.1↔ Plastische Rekonstruktion

5-634.2↔ Rücklagerung bei Torsion

*Inkl.:* Prophylaktische Orchidopexie, kontralateral

5-634.x↔ Sonstige

5-634.y N.n.bez.

**5-635↔ Vasotomie des Ductus deferens**

**5-636 Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens**

5-636.0↔ Sklerosierung

5-636.1↔ Ligatur

5-636.2↔ Resektion [Vasoresektion]

5-636.x↔ Sonstige

5-636.y N.n.bez.

**5-637 Rekonstruktion von Ductus deferens und Epididymis**

5-637.0↔ Naht (nach Verletzung)

5-637.1↔ Vasovasostomie

5-637.3↔ Epididymovasostomie

5-637.4↔ Tubulovasostomie

5-637.5↔ Anlegen einer artifiziellen Spermatozele

5-637.x↔ Sonstige

5-637.y N.n.bez.

**5-639 Andere Operationen an Funiculus spermaticus, Epididymis und Ductus deferens**

5-639.0↔ Epididymotomie

5-639.1↔ Inzision des Funiculus spermaticus

5-639.2↔ Adhäsiolyse des Funiculus spermaticus

5-639.3↔ Entnahme von Nebenhodengewebe zur Aufbereitung für die künstliche Insemination

5-639.x↔ Sonstige

5-639.y N.n.bez.

**5-64 Operationen am Penis**

**5-640 Operationen am Präputium**

5-640.0 Frenulotomie

5-640.1 Dorsale Spaltung

5-640.2 Zirkumzision

5-640.3 Frenulum- und Präputiumplastik

5-640.4 Reposition einer Paraphimose in Narkose

5-640.5 Lösung von Präputialverklebungen

5-640.x Sonstige

5-640.y N.n.bez.

**5-641 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Penis**

*Inkl.:* Destruktion mit Laser

5-641.0 Exzision

*Exkl.:* Exzision von erkrankter Haut des Penis (5-894 ff., 5-895 ff.)

5-641.1 Destruktion

5-641.x Sonstige

5-641.y N.n.bez.

**5-642 Amputation des Penis**

5-642.0 Partiiell

5-642.1 Total

5-642.2 Emaskulation

5-642.y N.n.bez.

- 5-643 Plastische Rekonstruktion des Penis**  
*Exkl.:* Plastische Rekonstruktion bei Hypospadie (5-645)  
 Plastische Rekonstruktion bei Epispadie (5-644)
- 5-643.0 Naht (nach Verletzung)  
*Inkl.:* Naht des Schwellkörpers
- 5-643.1 Streckung des Penisschaftes
- 5-643.2 (Re-)Konstruktion des Penis  
*Hinw.:* Siehe auch Operationen zur Geschlechtsumwandlung (5-646)
- 5-643.3 Korrektur einer penoskrotalen Transposition
- 5-643.4 Korrektur eines vergrabenen Penis (concealed penis oder buried penis)
- 5-643.x Sonstige
- 5-643.y N.n.bez.
- 5-644 Plastische Rekonstruktion bei männlicher Epispadie**
- 5-644.0 Schaftaufrichtung und Chordektomie
- 5-644.1 Mobilisation der Corpora cavernosa und Verlagerung der Urethra nach ventral
- 5-644.2 Konstruktion der Urethra  
 .20 Mit Präputialhaut  
 .21 Mit Penishaut  
 .22 Transplantation von Mundschleimhaut  
 .23 Transplantation von Harnblasenschleimhaut  
 .2x Sonstige
- 5-644.x Sonstige
- 5-644.y N.n.bez.
- 5-645 Plastische Rekonstruktion bei männlicher Hypospadie**
- 5-645.0 Meatoglanduloplastik (bei Hypospadias coronaria)
- 5-645.1 Schaftaufrichtung und Chordektomie  
*Inkl.:* Proximale Verlagerung der Urethra
- 5-645.2 Konstruktion der Urethra  
 .20 Mit Präputialhaut  
 .21 Mit Penishaut  
 .22 Transplantation von Mundschleimhaut  
 .23 Transplantation von Harnblasenschleimhaut  
 .2x Sonstige
- 5-645.3 Sekundärer Eingriff
- 5-645.x Sonstige
- 5-645.y N.n.bez.
- 5-646 Operationen zur Geschlechtsumwandlung**
- 5-646.0 Geschlechtstransformation einer Frau zum Mann  
*Hinw.:* Die durchgeführten Eingriffe sind gesondert zu kodieren:  
 Konstruktion der Urethra (5-584)  
 Konstruktion des Penis (5-643.2)  
 Konstruktion des Skrotums (5-613.2)  
 Implantation einer Hodenprothese (5-628)
- 5-646.1 Geschlechtstransformation eines Mannes zur Frau  
*Hinw.:* Die durchgeführten Eingriffe sind gesondert zu kodieren:  
 Emaskulation (5-642.2)  
 Konstruktion der Vagina (5-705)  
 Konstruktion der Vulva (5-716)
- 5-646.x Sonstige
- 5-646.y N.n.bez.

## 5-649 Andere Operationen am Penis

- 5-649.0 Inzision  
*Inkl.:* Entfernung eines Fremdkörpers
- 5-649.1 Adhäsiolyse
- 5-649.2 Venöse Sperroperation (bei erektiler Dysfunktion)
- 5-649.3 Revaskularisierungsoperation (bei erektiler Dysfunktion)
- 5-649.4 Shuntoperation am Corpus cavernosum (bei Priapismus)
- 5-649.5 Implantation einer Penisprothese
  - .50 Semirigide Prothese
  - .51 Hydraulische Prothese
  - .5x Sonstige
- 5-649.6 Revision einer Penisprothese
- 5-649.7 Wechsel einer Penisprothese
  - .70 In eine semirigide Prothese
  - .71 In eine hydraulische Prothese
  - .7x Sonstige
- 5-649.8 Entfernung einer Penisprothese
- 5-649.9 Replantation
- 5-649.x Sonstige
- 5-649.y N.n.bez.

## Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (5-65...5-71)

- 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)  
 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)  
 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)

### **5-65** Operationen am Ovar

- Hinw.:* Der Zugang ist für die Codes 5-651, 5-652, 5-656 und 5-659 nach folgender Liste zu kodieren:
- 0↔ Offen chirurgisch (abdominal)
  - 1↔ Vaginal, laparoskopisch assistiert
  - 2↔ Endoskopisch (laparoskopisch)
  - 3↔ Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
  - 4↔ Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
  - 5↔ Vaginal
  - x↔ Sonstige

### 5-650 Inzision des Ovars

- 5-650.2↔ Offen chirurgisch (abdominal)
- 5-650.3↔ Vaginal, laparoskopisch assistiert
- 5-650.4↔ Endoskopisch (laparoskopisch)
- 5-650.5↔ Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
- 5-650.6↔ Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
- 5-650.7↔ Vaginal

5-650.x↔ Sonstige

5-650.y N.n.bez.

**5-651 Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe**

*Hinw.:* Der Zugang ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-650 zu kodieren

\*\*5-651.8 Exzisionsbiopsie

*Inkl.:* Zystenpunktion mit Exzision an der Zystenwand

\*\*5-651.9 Exzision einer Ovarialzyste

*Inkl.:* Zysten-/Tumorausschälung

\*\*5-651.a Keilexzision des Ovars

\*\*5-651.b Destruktion von Endometrioseherden

\*\*5-651.x Sonstige

5-651.y N.n.bez.

**5-652 Ovariektomie**

*Hinw.:* Der Zugang ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-650 zu kodieren

\*\*5-652.4 Restovariektomie

\*\*5-652.5 Partiiell

\*\*5-652.6 Total

5-652.y N.n.bez.

**5-653 Salpingoovariektomie**

5-653.2 Einseitige Ovariektomie mit bilateraler Salpingektomie

.20 Offen chirurgisch (abdominal)

.21 Vaginal, laparoskopisch assistiert

.22 Endoskopisch (laparoskopisch)

.23 Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch

.24 Umsteigen vaginal - offen chirurgisch

.25 Vaginal

.2x Sonstige

5-653.3 Salpingoovarektomie (ohne weitere Maßnahmen)

.30↔ Offen chirurgisch (abdominal)

.31↔ Vaginal, laparoskopisch assistiert

.32↔ Endoskopisch (laparoskopisch)

.33↔ Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch

.34↔ Umsteigen vaginal - offen chirurgisch

.35↔ Vaginal

.3x↔ Sonstige

5-653.y N.n.bez.

**5-656 Plastische Rekonstruktion des Ovars**

*Hinw.:* Der Zugang ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-650 zu kodieren

\*\*5-656.8 Rekonstruktion (nach Verletzung oder Ruptur)

\*\*5-656.9 Ovariopexie

\*\*5-656.a Beseitigung einer Torsion

\*\*5-656.b Replantation

\*\*5-656.x Sonstige

5-656.y N.n.bez.

**5-657 Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung**

*Hinw.:* Die Verwendung einer Kunststoff- oder biologischen Membran zur Prophylaxe von Adhäsionen ist gesondert zu kodieren (5-933)

5-657.6 Am Peritoneum des weiblichen Beckens

*Inkl.:* Uterus und Parametrien

.60 Offen chirurgisch (abdominal)

.61 Vaginal, laparoskopisch assistiert

- .62 Endoskopisch (laparoskopisch)
- .63 Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
- .64 Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
- .65 Vaginal
- .6x Sonstige
- 5-657.7 **Am Ovar**
  - .70↔ Offen chirurgisch (abdominal)
  - .71↔ Vaginal, laparoskopisch assistiert
  - .72↔ Endoskopisch (laparoskopisch)
  - .73↔ Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
  - .74↔ Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
  - .75↔ Vaginal
  - .7x↔ Sonstige
- 5-657.8 **An der Tuba uterina**
  - .80↔ Offen chirurgisch (abdominal)
  - .81↔ Vaginal, laparoskopisch assistiert
  - .82↔ Endoskopisch (laparoskopisch)
  - .83↔ Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
  - .84↔ Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
  - .85↔ Vaginal
  - .8x↔ Sonstige
- 5-657.9 **An Ovar und Tuba uterina**
  - .90↔ Offen chirurgisch (abdominal)
  - .91↔ Vaginal, laparoskopisch assistiert
  - .92↔ Endoskopisch (laparoskopisch)
  - .93↔ Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
  - .94↔ Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
  - .95↔ Vaginal
  - .9x↔ Sonstige
- 5-657.x **Sonstige**
  - .x0↔ Offen chirurgisch (abdominal)
  - .x1↔ Vaginal, laparoskopisch assistiert
  - .x2↔ Endoskopisch (laparoskopisch)
  - .x3↔ Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
  - .x4↔ Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
  - .x5↔ Vaginal
  - .xx↔ Sonstige
- 5-657.y **N.n.bez.**
- 5-658 Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina mit mikrochirurgischer Versorgung**
- 5-658.6 **Am Peritoneum des weiblichen Beckens**  
*Inkl.:* Uterus und Parametrien
- 5-658.7↔ **Am Ovar**
- 5-658.8↔ **An der Tuba uterina**
- 5-658.9↔ **An Ovar und Tuba uterina**
- 5-658.x↔ **Sonstige**
- 5-658.y **N.n.bez.**
- 5-659 Andere Operationen am Ovar**  
*Hinw.:* Der Zugang ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-650 zu kodieren
- \*\*5-659.2 **Exzision einer Parovarialzyste**
- \*\*5-659.x **Sonstige**
- 5-659.y **N.n.bez.**

**5-66 Operationen an der Tuba uterina***Exkl.:* Operationen bei Extrauterin gravidität (5-744)*Hinw.:* Der Zugang ist für die Codes 5-661, 5-665 und 5-666 nach folgender Liste zu kodieren:

- 0↔ Offen chirurgisch (abdominal)
- 1↔ Vaginal, laparoskopisch assistiert
- 2↔ Endoskopisch (laparoskopisch)
- 3↔ Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
- 4↔ Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
- 5↔ Vaginal
- x↔ Sonstige

**5-660 Salpingotomie**

- 5-660.2↔ Offen chirurgisch (abdominal)
- 5-660.3↔ Vaginal, laparoskopisch assistiert
- 5-660.4↔ Endoskopisch (laparoskopisch)
- 5-660.5↔ Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
- 5-660.6↔ Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
- 5-660.7↔ Vaginal
- 5-660.x↔ Sonstige
- 5-660.y N.n.bez.

**5-661 Salpingektomie***Hinw.:* Der Zugang ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-660 zu kodieren

- \*\*5-661.4 Restsalpingektomie
- \*\*5-661.5 Partiiell
- \*\*5-661.6 Total
- 5-661.y N.n.bez.

**5-663 Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]***Hinw.:* Der Zugang ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:

- 0 Offen chirurgisch (abdominal)
- 1 Vaginal, laparoskopisch assistiert
- 2 Endoskopisch (laparoskopisch)
- 3 Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
- 4 Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
- 5 Vaginal
- x Sonstige

- \*\*5-663.0 Elektrokoagulation
- \*\*5-663.1 Anbringen von Clips
- \*\*5-663.2 Anbringen von "Fallopian rings"
- \*\*5-663.3 Fimbriektomie
- \*\*5-663.4 Salpingektomie, partiell
- \*\*5-663.5 Unterbindung mit Durchtrennung oder Destruktion
- \*\*5-663.x Sonstige
- 5-663.y N.n.bez.

**5-665 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina***Hinw.:* Der Zugang ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-660 zu kodieren

- \*\*5-665.4 Exzision
- \*\*5-665.5 Destruktion
- \*\*5-665.x Sonstige
- 5-665.y N.n.bez.

**5-666 Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina**

*Exkl.:* Adhäsioolyse an Ovar und Tuba uterina (5-657, 5-658)

*Hinw.:* Der Zugang ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-660 zu kodieren

- \*\*5-666.8 Tubostomie
- \*\*5-666.9 Fimbrioplastik
- \*\*5-666.a Tubenanastomose
- \*\*5-666.b Salpingouterostomie
- \*\*5-666.x Sonstige
- 5-666.y N.n.bez.

**5-667 Insufflation der Tubae uterinae**

- 5-667.0 Pertubation
- 5-667.1 Chromopertubation
- 5-667.2 Hydropertubation
- 5-667.x Sonstige
- 5-667.y N.n.bez.

**5-669↔ Andere Operationen an der Tuba uterina**

**5-67 Operationen an der Cervix uteri**

**5-670 Dilatation des Zervikalkanals**

**5-671 Konisation der Cervix uteri**

- 5-671.0 Konisation
- 5-671.1 Rekonisation
- 5-671.y N.n.bez.

**5-672 Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri**

- 5-672.0 Exzision
- 5-672.1 Destruktion
  - .10 Kauterisation
  - .11 Elektrokoagulation
  - .12 Laserkoagulation
  - .13 Kryokoagulation
  - .1x Sonstige

- 5-672.x Sonstige
- 5-672.y N.n.bez.

**5-673 Amputation der Cervix uteri**

**5-674 Rekonstruktion der Cervix uteri in der Gravidität**

- 5-674.0 Cerclage
- 5-674.1 Muttermundverschluss
- 5-674.x Sonstige
- 5-674.y N.n.bez.

**5-675 Andere Rekonstruktion der Cervix uteri**

- 5-675.0 Naht (nach Verletzung)
- 5-675.1 Plastische Rekonstruktion
  - Inkl.:* Verschluss einer Fistel
- 5-675.2 Portioplastik
- 5-675.x Sonstige
- 5-675.y N.n.bez.

**5-679    Andere Operationen an der Cervix uteri**

- 5-679.0 Entfernung von Cerclagematerial
- 5-679.x Sonstige
- 5-679.y N.n.bez.

**5-68    Inzision, Exzision und Exstirpation des Uterus**

*Inkl.:* Exenteration des kleinen Beckens

*Hinw.:* Die Verwendung einer Kunststoff- oder biologischen Membran zur Prophylaxe von Adhäsionen ist gesondert zu kodieren (5-933)

**5-680    Inzision des Uterus [Hysterotomie]****5-681    Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus**

- 5-681.0 Exzision von Endometriumsynechien
  - .01 Hysteroskopisch
  - .0x Sonstige
- 5-681.1 Exzision eines kongenitalen Septums
  - .10 Vaginal
  - .11 Hysteroskopisch ohne Kontrolle
  - .12 Hysteroskopisch, laparoskopisch assistiert
  - .13 Hysteroskopisch, sonographisch assistiert
  - .1x Sonstige
- 5-681.3 Exzision sonstigen erkrankten Gewebes des Uterus
  - .30 Offen chirurgisch (abdominal)
  - .31 Vaginal, laparoskopisch assistiert
  - .32 Endoskopisch (laparoskopisch)
  - .33 Hysteroskopisch
  - .34 Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
  - .35 Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
  - .36 Vaginal
  - .3x Sonstige
- 5-681.4 Morcellieren des Uterus als Vorbereitung zur Uterusexstirpation
- 5-681.5 Endometriumablation
  - .50 Ablation durch Rollerball und/oder Schlingenresektion
  - .51 Laserablation
  - .52 Ablation durch Heißwasserballon
  - .53 Hochfrequenzablation
  - .5x Sonstige
- 5-681.6 Destruktion
  - .60 Elektrokoagulation
  - .61 Laserkoagulation
  - .62 Thermokoagulation
  - .63 Kryokoagulation
  - .64 Photodynamische Therapie
  - .65 Magnetresonanz-gesteuerte fokussierte Ultraschallkoagulation [MRgFUS]
    - Hinw.:* Die Dauer der Behandlung durch Magnetresonanz-gesteuerten fokussierten Ultraschall ist gesondert zu kodieren (8-660 ff.)
  - .66 Radiofrequenzablation
  - .6x Sonstige
- 5-681.7 Dopplersonographisch gesteuerte transvaginale temporäre Gefäßokklusion der Uterusarterien
- 5-681.8 Entfernung eines oder mehrerer Myome ohne ausgedehnte Naht des Myometriums
  - Inkl.:* Entfernung eines oder mehrerer Myome ausschließlich mit Serosanht
  - Hinw.:* Die plastische Rekonstruktion des Uterus ist nicht gesondert zu kodieren
  - .80 Offen chirurgisch (abdominal)
  - .81 Vaginal, laparoskopisch assistiert
  - .82 Endoskopisch (laparoskopisch)

- .83 Hysteroskopisch
- .84 Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
- .85 Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
- .86 Vaginal
- .8x Sonstige
- 5-681.9 Entfernung eines oder mehrerer Myome mit ausgedehnter Naht des Myometriums  
*Hinw.:* Eine ausgedehnte Naht des Myometriums liegt vor, wenn eine Adaptation der Wundflächen stattgefunden hat und der Durchmesser von mindestens einem der entfernten Myome 5 cm oder mehr betrug. Die Durchmesser mehrerer Myome sind nicht zu addieren  
 Die plastische Rekonstruktion des Uterus ist nicht gesondert zu kodieren
  - .90 Offen chirurgisch (abdominal)
  - .91 Vaginal, laparoskopisch assistiert
  - .92 Endoskopisch (laparoskopisch)
  - .93 Hysteroskopisch
  - .94 Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
  - .95 Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
  - .96 Vaginal
  - .9x Sonstige
- 5-681.x Sonstige
- 5-681.y N.n.bez.
- 5-682 Subtotale Uterusexstirpation**  
*Hinw.:* Der Zugang ist für die mit \*\* gekennzeichneten Codes in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:
  - 0 Offen chirurgisch (abdominal)
  - 1 Vaginal, laparoskopisch assistiert
  - 2 Endoskopisch (laparoskopisch)
  - 3 Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
  - 4 Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
  - 5 Vaginal
  - x Sonstige
- \*\*5-682.0 Suprazervikal
- \*\*5-682.1 Supravaginal
- 5-682.2 Hemihysterektomie (bei Uterus bicornis)
  - .20 Offen chirurgisch (abdominal)
  - .21 Endoskopisch (laparoskopisch)
  - .22 Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
  - .2x Sonstige
- \*\*5-682.x Sonstige
- 5-682.y N.n.bez.
- 5-683 Uterusexstirpation [Hysterektomie]**  
*Exkl.:* Geburtshilfliche Uterusexstirpation (5-757)  
*Hinw.:* Der Zugang ist für die mit \*\* gekennzeichneten Codes in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:
  - 0 Offen chirurgisch (abdominal)
  - 1 Vaginal
  - 2 Vaginal, laparoskopisch assistiert
  - 3 Endoskopisch (laparoskopisch)
  - 4 Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
  - 5 Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
  - x Sonstige
- \*\*5-683.0 Ohne Salpingoovarektomie
- \*\*5-683.1 Mit Salpingoovarektomie, einseitig
- \*\*5-683.2 Mit Salpingoovarektomie, beidseitig
- 5-683.3 Mit ausgedehnter retroperitonealer Präparation  
*Inkl.:* Bei Endometriose
- \*\*5-683.x Sonstige
- 5-683.y N.n.bez.

**5-684 Zervixstumpfexstirpation**

- 5-684.0 Offen chirurgisch (abdominal)
- 5-684.1 Vaginal
- 5-684.2 Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
- 5-684.3 Vaginal, laparoskopisch assistiert
- 5-684.4 Endoskopisch (laparoskopisch)
- 5-684.5 Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
- 5-684.x Sonstige
- 5-684.y N.n.bez.

**5-685 Radikale Uterusexstirpation**

*Exkl.:* Geburtshilfliche Uterusexstirpation (5-757)

*Hinw.:* Eine durchgeführte (Teil-)Exstirpation der weiblichen Adnexe ist gesondert zu kodieren:

- Salpingoovariektomie (5-653)
- Salpingektomie (5-661)

## 5-685.0 Ohne Lymphadenektomie

- .00 Offen chirurgisch (abdominal)
- .01 Vaginal
- .02 Vaginal, laparoskopisch assistiert
- .03 Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
- .0x Sonstige

## 5-685.1 Mit pelviner Lymphadenektomie

## 5-685.2 Mit paraaortaler Lymphadenektomie

## 5-685.3 Mit pelviner und paraaortaler Lymphadenektomie

## 5-685.4 Totale mesometriale Resektion des Uterus [TMMR]

*Hinw.:* Diese Form der radikalen Uterusexstirpation beinhaltet die Freilegung und Schonung der Nervi splanchnici lumbales, der Plexus hypogastrici superiores, der Nervi hypogastrici, der Plexus hypogastrici inferiores und der bilateralen Gefäß-Nerven-Versorgung der Harnblase

- .40 Ohne Lymphadenektomie
- .41 Mit pelviner Lymphadenektomie  
*Inkl.:* Resektion zusätzlicher Lymphknotenstationen, z.B. präsakrale Lymphknoten, Glutea-superior- und Glutea-inferior-Lymphknoten
- .42 Mit paraaortaler Lymphadenektomie
- .43 Mit pelviner und paraaortaler Lymphadenektomie  
*Inkl.:* Resektion zusätzlicher Lymphknotenstationen, z.B. präsakrale Lymphknoten, Glutea-superior- und Glutea-inferior-Lymphknoten
- .4x Sonstige

## 5-685.x Sonstige

## 5-685.y N.n.bez.

**5-686 Radikale Zervixstumpfexstirpation**

*Hinw.:* Eine durchgeführte (Teil-)Exstirpation der weiblichen Adnexe ist gesondert zu kodieren:

- Salpingoovariektomie (5-653)
- Salpingektomie (5-661)

## 5-686.0 Ohne Lymphadenektomie

- .00 Offen chirurgisch (abdominal)
- .01 Vaginal
- .02 Vaginal, laparoskopisch assistiert
- .03 Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
- .0x Sonstige

## 5-686.1 Mit pelviner Lymphadenektomie

## 5-686.2 Mit paraaortaler Lymphadenektomie

## 5-686.3 Mit pelviner und paraaortaler Lymphadenektomie

## 5-686.x Sonstige

## 5-686.y N.n.bez.

**5-687 Exenteration [Eviszeration] des weiblichen kleinen Beckens**

*Exkl.:* Resektion von Gewebe ohne sichere Organzuordnung (Debulking-Operation) (5-547)

*Hinw.:* Eine durchgeführte Harnableitung ist gesondert zu kodieren (5-564, 5-565, 5-566, 5-567, 5-577)

Eine durchgeführte Darmrekonstruktion ist gesondert zu kodieren (5-460 ff.)

Eine durchgeführte Genital(re)konstruktion ist gesondert zu kodieren:

- Vagina (5-705)
- Vulva (5-716)

5-687.0 Vordere

5-687.1 Hintere

5-687.2 Totale

5-687.3 Laterale erweiterte endopelvine Resektion [LEER]

*Hinw.:* Bei dieser Operation erfolgt zusätzlich zur totalen Entfernung der Beckenorgane eine Resektion der Beckenwand- und Beckenbodenmuskulatur und des Iliaca-interna-Gefäßsystems

.30 Abdominal

.31 Abdominoperineal

*Hinw.:* Eine Rekonstruktion des Beckenbodens und der Perinealregion mit Muskellappen oder myokutanen Lappen ist im Kode enthalten

.3x Sonstige

5-687.y N.n.bez.

**5-689 Andere Inzision und Exzision des Uterus**

5-689.0 Radikale Trachelektomie

*Inkl.:* Entfernung großer Teile der Zervix und der anhängenden Parametrien

*Hinw.:* Die Lymphadenektomie ist gesondert zu kodieren (5-406 ff., 5-407 ff.)

Die Anwendung eines OP-Roboters ist zusätzlich zu kodieren (5-987)

.00 Offen chirurgisch (abdominal)

.01 Vaginal

.02 Vaginal, laparoskopisch assistiert

.03 Endoskopisch (laparoskopisch)

.04 Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch

.05 Umsteigen vaginal - offen chirurgisch

.0x Sonstige

5-689.x Sonstige

5-689.y N.n.bez.

**5-69** **Andere Operationen am Uterus und Operationen an den Parametrien**

**5-690 Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]**

*Inkl.:* Dilatation

*Exkl.:* Kürettage zur Beendigung der Schwangerschaft [Abruptio] (5-751)

*Hinw.:* Eine durchgeführte diagnostische Hysteroskopie ist gesondert zu kodieren (1-672)

5-690.0 Ohne lokale Medikamentenapplikation

5-690.1 Mit lokaler Medikamentenapplikation

5-690.2 Mit Polypentfernung

5-690.x Sonstige

5-690.y N.n.bez.

**5-691 Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers**

*Inkl.:* Entfernung eines Lost-IUD

*Hinw.:* Eine durchgeführte Fremdkörperentfernung durch Hysteroskopie ist unter 8-100.d zu kodieren

**5-692 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Parametrien***Exkl.:* Exzision einer Parovarialzyste (5-659.2)*Hinw.:* Die Verwendung einer Kunststoff- oder biologischen Membran zur Prophylaxe von Adhäsionen ist gesondert zu kodieren (5-933)

Der Zugang ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:

- 0↔ Offen chirurgisch (abdominal)
- 1↔ Vaginal, laparoskopisch assistiert
- 2↔ Endoskopisch (laparoskopisch)
- 3↔ Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
- 4↔ Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
- 5↔ Vaginal
- x↔ Sonstige

**\*\*5-692.0** Exzision**\*\*5-692.1** Destruktion**\*\*5-692.x** Sonstige

5-692.y N.n.bez.

**5-693↔ Plastische Rekonstruktion der Parametrien (bei Lagekorrektur des Uterus)****5-694 Parazervikale Uterusdenervation****5-695 Rekonstruktion des Uterus***Hinw.:* Der Zugang ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:

- 0 Offen chirurgisch (abdominal)
- 1 Vaginal, laparoskopisch assistiert
- 2 Endoskopisch (laparoskopisch)
- 3 Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
- 4 Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
- 5 Vaginal
- x Sonstige

**\*\*5-695.0** Naht (nach Verletzung)**\*\*5-695.1** Plastische Rekonstruktion**\*\*5-695.2** Verschluss einer Fistel*Inkl.:* Verschluss einer uterovesikalen Fistel**\*\*5-695.3** Metroplastik**\*\*5-695.x** Sonstige

5-695.y N.n.bez.

**5-699 Andere Operationen an Uterus und Parametrien****5-70 Operationen an Vagina und Douglasraum****5-700 Kuldotomie****5-701 Inzision der Vagina**

5-701.0 Hymenotomie

5-701.1 Adhäsiolyse

5-701.2 Vaginotomie

*Inkl.:* Drainage

5-701.x Sonstige

5-701.y N.n.bez.

**5-702 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes**

5-702.0 Hymenektomie

5-702.1 Exzision von erkranktem Gewebe der Vagina

5-702.2 Exzision von erkranktem Gewebe des Douglasraumes

*Inkl.:* Endometrioseherde

- 5-702.3 Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina  
 .30 Kauterisation  
 .31 Elektrokoagulation  
 .32 Laserkoagulation  
 .33 Kryokoagulation  
 .3x Sonstige
- 5-702.4 Destruktion von erkranktem Gewebe des Douglasraumes  
*Inkl.:* Endometrioseherde
- 5-702.x Sonstige
- 5-702.y N.n.bez.
- 5-703 Verschluss und (sub-)totale Exstirpation der Vagina**
- 5-703.0 Kolpokleisis
- 5-703.1 Kolpektomie, subtotal
- 5-703.2 Kolpektomie, total
- 5-703.3 Kolpektomie, erweitert (radikal)
- 5-703.x Sonstige
- 5-703.y N.n.bez.
- 5-704 Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik**  
*Exkl.:* Urethrokolposuspension (5-595.1)  
 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)
- 5-704.0 Vorderwandplastik (bei (Urethro-)Zystozele)  
 .00 Ohne alloplastisches Material  
 .01 Mit alloplastischem Material  
*Exkl.:* Obturatorplastik und TVT (5-593.2)  
*Hinw.:* Die Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz oder Gewebeverstärkung ist gesondert zu kodieren (5-932)
- 5-704.1 Hinterwandplastik (bei Rektozele)  
 .10 Ohne alloplastisches Material  
 .11 Mit alloplastischem Material  
*Hinw.:* Die Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz oder Gewebeverstärkung ist gesondert zu kodieren (5-932)
- 5-704.4 Scheidenstumpffixation  
 .40 Offen chirurgisch (abdominal), ohne alloplastisches Material  
 .41 Offen chirurgisch (abdominal), mit alloplastischem Material  
*Hinw.:* Die Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz oder Gewebeverstärkung ist gesondert zu kodieren (5-932)  
 .42 Laparoskopisch  
 .43 Vaginal  
 .44 Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch  
 .45 Umsteigen vaginal - offen chirurgisch  
 .4x Sonstige
- 5-704.5 Zervixstumpffixation  
 .50 Offen chirurgisch (abdominal), ohne alloplastisches Material  
 .51 Offen chirurgisch (abdominal), mit alloplastischem Material  
*Hinw.:* Die Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz oder Gewebeverstärkung ist gesondert zu kodieren (5-932)  
 .52 Laparoskopisch  
 .53 Vaginal  
 .54 Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch  
 .55 Umsteigen vaginal - offen chirurgisch  
 .5x Sonstige
- 5-704.x Sonstige
- 5-704.y N.n.bez.

**5-705 Konstruktion und Rekonstruktion der Vagina**

- 5-705.0 Mit freiem Hauttransplantat
- 5-705.1 Mit Darmtransplantat
- 5-705.2 Mit myokutanem Transpositionsflappen
- 5-705.3 Mit Peritoneum
- 5-705.4 Mit Dura
- 5-705.5 Nach Vecchetti
- 5-705.6 Mit gestielter Haut des Penis (Geschlechtsumwandlung)
- 5-705.7 Eröffnungsplastik (bei Gynatresie)
- 5-705.x Sonstige
- 5-705.y N.n.bez.

**5-706 Andere plastische Rekonstruktion der Vagina**

- 5-706.0 Naht (nach Verletzung)
  - 5-706.1 Hymenraffung
  - 5-706.2 Verschluss einer rekto(kolo-)vaginalen Fistel
    - .20 Offen chirurgisch (abdominal)
    - .21 Vaginal
    - .22 Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
    - .23 Laparoskopisch
    - .2x Sonstige
  - 5-706.3 Verschluss einer ureterovaginalen Fistel
    - .30 Offen chirurgisch (abdominal)
    - .31 Vaginal
    - .32 Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
    - .33 Laparoskopisch
    - .3x Sonstige
  - 5-706.4 Verschluss einer vesikovaginalen Fistel
    - .40 Offen chirurgisch (abdominal)
    - .41 Vaginal
    - .42 Transvesikal
    - .43 Laparoskopisch
    - .44 Umsteigen vesikal oder vaginal - offen chirurgisch
    - .4x Sonstige
  - 5-706.5 Verschluss einer urethrovaginalen Fistel
    - .50 Offen chirurgisch (abdominal)
    - .51 Vaginal
    - .52 Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
    - .53 Laparoskopisch
    - .5x Sonstige
  - 5-706.6 Verschluss einer sonstigen Fistel
    - .60 Offen chirurgisch (abdominal)
    - .61 Vaginal
    - .62 Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
    - .63 Laparoskopisch
    - .6x Sonstige
  - 5-706.x Sonstige
  - 5-706.y N.n.bez.
- 5-707 Plastische Rekonstruktion des kleinen Beckens und des Douglasraumes**
- 5-707.1 Douglasplastik
  - 5-707.2 Enterozelenplastik ohne alloplastisches Material
    - .20 Offen chirurgisch (abdominal)
    - .21 Vaginal

- .22 Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
- .2x Sonstige
- 5-707.3 **Enterozelenplastik mit alloplastischem Material**  
*Hinw.:* Die Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz oder Gewebeverstärkung ist gesondert zu kodieren (5-932)
  - .30 Offen chirurgisch (abdominal)
  - .31 Vaginal
  - .32 Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
  - .3x Sonstige
- 5-707.x Sonstige
- 5-707.y N.n.bez.
- 5-709 Andere Operationen an Vagina und Douglasraum**

## **5-71 Operationen an der Vulva**

### **5-710 Inzision der Vulva**

*Exkl.:* Inzision an der Haut der Vulva (5-892 ff.)

### **5-711 Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste)**

- 5-711.0 Inzision
- 5-711.1 Marsupialisation
- 5-711.2 Exzision
- 5-711.x Sonstige
- 5-711.y N.n.bez.

### **5-712 Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vulva**

- 5-712.0 Exzision  
*Exkl.:* Exzision von erkrankter Haut der Vulva (5-894 ff., 5-895 ff.)
- 5-712.1 Destruktion
  - .10 Kauterisation
  - .11 Elektrokoagulation
  - .12 Laserkoagulation
  - .13 Kryokoagulation
  - .1x Sonstige

- 5-712.x Sonstige
- 5-712.y N.n.bez.

### **5-713 Operationen an der Klitoris**

- 5-713.0 Teilresektion
- 5-713.1 Klitoridektomie
- 5-713.2 Plastische Rekonstruktion (Ziehharmonikaplastik)
- 5-713.x Sonstige
- 5-713.y N.n.bez.

### **5-714 Vulvektomie**

- 5-714.4↔ Partiiell
- 5-714.5↔ Total
- 5-714.y N.n.bez.

### **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)

- 5-716.3 Erweiterungsplastik des Introitus vaginae  
 5-716.4 Konstruktion des Introitus vaginae (bei kongenitalen Fehlbildungen)  
 5-716.5 Fistelverschluss  
 5-716.x↔ Sonstige  
 5-716.y N.n.bez.
- 5-718 Andere Operationen an der Vulva**  
 5-718.0↔ Adhäsiolyse der Labien  
*Exkl.:* Durchtrennung von Labiencynechien bei Verbrennungen (5-927)  
 5-718.x↔ Sonstige  
 5-718.y N.n.bez.
- 5-719 Andere Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen**

## 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 Kode angegeben, zusätzlich zu kodieren (5-984)

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

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

### **5-72 Entbindung aus Beckenendlage und instrumentelle Entbindung**

*Hinw.:* Eine durchgeführte Episiotomie ist im Kode enthalten

Die postnatale Versorgung des Neugeborenen ist gesondert zu kodieren (9-262)

#### **5-720 Zangenentbindung**

- 5-720.0 Aus Beckenausgang  
 5-720.1 Aus Beckenmitte  
 5-720.x Sonstige  
 5-720.y N.n.bez.

#### **5-724 Drehung des kindlichen Kopfes mit Zange**

#### **5-725 Extraktion bei Beckenendlage**

*Inkl.:* Armlösung

*Exkl.:* Wendung mit Extraktion (5-732.2, 5-732.3, 5-732.4)

- 5-725.0 Manuell  
 5-725.1 Instrumentell  
 5-725.2 Kombiniert manuell/instrumentell  
 5-725.x Sonstige  
 5-725.y N.n.bez.

#### **5-727 Spontane und vaginale operative Entbindung bei Beckenendlage**

- 5-727.0 Spontane Entbindung ohne Komplikationen  
*Inkl.:* Manualhilfe nach Bracht
- 5-727.1 Assistierte Entbindung mit Spezialhandgriffen  
 5-727.2 Assistierte Entbindung mit Instrumentenilfe  
 5-727.3 Kombinierte Entbindung mit Spezialhandgriffen und Instrumentenilfe  
 5-727.x Sonstige  
 5-727.y N.n.bez.

**5-728 Vakuumentbindung**

5-728.0 Aus Beckenausgang

5-728.1 Aus Beckenmitte

5-728.x Sonstige

5-728.y N.n.bez.

**5-729 Andere instrumentelle Entbindung**

**5-73** **Andere Operationen zur Geburtseinleitung und unter der Geburt**

*Hinw.:* Die postnatale Versorgung des Neugeborenen ist gesondert zu kodieren (9-262)

**5-730 Künstliche Fruchtblasensprengung [Amniotomie]**

**5-731 Andere operative Geburtseinleitung**

**5-732 Innere und kombinierte Wendung ohne und mit Extraktion**

*Hinw.:* Die Überwachung und Leitung einer normalen Geburt oder einer Risikogeburt sind bei den Codes 5-732.0, 5-732.1, 5-732.5 und 5-732.y gesondert zu kodieren (9-260, 9-261)

5-732.0 Innere Wendung, ohne Extraktion

5-732.1 Kombinierte Wendung, ohne Extraktion

5-732.2 Mit Extraktion, ohne weitere Komplikationen

5-732.3 Mit Extraktion durch Zange am (nachfolgenden) Becken

5-732.4 Mit Extraktion bei sonstiger Komplikation

5-732.5 Am zweiten Zwilling

5-732.y N.n.bez.

**5-733 Misslungene vaginale operative Entbindung**

*Hinw.:* Die Überwachung und Leitung einer normalen Geburt oder einer Risikogeburt sind gesondert zu kodieren (9-260, 9-261)

5-733.0 Misslungene Zangenentbindung

5-733.1 Misslungene Vakuumextraktion

5-733.2 Misslungene innere Wendung

5-733.3 Misslungene kombinierte Wendung

5-733.x Sonstige

5-733.y N.n.bez.

**5-734 Operative Maßnahmen am Feten zur Geburtserleichterung**

*Exkl.:* Intrauterine Therapie des Feten (5-754)

5-734.0 Punktion eines Hydrozephalus

5-734.1 Aszitespunktion

5-734.2 Embryotomie

5-734.3 Destruktion des Feten

5-734.4 Dekapitation des Feten

5-734.x Sonstige

5-734.y N.n.bez.

**5-738 Episiotomie und Naht**

*Hinw.:* Die Überwachung und Leitung einer normalen Geburt oder einer Risikogeburt sind bei den Codes 5-738.2, 5-738.x und 5-738.y gesondert zu kodieren (9-260, 9-261)

5-738.0 Episiotomie

*Hinw.:* Die Naht ist im Code enthalten

5-738.2 Naht einer Episiotomie als selbständige Maßnahme

*Exkl.:* Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum (5-758)

5-738.x Sonstige

5-738.y N.n.bez.

**5-739 Andere Operationen zur Unterstützung der Geburt***Exkl.:* Dilatation des Zervikalkanals (5-670)

- 5-739.0 Inzision der Cervix uteri
- 5-739.1 Symphyseotomie
- 5-739.2 Rückverlagerung einer prolabierten Nabelschnur
- 5-739.x Sonstige
- 5-739.y N.n.bez.

**5-74 Sectio caesarea und Entwicklung des Kindes***Hinw.:* Die postnatale Versorgung des Neugeborenen ist gesondert zu kodieren (9-262)**5-740 Klassische Sectio caesarea***Inkl.:* Entfernung zurückgebliebener Plazenta (postpartal)*Hinw.:* Mit einem Kode aus diesem Bereich ist die Sectio mit transisthmischem Querschnitt zu kodieren

- 5-740.0 Primär
- 5-740.1 Sekundär
- 5-740.y N.n.bez.

**5-741 Sectio caesarea, suprazervikal und korporal***Inkl.:* Entfernung zurückgebliebener Plazenta (postpartal)

- 5-741.0 Primär, suprazervikal
- 5-741.1 Sekundär, suprazervikal
- 5-741.2 Primär, korporal, T-Inzision
- 5-741.3 Sekundär, korporal, T-Inzision
- 5-741.4 Primär, korporal, Längsinzision
- 5-741.5 Sekundär, korporal, Längsinzision
- 5-741.x Sonstige
- 5-741.y N.n.bez.

**5-742 Sectio caesarea extraperitonealis***Inkl.:* Entfernung zurückgebliebener Plazenta (postpartal)

- 5-742.0 Primär
- 5-742.1 Sekundär
- 5-742.y N.n.bez.

**5-743 Entfernung eines intraperitonealen Embryos**

- 5-743.0 Offen chirurgisch
- 5-743.1 Laparoskopisch
- 5-743.2 Umsteigen von laparoskopischem auf offen chirurgisches Vorgehen
- 5-743.3 Über Kuldoskopie
- 5-743.x Sonstige
- 5-743.y N.n.bez.

**5-744 Operationen bei Extrauterin gravidität***Hinw.:* Der Zugang ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:

- 0↔ Offen chirurgisch (abdominal)
- 1↔ Vaginal, laparoskopisch assistiert
- 2↔ Endoskopisch (laparoskopisch)
- 3↔ Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
- 4↔ Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
- 5↔ Vaginal
- x↔ Sonstige

- \*\*5-744.0 Salpingotomie
- \*\*5-744.1 Salpingotomie mit Rekonstruktion

- \*\*5-744.2 Partielle Salpingektomie
- \*\*5-744.3 Partielle Salpingektomie mit Rekonstruktion
- \*\*5-744.4 Totale Salpingektomie
- \*\*5-744.5 Behandlung lokal medikamentös bei Tubargravidität
- \*\*5-744.x Sonstige
- 5-744.y N.n.bez.

**5-749 Andere Sectio caesarea**

*Inkl.:* Entfernung zurückgebliebener Plazenta (postpartal)

- 5-749.0 Resectio  
*Hinw.:* Dieser Kode ist ein Zusatzkode  
Die durchgeführten Eingriffe sind einzeln zu kodieren
- 5-749.1 Misgav-Ladach-Sectio  
.10 Primär  
.11 Sekundär
- 5-749.x Sonstige
- 5-749.y N.n.bez.

**5-75 Andere geburtshilfliche Operationen**

**5-750 Intraamniale Injektion zur Beendigung der Schwangerschaft**

*Exkl.:* Intraamniale Injektion zur Geburtseinleitung (5-731)

**5-751 Kürettage zur Beendigung der Schwangerschaft [Abruptio]**

**5-752 Andere Operationen zur Beendigung einer Schwangerschaft**

**5-753 Therapeutische Amniozentese [Amnionpunktion]**

- 5-753.0 Mit anschließender Auffüllung
- 5-753.1 Mit Nabelschnurpunktion
- 5-753.2 Fetozid
- 5-753.x Sonstige
- 5-753.y N.n.bez.

**5-754 Intrauterine Therapie des Feten**

*Exkl.:* Diagnostische Fetoskopie (1-674)

Fetale Biopsie (1-473.2)

Über die Mutter verabreichte, am Feten wirksame Medikamente zur Prognoseverbesserung bei drohender Frühgeburt

*Hinw.:* Die Überwachung und Leitung einer normalen Geburt oder einer Risikogeburt sind gesondert zu kodieren (9-260, 9-261)

- 5-754.0 Transfusion
- 5-754.1 Anlegen von Drainagen  
.10 Intrauterine Drainagetherapie am Feten  
.11 Amniondrainage  
.1x Sonstige
- 5-754.2 Medikamentös
- 5-754.3 Anlegen eines feto-amnialen Shunts
- 5-754.4 Lasertherapie (z.B. bei Gefäßanastomosen)
- 5-754.5 Serieller Fruchtwasseraustausch
- 5-754.6 Hochfrequenzablation von Tumorgefäßen und/oder Plazentagefäßen
- 5-754.7 Kontinuierliche Amnioninfusion über ein subkutan implantiertes Portsystem
- 5-754.x Sonstige
- 5-754.y N.n.bez.

**5-755 Andere intrauterine Operationen am Feten***Exkl.:* Diagnostische Fetoskopie (1-674)

Fetale Biopsie (1-473.2)

*Hinw.:* Die Überwachung und Leitung einer normalen Geburt oder einer Risikogeburt sind gesondert zu kodieren (9-260, 9-261)

5-755.0 Fetoskopischer temporärer Verschluss der Luftröhre durch Latexballons

5-755.1 Fetoskopische Entfernung eines Latexballons

5-755.2 Fetoskopische Überstimulation bei Herzrhythmusstörungen

5-755.3 Vorgeburtliche Eröffnung einer Herzklappe

5-755.4 Vorgeburtliche Eröffnung des Foramen ovale

5-755.5 EXIT [Ex utero intrapartum treatment]-Operation beim Feten mit Kehlkopf- oder Luftröhrenverschluss unter Entbindung

5-755.6 Fetoskopische Eröffnung von posterioren Harnklappen

5-755.7 Operativer Verschluss oder Abdeckung des offenen Rückens

5-755.8 Implantation eines Herzschrittmachers

5-755.9 Eröffnung eines Kehlkopf- oder Luftröhrenverschlusses

5-755.x Sonstige

5-755.y N.n.bez.

**5-756 Entfernung zurückgebliebener Plazenta (postpartal)***Exkl.:* Abortkürettage (5-690.0)*Hinw.:* Ein Kode aus diesem Bereich ist nicht anzugeben, wenn eine Sectio caesarea durchgeführt wurde

Die Überwachung und Leitung einer normalen Geburt oder einer Risikogeburt sind gesondert zu kodieren (9-260, 9-261)

5-756.0 Manuell

5-756.1 Instrumentell

5-756.x Sonstige

5-756.y N.n.bez.

**5-757 Uterusexstirpation, geburtshilflich***Hinw.:* Die Überwachung und Leitung einer normalen Geburt oder einer Risikogeburt sind gesondert zu kodieren (9-260, 9-261)**5-758 Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]***Hinw.:* Die Überwachung und Leitung einer normalen Geburt oder einer Risikogeburt sind gesondert zu kodieren (9-260, 9-261)

5-758.0 Cervix uteri

5-758.1 Uterus

5-758.2 Vagina

5-758.3 Naht an der Haut von Perineum und Vulva

5-758.4 Naht an Haut und Muskulatur von Perineum und Vulva

5-758.5 Naht an Haut und Muskulatur von Perineum und Vulva und Naht des Sphincter ani

5-758.6 Naht an Haut und Muskulatur von Perineum und Vulva, Naht des Sphincter ani und Naht am Rektum

5-758.7 Rekonstruktion von Blase und Urethra

5-758.8 Rekonstruktion von Rektum und Sphincter ani

5-758.x Sonstige

5-758.y N.n.bez.

**5-759 Andere geburtshilfliche Operationen**

*Hinw.:* Die Überwachung und Leitung einer normalen Geburt oder einer Risikogeburt sind gesondert zu kodieren (9-260, 9-261)

**5-759.0 Tamponade von Uterus und Vagina**

*Hinw.:* Der lokale Zusatz von blutstillenden Medikamenten ist im Kode enthalten

.00 Ohne Einführung eines Tamponade-Ballons

.01 Mit Einführung eines Tamponade-Ballons

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

**5-759.2 Operative Korrektur einer Inversio uteri**

**5-759.x Sonstige**

**5-759.y N.n.bez.**

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

*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)

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

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)

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)

**5-76 Operationen bei Gesichtsschädelfrakturen**

*Exkl.:* Reposition einer Nasenbeinfraktur (5-216)

Replantation eines Zahnes (5-235)

Rekonstruktion der Weichteile im Gesicht (5-778)

*Hinw.:* Die Entnahme eines Transplantates zur mikrovaskulären Anastomosierung ist gesondert zu kodieren (5-858)

**5-760 Reposition einer lateralen Mittelgesichtsfraktur**

*Hinw.:* Die Art der Osteosynthese ist für die mit \*\* gekennzeichneten Kodes in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:

0↔ Externe Fixation

1↔ Osteosynthese durch Draht

2↔ Osteosynthese durch Schraube

3↔ Osteosynthese durch Platte

4↔ Osteosynthese durch Materialkombinationen

x↔ Sonstige

**5-760.0↔ Jochbeinkörper, geschlossen**

*Inkl.:* Externe Fixation

**\*\*5-760.1 Jochbeinkörper, offen, Einfachfraktur**

**\*\*5-760.2 Jochbeinkörper, offen, Mehrfachfraktur**

**5-760.3↔ Jochbogen, geschlossen**

*Inkl.:* Externe Fixation

**\*\*5-760.4 Jochbogen, offen**

**5-760.5↔ Jochbeinkörper und Jochbogen, geschlossen**

*Inkl.:* Externe Fixation

**\*\*5-760.6 Jochbeinkörper und Jochbogen, offen**

- \*\*5-760.x Sonstige  
5-760.y N.n.bez.
- 5-761 Reposition einer zentralen Mittelgesichtsfraktur**  
*Hinw.:* Die Art der Osteosynthese ist für die mit \*\* gekennzeichneten Codes in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:
- 0 Externe Fixation
  - 1 Osteosynthese durch Draht
  - 2 Osteosynthese durch Schraube
  - 3 Osteosynthese durch Platte
  - 4 Osteosynthese durch Materialkombinationen
  - x Sonstige
- 5-761.0 Maxilla, geschlossen  
*Inkl.:* Externe Fixation
- \*\*5-761.1 Maxilla, offen
- 5-761.2 Processus alveolaris maxillae, geschlossen
- \*\*5-761.3 Processus alveolaris maxillae, offen
- \*\*5-761.4 Nasoethmoidal, offen  
*Exkl.:* Rekonstruktion der Hirnhäute (5-021)  
Rekonstruktion des Tränenkanales (5-086)  
Operationen am Kanthus/Epikanthus (5-092)  
Operationen an den Nasennebenhöhlen (5-22)
- \*\*5-761.x Sonstige  
5-761.y N.n.bez.
- 5-762 Reposition einer zentrolateralen Mittelgesichtsfraktur**  
*Hinw.:* Die Art der Osteosynthese ist für die mit \*\* gekennzeichneten Codes in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:
- 0 Externe Fixation
  - 1 Osteosynthese durch Draht
  - 2 Osteosynthese durch Schraube
  - 3 Osteosynthese durch Platte
  - 4 Osteosynthese durch Materialkombinationen
  - x Sonstige
- 5-762.0 Geschlossen  
*Inkl.:* Externe Fixation
- \*\*5-762.1 Offen
- \*\*5-762.x Sonstige  
5-762.y N.n.bez.
- 5-763 Reposition anderer kombinierter Mittelgesichtsfrakturen (Mehrfachfraktur)**  
*Hinw.:* Die Art der Osteosynthese ist für die mit \*\* gekennzeichneten Codes in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:
- 0 Externe Fixation
  - 1 Osteosynthese durch Draht
  - 2 Osteosynthese durch Schraube
  - 3 Osteosynthese durch Platte
  - 4 Osteosynthese durch Materialkombinationen
  - x Sonstige
- 5-763.0 Kombiniert zentrolateral und zentrolateral, geschlossen  
*Inkl.:* Externe Fixation
- \*\*5-763.1 Kombiniert zentrolateral und zentrolateral, offen
- 5-763.2 Kombiniert zentrolateral und lateral, geschlossen  
*Inkl.:* Externe Fixation
- \*\*5-763.3 Kombiniert zentrolateral und lateral, offen
- 5-763.4 Kombiniert zentrolateral und zentral, geschlossen  
*Inkl.:* Externe Fixation

- \*\*5-763.5 Kombiniert zentrolateral und zentral, offen
- 5-763.6 Kombiniert zentrolateral und andere, geschlossen  
*Inkl.:* Externe Fixation
- \*\*5-763.7 Kombiniert zentrolateral und andere, offen
- \*\*5-763.x Sonstige
- 5-763.y N.n.bez.

**5-764 Reposition einer Fraktur des Corpus mandibulae und des Processus alveolaris mandibulae**

*Hinw.:* Die Art der Osteosynthese ist für die mit \*\* gekennzeichneten Codes in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:

- 0↔ Externe Fixation
- 1↔ Osteosynthese durch Draht
- 2↔ Osteosynthese durch Schraube
- 3↔ Osteosynthese durch Platte
- 4↔ Osteosynthese durch Materialkombinationen
- x↔ Sonstige

- 5-764.0↔ Corpus mandibulae, geschlossen  
*Inkl.:* Externe Fixation
- \*\*5-764.1 Corpus mandibulae, offen, Einfachfraktur
- \*\*5-764.2 Corpus mandibulae, offen, Mehrfachfraktur
- 5-764.3 Processus alveolaris mandibulae, geschlossen
- 5-764.4 Processus alveolaris mandibulae, offen
  - .40 Mit externer Fixation
  - .41 Mit Osteosynthese durch Draht
  - .42 Mit Osteosynthese durch Schraube
  - .43 Mit Osteosynthese durch Platte
  - .44 Mit Osteosynthese durch Materialkombinationen
  - .4x Mit sonstiger Osteosynthese
- \*\*5-764.x Sonstige
- 5-764.y N.n.bez.

**5-765 Reposition einer Fraktur des Ramus mandibulae und des Processus articularis mandibulae**

*Exkl.:* Geschlossene Reposition des Kiefergelenkes

*Hinw.:* Die Art der Osteosynthese ist für die mit \*\* gekennzeichneten Codes in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:

- 0↔ Externe Fixation
- 1↔ Osteosynthese durch Draht
- 2↔ Osteosynthese durch Schraube
- 3↔ Osteosynthese durch Platte
- 4↔ Osteosynthese durch Materialkombinationen
- x↔ Sonstige

- 5-765.0↔ Ramus mandibulae, geschlossen  
*Inkl.:* Externe Fixation
- \*\*5-765.1 Ramus mandibulae, offen transoral, Einfachfraktur
- \*\*5-765.2 Ramus mandibulae, offen transoral, Mehrfachfraktur
- \*\*5-765.3 Ramus mandibulae, offen von außen, Einfachfraktur
- \*\*5-765.4 Ramus mandibulae, offen von außen, Mehrfachfraktur
- 5-765.5↔ Processus articularis mandibulae, geschlossen
- \*\*5-765.6 Processus articularis mandibulae, offen, transoral
- \*\*5-765.7 Processus articularis mandibulae, offen, von außen
- 5-765.8↔ Operative Funktions- oder Extensionsbehandlung
- \*\*5-765.x Sonstige
- 5-765.y N.n.bez.

**5-766 Reposition einer Orbitafraktur***Inkl.:* Osteosynthese, Membranen, Folien*Exkl.:* Operation an Orbita und Augapfel (5-16)

- 5-766.0↔ Orbitadach, offen
- 5-766.1↔ Orbitawand, lateral, offen
- 5-766.2↔ Orbitawand, medial, offen
- 5-766.3↔ Orbitaboden, offen, von außen
- 5-766.4↔ Orbitaboden, offen, transantral
- 5-766.5↔ Orbitaboden, offen, transkonjunktival
- 5-766.6↔ Orbitaboden, offen, kombiniert
- 5-766.x↔ Sonstige
- 5-766.y N.n.bez.

**5-767 Reposition einer Stirnhöhlenwandfraktur***Inkl.:* Osteosynthese*Exkl.:* Kranioplastik (5-020)

Rekonstruktion der Schädelbasis (5-020.4)

Rekonstruktion der Hirnhäute (5-021)

Operation am Sinus frontalis (5-223)

- 5-767.0 Vorderwand, offen
- 5-767.1 Vorderwand, endoskopisch
- 5-767.2 Vorderwand, Heben einer Impressionsfraktur
- 5-767.3 Hinterwand, offen
- 5-767.4 Hinterwand und Vorderwand, offen
- 5-767.x Sonstige
- 5-767.y N.n.bez.

**5-768 Reosteotomien disloziert verheilte Gesichtsschädelfrakturen***Inkl.:* Osteosynthese*Exkl.:* Primäre Versorgung von Gesichtsschädelfrakturen (5-760 ff., 5-761 ff., 5-762 ff., 5-763 ff., 5-764 ff., 5-765 ff., 5-766 ff., 5-767 ff.)

- 5-768.0↔ Im lateralen Mittelgesicht
- 5-768.1 Im zentralen Mittelgesicht
- 5-768.2 Im zentrolateralen Mittelgesicht
- 5-768.3↔ An der Mandibula
- 5-768.x↔ Sonstige
- 5-768.y N.n.bez.

**5-769 Andere Operationen bei Gesichtsschädelfrakturen***Exkl.:* Kranioplastik, Dekompression einer Fraktur des Hirnschädels (5-020)

- 5-769.0 Maßnahmen zur Okklusionssicherung an der Maxilla
- 5-769.1 Maßnahmen zur Okklusionssicherung an der Mandibula
- 5-769.2 Maßnahmen zur Okklusionssicherung an Maxilla und Mandibula
- 5-769.3 Extension von Gesichtsschädelfrakturen
- 5-769.4 Entfernung von Schienenverbänden der Maxilla
- 5-769.5 Entfernung von Schienenverbänden der Mandibula
- 5-769.6 Entfernung intermaxillärer Fixationsgeräte
- 5-769.x Sonstige
- 5-769.y N.n.bez.

**5-77** **Andere Operationen an Gesichtsschädelknochen**

*Hinw.:* Die Entnahme eines Transplantates zur mikrovaskulären Anastomosierung ist gesondert zu kodieren (5-858)

**5-770** **Inzision (Osteotomie), lokale Exzision und Destruktion (von erkranktem Gewebe) eines Gesichtsschädelknochens**

*Inkl.:* Dekortikation und Entfernung von periostalem Narbengewebe

*Hinw.:* Eine Knochentransplantation ist gesondert zu kodieren (5-77b ff.)

5-770.0 Inzision (z.B. sagittale Spaltung)

5-770.1 Sequesterotomie (z.B. bei Kieferosteomyelitis)

.10 Mit Debridement und Drainage

.11 Mit Entfernung eines Sequesters

.12 Mit Einlegen eines Medikamententrägers

.1x Sonstige

5-770.2 Eröffnung eines Hohlraumes

*Exkl.:* Entfernung einer Zyste (5-243)

5-770.3 Entfernung eines Fremdkörpers

5-770.4 Exzision

5-770.5 Dekortikation (z.B. bei Kieferosteomyelitis)

5-770.6 Exzision von periostalem Narbengewebe (nach Dekortikation)

5-770.7 Abtragung (modellierende Osteotomie)

5-770.8 Destruktion

5-770.x Sonstige

5-770.y N.n.bez.

**5-771** **Partielle und totale Resektion eines Gesichtsschädelknochens**

*Exkl.:* Kombinierte Rekonstruktion von Hirnschädel und Gesichtsschädel (5-020.6)

*Hinw.:* Eine Knochentransplantation ist gesondert zu kodieren (5-77b ff.)

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

0 Ohne Rekonstruktion

1 Rekonstruktion mit nicht vaskularisiertem Transplantat

2 Rekonstruktion mit mikrovaskulär-anastomisiertem Transplantat

3 Rekonstruktion von Weich- und Hartgewebe (einschließlich alloplastische Rekonstruktion)

x Sonstige

\*\*5-771.0 Alveolarkamm

\*\*5-771.1 Maxilla, partiell

*Inkl.:* Hemimaxillektomie

\*\*5-771.2 Maxilla, (sub-)total

\*\*5-771.3 Sonstiger Gesichtsschädelknochen, partiell

\*\*5-771.4 Sonstiger Gesichtsschädelknochen, (sub-)total

\*\*5-771.5 Mehrere Gesichtsschädelknochen, partiell

\*\*5-771.6 Mehrere Gesichtsschädelknochen, (sub-)total

\*\*5-771.7 Ein Gesichtsschädelknochen, radikal (mit umgebendem Gewebe)

\*\*5-771.8 Mehrere Gesichtsschädelknochen, radikal (mit umgebendem Gewebe)

\*\*5-771.x Sonstige

5-771.y N.n.bez.

**5-772** **Partielle und totale Resektion der Mandibula**

*Hinw.:* Eine Knochentransplantation ist gesondert zu kodieren (5-77b ff.)

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

0 Ohne Rekonstruktion

1 Rekonstruktion mit nicht vaskularisiertem Transplantat

2 Rekonstruktion mit mikrovaskulär-anastomisiertem Transplantat

3 Alloplastische Rekonstruktion

x Sonstige

- \*\*5-772.0 Resektion, partiell, ohne Kontinuitätsdurchtrennung
- \*\*5-772.1 Resektion, partiell, mit Kontinuitätsdurchtrennung
- \*\*5-772.2 Hemimandibulektomie
- \*\*5-772.3 Mandibulektomie, (sub-)total
- \*\*5-772.4 Mandibulektomie, radikal (mit umgebendem Gewebe)
- \*\*5-772.x Sonstige
- 5-772.y N.n.bez.
- 5-773 Arthroplastik am Kiefergelenk**
- Inkl.:* Osteosynthese
- Exkl.:* Kondylotomie (5-775.0)
- Hinw.:* Die Entnahme eines Transplantates ist gesondert zu kodieren (5-783)  
Eine Knochen transplantation ist gesondert zu kodieren (5-77b ff.)
- 5-773.0↔ Hohe Kondylektomie
- 5-773.1 Kondylektomie
- .10↔ Ohne Rekonstruktion
- .11↔ Mit Rekonstruktion n.n.bez.
- .12↔ Mit Rekonstruktion durch Knochen
- .13↔ Mit Rekonstruktion durch Muskeltransplantat
- .14↔ Mit Rekonstruktion durch alloplastisches Material
- .1x↔ Sonstige
- 5-773.2 Exstirpation des Discus articularis
- .20↔ Ohne Rekonstruktion
- .21↔ Mit Rekonstruktion n.n.bez.
- .22↔ Mit Rekonstruktion durch Knochen
- .23↔ Mit Rekonstruktion durch Weichteilersatz
- .24↔ Mit Rekonstruktion durch Muskeltransplantat
- .25↔ Mit Rekonstruktion durch alloplastisches Material
- .2x↔ Sonstige
- 5-773.3↔ Diskusreposition
- 5-773.4 Diskoplastik
- .40↔ Ohne Rekonstruktion
- .41↔ Mit Rekonstruktion n.n.bez.
- .42↔ Mit Rekonstruktion durch Knochen
- .43↔ Mit Rekonstruktion durch Weichteilersatz
- .44↔ Mit Rekonstruktion durch Muskeltransplantat
- .45↔ Mit Rekonstruktion durch alloplastisches Material
- .4x↔ Sonstige
- 5-773.5↔ Resektion am Tuberculum articulare
- 5-773.6↔ Gelenkstabilisierung (bewegungseinschränkend)
- 5-773.7 Entfernung eines freien Gelenkkörpers
- .70↔ Offen chirurgisch
- .71↔ Arthroskopisch
- .7x↔ Sonstige
- 5-773.8↔ Synovektomie
- 5-773.9↔ Plastische Rekonstruktion
- 5-773.a Implantation einer Endoprothese
- Exkl.:* Wechsel einer Endoprothese (5-779.2)
- .a0↔ Totalendoprothese mit vorgefertigten Komponenten
- .a1↔ Totalendoprothese mit CAD-CAM-gefertigten Komponenten
- Hinw.:* Die CT-Planung ist im Code enthalten
- .a2↔ Gelenkkopfprothese
- .ax↔ Sonstige
- 5-773.x↔ Sonstige
- 5-773.y N.n.bez.

**5-774 Plastische Rekonstruktion und Augmentation der Maxilla**

*Inkl.:* Osteosynthese

*Hinw.:* Die Entnahme eines Transplantates ist gesondert zu kodieren (5-783)  
Eine Knochentransplantation ist gesondert zu kodieren (5-77b ff.)

- 5-774.0 Auflagerungsplastik, partiell
- 5-774.1 Auflagerungsplastik, total
- 5-774.2 Interpositionsplastik, ohne Kontinuitätsdurchtrennung (horizontal)
- 5-774.3 Interpositionsplastik, mit Kontinuitätsdurchtrennung (vertikal), partiell
- 5-774.4 Interpositionsplastik, mit Kontinuitätsdurchtrennung (vertikal), subtotal
- 5-774.5↔ Anheben des Kieferhöhlenbodens [Sinuslifting]
- 5-774.6 Durch Einbringen einer Folie/Membran
- 5-774.7 Durch alloplastische Implantate
  - .70 Mit einfachem Implantat (z.B. Knochenzement)
  - .71 Mit computerassistent vorgefertigtem Implantat [CAD-Implantat], einfacher Defekt
  - .72 Mit computerassistent vorgefertigtem Implantat [CAD-Implantat], großer oder komplexer Defekt
- 5-774.8 Durch autogenes Knochentransplantat, mit mittels CAD-Verfahren geplanten und hergestellten Schablonen
- 5-774.x↔ Sonstige
- 5-774.y N.n.bez.

**5-775 Plastische Rekonstruktion und Augmentation der Mandibula**

*Inkl.:* Osteosynthese

*Hinw.:* Die Entnahme eines Transplantates ist gesondert zu kodieren (5-783)  
Eine Knochentransplantation ist gesondert zu kodieren (5-77b ff.)

- 5-775.0↔ Kondylotomie
- 5-775.1 Auflagerungsplastik, partiell
- 5-775.2 Auflagerungsplastik, total
- 5-775.3 Interpositionsplastik, ohne Kontinuitätsdurchtrennung (horizontal)
- 5-775.4 Interpositionsplastik, mit Kontinuitätsdurchtrennung (vertikal), partiell
- 5-775.5 Interpositionsplastik, mit Kontinuitätsdurchtrennung (vertikal), subtotal
- 5-775.6 Kinnplastik
- 5-775.7 Durch alloplastische Implantate
  - .70 Mit einfachem Implantat (z.B. Knochenzement)
  - .71 Mit computerassistent vorgefertigtem Implantat [CAD-Implantat], einfacher Defekt
  - .72 Mit computerassistent vorgefertigtem Implantat [CAD-Implantat], großer oder komplexer Defekt
- 5-775.8 Durch Einbringen einer Folie/Membran
- 5-775.9 Durch autogenes Knochentransplantat, mit mittels CAD-Verfahren geplanten und hergestellten Schablonen
- 5-775.x↔ Sonstige
- 5-775.y N.n.bez.

**5-776 Osteotomie zur Verlagerung des Untergesichtes**

*Inkl.:* Positionierung der Osteotomiesegmente mit Hilfseinrichtungen

*Hinw.:* Die Entnahme eines Transplantates ist gesondert zu kodieren (5-783)  
Eine Knochentransplantation ist gesondert zu kodieren (5-77b ff.)

- 5-776.0 Im Alveolarkambereich frontal
- 5-776.1↔ Im Alveolarkambereich seitlich
- 5-776.2 Mit Kontinuitätsdurchtrennung der Mandibula frontal
- 5-776.3↔ Mit Kontinuitätsdurchtrennung am horizontalen Mandibulaast
- 5-776.4↔ Mit Kontinuitätsdurchtrennung am aufsteigenden Mandibulaast
- 5-776.5 Kinnverlagerung

- 5-776.6↔ Verlagerung des Unterkiefers durch Distraction mit Kontinuitätsdurchtrennung im aufsteigenden Mandibulaast  
 5-776.7↔ Verlagerung der Mandibula durch Distraction nach Osteotomie im horizontalen Mandibulaast  
 5-776.9↔ Verlagerung des Alveolarfortsatzes durch horizontale Distraction nach Osteotomie  
 5-776.x↔ Sonstige  
 5-776.y N.n.bez.

### 5-777 Osteotomie zur Verlagerung des Mittelgesichtes

*Inkl.:* Positionierung der Osteotomiesegmente mit Hilfseinrichtungen

*Hinw.:* Die Entnahme eines Transplantates ist gesondert zu kodieren (5-783)

Eine Knochentransplantation ist gesondert zu kodieren (5-77b ff.)

Die Anwendung der Distraction ist für die mit \*\* gekennzeichneten Codes in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:

- 0 Ohne Distraction  
 1 Mit Distraction

- \*\*5-777.0 Im Alveolarkambereich frontal  
 5-777.1 Im Alveolarkambereich seitlich  
 .10↔ Ohne Distraction  
 .11↔ Mit Distraction  
 \*\*5-777.2 Im Alveolarkambereich frontal und seitlich in mehreren Segmenten  
 \*\*5-777.3 In der Le-Fort-I-Ebene in einem Stück  
 \*\*5-777.4 In der Le-Fort-I-Ebene in zwei Stücken  
*Inkl.:* Transpalatinale Distraction  
 \*\*5-777.5 In der Le-Fort-I-Ebene in drei oder mehr Stücken  
 \*\*5-777.6 In der Le-Fort-II-Ebene  
 \*\*5-777.7 In der Le-Fort-II-Ebene, kombiniert mit anderer Osteotomie  
 \*\*5-777.8 In der Le-Fort-III-Ebene  
 \*\*5-777.9 In der Le-Fort-III-Ebene, kombiniert mit Le-Fort-I-Ebene  
 5-777.x Sonstige  
 5-777.y N.n.bez.

### 5-778 Rekonstruktion der Weichteile im Gesicht

*Exkl.:* Plastische Operationen an Lippe und Mundwinkel (5-908)

- 5-778.0 Naht (nach Verletzung), einschichtig  
 5-778.1 Naht (nach Verletzung), mehrschichtig  
 5-778.2 Plastische Sofortrekonstruktion  
 5-778.x Sonstige  
 5-778.y N.n.bez.

### 5-779 Andere Operationen an Kiefergelenk und Gesichtsschädelknochen

- 5-779.0↔ Reposition einer temporomandibulären Luxation, geschlossen (operativ)  
 5-779.1↔ Reposition einer temporomandibulären Luxation, offen  
 5-779.2 Wechsel einer Kiefergelenkendoprothese  
 .20↔ In Totalendoprothese mit vorgefertigten Komponenten  
 .21↔ In Totalendoprothese mit CAD-CAM-gefertigten Komponenten  
*Hinw.:* Die CT-Planung ist im Code enthalten  
 .22↔ In Gelenkkopfprothese  
 .2x↔ Sonstige  
 5-779.3↔ Entfernung von Osteosynthesematerial  
*Exkl.:* Entfernung eines Distraktors (5-779.5)  
 5-779.4 Anwendung einer OP-Simulation im Gesichtsbereich bei skelettverlagernden Operationen  
*Hinw.:* Dieser Code ist ein Zusatzcode. Die durchgeführten Eingriffe sind einzeln zu kodieren  
 5-779.5 Entfernung eines Distraktors

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

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

- 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)  
 Die Anwendung von minimalinvasiver Technik ist, sofern nicht als eigener Kode angegeben, zusätzlich zu kodieren (5-986)  
 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)  
 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 Anwendung eines OP-Roboters ist zusätzlich zu kodieren (5-987)  
 Die Anwendung eines Navigationssystems ist zusätzlich zu kodieren (5-988)  
 Die Anwendung von hypoallergenem Material ist zusätzlich zu kodieren (5-931.0)

### **5-78** Operationen an anderen Knochen

- Exkl.:* Operationen an Gesichtsschädelknochen (5-76, 5-77)  
 Operationen an Rippe und Sternum (5-34)  
 Operationen an der Wirbelsäule (5-83)
- Hinw.:* Aufwendige Gipsverbände sind gesondert zu kodieren (8-310)  
 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 bis 5-782, 5-783, 5-784, 5-785, 5-787 und 5-789 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

**5-780 Inzision am Knochen, septisch und aseptisch**

*Inkl.:* Saug-Spül-Drainage

*Exkl.:* Implantation von Knochenersatz (5-785)

*Hinw.:* Eine durchgeführte Knochen transplantation ist gesondert zu kodieren (5-784)

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

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

\*\*5-780.0 Exploration von Knochengewebe

\*\*5-780.1 Knochenbohrung

\*\*5-780.2 Drainage

\*\*5-780.3 Entfernung eines Fremdkörpers

\*\*5-780.4 Einlegen eines Medikamententrägers

*Inkl.:* Wechsel

\*\*5-780.5 Entfernen eines Medikamententrägers

\*\*5-780.6 Debridement

*Inkl.:* Drainage

Ausräumung eines Panaritium ossale

\*\*5-780.7 Sequesterotomie

*Inkl.:* Debridement

Entfernung eines Sequesters

\*\*5-780.8 Sequesterotomie mit Einlegen eines Medikamententrägers

*Inkl.:* Debridement

Entfernung eines Sequesters

\*\*5-780.9 Kombination einer anderen Inzision mit Einlegen eines Medikamententrägers

\*\*5-780.x Sonstige

5-780.y N.n.bez.

**5-781 Osteotomie und Korrekturosteotomie**

*Inkl.:* Zeichnerische Planung

*Exkl.:* Patellaosteotomie (5-804.4)

Osteotomie an Metatarsale und Phalangen des Fußes (5-788)

*Hinw.:* Eine durchgeführte Knochen transplantation ist gesondert zu kodieren (5-784)

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

Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-780 zu kodieren

\*\*5-781.0 Valgisierende Osteotomie

[6. Stelle: 0-h,k-u,z,x]

\*\*5-781.1 Varisierende Osteotomie

[6. Stelle: 0-h,k-u,z,x]

\*\*5-781.2 (De-)Rotationsosteotomie

[6. Stelle: 0-h,k-u,z,x]

\*\*5-781.3 Verkürzungsosteotomie

[6. Stelle: 0-h,k-u,z,x]

\*\*5-781.4 Verlängerungsosteotomie

[6. Stelle: 0-h,k-u,z,x]

\*\*5-781.5 Valgisierende (De-)Rotationsosteotomie

[6. Stelle: 0-h,k-u,z,x]

\*\*5-781.6 Varisierende (De-)Rotationsosteotomie

[6. Stelle: 0-h,k-u,z,x]

\*\*5-781.7 Kortikotomie bei Segmenttransport

[6. Stelle: 0-h,k-u,z,x]

\*\*5-781.8 Komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie

[6. Stelle: 0-h,k-u,z,x]

*Exkl.:* Arthroplastik am Hüftgelenk mit Osteotomie des Beckens (5-829.0)

\*\*5-781.9 Komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie mit Achsenkorrektur

[6. Stelle: 0-h,k-u,z,x]

- \*\*5-781.a** Osteotomie ohne Achsenkorrektur  
[6. Stelle: 0-h,k-u,z,x]
- \*\*5-781.x** Sonstige  
[6. Stelle: 0-h,k-u,z,x]
- 5-781.y N.n.bez.
- 5-782 Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe**  
*Inkl.:* Entfernung osteochondraler Fragmente  
*Exkl.:* Teilresektion der Patella (5-804.5)  
Patellektomie (5-804.6)  
Resektion an Metatarsale und Phalangen des Fußes (5-788)  
Biopsie an Knochen durch Inzision (1-503)  
*Hinw.:* Eine durchgeführte Endoprothesenimplantation ist gesondert zu kodieren (5-82 ff.)  
Ein durchgeführter Knochenersatz ist gesondert zu kodieren (5-785)  
Eine durchgeführte Knochen transplantation ist gesondert zu kodieren (5-784)  
Eine durchgeführte Osteosynthese ist gesondert zu kodieren (5-786)  
Die Weichteilresektion beinhaltet eine radikale Weichteilresektion  
Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach der Liste der Knochen vor Kode 5-780 zu kodieren  
Bei der totalen Resektion eines Knochens ist für die langen Röhrenknochen auf der 6. Stelle jeweils der Kode für den Schaft zu verwenden
- \*\*5-782.0** Partielle Resektion  
[6. Stelle: 0-h,k-u,z,x]  
*Inkl.:* Exzision
- \*\*5-782.1** Partielle Resektion mit Weichteilresektion  
[6. Stelle: 0-h,k-u,z,x]  
*Inkl.:* Exzision
- \*\*5-782.2** Partielle Resektion mit Kontinuitätsdurchtrennung  
[6. Stelle: 0-h,k-u,z,x]
- \*\*5-782.3** Partielle Resektion mit Kontinuitätsdurchtrennung und mit Weichteilresektion  
[6. Stelle: 0-h,k-u,z,x]
- \*\*5-782.4** Partielle Resektion mit Kontinuitätsdurchtrennung und mit Wiederherstellung der Kontinuität  
[6. Stelle: 0-h,k-u,z,x]
- \*\*5-782.5** Partielle Resektion mit Kontinuitätsdurchtrennung, Wiederherstellung der Kontinuität und Weichteilresektion  
[6. Stelle: 0-h,k-u,z,x]
- \*\*5-782.6** Totale Resektion eines Knochens  
[6. Stelle: 0,2,5,8,a-d,g,m,q,s-u,z,x]
- \*\*5-782.7** Totale Resektion eines Knochens mit Weichteilresektion  
[6. Stelle: 0,2,5,8,a-d,g,m,q,s-u,z,x]
- \*\*5-782.8** Totale Resektion eines Knochens mit Ersatz  
[6. Stelle: 0,2,5,8,a-d,g,m,q,s-u,z,x]
- \*\*5-782.9** Totale Resektion eines Knochens mit Ersatz und mit Weichteilresektion  
[6. Stelle: 0,2,5,8,a-d,g,m,q,s-u,z,x]
- \*\*5-782.x** Sonstige  
[6. Stelle: 0-h,k-u,z,x]
- 5-782.y N.n.bez.
- 5-783 Entnahme eines Knochen transplantates**  
*Exkl.:* Entnahme eines Knorpel transplantates (5-801.a, 5-812.8)  
Entnahme von Rippengewebe zur Transplantation (5-343.2, 5-343.4)  
*Hinw.:* Eine durchgeführte Knochen transplantation ist gesondert zu kodieren (5-275, 5-346.7, 5-77b, 5-784)  
Die Lokalisation ist für die mit \*\* gekennzeichneten Codes in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-780 zu kodieren
- \*\*5-783.0** Spongiosa, eine Entnahmestelle

- 5-783.1 Spongiosa, mehrere Entnahmestellen  
*Hinw.:* Dieser Kode ist im Geltungsbereich des G-DRG-Systems (§ 17 b KHG) nicht zu verwenden, dafür ist bei mehreren Entnahmestellen jede Entnahmestelle gesondert zu kodieren (5-783.0 ff.)
- \*\*5-783.2 Kortikospongiöser Span, eine Entnahmestelle  
 [6. Stelle: 1,3,6-9,d,h,k,n-r,t,v,z,x]
- 5-783.3 Kortikospongiöser Span, mehrere Entnahmestellen  
*Hinw.:* Dieser Kode ist im Geltungsbereich des G-DRG-Systems (§ 17 b KHG) nicht zu verwenden, dafür ist bei mehreren Entnahmestellen jede Entnahmestelle gesondert zu kodieren (5-783.0 ff.)
- \*\*5-783.4 Knochentransplantat, nicht gefäßgestielt  
 [6. Stelle: 0-h,k-w,x]
- \*\*5-783.5 Knochentransplantat, mikrovaskulär anastomosiert  
 [6. Stelle: 0-h,k-w,x]
- \*\*5-783.6 Knorpel-Knochentransplantat  
 [6. Stelle: 1,3,4,6,9-b,f,h-k,n,p,r-v,x]
- \*\*5-783.7 Knochentransplantat, gefäßgestielt, nicht mikrovaskulär anastomosiert  
 [6. Stelle: 0-h,k-w,x]
- \*\*5-783.x Sonstige
- 5-783.y N.n.bez.
- 5-784 Knochentransplantation und -transposition**  
*Inkl.:* Planung und Zurichtung  
*Exkl.:* Knorpeltransplantation (5-801.b, 5-812.9)  
*Hinw.:* Die Entnahme eines Knochentransplantates ist gesondert zu kodieren (5-783)  
 Eine (Kortiko-)Spongiosaplastik ist bei einer therapeutischen Transposition oder Transplantation von Knochengewebe zu kodieren. Dieser Kode ist 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
- \*\*5-784.0 Transplantation von Spongiosa, autogen
- \*\*5-784.1 Transplantation eines kortikospongiösen Spanes, autogen
- \*\*5-784.2 Transplantation eines kortikospongiösen Spanes, autogen, ausgedehnt  
*Hinw.:* Eine ausgedehnte Transplantation eines kortikospongiösen Spanes entspricht einer Auffüllung ab 4 cm Länge
- \*\*5-784.3 Knochentransplantation, nicht gefäßgestielt
- \*\*5-784.4 Knochentransplantation, gefäßgestielt mit mikrovaskulärer Anastomose
- \*\*5-784.5 Knorpel-Knochentransplantation, autogen  
 [6. Stelle: 0,1,3,4,6,7,9-e,h-k,n,p,r-x]
- \*\*5-784.6 Knorpel-Knochentransplantation, allogene  
 [6. Stelle: 0,1,3,4,6,7,9-e,h-k,n,p,r-x]
- \*\*5-784.7 Transplantation von Spongiosa, allogene
- \*\*5-784.8 Transplantation eines kortikospongiösen Spanes, allogene
- \*\*5-784.9 Transplantation eines Röhrenknochens, allogene  
 [6. Stelle: 0,2,5,8,a-d,g,j,m,q,s-x]  
*Hinw.:* Bei der Transplantation eines Röhrenknochens ist auf der 6. Stelle jeweils der Kode für den Schaft zu verwenden
- \*\*5-784.a Knochentransposition, gefäßgestielt
- \*\*5-784.b Transplantation von humaner demineralisierter Knochenmatrix
- \*\*5-784.x Sonstige
- 5-784.y N.n.bez.

**5-785 Implantation von alloplastischem Knochenersatz***Inkl.:* Planung und Zurichtung*Exkl.:* Implantation von endoprothetischem Gelenk- und Knochenersatz (5-82 ff.)

Implantation eines nicht alloplastischen Knochen(teil-)ersatzes (5-828 ff.)

*Hinw.:* Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-780 zu kodieren**\*\*5-785.0** Knochenzement ohne Antibiotikumzusatz**\*\*5-785.1** Knochenzement mit Antibiotikumzusatz**\*\*5-785.2** Keramischer Knochenersatz*Inkl.:* Verwendung von bioaktiver Glaskeramik**\*\*5-785.3** Keramischer Knochenersatz, resorbierbar**\*\*5-785.4** Metallischer Knochenersatz**\*\*5-785.5** Keramischer Knochenersatz, resorbierbar mit Antibiotikumzusatz**\*\*5-785.6** Sonstiger alloplastischer Knochenersatz, ohne Medikamentenzusatz**\*\*5-785.7** Sonstiger alloplastischer Knochenersatz, mit Medikamentenzusatz

5-785.y N.n.bez.

**5-786 Osteosyntheseverfahren***Exkl.:* Osteosynthese einer Fraktur (5-79 ff.)

Osteosynthese an der Wirbelsäule (5-83b)

Einbringen von Osteosynthesematerial in Weichteilgewebe (5-869.2)

*Hinw.:* Diese Codes sind Zusatzcodes. Sie sind zur Angabe eines zusätzlich durchgeführten Osteosyntheseverfahrens zu verwenden

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

Bei Verfahrenswechsel sind die Entfernung des Osteosynthesematerials und die erneute Osteosynthese gesondert zu kodieren

Die Verwendung von resorbierbarem Osteosynthesematerial ist gesondert zu kodieren (5-931.1)

5-786.0 Durch Schraube

5-786.1 Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage

5-786.2 Durch Platte

5-786.3 Durch Winkelplatte/Kondylenplatte

5-786.4 Durch dynamische Kompressionsschraube

5-786.5 Durch Marknagel mit Gelenkkomponente

*Inkl.:* Proximale und distale Verriegelungsschrauben oder -bolzen

5-786.6 Durch Marknagel

5-786.7 Durch Verriegelungsnagel

*Inkl.:* Proximale und distale Verriegelungsschrauben oder -bolzen

5-786.8 Durch Fixateur externe

*Exkl.:* Durch Ringfixateur (5-786.m)

5-786.9 Durch Materialkombinationen

*Hinw.:* Dieser Kode ist im Geltungsbereich des G-DRG-Systems (§ 17 b KHG) nicht zu verwenden, dafür sind bei Kombinationen von Osteosynthesematerialien während eines Eingriffs alle Komponenten einzeln zu kodieren

5-786.c Durch Transfixationsnagel

5-786.e Durch (Blount-)Klammern

5-786.g Durch intramedullären Draht

*Inkl.:* Federnagel, Ender-Nagel, Prevot-Nagel, Nancy-Nagel, Rush-Pin, ESIN, TEN, ECMES

5-786.j Durch internes Verlängerungs- oder Knochentransportsystem

.j0 Nicht motorisiert

.j1 Motorisiert

5-786.k Durch winkelstabile Platte

5-786.m Durch Ringfixateur

5-786.x Sonstige

5-786.y N.n.bez.

**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)

*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 Code auch bei Entfernung mehrerer Schrauben nur einmal zu verwenden

Bei der Entfernung von Osteosynthesematerial einer Plattenosteosynthese ist die Entfernung der dazugehörigen Schrauben im Code enthalten

Die Lokalisation ist für die mit \*\* gekennzeichneten Codes in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-780 zu kodieren

- \*\*5-787.0 Draht
- \*\*5-787.1 Schraube
- \*\*5-787.2 Zuggurtung/Cerclage
- \*\*5-787.3 Platte
- \*\*5-787.4 Winkelplatte/Kondylenplatte  
[6. Stelle: 1-3,e-h,k-n,x]
- \*\*5-787.5 Dynamische Kompressionsschraube  
[6. Stelle: 1,2,e-h,k,x]
- \*\*5-787.6 Marknagel  
[6. Stelle: 1-9,e-h,k-r,x]
- \*\*5-787.7 Marknagel mit Gelenkkomponente  
[6. Stelle: 1-5,7-9,e-h,k-r,x]
- \*\*5-787.8 Verriegelungsnagel  
[6. Stelle: 1-9,e-h,k-r,x]
- \*\*5-787.9 Fixateur externe  
*Exkl.:* Ringfixateur (5-787.m ff.)
- \*\*5-787.c Transfixationsnagel  
[6. Stelle: 1-b,d-h,k-t,x]
- \*\*5-787.e (Blount-)Klammern  
[6. Stelle: 0,a-c,f,h-k,n,p,r-x]
- \*\*5-787.g Intramedullärer Draht  
[6. Stelle: 0-c,e-h,k-r,u-x]  
*Inkl.:* Federnagel, Ender-Nagel, Prevot-Nagel, Nancy-Nagel, Rush-Pin, ESIN, TEN, ECMES
- 5-787.j Internes Verlängerungs- oder Knochentransportsystem  
.j0 Nicht motorisiert  
.j1 Motorisiert
- \*\*5-787.k Winkelstabile Platte
- \*\*5-787.m Ringfixateur  
[6. Stelle: 1-b,d-h,k-v]
- \*\*5-787.x Sonstige
- 5-787.y N.n.bez.

**5-788 Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes***Inkl.:* OP bei Hallux valgus und Digitus quintus varus*Exkl.:* Andere Resektionsarthroplastik am Fuß (5-829.8)

Operationen an Sehnen am Fuß (5-85)

Amputationen am Fuß (5-865)

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

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

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

Ein zugangsbedingter Weichteileingriff ist nicht gesondert zu kodieren

**5-788.0 Resektion (Exostose)**

.00↔ Os metatarsale I

.06↔ Os metatarsale II bis V, 1 Os metatarsale

.07↔ Os metatarsale II bis V, 2 Ossa metatarsalia

.08↔ Os metatarsale II bis V, 3 Ossa metatarsalia

.09↔ Os metatarsale II bis V, 4 Ossa metatarsalia

.0a↔ Digitus I

.0b↔ Digitus II bis V, 1 Phalanx

.0c↔ Digitus II bis V, 2 Phalangen

.0d↔ Digitus II bis V, 3 Phalangen

.0e↔ Digitus II bis V, 4 Phalangen

.0f↔ Digitus II bis V, 5 und mehr Phalangen

.0x↔ Sonstige

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

.40↔ In Höhe des 1. Zehenstrahles

.41↔ In Höhe des 2. bis 5. Zehenstrahles, 1 Zehenstrahl

.42↔ In Höhe des 2. bis 5. Zehenstrahles, 2 Zehenstrahlen

.43↔ In Höhe des 2. bis 5. Zehenstrahles, 3 Zehenstrahlen

.44↔ In Höhe des 2. bis 5. Zehenstrahles, 4 Zehenstrahlen

**5-788.5 Osteotomie**

.50↔ Os metatarsale I

.51↔ Os metatarsale I, Doppelosteotomie

.52↔ Os metatarsale II bis V, 1 Os metatarsale

.53↔ Os metatarsale II bis V, 2 Ossa metatarsalia

.54↔ Os metatarsale II bis V, 3 Ossa metatarsalia

.55↔ Os metatarsale II bis V, 4 Ossa metatarsalia

.56↔ Digitus I

.57↔ Digitus II bis V, 1 Phalanx

.58↔ Digitus II bis V, 2 Phalangen

.59↔ Digitus II bis V, 3 Phalangen

.5a↔ Digitus II bis V, 4 Phalangen

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

.5x↔ Sonstige

**5-788.6 Arthroplastik***Inkl.:* Plastische Umformung, Köpfchen- und/oder Basisresektion, Resektionsarthroplastik, Weichteileingriff am Gelenk im Rahmen der Arthroplastik*Exkl.:* Implantation einer Vorfuß- oder Zehenendoprothese (5-826.2)

.60↔ Metatarsophalangealgelenk, Digitus I

.61↔ Metatarsophalangealgelenk, Digitus II bis V, 1 Gelenk

.62↔ Metatarsophalangealgelenk, Digitus II bis V, 2 Gelenke

.63↔ Metatarsophalangealgelenk, Digitus II bis V, 3 Gelenke

.64↔ Metatarsophalangealgelenk, Digitus II bis V, 4 Gelenke

.65↔ Interphalangealgelenk, Digitus I

.66↔ Interphalangealgelenk, Digitus II bis V, 1 Gelenk

.67↔ Interphalangealgelenk, Digitus II bis V, 2 Gelenke

.68↔ Interphalangealgelenk, Digitus II bis V, 3 Gelenke

.69↔ Interphalangealgelenk, Digitus II bis V, 4 Gelenke

.6a↔ Interphalangealgelenk, Digitus II bis V, 5 und mehr Gelenke

.6x↔ Sonstige

- 5-788.x↔ Sonstige  
 5-788.y N.n.bez.
- 5-789    Andere Operationen am Knochen**  
*Hinw.:* Die Lokalisation ist für die mit \*\* gekennzeichneten Codes in der 6. Stelle nach der Liste der Knochen vor Kode 5-780 zu kodieren
- \*\*5-789.0    Naht von Periost  
 \*\*5-789.1    Epiphyseodese, temporär  
 [6. Stelle: 0,1,3,4,6,7,9,b-f,h,k,n,p,r-t,v-x]  
 \*\*5-789.2    Epiphyseodese, permanent  
 [6. Stelle: 0,1,3,4,6,7,9,b-f,h,k,n,p,r-x]  
 \*\*5-789.3    Revision von Osteosynthesematerial ohne Materialwechsel  
 \*\*5-789.4    Therapeutische Epiphyseolyse  
 [6. Stelle: 0,1,3,4,6,7,9,b-f,h,k,n,p,r-x]  
*Inkl.:* Kallusdistraction
- 5-789.5    Destruktion, durch Thermoablation mittels Laser, perkutan  
*Hinw.:* Die Knochenbohrung und das bildgebende Verfahren sind im Kode enthalten
- 5-789.6    Destruktion, durch Radiofrequenzthermoablation, perkutan  
*Hinw.:* Die Knochenbohrung und das bildgebende Verfahren sind im Kode enthalten
- 5-789.7    Destruktion, durch Magnetresonanz-gesteuerten fokussierten Ultraschall [MRgFUS],  
 perkutan  
*Hinw.:* Die Dauer der Behandlung durch Magnetresonanz-gesteuerten fokussierten Ultraschall [MRgFUS] ist gesondert zu kodieren (8-660 ff.)
- 5-789.8    Destruktion, durch Mikrowellenablation, perkutan  
*Hinw.:* Die Knochenbohrung und das bildgebende Verfahren sind im Kode enthalten
- 5-789.9    Destruktion, durch irreversible Elektroporation  
*Hinw.:* Die Knochenbohrung und das bildgebende Verfahren sind im Kode enthalten
- \*\*5-789.x    Sonstige  
 5-789.y    N.n.bez.

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

*Exkl.:* Geschlossene Reposition ohne Osteosynthese (8-200 ff.)

Frakturosteosynthese an der Wirbelsäule (5-83b)

Osteosynthese am knöchernen Thorax (5-346.5, 5-349.0)

Pseudarthrosebehandlung (5-782, 5-784, 5-786)

Knöcherne Refixation eines Kreuzbandes (5-802.2, 5-802.3)

*Hinw.:* Die durchgeführten Einzelmaßnahmen zur operativen Versorgung einer Weichteilverletzung bei einer Fraktur oder Luxation sind gesondert zu kodieren:

- Wunddebridement (5-896)
- Gefäßnaht (5-388)
- Nervennaht (5-044 ff.)
- Kompartimentresektion (5-852.b ff.)
- Muskel- oder Sehnennaht (5-853.1, 5-855.1, 5-855.2)
- Muskel- oder Sehnennaht an der Hand (5-840.6 ff., 5-843.6)
- Weichteildeckung (5-90)

Die Durchführung einer zweiten Osteosynthese, z.B. bei einer Zwei-Etagen-Fraktur, ist gesondert zu kodieren

Eine Mehrfragment-Fraktur wird als Fraktur mit mehr als zwei Fragmenten definiert. Dazu gehört auch eine Fraktur mit Biegungskeil. Eine Zwei-Etagen-Fraktur besteht dagegen aus zwei Frakturen an unterschiedlichen Lokalisationen des gleichen Knochens

Bei Fehlen der Angabe Einfach- oder Mehrfragment-Fraktur ist die Operation als Einfach-Fraktur zu kodieren

Die arthroskopisch assistierte Versorgung einer Fraktur ist gesondert zu kodieren (5-810.6)

Die Durchführung einer Osteotomie ist gesondert zu kodieren (5-781)

Eine Schraubenosteosynthese ist eine Osteosynthese, die nur mit einer oder mehreren Schrauben, ggf. mit zusätzlicher Unterlegscheibe, erfolgt

Eine Osteosynthese mittels Draht oder Zuggurtung/Cerclage ist eine Osteosynthese, die nur mit einem/einer oder mehreren Drähten oder Zuggurtungen/Cerclagen, ggf. mit zusätzlicher Aufhängeschraube, erfolgt

Eine Plattenosteosynthese ist eine Osteosynthese, die mit einer Platte und den Schrauben, die zur Fixierung der Platte benötigt werden, erfolgt

Die Hämatomausräumung im Weichteilbereich bei einer Fraktur oder Luxation ist im Kode enthalten. Sie ist nur dann gesondert zu kodieren, wenn es sich um einen separaten Eingriff handelt

Bei Verbundosteosynthesen ist die Verwendung des Zements zusätzlich zu kodieren (5-785.0 ff., 5-785.1 ff.)

Aufwendige Gipsverbände sind gesondert zu kodieren (8-310)

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

Die Verwendung von resorbierbarem Osteosynthesematerial ist gesondert zu kodieren (5-931.1)

**5-790****Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese**

*Inkl.:* Versorgung kindlicher Frakturen

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

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)

Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren. Es sind jedoch nicht alle Verfahren an allen Lokalisationen durchführbar:

- 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

- \*\*5-790.0** Durch Schraube
- \*\*5-790.1** Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage
- \*\*5-790.2** Durch intramedullären Draht  
[6. Stelle: 0-9,b,c,e-h,k-r,v-x]  
*Inkl.:* Federnagel, Ender-Nagel, Prevot-Nagel, Nancy-Nagel, Rush-Pin, ESIN, TEN, ECMES
- \*\*5-790.3** Durch Marknagel mit Aufbohren der Markhöhle  
[6. Stelle: 1-9,e-h,k-r,x]
- \*\*5-790.4** Durch Verriegelungsnagel  
[6. Stelle: 1-9,e-h,k-r,x]  
*Inkl.:* Proximale und distale Verriegelungsschrauben oder -bolzen
- \*\*5-790.5** Durch Marknagel mit Gelenkkomponente  
[6. Stelle: 1,2,4,5,7-9,e-h,k-r,x]  
*Inkl.:* Proximale und distale Verriegelungsschrauben oder -bolzen
- \*\*5-790.6** Durch Fixateur externe  
*Exkl.:* Durch Ringfixateur (5-790.m ff.)
- \*\*5-790.7** Durch Winkelplatte/Kondylenplatte  
[6. Stelle: 1-3,e-h,k-n,x]
- \*\*5-790.8** Durch dynamische Kompressionsschraube  
[6. Stelle: 1,2,e-h,k,x]  
*Inkl.:* Rotationsstabiler Schraubenanker mit Gleithülsenplatte
- \*\*5-790.9** Durch Materialkombinationen  
*Hinw.:* Diese Codes sind im Geltungsbereich des G-DRG-Systems (§ 17 b KHG) nicht zu verwenden, dafür sind bei Kombinationen von Osteosynthesematerialien während eines Eingriffs alle Komponenten einzeln zu kodieren
- \*\*5-790.c** Durch Transfixationsnagel  
[6. Stelle: a,b,d-h,k-n,s,t,x]
- \*\*5-790.d** Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese  
*Hinw.:* Diese Codes sind im Geltungsbereich des G-DRG-Systems (§ 17 b KHG) nicht zu verwenden, dafür sind bei Kombinationen von Fixateur externe mit internen Osteosynthesematerialien während eines Eingriffs alle Komponenten einzeln zu kodieren
- \*\*5-790.k** Durch winkelstabile Platte
- \*\*5-790.m** Durch Ringfixateur  
[6. Stelle: 1-b,d,f-h,k-v,x]
- \*\*5-790.n** Durch Platte
- \*\*5-790.x** Sonstige
- 5-790.y** N.n.bez.

**5-791 Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens***Inkl.:* Versorgung kindlicher Frakturen

Knochen: Humerus, Radius, Ulna, Femur, Tibia, Fibula

*Hinw.:* Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren. Es sind jedoch nicht alle Verfahren an allen Lokalisationen durchführbar

2↔ Humerusschaft

5↔ Radiuschaft

8↔ Ulnaschaft

g↔ Femurschaft

m↔ Tibiaschaft

q↔ Fibulaschaft

x↔ Sonstige

**\*\*5-791.0** Durch Schraube**\*\*5-791.1** Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage**\*\*5-791.2** Durch Platte**\*\*5-791.3** Durch Winkelplatte/Kondylenplatte

[6. Stelle: 2,g,m,x]

**\*\*5-791.4** Durch dynamische Kompressionsschraube

[6. Stelle: 2,g,x]

**\*\*5-791.5** Durch Marknagel mit Gelenkkomponente*Inkl.:* Proximale und distale Verriegelungsschrauben oder -bolzen**\*\*5-791.6** Durch Marknagel**\*\*5-791.7** Durch Verriegelungsnagel*Inkl.:* Proximale und distale Verriegelungsschrauben oder -bolzen**\*\*5-791.8** Durch Fixateur externe*Exkl.:* Durch Ringfixateur (5-791.m ff.)**\*\*5-791.9** Durch Materialkombinationen*Hinw.:* Diese Codes sind im Geltungsbereich des G-DRG-Systems (§ 17 b KHG) nicht zu verwenden, dafür sind bei Kombinationen von Osteosynthesematerialien während eines Eingriffs alle Komponenten einzeln zu kodieren**\*\*5-791.c** Durch Transfixationsnagel**\*\*5-791.d** Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese*Hinw.:* Diese Codes sind im Geltungsbereich des G-DRG-Systems (§ 17 b KHG) nicht zu verwenden, dafür sind bei Kombinationen von Fixateur externe mit internen Osteosynthesematerialien während eines Eingriffs alle Komponenten einzeln zu kodieren**\*\*5-791.g** Durch intramedullären Draht*Inkl.:* Federnagel, Ender-Nagel, Prevot-Nagel, Nancy-Nagel, Rush-Pin, ESIN, TEN, ECMES**\*\*5-791.h** Ohne Osteosynthese**\*\*5-791.k** Durch winkelstabile Platte**\*\*5-791.m** Durch Ringfixateur**\*\*5-791.x** Sonstige

5-791.y N.n.bez.

**5-792 Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens***Inkl.:* Versorgung kindlicher Frakturen

Knochen: Humerus, Radius, Ulna, Femur, Tibia, Fibula

*Hinw.:* Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren. Es sind jedoch nicht alle Verfahren an allen Lokalisationen durchführbar:

2↔ Humerusschaft

5↔ Radiuschaft

8↔ Ulnaschaft

g↔ Femurschaft

m↔ Tibiaschaft

q↔ Fibulaschaft

x↔ Sonstige

- \*\*5-792.0 Durch Schraube
- \*\*5-792.1 Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage
- \*\*5-792.2 Durch Platte
- \*\*5-792.3 Durch Winkelplatte/Kondylenplatte  
[6. Stelle: 2,g,m,x]
- \*\*5-792.4 Durch dynamische Kompressionsschraube  
[6. Stelle: 2,g,x]
- \*\*5-792.5 Durch Marknagel mit Gelenkkomponente  
*Inkl.:* Proximale und distale Verriegelungsschrauben oder -bolzen
- \*\*5-792.6 Durch Marknagel
- \*\*5-792.7 Durch Verriegelungsnagel  
*Inkl.:* Proximale und distale Verriegelungsschrauben oder -bolzen
- \*\*5-792.8 Durch Fixateur externe  
*Exkl.:* Durch Ringfixateur (5-792.m ff.)
- \*\*5-792.9 Durch Materialkombinationen  
*Hinw.:* Diese Codes sind im Geltungsbereich des G-DRG-Systems (§ 17 b KHG) nicht zu verwenden, dafür sind bei Kombinationen von Osteosynthesematerialien während eines Eingriffs alle Komponenten einzeln zu kodieren
- \*\*5-792.g Durch intramedullären Draht  
*Inkl.:* Federnagel, Ender-Nagel, Prevot-Nagel, Nancy-Nagel, Rush-Pin, ESIN, TEN, ECMES
- \*\*5-792.h Ohne Osteosynthese
- \*\*5-792.k Durch winkelstabile Platte
- \*\*5-792.m Durch Ringfixateur
- \*\*5-792.x Sonstige
- 5-792.y N.n.bez.

**5-793 Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens**

- Inkl.:* Versorgung kindlicher Frakturen  
Offene Reposition einer Epiphysenlösung
- Exkl.:* Offene Reposition einer Gelenkluxation (5-79b)  
Patellektomie (5-804.6)  
Offene Reposition einer Azetabulumfraktur mit Osteosynthese (5-799)
- Hinw.:* Die arthroskopisch assistierte Versorgung einer Fraktur ist gesondert zu kodieren (5-810.6)  
Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:
  - 1↔ Humerus proximal
  - 3↔ Humerus distal
  - 4↔ Radius proximal
  - 6↔ Radius distal
  - 7↔ Ulna proximal
  - 9↔ Ulna distal
  - e↔ Schenkelhals
  - f↔ Femur proximal
  - h↔ Femur distal
  - j↔ Patella
  - k↔ Tibia proximal
  - n↔ Tibia distal
  - p↔ Fibula proximal
  - r↔ Fibula distal
  - x↔ Sonstige

- \*\*5-793.0 Offene Reposition einer Epiphysenlösung ohne Osteosynthese  
[6. Stelle: 1,3,4,6,7,9,e,f,h,k,n,p,r,x]
- \*\*5-793.1 Durch Schraube
- \*\*5-793.2 Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage
- \*\*5-793.3 Durch Platte

- \*\*5-793.4** Durch Winkelplatte/Kondylenplatte  
[6. Stelle: 1,3,e,f,h,k,n,x]
- \*\*5-793.5** Durch dynamische Kompressionsschraube  
[6. Stelle: 1,e,f,h,k,x]  
*Inkl.:* Rotationsstabiler Schraubenanker mit Gleithülsenplatte
- \*\*5-793.6** Durch Fixateur externe  
*Exkl.:* Durch Ringfixateur (5-793.m ff.)
- \*\*5-793.7** Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese  
*Hinw.:* Diese Codes sind im Geltungsbereich des G-DRG-Systems (§ 17 b KHG) nicht zu verwenden, dafür sind bei Kombinationen von Fixateur externe mit internen Osteosynthesematerialien während eines Eingriffs alle Komponenten einzeln zu kodieren
- \*\*5-793.8** Durch Materialkombinationen  
*Hinw.:* Diese Codes sind im Geltungsbereich des G-DRG-Systems (§ 17 b KHG) nicht zu verwenden, dafür sind bei Kombinationen von Osteosynthesematerialien während eines Eingriffs alle Komponenten einzeln zu kodieren
- \*\*5-793.9** Durch Materialkombinationen mit Rekonstruktion der Gelenkfläche  
*Hinw.:* Diese Codes sind im Geltungsbereich des G-DRG-Systems (§ 17 b KHG) nicht zu verwenden, dafür sind bei Kombinationen von Osteosynthesematerialien während eines Eingriffs alle Komponenten einzeln zu kodieren
- \*\*5-793.a** Durch Marknagel mit Gelenkkomponente  
[6. Stelle: 1,3,4,7,9,e,f,h,k,n,p,r,x]  
*Inkl.:* Proximale und distale Verriegelungsschrauben oder -bolzen
- \*\*5-793.b** Durch Marknagel  
[6. Stelle: 1,3,4,6,7,9,e,f,h,k,n,p,r,x]
- \*\*5-793.c** Durch Transfixationsnagel  
[6. Stelle: 1,3,4,6,7,9,e,f,h,k,n,p,r,x]
- \*\*5-793.e** Durch (Blount-)Klammern  
[6. Stelle: f,h-k,n,p,r,x]
- \*\*5-793.g** Durch intramedullären Draht  
[6. Stelle: 1,3,4,6,7,9,e,f,h,k,n,p,r,x]  
*Inkl.:* Federnagel, Ender-Nagel, Prevot-Nagel, Nancy-Nagel, Rush-Pin, ESIN, TEN, ECMES
- \*\*5-793.h** Ohne Osteosynthese
- \*\*5-793.k** Durch winkelstabile Platte
- \*\*5-793.m** Durch Ringfixateur  
[6. Stelle: 1,3,4,6,7,9,e,f,h,k,n,p,r,x]
- \*\*5-793.x** Sonstige
- 5-793.y** N.n.bez.
- 5-794 Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens**  
*Inkl.:* Versorgung kindlicher Frakturen  
*Exkl.:* Patellektomie (5-804.6)  
*Hinw.:* Die arthroskopisch assistierte Versorgung einer Fraktur ist gesondert zu kodieren (5-810.6)  
Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:
- 1↔ Humerus proximal
  - 3↔ Humerus distal
  - 4↔ Radius proximal
  - 6↔ Radius distal
  - 7↔ Ulna proximal
  - 9↔ Ulna distal
  - e↔ Schenkelhals
  - f↔ Femur proximal
  - h↔ Femur distal
  - j↔ Patella
  - k↔ Tibia proximal
  - n↔ Tibia distal
  - p↔ Fibula proximal
  - r↔ Fibula distal
  - x↔ Sonstige

- \*\*5-794.0 Durch Schraube
- \*\*5-794.1 Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage
- \*\*5-794.2 Durch Platte
- \*\*5-794.3 Durch Winkelplatte/Kondylenplatte  
[6. Stelle: 1,3,e,f,h,k,n,x]
- \*\*5-794.4 Durch dynamische Kompressionsschraube  
[6. Stelle: 1,e,f,h,k,x]  
*Inkl.:* Rotationsstabiler Schraubenanker mit Gleithülsenplatte
- \*\*5-794.5 Durch Fixateur externe  
*Exkl.:* Durch Ringfixateur (5-794.m ff.)
- \*\*5-794.6 Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese  
*Hinw.:* Diese Codes sind im Geltungsbereich des G-DRG-Systems (§ 17 b KHG) nicht zu verwenden, dafür sind bei Kombinationen von Fixateur externe mit internen Osteosynthesematerialien während eines Eingriffs alle Komponenten einzeln zu kodieren
- \*\*5-794.7 Durch Materialkombinationen  
*Hinw.:* Diese Codes sind im Geltungsbereich des G-DRG-Systems (§ 17 b KHG) nicht zu verwenden, dafür sind bei Kombinationen von Osteosynthesematerialien während eines Eingriffs alle Komponenten einzeln zu kodieren
- \*\*5-794.8 Durch Materialkombinationen mit Rekonstruktion der Gelenkfläche  
*Hinw.:* Diese Codes sind im Geltungsbereich des G-DRG-Systems (§ 17 b KHG) nicht zu verwenden, dafür sind bei Kombinationen von Osteosynthesematerialien während eines Eingriffs alle Komponenten einzeln zu kodieren
- \*\*5-794.a Durch Marknagel mit Gelenkkomponente  
[6. Stelle: 1,3,4,7,9,e,f,h,k,n,p,r,x]  
*Inkl.:* Proximale und distale Verriegelungsschrauben oder -bolzen
- \*\*5-794.b Durch Marknagel  
[6. Stelle: 1,3,4,6,7,9,e,f,h,k,n,p,r,x]
- \*\*5-794.c Durch Transfixationsnagel  
[6. Stelle: 1,3,4,6,7,9,e,f,h,k,n,p,r,x]
- \*\*5-794.e Durch (Blount-)Klammern  
[6. Stelle: f,h-k,n,p,r,x]
- \*\*5-794.g Durch intramedullären Draht  
[6. Stelle: 1,3,4,6,7,9,e,f,h,k,n,p,r,x]  
*Inkl.:* Federnagel, Ender-Nagel, Prevot-Nagel, Nancy-Nagel, Rush-Pin, ESIN, TEN, ECMES
- \*\*5-794.h Ohne Osteosynthese
- \*\*5-794.k Durch winkelstabile Platte
- \*\*5-794.m Durch Ringfixateur  
[6. Stelle: 1,3,4,6,7,9,e,f,h,k,n,p,r,x]
- \*\*5-794.x Sonstige
- 5-794.y N.n.bez.
- 5-795 Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen**  
*Inkl.:* Handknochen  
Versorgung kindlicher Frakturen  
*Exkl.:* Offene Reposition einer Gelenkluxation (5-79b)  
*Hinw.:* Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:
- 0↔ Klavikula
  - a↔ Karpale
  - b↔ Metakarpale
  - c↔ Phalangen Hand
  - u↔ Tarsale
  - v↔ Metatarsale
  - w↔ Phalangen Fuß
  - z↔ Skapula
  - x↔ Sonstige
- \*\*5-795.1 Durch Schraube

- \*\*5-795.2** Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage
- \*\*5-795.3** Durch Platte
- \*\*5-795.4** Durch Fixateur externe  
*Exkl.:* Durch Ringfixateur (5-795.m ff.)
- \*\*5-795.5** Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese  
*Hinw.:* Diese Codes sind im Geltungsbereich des G-DRG-Systems (§ 17 b KHG) nicht zu verwenden, dafür sind bei Kombinationen von Fixateur externe mit internen Osteosynthesematerialien während eines Eingriffs alle Komponenten einzeln zu kodieren
- \*\*5-795.6** Durch Materialkombinationen  
*Hinw.:* Diese Codes sind im Geltungsbereich des G-DRG-Systems (§ 17 b KHG) nicht zu verwenden, dafür sind bei Kombinationen von Osteosynthesematerialien während eines Eingriffs alle Komponenten einzeln zu kodieren
- \*\*5-795.8** Durch Materialkombinationen mit Rekonstruktion der Gelenkfläche  
*Hinw.:* Diese Codes sind im Geltungsbereich des G-DRG-Systems (§ 17 b KHG) nicht zu verwenden, dafür sind bei Kombinationen von Osteosynthesematerialien während eines Eingriffs alle Komponenten einzeln zu kodieren
- \*\*5-795.e** Durch (Blount-)Klammern
- \*\*5-795.g** Durch intramedullären Draht  
*Inkl.:* Federnagel, Ender-Nagel, Prevot-Nagel, Nancy-Nagel, Rush-Pin, ESIN, TEN, ECMES
- \*\*5-795.h** Ohne Osteosynthese
- \*\*5-795.k** Durch winkelstabile Platte
- \*\*5-795.m** Durch Ringfixateur  
[6. Stelle: a,b,u,v,x]
- \*\*5-795.x** Sonstige
- 5-795.y** N.n.bez.
- 5-796 Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen**  
*Inkl.:* Handknochen,  
Versorgung kindlicher Frakturen  
*Exkl.:* Offene Reposition einer Fraktur an Talus und Kalkaneus (5-797)  
*Hinw.:* Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:
- 0↔ Klavikula
  - a↔ Karpale
  - b↔ Metakarpale
  - c↔ Phalangen Hand
  - u↔ Tarsale
  - v↔ Metatarsale
  - w↔ Phalangen Fuß
  - z↔ Skapula
  - x↔ Sonstige
- \*\*5-796.0** Durch Schraube
- \*\*5-796.1** Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage
- \*\*5-796.2** Durch Platte
- \*\*5-796.3** Durch Fixateur externe  
*Exkl.:* Durch Ringfixateur (5-796.m ff.)
- \*\*5-796.4** Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese  
*Hinw.:* Diese Codes sind im Geltungsbereich des G-DRG-Systems (§ 17 b KHG) nicht zu verwenden, dafür sind bei Kombinationen von Fixateur externe mit internen Osteosynthesematerialien während eines Eingriffs alle Komponenten einzeln zu kodieren
- \*\*5-796.5** Durch Materialkombinationen  
*Hinw.:* Diese Codes sind im Geltungsbereich des G-DRG-Systems (§ 17 b KHG) nicht zu verwenden, dafür sind bei Kombinationen von Osteosynthesematerialien während eines Eingriffs alle Komponenten einzeln zu kodieren
- \*\*5-796.6** Durch Materialkombinationen mit Rekonstruktion der Gelenkfläche  
*Hinw.:* Diese Codes sind im Geltungsbereich des G-DRG-Systems (§ 17 b KHG) nicht zu verwenden, dafür sind bei Kombinationen von Osteosynthesematerialien während eines Eingriffs alle Komponenten einzeln zu kodieren

- \*\*5-796.e Durch (Blount-)Klammern
- \*\*5-796.g Durch intramedullären Draht  
*Inkl.:* Federnagel, Ender-Nagel, Prevot-Nagel, Nancy-Nagel, Rush-Pin, ESIN, TEN, ECMES
- \*\*5-796.h Ohne Osteosynthese
- \*\*5-796.k Durch winkelstabile Platte
- \*\*5-796.m Durch Ringfixateur  
[6. Stelle: a,b,u,v,x]
- \*\*5-796.x Sonstige
- 5-796.y N.n.bez.
- 5-797 Offene Reposition einer Fraktur an Talus und Kalkaneus**  
*Inkl.:* Versorgung kindlicher Frakturen  
*Exkl.:* Offene Reposition einer Gelenkluxation (5-79b)  
*Hinw.:* Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:  
s↔ Talus  
t↔ Kalkaneus
- \*\*5-797.1 Durch Schraube
- \*\*5-797.2 Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage
- \*\*5-797.3 Durch Platte
- \*\*5-797.4 Durch Fixateur externe  
*Exkl.:* Durch Ringfixateur (5-797.m ff.)
- \*\*5-797.5 Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese  
*Hinw.:* Diese Codes sind im Geltungsbereich des G-DRG-Systems (§ 17 b KHG) nicht zu verwenden, dafür sind bei Kombinationen von Fixateur externe mit internen Osteosynthesematerialien während eines Eingriffs alle Komponenten einzeln zu kodieren
- \*\*5-797.6 Durch Materialkombinationen  
*Hinw.:* Diese Codes sind im Geltungsbereich des G-DRG-Systems (§ 17 b KHG) nicht zu verwenden, dafür sind bei Kombinationen von Osteosynthesematerialien während eines Eingriffs alle Komponenten einzeln zu kodieren
- \*\*5-797.7 Durch Materialkombinationen mit Rekonstruktion der Gelenkfläche  
*Hinw.:* Diese Codes sind im Geltungsbereich des G-DRG-Systems (§ 17 b KHG) nicht zu verwenden, dafür sind bei Kombinationen von Osteosynthesematerialien während eines Eingriffs alle Komponenten einzeln zu kodieren
- \*\*5-797.e Durch (Blount-)Klammern
- \*\*5-797.h Ohne Osteosynthese
- \*\*5-797.k Durch winkelstabile Platte
- \*\*5-797.m Durch Ringfixateur
- \*\*5-797.x Sonstige
- 5-797.y N.n.bez.
- 5-798 Offene Reposition einer Beckenrand- und Beckenringfraktur**  
*Inkl.:* Versorgung kindlicher Frakturen  
Versorgung einer Symphysensprengung und einer Iliosakralgelenksprengung
- 5-798.0 Durch Draht
- 5-798.1 Durch Zuggurtung/Cerclage
- 5-798.2 Durch Schraube, Beckenrand
- 5-798.3 Durch Schraube, hinterer Beckenring
- 5-798.4 Durch Platte, vorderer Beckenring
- 5-798.5 Durch Platte, hinterer Beckenring
- 5-798.6 Durch Fixateur externe  
*Inkl.:* Beckenzwinge  
*Exkl.:* Durch Ringfixateur (5-798.m)
- 5-798.7 Durch Fixateur interne
- 5-798.8 Durch Gewindestange

- 5-798.9 Durch Materialkombinationen  
*Hinw.:* Dieser Kode ist im Geltungsbereich des G-DRG-Systems (§ 17 b KHG) nicht zu verwenden, dafür sind bei Kombinationen von Osteosynthesematerialien während eines Eingriffs alle Komponenten einzeln zu kodieren
- 5-798.h Ohne Osteosynthese
- 5-798.m Durch Ringfixateur
- 5-798.x Sonstige
- 5-798.y N.n.bez.
- 5-799 Offene Reposition einer Azetabulum- und Hüftkopffraktur mit Osteosynthese**  
*Inkl.:* Versorgung kindlicher Frakturen  
*Exkl.:* Offene Reposition einer Hüftgelenkluxation (5-79b)  
*Hinw.:* Eine durchgeführte Knochentransplantation ist gesondert zu kodieren (5-784)  
 Eine durchgeführte Implantation einer Endoprothese ist gesondert zu kodieren (5-82 ff.)
- 5-799.1↔ Durch Schraube, ventral
- 5-799.2↔ Durch Schraube, dorsal
- 5-799.3↔ Durch Platte, ventral
- 5-799.4↔ Durch Platte, dorsal
- 5-799.5↔ Durch Materialkombinationen, dorsal  
*Hinw.:* Dieser Kode ist im Geltungsbereich des G-DRG-Systems (§ 17 b KHG) nicht zu verwenden, dafür sind bei Kombinationen von Osteosynthesematerialien während eines Eingriffs alle Komponenten einzeln zu kodieren
- 5-799.6↔ Durch Materialkombinationen, ventral  
*Hinw.:* Dieser Kode ist im Geltungsbereich des G-DRG-Systems (§ 17 b KHG) nicht zu verwenden, dafür sind bei Kombinationen von Osteosynthesematerialien während eines Eingriffs alle Komponenten einzeln zu kodieren
- 5-799.7↔ Durch Materialkombinationen, dorsal und ventral (kombiniert)  
*Hinw.:* Dieser Kode ist im Geltungsbereich des G-DRG-Systems (§ 17 b KHG) nicht zu verwenden, dafür sind bei Kombinationen von Osteosynthesematerialien während eines Eingriffs alle Komponenten einzeln zu kodieren
- 5-799.8↔ Transfixation eines Hüftgelenkes mit Fixateur externe
- 5-799.m↔ Durch Ringfixateur
- 5-799.x↔ Sonstige
- 5-799.y N.n.bez.
- 5-79a Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese**  
*Hinw.:* Die geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese ist unter 8-201 zu kodieren  
 Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:
- 0↔ Humero-glenoidal-gelenk
  - 1↔ Akromioklavikulargelenk
  - 2↔ Thorakoskopulargelenk(raum)
  - 3↔ Sternoklavikulargelenk
  - 4↔ Humeroulnargelenk
  - 5↔ Proximales Radioulnargelenk
  - 6↔ Distales Radioulnargelenk
  - 7↔ Handgelenk
  - 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↔ Zehngelenk
- x↔ Sonstige

- \*\*5-79a.0 Durch Schraube  
[6. Stelle: 0,1,3-r,x]
- \*\*5-79a.1 Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage
- \*\*5-79a.6 Durch Fixateur externe
- \*\*5-79a.7 Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese  
*Hinw.:* Diese Codes sind im Geltungsbereich des G-DRG-Systems (§ 17 b KHG) nicht zu verwenden, dafür sind bei Kombinationen von Fixateur externe mit internen Osteosynthesematerialien während eines Eingriffs alle Komponenten einzeln zu kodieren
- \*\*5-79a.8 Durch Materialkombinationen  
*Hinw.:* Diese Codes sind im Geltungsbereich des G-DRG-Systems (§ 17 b KHG) nicht zu verwenden, dafür sind bei Kombinationen von Osteosynthesematerialien während eines Eingriffs alle Komponenten einzeln zu kodieren
- \*\*5-79a.c Durch Transfixationsnagel  
[6. Stelle: h,k,m,x]
- \*\*5-79a.e Durch (Blount-)Klammern  
[6. Stelle: 0,1,3-a,h-q,x]
- \*\*5-79a.g Durch intramedullären Draht  
[6. Stelle: 0,1,3-9,b-d,g-r,x]  
*Inkl.:* Federnagel
- \*\*5-79a.x Sonstige
- 5-79a.y N.n.bez.

### 5-79b Offene Reposition einer Gelenkluxation

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

- 0↔ Humeroglenoidalgelenk
- 1↔ Akromioklavikulargelenk
- 2↔ Thorakoskopulargelenk(raum)
- 3↔ Sternoklavikulargelenk
- 4↔ Humeroulnargelenk
- 5↔ Proximales Radioulnargelenk
- 6↔ Distales Radioulnargelenk
- 7↔ Handgelenk
- 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↔ Zehngelenk
- x↔ Sonstige

- \*\*5-79b.0 Durch Schraube

- \*\*5-79b.1 Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage
- \*\*5-79b.2 Durch Platte
- \*\*5-79b.6 Durch Fixateur externe
- \*\*5-79b.7 Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese  
*Hinw.:* Diese Codes sind im Geltungsbereich des G-DRG-Systems (§ 17 b KHG) nicht zu verwenden, dafür sind bei Kombinationen von Fixateur externe mit internen Osteosynthesematerialien während eines Eingriffs alle Komponenten einzeln zu kodieren
- \*\*5-79b.8 Durch Materialkombinationen  
*Hinw.:* Diese Codes sind im Geltungsbereich des G-DRG-Systems (§ 17 b KHG) nicht zu verwenden, dafür sind bei Kombinationen von Osteosynthesematerialien während eines Eingriffs alle Komponenten einzeln zu kodieren
- \*\*5-79b.c Durch Transfixationsnagel  
[6. Stelle: h-m,x]
- \*\*5-79b.e Durch (Blount-)Klammern
- \*\*5-79b.g Durch intramedullären Draht  
[6. Stelle: 0,1,3-d,g-m,p-r,x]  
*Inkl.:* Federnagel
- \*\*5-79b.h Ohne Osteosynthese
- \*\*5-79b.x Sonstige
- 5-79b.y N.n.bez.

### 5-79c Andere Reposition von Fraktur und Luxation

- 5-79c.0 Reposition einer Fraktur durch intraossäre instrumentelle Aufrichtung  
*Hinw.:* Dieser Code ist ein Zusatzcode. Die durchgeführten Eingriffe sind gesondert zu kodieren. Mit diesem Code sind nur Verfahren zu kodieren, die eine intraossäre Reposition durch spezielle Repositionssysteme erzielen (z.B. Ballonsysteme, Hydrauliksysteme). Dieser Code ist nicht anzuwenden bei der Verwendung einfacher Repositionshilfen (z.B. Stößel, Hebel, Repositionszangen)

## 5-80 Offen chirurgische Gelenkoperationen

- Exkl.:* Offene Reposition von Gelenkfrakturen (5-793 ff.)  
Offene Reposition von Gelenkluxationen (5-79b)  
Arthroskopische Gelenkoperationen (5-81 ff.)
- Hinw.:* Das Einbringen von Osteosynthesematerial in Weichteilgewebe ist gesondert zu kodieren (5-869.2)  
Aufwendige Gipsverbände sind gesondert zu kodieren (8-310)  
Die Lokalisation ist für die Codes 5-800, 5-801 und 5-809 nach folgender Liste zu kodieren:
- 0↔ Humerglenoidalgelenk
  - 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↔ Unteres Sprunggelenk
  - n↔ Tarsalgelenk
  - p↔ Tarsometatarsalgelenk
  - q↔ Metatarsophalangealgelenk
  - r↔ Zehengelenk
  - x↔ Sonstige

**5-800 Offen chirurgische Operation eines Gelenkes**

*Inkl.:* Handgelenk

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

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

- \*\*5-800.0 Arthrotomie  
*Inkl.:* Kapsulotomie
- \*\*5-800.1 Gelenkspülung mit Drainage, aseptisch
- \*\*5-800.2 Gelenkspülung mit Drainage, septisch
- \*\*5-800.3 Debridement
- \*\*5-800.4 Synovialektomie, partiell
- \*\*5-800.5 Synovialektomie, total
- \*\*5-800.6 Gelenkmobilisation [Arthrolyse]
- \*\*5-800.7 Entfernung periartikulärer Verkalkungen
- \*\*5-800.8 Entfernung freier Gelenkkörper  
*Inkl.:* Entfernung eines Fremdkörpers  
Entfernung osteochondraler Fragmente
- \*\*5-800.9 Zystenexstirpation  
*Exkl.:* Exstirpation einer Bakerzyste (5-859.2)
- \*\*5-800.a Einlegen eines Medikamententrägers  
*Inkl.:* Wechsel
- \*\*5-800.b Entfernen eines Medikamententrägers
- \*\*5-800.c Resektion von Bandanteilen und Bandresten
- \*\*5-800.x Sonstige  
*Inkl.:* Entfernung von Gelenkzotten
- 5-800.y N.n.bez.

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

*Hinw.:* Die Entnahme eines Knorpel-Knochentransplantates ist gesondert zu kodieren (5-783.6)

Die Knorpel-Knochentransplantation ist gesondert zu kodieren (5-784.5, 5-784.6)

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  
[6. Stelle: 0,1,3-9,e-r,x]
- \*\*5-801.3 Refixation eines osteochondralen Fragmentes  
[6. Stelle: 0,1,3-9,e-r,x]  
*Exkl.:* Offene Reposition einer Pipkinfraktur (5-799)
- \*\*5-801.4 Subchondrale Spongiosaplastik mit Fragmentfixation  
[6. Stelle: 0,1,3-9,e-r,x]
- 5-801.5↔ Meniskusresektion, partiell
- 5-801.6↔ Meniskusresektion, komplett
- 5-801.7↔ Meniskusrefixation
- 5-801.8↔ Exzision eines Meniskusganglions
- 5-801.9↔ Meniskustransplantation
- \*\*5-801.a Entnahme eines Knorpeltransplantates  
[6. Stelle: 0,4,7,g,h,k,m,x]  
*Inkl.:* Entnahme von Knorpel zur Zell- und Gewebezüchtung
- \*\*5-801.b Knorpeltransplantation  
[6. Stelle: 0,1,3-9,e,g-r,x]
- \*\*5-801.c Implantation von in vitro hergestellten Gewebekulturen  
[6. Stelle: 0,1,3-9,e,g-r,x]  
*Exkl.:* Autogene matrixinduzierte Chondrozytentransplantation (5-801.k ff.)
- 5-801.d↔ Resektion des Discus triangularis

- 5-801.e↔ Implantation eines künstlichen Meniskus  
*Inkl.:* Kollagenmeniskus, Meniskus aus Polyurethan  
*Exkl.:* Implantation eines interpositionellen, nicht verankerten Implantates am Kniegelenk (5-822.c)
- 5-801.f↔ Entfernung eines künstlichen Meniskus  
*Inkl.:* Kollagenmeniskus, Meniskus aus Polyurethan  
*Exkl.:* Entfernung eines interpositionellen, nicht verankerten Implantates am Kniegelenk (5-823.e)
- \*\*5-801.g Knorpelglättung, mechanisch (Chondroplastik)  
 [6. Stelle: 0,1,3-9,e,g-r,x]
- \*\*5-801.h Subchondrale Knocheneröffnung (z.B. nach Pridie, Mikrofrakturierung, Abrasionsarthroplastik)  
 [6. Stelle: 0,1,3-9,e,g-r,x]
- 5-801.j↔ Implantation eines patientenindividuellen metallischen Knorpelersatzes am Kniegelenk
- \*\*5-801.k Autogene matrixinduzierte Chondrozytentransplantation  
 [6. Stelle: 0,1,3-9,e,g-r,x]
- \*\*5-801.m Implantation von metallischem Knorpelersatz mit nicht patientenindividuellem Implantat
- \*\*5-801.n Subchondrale Knocheneröffnung mit Einbringen eines azellulären Implantates  
 [6. Stelle: 0,1,3-9,e,g-r,x]  
*Inkl.:* Autogene matrixinduzierte Chondrogenese
- \*\*5-801.p Subchondrale Knocheneröffnung mit Einbringen eines mit homologem Vollblut oder seinen Bestandteilen angereicherten azellulären Implantates  
 [6. Stelle: 0,1,3-9,e,g-r,x]  
*Exkl.:* Autogene matrixinduzierte Chondrogenese (5-801.n ff.)
- \*\*5-801.x Sonstige
- 5-801.y N.n.bez.
- 5-802 Offen chirurgische Refixation und Naht am Kapselbandapparat des Kniegelenkes**  
*Exkl.:* Kreuzbandplastik und andere Bandplastiken am Kniegelenk (5-803)
- 5-802.0↔ Naht eines vorderen Kreuzbandes
- 5-802.1↔ Naht eines hinteren Kreuzbandes
- 5-802.2↔ Knöcherne Refixation eines vorderen Kreuzbandes
- 5-802.3↔ Knöcherne Refixation eines hinteren Kreuzbandes
- 5-802.4↔ Naht des medialen Kapselbandapparates
- 5-802.5↔ Naht des medialen Kapselbandapparates mit Eingriff am Meniskus
- 5-802.6↔ Naht des lateralen Kapselbandapparates
- 5-802.7↔ Naht des lateralen Kapselbandapparates mit Eingriff am Meniskus
- 5-802.8↔ Kombinierte Rekonstruktion
- 5-802.9↔ Naht des dorsalen Kapselbandapparates
- 5-802.x↔ Sonstige
- 5-802.y N.n.bez.
- 5-803 Offen chirurgische Bandplastik am Kniegelenk**  
*Inkl.:* Transplantatentnahme, Isometriemessung und Notch-Plastik
- 5-803.0↔ Vorderes Kreuzband mit autogener Patellarsehne
- 5-803.1↔ Vorderes Kreuzband mit sonstiger autogener Sehne
- 5-803.2↔ Vorderes Kreuzband mit alloplastischem Bandersatz
- 5-803.3↔ Hinteres Kreuzband mit autogener Patellarsehne
- 5-803.4↔ Hinteres Kreuzband mit sonstiger autogener Sehne
- 5-803.5↔ Hinteres Kreuzband mit alloplastischem Bandersatz
- 5-803.6↔ Medialer Bandapparat
- 5-803.7↔ Lateraler Bandapparat
- 5-803.8↔ Kombinierte Bandplastik

5-803.9↔ Dorsomedialer Bandapparat

5-803.a↔ Dorsolateraler Bandapparat

5-803.x↔ Sonstige

5-803.y N.n.bez.

**5-804 Offen chirurgische Operationen an der Patella und ihrem Halteapparat**

*Exkl.:* Offen chirurgische Operationen am Gelenkknorpel (5-801)

*Hinw.:* Die Entnahme eines Knochentransplantates ist gesondert zu kodieren (5-783)  
Eine durchgeführte Osteosynthese ist gesondert zu kodieren (5-786)

5-804.0↔ Retinakulumspaltung, lateral

5-804.1↔ Retinakulumspaltung, lateral mit Zügelungsoperation  
*Inkl.:* Mediale Raffung

5-804.2↔ Verlagerung des Patellarsehnenansatzes (z.B. nach Bandi, Elmslie)

5-804.3↔ Verlagerung des Patellarsehnenansatzes mit Knochenspan

5-804.4↔ Patellaosteotomie

5-804.5↔ Teilresektion der Patella

5-804.6↔ Patellektomie

5-804.7↔ Naht des medialen Retinakulums

5-804.8↔ Rekonstruktion des medialen patellofemoralen Ligamentes [MPFL]  
*Hinw.:* Die Entnahme von ortsständigem Sehngewebe ist im Kode enthalten

5-804.x↔ Sonstige

5-804.y N.n.bez.

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

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

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

5-805.0↔ Refixation des Limbus (z.B. nach Bankart)

5-805.1↔ Refixation eines knöchernen Limbusabrisses

5-805.2↔ Vordere Pfannenrandplastik

5-805.3↔ Hintere Pfannenrandplastik

5-805.4↔ Vordere Kapselplastik

5-805.5↔ Hintere Kapselplastik

5-805.6↔ Akromioplastik mit Durchtrennung des Ligamentum coracoacromiale

5-805.7↔ Rekonstruktion der Rotatorenmanschette durch Naht

5-805.8↔ Rekonstruktion der Rotatorenmanschette durch Sehnenverlagerung

5-805.9↔ Rekonstruktion der Rotatorenmanschette durch Transplantat  
*Exkl.:* Rekonstruktion der Rotatorenmanschette durch Implantat (5-805.a)  
*Hinw.:* Die Art des Transplantates ist gesondert zu kodieren (5-930 ff.)

5-805.a↔ Rekonstruktion der Rotatorenmanschette durch Implantat  
*Inkl.:* Rekonstruktion der Rotatorenmanschette durch nicht resorbierbaren Kollagen-Patch

5-805.x↔ Sonstige

5-805.y N.n.bez.

**5-806 Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Sprunggelenkes**

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

5-806.3↔ Naht der Syndesmose

5-806.4↔ Bandplastik des lateralen Bandapparates mit autogener Sehne

5-806.5↔ Bandplastik des lateralen Bandapparates mit Periostlappen oder ortsständigem Material  
*Inkl.:* Operationsmethode nach Broström-Gould

5-806.6↔ Bandplastik des lateralen Bandapparates mit alloplastischem Bandersatz

- 5-806.7↔ Fesselung der Peronealsehnen
- 5-806.8↔ Naht eines Bandes des unteren Sprunggelenkes
- 5-806.9↔ Bandplastik des medialen Bandapparates
- 5-806.a↔ Bandplastik der Syndesmose
- 5-806.b↔ Bandplastik des unteren Sprunggelenkes
- 5-806.c↔ Naht des lateralen Bandapparates  
*Inkl.:* Naht eines oder mehrerer fibularer Bänder
- 5-806.d↔ Naht des medialen Bandapparates  
*Inkl.:* Naht des Ligamentum deltoideum
- 5-806.x↔ Sonstige
- 5-806.y N.n.bez.
- 5-807 Offen chirurgische Refixation am Kapselbandapparat anderer Gelenke**  
*Inkl.:* Bandplastik  
*Exkl.:* Offen chirurgische Refixation am Kapselbandapparat des Kniegelenkes (5-802, 5-803)  
Offen chirurgische Refixation am Kapselbandapparat des Schultergelenkes (5-805)  
Offen chirurgische Refixation am Kapselbandapparat des Sprunggelenkes (5-806)  
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)
- 5-807.0↔ Naht eines Kapsel- oder Kollateralbandes
- 5-807.1↔ Naht mehrerer Kapsel- oder Kollateralbänder
- 5-807.2↔ Naht des radioulnaren Ringbandes
- 5-807.3 Naht des distalen radioulnaren Bandapparates  
*Inkl.:* Diskus  
.30↔ Naht ohne Stabilisierung des distalen radioulnaren Bandapparates  
.31↔ Naht mit Stabilisierung des distalen radioulnaren Bandapparates  
*Inkl.:* Transossäre Fixation oder Fixation mit Knochenanker
- 5-807.4↔ Naht des Bandapparates der Klavikula  
*Inkl.:* Augmentation
- 5-807.5↔ Naht des Bandapparates der Klavikula mit Plattenstabilisierung
- 5-807.6↔ Naht des Bandapparates der Klavikula mit Schrauben- oder Drahtfixation
- 5-807.x↔ Sonstige
- 5-807.y N.n.bez.
- 5-808 Arthrodesen**  
*Inkl.:* Planung  
Korrekturarthrodesen  
*Exkl.:* Arthrodesen an kleinen Gelenken der Hand (5-846)  
Temporäre Fixation eines Gelenkes (5-809.2)  
Temporäre Fixation an kleinen Gelenken der Hand (5-849.1)  
*Hinw.:* Eine durchgeführte Knochen transplantation ist gesondert zu kodieren (5-784)  
Eine durchgeführte Osteosynthese ist gesondert zu kodieren (5-786)  
Eine (Keil-)Resektion/(Keil-)Osteotomie der Gelenkflächenanteile zur Achsenkorrektur ist nicht gesondert zu kodieren
- 5-808.0↔ Iliosakralgelenk
- 5-808.1 Symphyse
- 5-808.2↔ Hüftgelenk
- 5-808.3↔ Kniegelenk
- 5-808.4↔ Schultergelenk
- 5-808.5↔ Ellenbogengelenk
- 5-808.6↔ Handgelenk
- 5-808.7 Oberes Sprunggelenk  
.70↔ Ohne weiteres Gelenk

- .71↔ Mit unterem Sprunggelenk  
*Inkl.:* Tibio-kalkaneare Arthrorese, tibio-tarsale Arthrorese
- .72↔ Mit unterem Sprunggelenk und Chopartgelenk  
*Inkl.:* Tibio-kalkaneare Arthrorese, tibio-tarsale Arthrorese

**5-808.8 Unteres Sprunggelenk**

- .80↔ Eine Sprunggelenksskammer  
*Inkl.:* Subtalare (talo-calcaneare) Arthrorese, talo-naviculare Arthrorese, calcaneo-cuboidale Arthrorese
- .81↔ Zwei Sprunggelenksskammern  
*Inkl.:* Talo-naviculo-calcaneare Arthrorese, talo-calcaneo-cuboidale Arthrorese
- .82↔ Drei Sprunggelenksskammern  
*Inkl.:* Triple-Arthrorese

**5-808.a Fußwurzel und Mittelfuß**

- Inkl.:* Tarsometatarsale Arthrorese, naviculo-cuneiforme Arthrorese
- Exkl.:* Arthrorese am Metatarsophalangealgelenk (5-808.b ff.)
- .a0↔ Ein oder zwei Gelenkfächer
- .a1↔ Drei und mehr Gelenkfächer  
*Inkl.:* Komplette Lisfranc-Arthrorese

**5-808.b Zehengelenk**

- .b0↔ Großzehengrundgelenk
- .b1↔ Großzehenendgelenk
- .b2↔ Kleinzehengelenk, 1 Gelenk  
*Inkl.:* Metatarsophalangealgelenk der Kleinzehen
- .b3↔ Kleinzehengelenk, 2 Gelenke  
*Inkl.:* Metatarsophalangealgelenk der Kleinzehen
- .b4↔ Kleinzehengelenk, 3 Gelenke  
*Inkl.:* Metatarsophalangealgelenk der Kleinzehen
- .b5↔ Kleinzehengelenk, 4 Gelenke  
*Inkl.:* Metatarsophalangealgelenk der Kleinzehen
- .b6↔ Kleinzehengelenk, 5 und mehr Gelenke  
*Inkl.:* Metatarsophalangealgelenk der Kleinzehen
- .bx↔ Sonstige

5-808.x↔ Sonstige

5-808.y N.n.bez.

**5-809 Andere offen chirurgische Gelenkoperationen**

*Hinw.:* Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-800 zu kodieren

**\*\*5-809.0** Durchtrennung eines Bandes

[6. Stelle: 0,1,3-9,e-r,x]

*Exkl.:* Durchtrennung des Lig. carpi transversum, Ringbandspaltung (5-841.1)

**\*\*5-809.1** Arthrorise

*Exkl.:* Arthrorise an Gelenken der Hand (5-849.6)

**\*\*5-809.2** Temporäre Fixation eines Gelenkes

*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.)

**\*\*5-809.3** Einbringen einer Entlastungsfeder

[6. Stelle: h]

**\*\*5-809.x** Sonstige

5-809.y N.n.bez.

**5-81**

**Arthroskopische Gelenkoperationen**

*Inkl.:* Endoskopische Eingriffe im periartikulären Raum

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

*Hinw.:* Eine gleichzeitig durchgeführte diagnostische Arthroskopie ist im Kode enthalten

Aufwendige Gipsverbände sind gesondert zu kodieren (8-310)

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

0↔ Humeroglenoidalgelenk

- 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↔ Unteres Sprunggelenk
- n↔ Tarsalgelenk
- p↔ Tarsometatarsalgelenk
- q↔ Metatarsophalangealgelenk
- r↔ Zehngelenk
- x↔ Sonstige

**5-810 Arthroskopische Gelenkoperation**

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

- \*\*5-810.0 Gelenkspülung mit Drainage, aseptisch
- \*\*5-810.1 Gelenkspülung mit Drainage, septisch
- \*\*5-810.2 Gelenkmobilisation [Arthrolyse]  
*Inkl.:* Debridement
- \*\*5-810.3 Entfernung von Osteosynthesematerial  
[6. Stelle: 0,1,3-9,e-r,x]  
*Inkl.:* Entfernung anderer Implantate
- \*\*5-810.4 Entfernung freier Gelenkkörper  
[6. Stelle: 0,1,3-9,e,g-r,x]  
*Inkl.:* Entfernung eines Fremdkörpers  
Entfernung osteochondraler Fragmente
- \*\*5-810.5 Entfernung periartikulärer Verkalkungen
- \*\*5-810.6 Arthroskopisch assistierte Versorgung einer Fraktur  
*Hinw.:* Dieser Kode ist ein Zusatzkode und zur Angabe einer arthroskopischen Unterstützung bei einer Frakturversorgung zu verwenden  
Eine durchgeführte Frakturosteosynthese ist gesondert zu kodieren (5-79 ff.)
- \*\*5-810.7 Einlegen eines Medikamententrägers  
*Inkl.:* Wechsel
- \*\*5-810.8 Entfernen eines Medikamententrägers
- \*\*5-810.9 Resektion von Bandanteilen und Bandresten  
[6. Stelle: 0,1,3-9,e-r,x]
- \*\*5-810.x Sonstige
- 5-810.y N.n.bez.

**5-811 Arthroskopische Operation an der Synovialis**

*Hinw.:* Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-810 zu kodieren

- \*\*5-811.0 Resektion einer Plica synovialis  
[6. Stelle: 7,h,x]
- \*\*5-811.1 Resektion an einem Fettkörper (z.B. Hoffa-Fettkörper)  
[6. Stelle: g,h,x]
- \*\*5-811.2 Synovektomie, partiell  
[6. Stelle: 0,1,3-9,e,g-r,x]
- \*\*5-811.3 Synovektomie, total  
[6. Stelle: 0,1,3-9,e,g-r,x]

- \*\*5-811.4 Elektrothermische Denervierung von Synovialis und Kapselgewebe  
*Inkl.:* Arthroskopische Patelladenervation
- \*\*5-811.x Sonstige
- 5-811.y N.n.bez.
- 5-812 Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken**  
*Hinw.:* Die Lokalisation ist für die Subkodes .0 bis .4, .8 bis .a und .x in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-810 zu kodieren
- \*\*5-812.0 Exzision von erkranktem Gewebe am Gelenkknorpel  
[6. Stelle: 0,1,3-9,e-r,x]
- \*\*5-812.3 Refixation eines osteochondralen Fragmentes  
[6. Stelle: 0,1,3-9,e-r,x]
- \*\*5-812.4 Subchondrale Spongiosaplastik  
[6. Stelle: 0,1,3-9,e-r,x]
- 5-812.5↔ Meniskusresektion, partiell  
*Inkl.:* Meniskusglättung
- 5-812.6↔ Meniskusresektion, total
- 5-812.7↔ Meniskusrefixation
- \*\*5-812.8 Entnahme eines Knorpeltransplantates  
[6. Stelle: 0,4,7,g,h,k,m,x]  
*Inkl.:* Entnahme von Knorpel zur Zell- und Gewebezüchtung
- \*\*5-812.9 Knorpeltransplantation  
[6. Stelle: 0,1,3-9,e-r,x]
- \*\*5-812.a Implantation von in vitro hergestellten Gewebekulturen  
[6. Stelle: 0,1,3-9,e-r,x]  
*Exkl.:* Autogene matrixinduzierte Chondrozytentransplantation (5-812.h ff.)
- 5-812.b↔ Resektion des Discus triangularis
- 5-812.c↔ Implantation eines künstlichen Meniskus  
*Inkl.:* Kollagenmeniskus, Meniskus aus Polyurethan
- 5-812.d↔ Entfernung eines künstlichen Meniskus  
*Inkl.:* Kollagenmeniskus, Meniskus aus Polyurethan
- \*\*5-812.e Knorpelglättung (Chondroplastik)  
[6. Stelle: 0,1,3-9,e-r,x]
- \*\*5-812.f Subchondrale Knocheneröffnung (z.B. nach Pridie, Mikrofrakturierung, Abrasionsarthroplastik)  
[6. Stelle: 0,1,3-9,e,g-r,x]
- \*\*5-812.g Subchondrale Knocheneröffnung mit Einbringen eines azellulären Implantates  
[6. Stelle: 0,1,3-9,e,g-r,x]  
*Inkl.:* Autogene matrixinduzierte Chondrogenese
- \*\*5-812.h Autogene matrixinduzierte Chondrozytentransplantation  
[6. Stelle: 0,1,3-9,e-r,x]
- \*\*5-812.k Resektion eines oder mehrerer Osteophyten
- \*\*5-812.m Subchondrale Knocheneröffnung mit Einbringen eines mit homologem Vollblut oder seinen Bestandteilen angereicherten azellulären Implantates  
[6. Stelle: 0,1,3-9,e,g-r,x]  
*Exkl.:* Autogene matrixinduzierte Chondrogenese (5-812.g ff.)
- 5-812.n Naht oder Rekonstruktion des Discus triangularis [TFCC]
- .n0↔ Refixation, kapsulär  
*Inkl.:* Straffung
- .n1↔ Refixation, knöchern
- .n2↔ Rekonstruktion durch Transplantat  
*Hinw.:* Die Transplantatentnahme ist gesondert zu kodieren
- .nx↔ Sonstige
- \*\*5-812.x Sonstige
- 5-812.y N.n.bez.

**5-813 Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes***Inkl.:* Transplantatentnahme, Isometriemessung und Notch-Plastik

- 5-813.0↔ Naht eines vorderen Kreuzbandes
- 5-813.1↔ Naht eines hinteren Kreuzbandes
- 5-813.2↔ Knöcherne Refixation eines Kreuzbandes
- 5-813.3↔ Plastik vorderes Kreuzband mit autogener Patellarsehne
- 5-813.4↔ Plastik vorderes Kreuzband mit sonstiger autogener Sehne
- 5-813.5↔ Plastik vorderes Kreuzband mit alloplastischem Bandersatz
- 5-813.6↔ Plastik hinteres Kreuzband mit autogener Patellarsehne
- 5-813.7↔ Plastik hinteres Kreuzband mit sonstiger autogener Sehne
- 5-813.8↔ Plastik hinteres Kreuzband mit alloplastischem Bandersatz
- 5-813.9↔ Durchtrennung der Kniegelenkscapsel (Lateral release)
- 5-813.a↔ Naht des medialen Kapselbandapparates
- 5-813.b↔ Naht des lateralen Kapselbandapparates
- 5-813.c↔ Naht des dorsalen Kapselbandapparates
- 5-813.d↔ Plastik des medialen Kapselbandapparates
- 5-813.e↔ Plastik des lateralen Kapselbandapparates
- 5-813.f↔ Plastik des dorsalen Kapselbandapparates
- 5-813.g↔ Plastik vorderes Kreuzband mit allogener Sehne
- 5-813.h↔ Plastik hinteres Kreuzband mit allogener Sehne
- 5-813.x↔ Sonstige
- 5-813.y N.n.bez.

**5-814 Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes**

- 5-814.0↔ Refixation des Labrum glenoidale durch Naht
- 5-814.1↔ Refixation des Labrum glenoidale durch sonstige Verfahren  
*Inkl.:* Knochenanker
- 5-814.2↔ Refixation eines knöchernen Labrumabrisse (Bankart-Läsion)
- 5-814.3↔ Erweiterung des subakromialen Raumes  
*Inkl.:* Bursektomie  
Resektion des Ligamentum coracoacromiale
- 5-814.4↔ Sonstige Rekonstruktion der Rotatorenmanschette  
*Inkl.:* Debridement der Rotatorenmanschette
- 5-814.5↔ Kapselraffung mit Fixation am Glenoid durch Naht  
*Inkl.:* Fixation durch Knochenanker
- 5-814.6↔ Rekonstruktion der Rotatorenmanschette durch Transplantat  
*Hinw.:* Die Art des Transplantates ist gesondert zu kodieren (5-930 ff.)
- 5-814.7↔ Tenotomie der langen Bizepssehne
- 5-814.8↔ Naht der langen Bizepssehne
- 5-814.9↔ Tenodese der langen Bizepssehne
- 5-814.a↔ Laterale Resektion der Klavikula
- 5-814.b↔ Stabilisierung des Akromioklavikulargelenkes durch Fixationsverfahren  
*Inkl.:* Freie Sehnen transplantation  
*Hinw.:* Die Entnahme von Sehngewebe zur Transplantation ist gesondert zu kodieren (5-852.f ff.)
- 5-814.c↔ Einbringen eines Abstandhalters
- 5-814.d↔ Schrumpfung der Schultergelenkkapsel durch Energiequellen  
*Inkl.:* Elektrokauter
- 5-814.x↔ Sonstige
- 5-814.y N.n.bez.

**5-815 Arthroskopische Entfernung und arthroskopischer Wechsel eines Bandersatzes am Kniegelenk**

*Inkl.:* Transplantatentnahme, Isometriemessung und Notch-Plastik

*Hinw.:* Bei zweizeitigem Kreuzbandersatz ist die Implantation des Transplantates wie eine primäre Kreuzbandoperation zu kodieren (5-813 ff.)

5-815.0↔ Entfernung eines vorderen Kreuzbandtransplantates

5-815.1↔ Entfernung eines hinteren Kreuzbandtransplantates

5-815.2 Wechsel eines vorderen Kreuzbandtransplantates

.20↔ Mit autogener Patellarsehne

.21↔ Mit sonstiger autogener Sehne

.22↔ Mit alloplastischem Bandersatz

.23↔ Mit allogener Sehne

.2x↔ Sonstige

5-815.3 Wechsel eines hinteren Kreuzbandtransplantates

.30↔ Mit autogener Patellarsehne

.31↔ Mit sonstiger autogener Sehne

.32↔ Mit alloplastischem Bandersatz

.33↔ Mit allogener Sehne

.3x↔ Sonstige

5-815.x↔ Sonstige

5-815.y N.n.bez.

**5-819 Andere arthroskopische Operationen**

*Hinw.:* Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-810 zu kodieren

\*\*5-819.0 Durchtrennung eines Bandes

[6. Stelle: 0,1,3-9,e-r,x]

\*\*5-819.1 Debridement einer Sehne

[6. Stelle: 0,4,5,h,k,x]

*Exkl.:* Offen chirurgisches Debridement einer Sehne (5-850.c ff.)

\*\*5-819.2 Resektion eines Ganglions

[6. Stelle: 0,h,x]

*Exkl.:* Offen chirurgische Resektion eines Ganglions (5-859.2 ff.)

5-819.3↔ Naht oder sonstige Refixation des Labrum acetabulare

*Inkl.:* Knochenanker

\*\*5-819.x Sonstige

5-819.y N.n.bez.

**5-82 Endoprothetischer Gelenk- und Knochenersatz**

*Hinw.:* Eine Abtragung von Osteophyten ist nicht gesondert zu kodieren

**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)

Die zusätzliche Verwendung von Osteosynthesematerial ist gesondert zu kodieren (5-786)

Die Verwendung einer Gelenkschnapp-Pfanne ist gesondert zu kodieren (5-820.7)

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 Anwendung von hypoallergenen Prothesen ist gesondert zu kodieren (5-829.e)

Aufwendige Gipsverbände sind gesondert zu kodieren (8-310)

Die Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation ist gesondert zu kodieren (5-829.n)

Die Angabe zur Verwendung von Zement ist für die mit \*\* gekennzeichneten Codes in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:

0↔ Nicht zementiert

1↔ Zementiert

2↔ Hybrid (teilyementiert)

- \*\*5-820.0 Totalendoprothese
- \*\*5-820.2 Totalendoprothese, Sonderprothese  
*Inkl.:* Langschaft, Tumorprothese, CAD-CAM-Prothese
- \*\*5-820.3 Femurkopfprothese  
[6. Stelle: 0,1]
- \*\*5-820.4 Duokopfprothese  
[6. Stelle: 0,1]
- \*\*5-820.5 Gelenkpfannenstützschale  
[6. Stelle: 0,1]  
*Inkl.:* Implantation eines Antiluxationspfannenrandes
- \*\*5-820.7 Gelenkschnapp-Pfanne
- \*\*5-820.8 Oberflächenersatzprothese
- 5-820.9 Kurzschaft-Femurkopfprothese  
.92↔ Ohne Pfannenprothese, nicht zementiert  
.93↔ Ohne Pfannenprothese, zementiert  
.94↔ Mit Pfannenprothese, nicht zementiert  
.95↔ Mit Pfannenprothese, zementiert  
.96↔ Mit Pfannenprothese, hybrid (teilzementiert)
- \*\*5-820.x Sonstige
- 5-820.y N.n.bez.
- 5-821 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk**  
*Hinw.:* Eine durchgeführte Spongiosaplastik ist gesondert zu kodieren (5-784)  
Eine durchgeführte Pfannenbodenplastik ist gesondert zu kodieren (5-829.h)  
Der Einbau einer Gelenkpfannenstützschale oder eines Antiluxationspfannenrandes ist gesondert zu kodieren (5-820.5)  
Die zusätzliche Verwendung von Osteosynthesematerial ist gesondert zu kodieren (5-786)  
Die Verwendung einer Gelenkschnapp-Pfanne ist gesondert zu kodieren (5-820.7)  
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)
- 5-821.0↔ Revision (ohne Wechsel)
- 5-821.1 Wechsel einer Femurkopfprothese  
*Inkl.:* Im Rahmen eines Teilwechsels bei vorhandener Totalendoprothese  
.10↔ In Femurkopfprothese, nicht zementiert  
.11↔ In Femurkopfprothese, zementiert oder n.n.bez.  
.12↔ In Totalendoprothese, nicht zementiert  
.13↔ In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez.  
.14↔ In Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert)  
.15↔ In Totalendoprothese, Sonderprothese  
*Inkl.:* Langschaft, Tumorprothese, CAD-CAM-Prothese  
.16↔ In Duokopfprothese  
.18↔ Wechsel des Aufsteckkopfes  
.1x↔ Sonstige
- 5-821.2 Wechsel einer Gelenkpfannenprothese  
*Inkl.:* Im Rahmen eines Teilwechsels bei vorhandener Totalendoprothese  
.20↔ In Gelenkpfannenprothese, nicht zementiert  
.22↔ In Gelenkpfannenprothese, zementiert oder n.n.bez.  
.24↔ In Gelenkpfannenprothese, nicht zementiert, mit Wechsel des Aufsteckkopfes  
.25↔ In Gelenkpfannenprothese, zementiert oder n.n.bez., mit Wechsel des Aufsteckkopfes  
.26↔ In Totalendoprothese, nicht zementiert  
.27↔ In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez.  
.28↔ In Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert)  
.29↔ In Totalendoprothese, Sonderprothese  
*Inkl.:* Langschaft, Tumorprothese, CAD-CAM-Prothese  
.2a↔ Isolierter Wechsel eines Inlays ohne Pfannenwechsel  
.2b↔ Isolierter Wechsel eines Inlays ohne Pfannenwechsel, mit Wechsel des Aufsteckkopfes  
.2x↔ Sonstige

- 5-821.3 Wechsel einer zementierten Totalendoprothese  
 .30↔ In Totalendoprothese, nicht zementiert  
 .31↔ In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez.  
 .32↔ In Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert)  
 .33↔ In Totalendoprothese, Sonderprothese  
*Inkl.:* Langschaft, Tumorprothese, CAD-CAM-Prothese  
 .3x↔ Sonstige
- 5-821.4 Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese  
 .40↔ In Totalendoprothese, nicht zementiert  
 .41↔ In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez.  
 .42↔ In Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert)  
 .43↔ In Totalendoprothese, Sonderprothese  
*Inkl.:* Langschaft, Tumorprothese, CAD-CAM-Prothese  
 .4x↔ Sonstige
- 5-821.5 Wechsel einer Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert)  
 .50↔ In Totalendoprothese, nicht zementiert  
 .51↔ In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez.  
 .52↔ In Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert)  
 .53↔ In Totalendoprothese, Sonderprothese  
*Inkl.:* Langschaft, Tumorprothese, CAD-CAM-Prothese  
 .5x↔ Sonstige
- 5-821.6 Wechsel einer Totalendoprothese, Sonderprothese  
*Inkl.:* Langschaft, Tumorprothese, CAD-CAM-Prothese  
 .60↔ In Totalendoprothese, nicht zementiert  
 .61↔ In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez.  
 .62↔ In Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert)  
 .63↔ In Totalendoprothese, Sonderprothese  
*Inkl.:* Langschaft, Tumorprothese, CAD-CAM-Prothese  
 .6x↔ Sonstige
- 5-821.7↔ Entfernung einer Totalendoprothese
- 5-821.8↔ Entfernung einer Femurkopfprothese
- 5-821.9↔ Entfernung einer Duokopfprothese
- 5-821.a↔ Entfernung einer Femurkopfkappe
- 5-821.b↔ Entfernung einer Gelenkpfannenprothese
- 5-821.c↔ Entfernung einer Gelenkpfannenstützschale  
*Inkl.:* Entfernung eines Antiluxationspfannenrandes
- 5-821.d↔ Entfernung einer Gelenkschnapp-Pfanne
- 5-821.e↔ Entfernung einer Totalendoprothese, Sonderprothese  
*Inkl.:* Langschaft, Tumorprothese, CAD-CAM-Prothese
- 5-821.f Wechsel einer Duokopfprothese  
 .f0↔ In Duokopfprothese, nicht zementiert  
 .f1↔ In Duokopfprothese, zementiert oder n.n.bez.  
 .f2↔ In Totalendoprothese, nicht zementiert  
 .f3↔ In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez.  
 .f4↔ In Totalendoprothese, Sonderprothese  
*Inkl.:* Langschaft, Tumorprothese, CAD-CAM-Prothese  
 .fx↔ Sonstige
- 5-821.g Wechsel einer Oberflächenersatzprothese  
 .g0↔ In Oberflächenersatzprothese, nicht zementiert  
 .g1↔ In Oberflächenersatzprothese, zementiert  
 .g2↔ In Oberflächenersatzprothese, hybrid (teilzementiert)  
 .g3↔ In Totalendoprothese, nicht zementiert  
 .g4↔ In Totalendoprothese, zementiert, hybrid oder n.n.bez.  
 .g5↔ In Totalendoprothese, Sonderprothese  
 .gx↔ Sonstige

- 5-821.h↔ Entfernung einer Oberflächenersatzprothese
- 5-821.j Wechsel einer schenkelhalsershaltenden Femurkopfprothese [Kurzschafft-Femurkopfprothese]  
 .j0↔ In Totalendoprothese, nicht zementiert  
 .j1↔ In Totalendoprothese, zementiert, hybrid oder n.n.bez.  
 .j2↔ In Totalendoprothese, Sonderprothese  
 .jx↔ Sonstige
- 5-821.k↔ Entfernung einer schenkelhalsershaltenden Femurkopfprothese [Kurzschafft-Femurkopfprothese]
- 5-821.x↔ Sonstige
- 5-821.y N.n.bez.
- 5-822 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk**  
*Hinw.:* Eine durchgeführte Spongiosaplastik ist gesondert zu kodieren (5-784)  
 Die zusätzliche Verwendung von Osteosynthesematerial ist gesondert zu kodieren (5-786)  
 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 Anwendung von hypoallergenen Prothesen ist gesondert zu kodieren (5-829.e)  
 Die Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation ist gesondert zu kodieren (5-829.n)  
 Die Angabe zur Verwendung von Zement ist für die mit \*\* gekennzeichneten Codes in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:  
 0↔ Nicht zementiert  
 1↔ Zementiert  
 2↔ Hybrid (teilzementiert)
- \*\*5-822.0 Unikondyläre Schlittenprothese
- 5-822.8 Patellaersatz  
*Hinw.:* Bei liegender Knieendoprothese ist die Revision (ohne Wechsel) derselben nicht gesondert zu kodieren  
 .80↔ Patellarrückfläche, nicht zementiert  
 .81↔ Patellarrückfläche, zementiert  
 .83↔ Patellofemorale Ersatz, nicht zementiert  
 .84↔ Patellofemorale Ersatz, zementiert  
 .85↔ Patellofemorale Ersatz, hybrid (teilzementiert)  
 .86↔ Isolierter Ersatz der femoralen Gleitfläche, nicht zementiert  
 .87↔ Isolierter Ersatz der femoralen Gleitfläche, zementiert
- \*\*5-822.9 Sonderprothese  
*Inkl.:* Tumorprothese, CAD-CAM-Prothese  
*Hinw.:* Ein Patellaersatz ist gesondert zu kodieren (5-822.8 ff.)
- 5-822.c↔ Interpositionelles nicht verankertes Implantat  
*Hinw.:* Die Resektion des erkrankten Meniskus ist im Code enthalten
- \*\*5-822.f Implantation eines endoprothetischen Gelenkersatzes ohne Bewegungsfunktion  
*Inkl.:* Arthrodesemodule
- \*\*5-822.g Bikondyläre Oberflächenersatzprothese  
*Inkl.:* Verwendung von Wedges  
*Hinw.:* Ein Patellaersatz ist gesondert zu kodieren (5-822.8 ff.)
- \*\*5-822.h Femoral und tibial schaftverankerte Prothese  
*Hinw.:* Ein Patellaersatz ist gesondert zu kodieren (5-822.8 ff.)  
 Bei einseitiger Schaftverankerung ist eine bikondyläre Oberflächenersatzprothese (5-822.g ff.) zu kodieren
- \*\*5-822.j Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit  
 [6. Stelle: 1,2]  
*Exkl.:* Implantation einer unikondylären Schlittenprothese (5-822.0 ff.)  
*Hinw.:* Ein Patellaersatz ist gesondert zu kodieren (5-822.8 ff.)  
 Die erweiterte Beugefähigkeit entspricht einer Beugefähigkeit von mindestens 130 Grad
- \*\*5-822.k Bikompartimentelle Teilgelenkersatzprothese  
*Hinw.:* Ein Patellaersatz ist gesondert zu kodieren (5-822.8 ff.)

- \*\*5-822.x** Sonstige
- 5-822.y N.n.bez.
- 5-823 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk**
- Hinw.:* Eine durchgeführte Spongiosaplastik ist gesondert zu kodieren (5-784)  
 Die zusätzliche Verwendung von Osteosynthesematerial ist gesondert zu kodieren (5-786)  
 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 Anwendung einer hypoallergenen Prothese ist gesondert zu kodieren (5-829.e)  
 Die Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation ist gesondert zu kodieren (5-829.n)
- 5-823.0↔ Revision (ohne Wechsel)
- 5-823.1 **Wechsel einer unikondylären Schlittenprothese**  
*Hinw.:* Ein Patellaersatz ist gesondert zu kodieren (5-822.8 ff., 5-823.5 ff.)
- .10↔ In unikondyläre Oberflächenprothese, nicht zementiert
  - .11↔ In unikondyläre Oberflächenprothese zementiert
  - .19↔ Inlaywechsel
  - .1a↔ In bikondyläre Oberflächenprothese, nicht zementiert
  - .1b↔ In bikondyläre Oberflächenprothese, zementiert
  - .1c↔ In bikondyläre Oberflächenprothese, hybrid (teilzementiert)
  - .1d↔ In femoral und tibial schaftverankerte Prothese, nicht zementiert
  - .1e↔ In femoral und tibial schaftverankerte Prothese, zementiert
  - .1f↔ In femoral und tibial schaftverankerte Prothese, hybrid (teilzementiert)
  - .1x↔ Sonstige
- 5-823.2 **Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese**  
*Hinw.:* Ein Patellaersatz ist gesondert zu kodieren (5-822.8 ff., 5-823.5 ff.)
- .20↔ Typgleich
  - .21↔ In eine andere Oberflächenersatzprothese, nicht zementiert
  - .22↔ In eine andere Oberflächenersatzprothese, (teil-)zementiert
  - .25↔ In eine Sonderprothese, nicht zementiert
  - .26↔ In eine Sonderprothese, (teil-)zementiert
  - .27↔ Inlaywechsel
  - .28↔ Teilwechsel Femurteil
  - .29↔ Teilwechsel Tibiateil
  - .2a↔ In eine femoral und tibial schaftverankerte Prothese, nicht zementiert
  - .2b↔ In eine femoral und tibial schaftverankerte Prothese, (teil-)zementiert
  - .2x↔ Sonstige
- 5-823.4 **Wechsel einer Sonderprothese**  
*Hinw.:* Ein Patellaersatz ist gesondert zu kodieren (5-822.8 ff., 5-823.5 ff.)
- .40↔ Typgleich
  - .41↔ Teilwechsel Femurteil
  - .42↔ Teilwechsel Tibiateil
  - .4x↔ Sonstige
- 5-823.5 **Wechsel eines Patellaersatzes**  
*Hinw.:* Bei liegender Knieendoprothese ist die Revision (ohne Wechsel) derselben nicht gesondert zu kodieren
- .50↔ In Patellarückfläche, nicht zementiert
  - .51↔ In Patellarückfläche, zementiert
  - .52↔ In patellofemorale Ersatz, nicht zementiert
  - .53↔ In patellofemorale Ersatz, (teil-)zementiert
  - .54↔ In Ersatz der femoralen Gleitfläche, nicht zementiert
  - .55↔ In Ersatz der femoralen Gleitfläche, zementiert
- 5-823.6↔ Entfernung einer unikondylären Schlittenprothese
- 5-823.7↔ Entfernung einer bikondylären Oberflächenersatzprothese
- 5-823.9↔ Entfernung eines Patellaersatzes
- 5-823.a↔ Entfernung einer Sonderprothese

- 5-823.b Wechsel einer Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit  
*Hinw.:* Ein Patellaersatz ist gesondert zu kodieren (5-822.8 ff., 5-823.5 ff.)  
 Die erweiterte Beugefähigkeit entspricht einer Beugefähigkeit von mindestens 130 Grad  
 .b0↔ Nur Inlaywechsel  
 .b7↔ In eine Sonderprothese, nicht zementiert  
 .b8↔ In eine Sonderprothese, (teil-)zementiert  
 .b9↔ In eine Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit (teil-)zementiert  
 .ba↔ In eine femoral und tibial schaftverankerte Prothese, nicht zementiert  
 .bb↔ In eine femoral und tibial schaftverankerte Prothese, (teil-)zementiert  
 .bx↔ Sonstige
- 5-823.c↔ Wechsel eines interpositionellen nicht verankerten Implantates
- 5-823.d↔ Entfernung einer Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit
- 5-823.e↔ Entfernung eines interpositionellen nicht verankerten Implantates
- 5-823.f Wechsel einer bikompartimentellen Teilgelenkersatzprothese  
*Hinw.:* Ein Patellaersatz ist gesondert zu kodieren (5-822.8 ff., 5-823.5 ff.)  
 .f0↔ Nur Inlaywechsel  
 .f1↔ Teilwechsel Tibiateil  
 .f2↔ Teilwechsel Femurteil  
 .fd↔ In eine bikompartimentelle Teilgelenkersatzprothese  
 .fe↔ In eine bikondyläre Oberflächenprothese, nicht zementiert  
 .ff↔ In eine bikondyläre Oberflächenprothese, (teil-)zementiert  
 .fg↔ In eine femoral und tibial schaftverankerte Prothese, nicht zementiert  
 .fh↔ In eine femoral und tibial schaftverankerte Prothese, (teil-)zementiert  
 .fx↔ Sonstige
- 5-823.g↔ Entfernung einer bikompartimentellen Teilgelenkersatzprothese
- 5-823.h Wechsel eines endoprothetischen Gelenkersatzes ohne Bewegungsfunktion  
*Inkl.:* Arthrodesemodule  
 .h0↔ (Teil-)Wechsel ohne Wiederherstellung der Gelenkfunktion  
 .h1↔ (Teil-)Wechsel mit Wiederherstellung der Gelenkfunktion
- 5-823.j↔ Entfernung eines endoprothetischen Gelenkersatzes ohne Bewegungsfunktion
- 5-823.k Wechsel einer femoral und tibial schaftverankerten Prothese  
*Hinw.:* Ein Patellaersatz ist gesondert zu kodieren (5-822.8 ff., 5-823.5 ff.)  
 .k0↔ Typgleich  
 .k1↔ In eine andere femoral und tibial schaftverankerte Prothese, nicht zementiert  
 .k2↔ In eine andere femoral und tibial schaftverankerte Prothese, (teil-)zementiert  
 .k3↔ In eine Sonderprothese, nicht zementiert  
 .k4↔ In eine Sonderprothese, (teil-)zementiert  
 .k5↔ Teilwechsel Femurteil  
 .k6↔ Teilwechsel Tibiateil  
 .kx↔ Sonstige
- 5-823.m↔ Entfernung einer femoral und tibial schaftverankerten Prothese
- 5-823.x↔ Sonstige
- 5-823.y N.n.bez.
- 5-824 Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität**  
*Exkl.:* Implantation eines Humerusersatzes (5-828)  
*Hinw.:* Eine durchgeführte Spongiosaplastik ist gesondert zu kodieren (5-784)  
 Die zusätzliche Verwendung von Osteosynthesematerial ist gesondert zu kodieren (5-786)  
 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 Anwendung von hypoallergenen Prothesen ist gesondert zu kodieren (5-829.e)  
 Die Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation ist gesondert zu kodieren (5-829.n)
- 5-824.0 Teilprothese im Bereich des Humerus  
 .00↔ Oberflächenersatzprothese  
 .01↔ Humeruskopfprothese  
 .0x↔ Sonstige

- 5-824.1↔ Glenoidprothese
- 5-824.2 Totalendoprothese Schultergelenk
  - .20↔ Konventionell (nicht invers)
  - .21↔ Invers
- 5-824.3↔ Radiuskopffprothese
- 5-824.4↔ Totalendoprothese Ellenbogengelenk, gekoppelt
- 5-824.5↔ Totalendoprothese Ellenbogengelenk, ungekoppelt
- 5-824.6↔ Ersatz der distalen Humerusgelenkfläche
- 5-824.7↔ Ulnakopfprothese
- 5-824.8↔ Handgelenkendoprothese
- 5-824.9 Fingergelenkendoprothese
  - .90↔ Eine Endoprothese
  - .91↔ Zwei Endoprothesen
  - .92↔ Drei Endoprothesen
  - .93↔ Vier Endoprothesen
  - .94↔ Fünf Endoprothesen
  - .95↔ Sechs und mehr Endoprothesen
- 5-824.a↔ Daumensattelgelenkendoprothese
- 5-824.x↔ Sonstige
- 5-824.y N.n.bez.
- 5-825 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität**
  - Hinw.:* Eine durchgeführte Spongiosaplastik ist gesondert zu kodieren (5-784)
  - Die zusätzliche Verwendung von Osteosynthesematerial ist gesondert zu kodieren (5-786)
  - 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)
- 5-825.0 Revision (ohne Wechsel)
  - .00↔ Schultergelenk
  - .01↔ Ellenbogengelenk
  - .02↔ Handgelenk
  - .03↔ Daumensattelgelenk
  - .04↔ Fingergelenk
- 5-825.1 Wechsel einer Humeruskopfprothese
  - .10↔ In eine Humeruskopfprothese
  - .11↔ In eine Totalendoprothese Schultergelenk, konventionell
  - .12↔ In eine Totalendoprothese Schultergelenk, invers
  - .1x↔ Sonstige
- 5-825.2 Wechsel einer Totalendoprothese Schultergelenk
  - .20↔ In eine Totalendoprothese, konventionell
  - .21↔ In eine Totalendoprothese, invers
  - .2x↔ Sonstige
- 5-825.3↔ Wechsel einer Radiuskopffprothese
- 5-825.4↔ Wechsel einer Totalendoprothese Ellenbogengelenk
- 5-825.5↔ Wechsel einer Handgelenkendoprothese
- 5-825.6↔ Wechsel einer Fingergelenkendoprothese
- 5-825.7↔ Entfernung einer Humeruskopfprothese
  - Inkl.:* Debridement
- 5-825.8↔ Entfernung einer Totalendoprothese Schultergelenk
  - Inkl.:* Debridement
- 5-825.9↔ Entfernung einer Radiuskopffprothese
  - Inkl.:* Debridement

- 5-825.a↔ Entfernung einer Totalendoprothese Ellenbogengelenk  
*Inkl.:* Debridement
- 5-825.b↔ Entfernung einer Handgelenkendoprothese  
*Inkl.:* Debridement
- 5-825.c↔ Entfernung einer Fingergelenkendoprothese
- 5-825.d↔ Wechsel einer Daumensattelgelenkendoprothese
- 5-825.e↔ Entfernung einer Daumensattelgelenkendoprothese
- 5-825.f↔ Wechsel einer Oberflächenersatzprothese am Humerus
- 5-825.g↔ Entfernung einer Oberflächenersatzprothese am Humerus
- 5-825.h↔ Wechsel einer Glenoidprothese
- 5-825.j↔ Entfernung einer Glenoidprothese
- 5-825.k Teilwechsel einer Totalendoprothese Schultergelenk  
.k0↔ Glenoidteil  
.k1↔ Humerusteil  
.kx↔ Sonstige Teile  
*Inkl.:* Verbindungen zwischen Humerus und Glenoid, Inlay
- 5-825.x↔ Sonstige
- 5-825.y N.n.bez.

### 5-826 Implantation einer Endoprothese an Gelenken der unteren Extremität

*Hinw.:* Eine durchgeführte Spongiosaplastik ist gesondert zu kodieren (5-784)  
Die zusätzliche Verwendung von Osteosynthesematerial ist gesondert zu kodieren (5-786)  
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 Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation ist gesondert zu kodieren (5-829.n)

- 5-826.0 Sprunggelenkendoprothese  
.00↔ Nicht zementiert  
.01↔ Zementiert
- 5-826.1↔ Fußwurzelendoprothese
- 5-826.2↔ Vorfuß- oder Zehenendoprothese
- 5-826.x↔ Sonstige
- 5-826.y N.n.bez.

### 5-827 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese an Gelenken der unteren Extremität

*Hinw.:* Eine durchgeführte Spongiosaplastik ist gesondert zu kodieren (5-784)  
Die zusätzliche Verwendung von Osteosynthesematerial ist gesondert zu kodieren (5-786)  
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)

- 5-827.0↔ Revision (ohne Wechsel)
- 5-827.1 Wechsel einer Sprunggelenkendoprothese  
.10↔ In Sprunggelenkendoprothese, nicht zementiert  
.11↔ In Sprunggelenkendoprothese, zementiert  
.12↔ Teilwechsel Tibiateil  
.13↔ Teilwechsel Gleitkern  
.14↔ Teilwechsel Talusteil  
.1x↔ Sonstige
- 5-827.2↔ Wechsel einer Fußwurzelendoprothese
- 5-827.3↔ Wechsel einer Vorfuß- oder Zehenendoprothese
- 5-827.5↔ Entfernung einer Sprunggelenkendoprothese  
*Inkl.:* Debridement

- 5-827.6↔ Entfernung einer Fußwurzelendoprothese  
*Inkl.:* Debridement
- 5-827.7↔ Entfernung einer Vorfuß- oder Zehenendoprothese  
*Inkl.:* Debridement
- 5-827.x↔ Sonstige
- 5-827.y N.n.bez.
- 5-828 Implantation, Revision, Wechsel und Entfernung eines Knochenteilersatzes und Knochentotalersatzes**  
*Exkl.:* Die Verwendung einer Tumorendoprothese ist gesondert zu kodieren (5-829.c)  
*Hinw.:* Bei der Verwendung von alloplastischem Knochenersatz sind das verwendete Material und die Lokalisation gesondert zu kodieren (5-785 ff.)  
 Der endoprothetische Gelenkersatz ist jeweils gesondert zu kodieren (5-82 ff.)
- 5-828.0 Implantation eines Knochenteilersatzes  
*Hinw.:* Mit diesem Kode ist der erste Operationsschritt im Rahmen der Implantation einer Endo-Exo-Prothese zu kodieren. Das Einbringen des Konnektors für eine Endo-Exo-Prothese (zweiter Operationsschritt) ist mit dem Kode 5-869.3 zu kodieren
- 5-828.1 Implantation eines Knochentotalersatzes  
 .10↔ Femur  
 .11↔ Humerus  
 .1x↔ Sonstige
- 5-828.2 Revision eines Knochenersatzes ohne Wechsel
- 5-828.3 Wechsel eines Knochenteilersatzes
- 5-828.4 Wechsel eines Knochentotalersatzes  
 .40↔ Femur  
 .41↔ Humerus  
 .4x↔ Sonstige
- 5-828.5 Entfernung eines Knochenteilersatzes
- 5-828.6 Entfernung eines Knochentotalersatzes  
 .60↔ Femur  
 .61↔ Humerus  
 .6x↔ Sonstige
- 5-828.7 Implantation eines Stimulators für das Knochenwachstum  
 .70 Biochemischer Stimulator  
 .7x Sonstige
- 5-828.8 Implantation eines präformierten Knochenteilersatzes am Becken
- 5-828.x Sonstige
- 5-828.y N.n.bez.
- 5-829 Andere gelenkplastische Eingriffe**  
*Exkl.:* Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand (5-847)
- 5-829.0 Arthroplastik am Hüftgelenk mit Osteotomie des Beckens  
 .00↔ Einfache Osteotomie  
 .01↔ Tripelosteotomie  
 .0x↔ Sonstige
- 5-829.1↔ Pfannendachplastik am Hüftgelenk  
*Hinw.:* Eine durchgeführte Spongiosaplastik ist gesondert zu kodieren (5-784.0, 5-784.7)  
 Ein durchgeführter Knochenersatz ist gesondert zu kodieren (5-785 ff.)
- 5-829.2↔ Girdlestone-Resektion am Hüftgelenk, primär
- 5-829.3↔ Resektionsarthroplastik am Schultergelenk  
*Inkl.:* Interposition
- 5-829.4↔ Resektionsarthroplastik am Ellenbogengelenk  
*Inkl.:* Interposition

- 5-829.5↔ Resektionsarthroplastik am Handgelenk  
*Inkl.:* Interposition  
*Hinw.:* Die temporäre Fixation am Handgelenk ist gesondert zu kodieren (5-809.2 ff.)  
 Die Entnahme von Sehngewebe zur Transplantation ist gesondert zu kodieren (5-852.f ff.)  
 Die (partielle) Transposition einer Sehne ist gesondert zu kodieren (5-840.c ff., 5-854.23)
- 5-829.6↔ Resektionsarthroplastik am Kniegelenk  
*Inkl.:* Interposition
- 5-829.7↔ Resektionsarthroplastik am Sprunggelenk  
*Inkl.:* Interposition
- 5-829.8↔ Resektionsarthroplastik an Gelenken des Fußes  
*Inkl.:* Interposition  
*Exkl.:* Resektionsarthroplastik an Metatarsale und Phalangen des Fußes (5-788)
- 5-829.9 Einbringen von Abstandshaltern (z.B. nach Entfernung einer Endoprothese)
- 5-829.a Komplexe Erstimplantation einer Gelenkendoprothese in Verbindung mit Knochenersatz und/oder dem Ersatz benachbarter Gelenke  
*Hinw.:* Dieser Kode ist ein Zusatzkode. Die durchgeführten Eingriffe sind einzeln zu kodieren
- 5-829.b Komplexe Wechseloperationen einer Gelenkendoprothese in Verbindung mit Knochenersatz und/oder dem Ersatz benachbarter Gelenke  
*Hinw.:* Dieser Kode ist ein Zusatzkode. Die durchgeführten Eingriffe sind einzeln zu kodieren
- 5-829.c Implantation oder Wechsel einer Tumorendoprothese  
*Hinw.:* Dieser Kode ist ein Zusatzkode  
 Er ist ausschließlich zu verwenden für Implantation oder Wechsel von metallischem Knochen- bzw. Gelenkersatz nach Resektion von primären und sekundären malignen Knochentumoren  
 Der metallische Knochen- bzw. Gelenkersatz entspricht der Länge und Dicke des entfernten Knochens
- 5-829.e Verwendung von hypoallergenem Knochenersatz- und Osteosynthesematerial  
*Inkl.:* Titan  
*Hinw.:* Dieser Kode ist ein Zusatzkode. Die durchgeführten Eingriffe sind gesondert zu kodieren
- 5-829.f Wechsel von Abstandshaltern
- 5-829.g Entfernung von Abstandshaltern
- 5-829.h↔ Pfannenbodenplastik am Hüftgelenk  
*Hinw.:* Eine Pfannenbodenplastik ist bei einer therapeutischen Transposition oder Transplantation von Knochen(ersatz)gewebe zu kodieren. Dieser Kode ist nicht anzugeben bei Verschluss oder Verfüllung von iatrogen geschaffenen Knochendefekten mit ortsständigem Gewebe  
 Eine durchgeführte Spongiosaplastik ist gesondert zu kodieren (5-784.0, 5-784.7)  
 Ein durchgeführter Knochenersatz ist gesondert zu kodieren (5-785 ff.)
- 5-829.j Verwendung von beschichteten Endoprothesen  
*Hinw.:* Diese Codes sind Zusatzkodes. Die durchgeführten Eingriffe sind gesondert zu kodieren
- .j0 Mit Medikamentenbeschichtung  
*Inkl.:* Antibiotikabeschichtung
- .jx Mit sonstiger Beschichtung  
*Inkl.:* Hydroxylapatitbeschichtung, Silberbeschichtung
- 5-829.k Implantation einer modularen Endoprothese oder (Teil-)Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation und ggf. Knochen(teil)ersatz  
*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  
 Bei einer modularen Endoprothese muss eine gelenkbildende Implantatkomponente aus mindestens 3 metallischen Einzelbauteilen bestehen, die in ihrer Kombination die mechanische Bauteilsicherheit der gesamten Prothese gewährleisten. Der Aufsteckkopf der Endoprothese wird nicht mitgezählt  
 Eine alleinige Osteoporose ohne pathologische Fraktur (ICD-10-GM-Kode M81.-) ist keine knöcherner Defektsituation. Ebenfalls keine knöcherner Defektsituation liegt bei einer operationsbedingten Resektion eines gelenktragenden Anteils vor  
 Der knöcherner Defekt muss an der knöchernen Struktur lokalisiert sein, an der der modulare Teil der Prothese implantiert wird  
 Ein Teilwechsel ist der Wechsel einer kompletten gelenkbildenden Komponente

- 5-829.m Implantation von oder (Teil-)Wechsel in ein patientenindividuell angefertigtes Implantat 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.n Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation  
*Exkl.:* Einzeitiger Wechsel einer Endoprothese (5-821 ff., 5-823 ff., 5-825 ff., 5-827 ff., 5-828 ff.)  
*Hinw.:* Dieser Kode ist ein Zusatzkode. Die durchgeführten Eingriffe sind gesondert zu kodieren
- 5-829.x↔ Sonstige
- 5-829.y N.n.bez.

### **5-83 Operationen an der Wirbelsäule**

- Exkl.:* Operationen an Rückenmark, Rückenmarkhäuten und Spinalkanal (5-03)  
*Hinw.:* Der offen chirurgische Zugang ist gesondert zu kodieren (5-030 ff., 5-031 ff., 5-032 ff.)  
 Aufwendige Gipsverbände sind gesondert zu kodieren (8-310 ff.)  
 Die computergestützte Planung von Wirbelsäulenoperationen ist zusätzlich zu kodieren (5-83w.2 ff.)

#### **5-830 Inzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule**

- 5-830.0 Debridement
- 5-830.1 Sequesterotomie
- 5-830.2 Facettendenervation
- 5-830.3 Entfernung eines Fremdkörpers
- 5-830.4 Drainage
- 5-830.5 Revision einer Fistel
- 5-830.6 Revision einer Fistel mit Sequesterotomie
- 5-830.7 Einbringen eines Medikamententrägers
- 5-830.x Sonstige
- 5-830.y N.n.bez.

#### **5-831 Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe**

- Hinw.:* Ein zusätzlicher Verschluss eines Bandscheibendefektes mit Implantat ist gesondert zu kodieren (5-839.g ff.)
- 5-831.0 Exzision einer Bandscheibe  
*Inkl.:* Gleichzeitige Entfernung eines freien Sequesters
- 5-831.2 Exzision einer Bandscheibe mit Radikulodekompression
- 5-831.3 Exzision von extraforaminal gelegenem Bandscheibengewebe  
*Inkl.:* Gleichzeitige Entfernung eines freien Sequesters
- 5-831.4 Exzision einer Bandscheibe, perkutan ohne Endoskopie
- 5-831.5 Exzision einer Bandscheibe, perkutan mit Endoskopie  
*Inkl.:* Gleichzeitige Entfernung eines freien Sequesters
- 5-831.6 Reoperation bei Rezidiv  
*Hinw.:* Hierunter ist der Eingriff an einer voroperierten Bandscheibe zu verstehen, nicht jedoch die Operation eines erneuten Bandscheibenvorfalles nach konservativer Behandlung
- 5-831.7 Reoperation mit Radikulolyse bei Rezidiv  
*Hinw.:* Hierunter ist der Eingriff an einer voroperierten Bandscheibe zu verstehen, nicht jedoch die Operation eines erneuten Bandscheibenvorfalles nach konservativer Behandlung

- 5-831.8 Perkutane Volumenreduktion der Bandscheibe  
*Inkl.:* Perkutane Laser-Diskdekompression, Chemonukleolyse, Coblation  
*Hinw.:* Der Zugang ist hier nicht gesondert zu kodieren
- 5-831.9 Entfernung eines freien Sequesters ohne Endoskopie
- 5-831.a Entfernung eines freien Sequesters mit Endoskopie
- 5-831.x Sonstige
- 5-831.y N.n.bez.
- 5-832 Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule**
- 5-832.0 Spondylophyt
- 5-832.1 Wirbelkörper, partiell  
*Inkl.:* Ausbohrung eines Wirbelkörpers
- 5-832.2 Wirbelkörper, total
- 5-832.3 Densresektion
- 5-832.4 Arthrektomie, partiell  
*Hinw.:* Eine zugangsbedingte partielle Arthrektomie ist nicht gesondert zu kodieren
- 5-832.5 Arthrektomie, total
- 5-832.6 Unkofoamiektomie
- 5-832.7 Mehrere Wirbelsegmente (und angrenzende Strukturen)
- 5-832.8 Wirbelbogen
- 5-832.9 Wirbelbogen (und angrenzende Strukturen)
- 5-832.x Sonstige
- 5-832.y N.n.bez.
- 5-835 Knochenersatz an der Wirbelsäule**  
*Hinw.:* Dieser Kode ist zur Angabe eines zusätzlich durchgeführten Knochenersatzes zu verwenden  
 Die Durchführung einer Knochenmarkpunktion ist gesondert zu kodieren (5-410.00)
- 5-835.9 Transplantation von Spongiosa(spänen) oder kortikospongiösen Spänen (autogen)  
*Hinw.:* Die Entnahme des Knochentransplantates ist gesondert zu kodieren (5-783)
- 5-835.a Verwendung von Knochenersatzmaterial aus Kollagenfasern  
 .a0 Ohne Anreicherung von Knochenwachstumzellen  
 .a1 Mit Anreicherung von Knochenwachstumzellen
- 5-835.b Verwendung von keramischem Knochenersatzmaterial  
*Inkl.:* Verwendung von bioaktiver Glaskeramik  
 .b0 Ohne Anreicherung von Knochenwachstumzellen  
 .b1 Mit Anreicherung von Knochenwachstumzellen
- 5-835.c Verwendung von humaner demineralisierter Knochenmatrix  
 .c0 Ohne Anreicherung von Knochenwachstumzellen  
 .c1 Mit Anreicherung von Knochenwachstumzellen
- 5-835.d Verwendung von allogenen Knochen- und Knochenmarktransplantat  
 .d0 Ohne Anreicherung von Knochenwachstumzellen  
 .d1 Mit Anreicherung von Knochenwachstumzellen
- 5-835.e Verwendung von xenogenem Knochen- und Knochenmarktransplantat  
*Inkl.:* Verwendung eines peptidverstärkten Knochen- und Knochenmarktransplantates  
 .e0 Ohne Anreicherung von Knochenwachstumzellen  
 .e1 Mit Anreicherung von Knochenwachstumzellen
- 5-835.x Sonstige
- 5-835.y N.n.bez.

**5-836 Spondylodese**

*Exkl.:* Komplexe Rekonstruktion der Wirbelsäule (5-837.1, 5-837.2, 5-837.3, 5-837.4, 5-837.5, 5-837.6, 5-837.7, 5-837.8, 5-837.9, 5-838 ff.)

*Hinw.:* Die Entnahme eines Knochenspanes ist gesondert zu kodieren (5-783)

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

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

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

5-836.3 Dorsal

- .30 1 Segment
- .31 2 Segmente
- .32 3 bis 5 Segmente
- .33 6 oder mehr Segmente

5-836.4 Dorsal und ventral kombiniert, interkorporal

- .40 1 Segment
- .41 2 Segmente
- .42 3 bis 5 Segmente
- .43 6 oder mehr Segmente

5-836.5 Ventral

- .50 1 Segment
- .51 2 Segmente
- .53 3 bis 5 Segmente
- .54 6 oder mehr Segmente

5-836.x Sonstige

5-836.y N.n.bez.

**5-837 Wirbelkörperersatz und komplexe Rekonstruktion der Wirbelsäule**

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

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

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

5-837.0 Wirbelkörperersatz durch Implantat

*Exkl.:* Wirbelkörperersatz durch sonstige Materialien (5-837.a ff.)

*Hinw.:* Diese Codes gelten für Implantate mit einer durchgehenden vertikalen Lastabstützung von der Endplatte zur Deckplatte über die Strecke von mindestens einem Wirbelkörper (entsprechend bei mehreren Wirbelkörpern, Anzahl siehe 6. Stelle) und den jeweils anschließenden oberen und unteren Bandscheiben

- .00 1 Wirbelkörper
- .01 2 Wirbelkörper
- .02 3 Wirbelkörper
- .04 4 Wirbelkörper
- .05 5 oder mehr Wirbelkörper

5-837.1 Vorderer Abstützspan ohne Korrektur

5-837.2 Vorderer Abstützspan mit Korrektur

5-837.3 Kyphektomie (z.B. nach Lindseth-Selzer)

5-837.4 Dorsale Korrektur ohne ventrales Release

5-837.5 Dorsale Korrektur mit ventralem Release

5-837.6 Dorsoventrale Korrektur

5-837.7 Kolumnotomie und polysegmentale dorsale Lordosierungsspondylodese (DLS) nach Zielke

5-837.8 Kolumnotomie und transpedikuläre Subtraktionsosteotomie (z.B. nach Thomasen oder Hsu-Yau-Leong)

5-837.9 Kolumnotomie und monosegmentale zervikothorakale Lordosierungsspondylodese (z.B. nach Mason, Urist oder Simmons)

- 5-837.a Wirbelkörperersatz durch sonstige Materialien  
*Inkl.:* Knochenzement  
*Exkl.:* Wirbelkörperersatz durch Implantat (5-837.0 ff.)  
.a0 1 Wirbelkörper  
.a1 2 Wirbelkörper  
.a2 3 Wirbelkörper  
.a3 4 oder mehr Wirbelkörper
- 5-837.x Sonstige
- 5-837.y N.n.bez.
- 5-838 Andere komplexe Rekonstruktionen der Wirbelsäule**  
*Hinw.:* Die Entnahme eines Knochenspars ist gesondert zu kodieren (5-783)
- 5-838.0 Epiphyseodese, dorso-ventral (beim Kind)
- 5-838.1 Epiphyseodese mit dorsaler Wirbelfusion, unilateral (beim Kind)
- 5-838.2 Epiphyseodese mit dorsaler Wirbelfusion, bilateral (beim Kind)
- 5-838.3 Subkutane Harrington-Instrumentation (beim Kind)
- 5-838.9 Dorsal instrumentierte Korrekturspondylodese
- .92 Nicht primärstabil, 3 bis 6 Segmente  
*Inkl.:* Operation nach Harrington
- .93 Nicht primärstabil, 7 bis 10 Segmente  
*Inkl.:* Operation nach Harrington
- .94 Nicht primärstabil, 11 oder mehr Segmente  
*Inkl.:* Operation nach Harrington
- .95 Primärstabil, 3 bis 6 Segmente  
*Inkl.:* Operation nach Cotrel-Dubouset, Moss-Miami-System, Münsteraner Posteriores Doppelstabsystem, Universal-Spine-System, Xia-Spine-System  
*Hinw.:* Dieser Kode darf nur bei korsettfreier Nachbehandlung verwendet werden
- .96 Primärstabil, 7 bis 10 Segmente  
*Inkl.:* Operation nach Cotrel-Dubouset, Moss-Miami-System, Münsteraner Posteriores Doppelstabsystem, Universal-Spine-System, Xia-Spine-System  
*Hinw.:* Dieser Kode darf nur bei korsettfreier Nachbehandlung verwendet werden
- .97 Primärstabil, 11 oder mehr Segmente  
*Inkl.:* Operation nach Cotrel-Dubouset, Moss-Miami-System, Münsteraner Posteriores Doppelstabsystem, Universal-Spine-System, Xia-Spine-System  
*Hinw.:* Dieser Kode darf nur bei korsettfreier Nachbehandlung verwendet werden
- 5-838.a Ventral instrumentierte Korrekturspondylodese
- .a2 Nicht primärstabil, 3 bis 6 Segmente  
*Inkl.:* Operation nach Zielke
- .a3 Nicht primärstabil, 7 bis 10 Segmente  
*Inkl.:* Operation nach Zielke
- .a4 Nicht primärstabil, 11 oder mehr Segmente  
*Inkl.:* Operation nach Zielke
- .a5 Primärstabil, 3 bis 6 Segmente  
*Inkl.:* Operation nach Kaneda, Halm-Zielke oder Hopf  
*Hinw.:* Dieser Kode darf nur bei korsettfreier Nachbehandlung verwendet werden
- .a6 Primärstabil, 7 bis 10 Segmente  
*Inkl.:* Operation nach Kaneda, Halm-Zielke oder Hopf  
*Hinw.:* Dieser Kode darf nur bei korsettfreier Nachbehandlung verwendet werden
- .a7 Primärstabil, 11 oder mehr Segmente  
*Inkl.:* Operation nach Kaneda, Halm-Zielke oder Hopf  
*Hinw.:* Dieser Kode darf nur bei korsettfreier Nachbehandlung verwendet werden
- 5-838.b Dorsal und ventral kombinierte instrumentierte Korrekturspondylodese
- .b0 Nicht primärstabil, 3 bis 6 Segmente
- .b1 Nicht primärstabil, 7 bis 10 Segmente
- .b2 Nicht primärstabil, 11 oder mehr Segmente
- .b3 Primärstabil, 3 bis 6 Segmente  
*Hinw.:* Dieser Kode darf nur bei korsettfreier Nachbehandlung verwendet werden
- .b4 Primärstabil, 7 bis 10 Segmente  
*Hinw.:* Dieser Kode darf nur bei korsettfreier Nachbehandlung verwendet werden

- .b5 Primärstabil, 11 oder mehr Segmente  
*Hinw.:* Dieser Kode darf nur bei korsettfreier Nachbehandlung verwendet werden
- 5-838.c Wachstumslenkende Epiphyseodese durch Klammern aus einer Form-Gedächtnis-Legierung [Shape Memory Alloy (SMA)-Staples]  
 .c0 1 Klammer  
 .c1 2 Klammern  
 .c2 3 Klammern  
 .c3 4 Klammern  
 .c4 5 Klammern  
 .c5 6 Klammern  
 .c6 7 Klammern  
 .c7 8 Klammern  
 .c8 9 Klammern  
 .c9 10 Klammern  
 .ca 11 Klammern  
 .cb 12 Klammern  
 .cc 13 oder mehr Klammern
- 5-838.d Korrektur einer Wirbelsäulendeformität durch Implantation von vertikalen expandierbaren prothetischen Titanrippen [VEPTR]  
 .d0 1 Implantat  
 .d1 2 Implantate  
 .d2 3 Implantate  
 .d3 4 oder mehr Implantate
- 5-838.e Korrektur einer Wirbelsäulendeformität durch Implantation von extrakorporal expandierbaren Stangen  
 .e0 1 Implantat  
 .e1 2 Implantate  
 .e2 3 Implantate  
 .e3 4 oder mehr Implantate
- 5-838.f Korrektur einer Wirbelsäulendeformität durch Implantation eines mitwachsenden Schrauben-Stab-Systems  
 .f0 Instrumentierung von bis zu 7 Wirbelkörpern mit Schrauben  
 .f1 Instrumentierung von mehr als 7 Wirbelkörpern mit Schrauben
- 5-838.x Sonstige
- 5-838.y N.n.bez.
- 5-839 Andere Operationen an der Wirbelsäule**
- 5-839.0 Entfernung von Osteosynthesematerial
- 5-839.1 Implantation einer Bandscheibenendoprothese  
 .10 1 Segment  
 .11 2 Segmente  
 .12 3 Segmente  
 .13 4 oder mehr Segmente
- 5-839.2 Revision einer Bandscheibenendoprothese (ohne Wechsel)
- 5-839.3 Wechsel einer Bandscheibenendoprothese
- 5-839.4 Entfernung einer Bandscheibenendoprothese
- 5-839.5 Revision einer Wirbelsäulenoperation
- 5-839.6 Knöcherne Dekompression des Spinalkanals  
*Inkl.:* Unterschneidende Dekompression  
 .60 1 Segment  
 .61 2 Segmente  
 .62 3 Segmente  
 .63 4 oder mehr Segmente
- 5-839.7 Release bei einer Korrektur von Deformitäten als erste Sitzung  
*Inkl.:* Bei Skoliose

- 5-839.8 Komplexe Rekonstruktion mit Fusion (360 Grad), ventral und dorsal kombiniert  
*Inkl.:* Bei Tumor, Spondylitis, Spondylolisthese mit Grad 3 oder 4 nach Meyerding, Spondyloptosen
- 5-839.9 Implantation von Material in einen Wirbelkörper ohne intravertebrale, instrumentelle Wirbelkörperaufrichtung  
*Inkl.:* Vertebroplastie, Spongioplastie  
*Exkl.:* Kyphoplastie (5-839.a ff.)  
*Hinw.:* Der Zugang ist hier nicht gesondert zu kodieren  
.90 1 Wirbelkörper  
.91 2 Wirbelkörper  
.92 3 Wirbelkörper  
.93 4 oder mehr Wirbelkörper
- 5-839.a Implantation von Material in einen Wirbelkörper mit intravertebraler, instrumenteller Wirbelkörperaufrichtung  
*Inkl.:* Kyphoplastie  
*Exkl.:* Vertebroplastie, Spongioplastie (5-839.9 ff.)  
*Hinw.:* Der Zugang ist hier nicht gesondert zu kodieren  
.a0 1 Wirbelkörper  
.a1 2 Wirbelkörper  
.a2 3 Wirbelkörper  
.a3 4 oder mehr Wirbelkörper
- 5-839.b Implantation eines interspinösen Spreizers  
.b0 1 Segment  
.b2 2 Segmente  
.b3 3 oder mehr Segmente
- 5-839.c Wechsel eines interspinösen Spreizers  
.c0 1 Segment  
.c2 2 Segmente  
.c3 3 oder mehr Segmente
- 5-839.d Entfernung eines interspinösen Spreizers  
.d0 1 Segment  
.d2 2 Segmente  
.d3 3 oder mehr Segmente
- 5-839.e Entnahme von Bandscheibenzellen zur Anzüchtung als selbständiger Eingriff  
*Hinw.:* Dieser Kode ist nur anzugeben, wenn die Operation speziell zur Entnahme von Bandscheibenzellen erfolgte. Der Kode ist nicht zu verwenden, wenn die Entnahme von Bandscheibenzellen im Rahmen einer anderen Operation erfolgte
- 5-839.f Implantation von in vitro hergestellten Gewebekulturen in die Bandscheibe  
.f0 1 Segment  
.f1 2 Segmente  
.f2 3 oder mehr Segmente
- 5-839.g Verschluss eines Bandscheibendefektes (Anulus) mit Implantat  
*Hinw.:* Die Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe ist gesondert zu kodieren (5-831 ff.)  
.g0 1 Segment  
.g1 2 Segmente  
.g2 3 oder mehr Segmente
- 5-839.h Destruktion von knöchernem Gewebe durch Radiofrequenzablation, perkutan  
*Hinw.:* Die Knochenbohrung und das bildgebende Verfahren sind im Kode enthalten  
.h0 1 Wirbelkörper  
.h1 2 Wirbelkörper  
.h2 3 Wirbelkörper  
.h3 4 oder mehr Wirbelkörper
- 5-839.j Augmentation der Bandscheibe (Nukleus) mit Implantat  
.j0 1 Segment  
.j1 2 Segmente  
.j2 3 oder mehr Segmente

- 5-839.k Spinöse Fixierung mit Implantat  
*Inkl.:* Paraspinoöse Fixierung mit Implantat  
 Paraspinoöse Flexions- oder Extensionslimitierung mit Implantat  
*Exkl.:* Implantation eines interspinösen Spreizers (5-839.b ff.)  
 .k0 1 Segment  
 .k1 2 Segmente  
 .k2 3 oder mehr Segmente
- 5-839.x Sonstige
- 5-839.y N.n.bez.
- 5-83a Minimalinvasive Behandlungsverfahren an der Wirbelsäule (zur Schmerztherapie)**  
*Hinw.:* Der Zugang ist hier nicht gesondert zu kodieren
- 5-83a.0 Facetten-Thermokoagulation oder Facetten-Kryodenervation  
 .00 1 Segment  
 .01 2 Segmente  
 .02 3 oder mehr Segmente
- 5-83a.1 Thermomodulation der Bandscheibe  
 .10 1 Segment  
 .11 2 Segmente  
 .12 3 oder mehr Segmente
- 5-83a.x Sonstige
- 5-83a.y N.n.bez.
- 5-83b Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule**  
*Exkl.:* Implantation einer Bandscheibenprothese (5-839.1 ff.)  
 Implantation von Material in einen Wirbelkörper ohne intravertebrale, instrumentelle Wirbelkörperaufrichtung (5-839.9 ff.)  
 Implantation von Material in einen Wirbelkörper mit intravertebrale, instrumenteller Wirbelkörperaufrichtung (5-839.a ff.)  
 Implantation eines interspinösen Spreizers (5-839.b ff.)  
*Hinw.:* Die methodenbedingte temporäre Fixation von Wirbelsegmenten ist im Kode enthalten  
 Bei Kombinationen von unter 5-83b genannten Verfahren während eines Eingriffs sind alle Komponenten einzeln zu kodieren  
 Eine zusätzlich 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)  
 Die Anzahl der Segmente ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:  
 0 1 Segment  
 1 2 Segmente  
 2 3 Segmente  
 3 4 oder mehr Segmente
- \*\*5-83b.0 Durch Drahtcerclage
- \*\*5-83b.1 Durch Klammersystem
- \*\*5-83b.2 Durch Schrauben
- \*\*5-83b.3 Durch ventrales Schrauben-Platten-System
- \*\*5-83b.4 Durch dorsales Schrauben-Platten-System
- \*\*5-83b.5 Durch Schrauben-Stab-System
- \*\*5-83b.6 Durch Hakenplatten

- \*\*5-83b.7** Durch intervertebrale Cages  
*Inkl.:* Distrahierbare intervertebrale Cages, intervertebrale Cages mit osteosynthetischer Fixierung
- \*\*5-83b.8** Durch Fixateur externe  
*Hinw.:* Der Zugang ist hier nicht gesondert zu kodieren  
Die Extension der Wirbelsäule ist gesondert zu kodieren (8-41 ff.)
- \*\*5-83b.x** Sonstige
- 5-83b.y N.n.bez.
- 5-83w** **Zusatzinformationen zu Operationen an der Wirbelsäule**
- 5-83w.0 Augmentation des Schraubenlagers  
*Inkl.:* Augmentation durch Composite-Material
- 5-83w.1 Dynamische Stabilisierung
- 5-83w.2 Computergestützte Planung von Wirbelsäulenoperationen  
.20 Ohne Verwendung von patientenindividuell angepassten Implantaten  
.21 Mit Verwendung von patientenindividuell angepassten Implantaten

## **5-84** Operationen an der Hand

- Exkl.:* Operationen an Knochen der Hand (5-78, 5-79)  
Operationen an Schleimbeuteln der Hand (5-859)  
Operationen am Nagelorgan (5-898)  
Amputation (5-863)  
Replantation (5-860)  
Revision eines Amputationsstumpfes (5-866)
- Hinw.:* 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 5-85 Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln ist die proximale Grenze des Handgelenks  
Die durchgeführten Einzelmaßnahmen zur primären Versorgung komplexer Handverletzungen sind gesondert zu kodieren:
- Versorgung des Hautmantels (5-89 ff.)
  - Versorgung der Muskulatur (5-843)
  - Versorgung von Knochen und Gelenken (5-79 ff.)
  - Versorgung von Sehnen (5-840)
  - Versorgung von Nerven (5-04, 5-05)
  - Versorgung der Gefäße (5-388)
  - Versorgung von Faszien (5-842)
- Einzeitige Mehrfacheingriffe an Mittelhand- und/oder Fingerstrahlen sind gesondert zu kodieren (5-869.4)

### **5-840** Operationen an Sehnen der Hand

- Exkl.:* Synovialektomie an Sehnen und Sehnenscheiden der Hand (5-845.0, 5-845.1)
- Hinw.:* Die temporäre Fixation eines Gelenkes ist gesondert zu kodieren (5-849.1)  
Die Entnahme von Sehnengewebe zur Transplantation ist gesondert zu kodieren (5-852.f ff.)  
Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:
- 0↔ Beugesehnen Handgelenk
  - 1↔ Beugesehnen Langfinger
  - 2↔ Beugesehnen Daumen
  - 3↔ Strecksehnen Handgelenk
  - 4↔ Strecksehnen Langfinger
  - 5↔ Strecksehnen Daumen
  - 6↔ Sehnenscheiden Handgelenk
  - 7↔ Sehnenscheiden Langfinger
  - 8↔ Sehnenscheiden Daumen
  - 9↔ Sehnenscheiden Hohlhand
  - x↔ Sonstige
- \*\*5-840.0** Inzision  
*Inkl.:* Drainage, Fremdkörperentfernung
- \*\*5-840.3** Sehnenfachspaltung

- \*\*5-840.4 Debridement
- \*\*5-840.5 Exzision  
*Inkl.:* Entfernung von Sehnenknoten
- \*\*5-840.6 Naht, primär
- \*\*5-840.7 Naht, sekundär
- \*\*5-840.8 Tenolyse
- \*\*5-840.9 Tenodese  
[6. Stelle: 0-5,x]
- \*\*5-840.a Verlängerung  
[6. Stelle: 0-5,x]
- \*\*5-840.b Verkürzung  
[6. Stelle: 0-5,x]
- \*\*5-840.c (Partielle) Transposition  
[6. Stelle: 0-5,x]
- \*\*5-840.d Schaffung eines Transplantatlagers  
[6. Stelle: 0-5,x]  
*Inkl.:* Implantation eines Silikonstabes  
Implantation eines Silastikkabels
- \*\*5-840.e Transplantation  
[6. Stelle: 0-5,x]
- \*\*5-840.f Revision eines Implantates (ohne Wechsel)  
[6. Stelle: 0-5,x]
- \*\*5-840.g Wechsel eines Implantates  
[6. Stelle: 0-5,x]
- \*\*5-840.h Entfernung eines Implantates  
[6. Stelle: 0-5,x]
- \*\*5-840.k Sehnenplastik
- \*\*5-840.m Sehnenkopplung  
[6. Stelle: 0-5,x]
- \*\*5-840.n Knöcherne Refixation  
[6. Stelle: 0-5,x]  
*Inkl.:* Refixation mit Metallanker
- \*\*5-840.p Tenotomie, perkutan  
[6. Stelle: 0-5,x]
- \*\*5-840.q Tenotomie, offen chirurgisch  
[6. Stelle: 0-5,x]
- \*\*5-840.r Tenotomie, n.n.bez. Zugang  
[6. Stelle: 0-5,x]
- \*\*5-840.x Sonstige
- 5-840.y N.n.bez.

**5-841 Operationen an Bändern der Hand**

- Hinw.:* Die temporäre Fixation eines Gelenkes ist gesondert zu kodieren (5-849.1)  
Die Entnahme von Sehngewebe zur Transplantation ist gesondert zu kodieren (5-852.f ff.)  
Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:
- 0↔ Radiokarpalband
  - 1↔ Retinaculum flexorum
  - 2↔ Andere Bänder der Handwurzelgelenke
  - 3↔ Bänder der Mittelhand
  - 4↔ Bänder der Metakarpophalangealgelenke der Langfinger
  - 5↔ Bänder des Metakarpophalangealgelenkes am Daumen
  - 6↔ Bänder der Interphalangealgelenke der Langfinger
  - 7↔ Bänder des Interphalangealgelenkes am Daumen
  - x↔ Sonstige

- \*\*5-841.0 Inzision  
*Inkl.:* Drainage
- \*\*5-841.1 Durchtrennung
- \*\*5-841.2 Exzision, partiell
- \*\*5-841.3 Exzision, total
- \*\*5-841.4 Naht, primär
- \*\*5-841.5 Naht, sekundär
- \*\*5-841.6 Plastische Rekonstruktion mit autogenem Material
- \*\*5-841.7 Plastische Rekonstruktion mit autogenem Material und interligamentärer Fixation
- \*\*5-841.8 Plastische Rekonstruktion mit autogenem Material und transossärer Fixation
- \*\*5-841.9 Entfernung eines Transplantates
- \*\*5-841.a Knöcherne Refixation
- \*\*5-841.x Sonstige
- 5-841.y N.n.bez.

### **5-842 Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger**

*Hinw.:* Die temporäre Fixation eines Gelenkes ist gesondert zu kodieren (5-849.1)  
 Plastisch-chirurgische Maßnahmen wie die lokale Lappenplastik (z.B. Z-Plastik) oder die Hauttransplantation sind gesondert zu kodieren (5-902 ff., 5-903 ff.)  
 Die Lokalisation ist für die mit \*\* gekennzeichneten Codes in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:  
 0↔ Ein Finger  
 1↔ Mehrere Finger

- 5-842.0↔ Fasziotomie, offen chirurgisch
- 5-842.1↔ Fasziotomie, perkutan
- 5-842.2↔ Fasziektomie partiell, Hohlhand isoliert
- 5-842.3↔ Fasziektomie total, Hohlhand isoliert
- \*\*5-842.4 Fasziektomie mit 1 Neurolyse
- \*\*5-842.5 Fasziektomie mit mehreren Neurolysen
- \*\*5-842.6 Fasziektomie mit 1 Neurolyse und 1 Arteriolyse
- \*\*5-842.7 Fasziektomie mit mehreren Neurolysen und mehreren Arteriolyse
- \*\*5-842.8 Fasziektomie mit Arthrolyse  
*Inkl.:* Neurolyse und Arteriolyse
- 5-842.x↔ Sonstige  
*Inkl.:* Resektion von Fingerknöchelpolstern [Knuckle pads]
- 5-842.y N.n.bez.

### **5-843 Operationen an Muskeln der Hand**

- 5-843.0↔ Inzision  
*Inkl.:* Drainage
- 5-843.1↔ Durchtrennung, partiell
- 5-843.2↔ Durchtrennung, total
- 5-843.3↔ Desinsertion
- 5-843.4↔ Exzision, partiell
- 5-843.5↔ Exzision, total
- 5-843.6↔ Naht
- 5-843.7↔ Reinsertion
- 5-843.8↔ Transposition
- 5-843.9↔ Transplantation
- 5-843.a↔ Verlängerung
- 5-843.b↔ Verkürzung

5-843.x↔ Sonstige

5-843.y N.n.bez.

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

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

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

- 0↔ Handwurzelgelenk, einzeln
- 1↔ Handwurzelgelenk, mehrere
- 2↔ Daumensattelgelenk
- 3↔ Metakarpophalangealgelenk, einzeln
- 4↔ Metakarpophalangealgelenk, mehrere
- 5↔ Interphalangealgelenk, einzeln
- 6↔ Interphalangealgelenk, mehrere, an einem Finger
- 7↔ Interphalangealgelenk, mehrere, an mehreren Fingern
- x↔ Sonstige

\*\*5-844.0 Arthrotomie

\*\*5-844.1 Exzision von erkranktem Gewebe

*Inkl.:* Kapsulektomie

\*\*5-844.2 Gelenkspülung mit Drainage

*Inkl.:* Einlage eines Medikamententrägers

\*\*5-844.3 Debridement

\*\*5-844.4 Gelenkflächenglättung

*Inkl.:* Knochenabtragung

\*\*5-844.5 Gelenkmobilisation [Arthrolyse]

\*\*5-844.6 Entfernung freier Gelenkkörper

\*\*5-844.7 Entfernung eines Fremdkörpers

\*\*5-844.x Sonstige

5-844.y N.n.bez.

**5-845 Synovialektomie an der Hand**

*Exkl.:* Synovialektomie am Handgelenk (5-800.4, 5-800.5)

5-845.0 Sehnen und Sehnenscheiden, partiell

- .00↔ Beugesehnen Handgelenk
- .01↔ Beugesehnen Langfinger
- .02↔ Beugesehnen Daumen
- .03↔ Strecksehnen Handgelenk
- .04↔ Strecksehnen Langfinger
- .05↔ Strecksehnen Daumen
- .0x↔ Sonstige

5-845.1 Sehnen und Sehnenscheiden, total

- .10↔ Beugesehnen Handgelenk
- .11↔ Beugesehnen Langfinger
- .12↔ Beugesehnen Daumen
- .13↔ Strecksehnen Handgelenk
- .14↔ Strecksehnen Langfinger
- .15↔ Strecksehnen Daumen
- .1x↔ Sonstige

5-845.2↔ Handwurzelgelenk, einzeln

*Inkl.:* Karpometakarpalgelenk

5-845.3↔ Handwurzelgelenk, mehrere

5-845.4↔ Daumensattelgelenk

5-845.5↔ Metakarpophalangealgelenk, einzeln

5-845.6↔ Metakarpophalangealgelenk, mehrere

5-845.7↔ Interphalangealgelenk, einzeln

- 5-845.8↔ Interphalangealgelenk, mehrere, an einem Finger  
 5-845.9↔ Interphalangealgelenk, mehrere, an mehreren Fingern  
 5-845.x↔ Sonstige  
 5-845.y N.n.bez.

**5-846 Arthrodese an Gelenken der Hand**

*Exkl.:* Arthrodese am Handgelenk (5-808.6)

Temporäre Fixation von Gelenken der Hand (5-849.1)

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

- 5-846.0↔ Handwurzelgelenk, einzeln  
*Inkl.:* Karpometakarpalgelenk  
 5-846.1↔ Handwurzelgelenk, einzeln, mit Spongiosaplastik  
*Inkl.:* Karpometakarpalgelenk  
 5-846.2↔ Handwurzelgelenk, mehrere  
 5-846.3↔ Handwurzelgelenk, mehrere, mit Spongiosaplastik  
 5-846.4↔ Interphalangealgelenk, einzeln  
 5-846.5↔ Interphalangealgelenk, einzeln, mit Spongiosaplastik  
 5-846.6↔ Interphalangealgelenk, mehrere  
 5-846.7↔ Interphalangealgelenk, mehrere, mit Spongiosaplastik  
 5-846.x↔ Sonstige  
 5-846.y N.n.bez.

**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)

Die temporäre Fixation eines Gelenkes ist gesondert zu kodieren (5-849.1)

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

- 0↔ Handwurzelgelenk, einzeln  
 1↔ Handwurzelgelenk, mehrere  
 2↔ Daumensattelgelenk  
 3↔ Metakarpophalangealgelenk, einzeln  
 4↔ Metakarpophalangealgelenk, mehrere  
 5↔ Interphalangealgelenk, einzeln  
 6↔ Interphalangealgelenk, mehrere, an einem Finger  
 7↔ Interphalangealgelenk, mehrere, an mehreren Fingern  
 x↔ Sonstige

- \*\*5-847.0 Rekonstruktion mit autogenem Material  
 \*\*5-847.1 Rekonstruktion mit autogenem Material und Sehneninterposition  
 \*\*5-847.2 Rekonstruktion mit autogenem Material und Sehnenaufhängung  
 \*\*5-847.3 Rekonstruktion mit autogenem Material, mit Sehneninterposition und Sehnenaufhängung  
 \*\*5-847.4 Rekonstruktion mit autogenem Material und Rekonstruktion der Gelenkfläche  
 \*\*5-847.5 Rekonstruktion mit alloplastischem Material  
 \*\*5-847.6 Rekonstruktion mit alloplastischem Material und Rekonstruktion des Kapselbandapparates  
 \*\*5-847.x Sonstige  
 5-847.y N.n.bez.

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

*Exkl.:* Amputationen (5-863)

Syndaktyliekorrektur (5-917)

*Hinw.:* Dieser Kode sollte nur verwendet werden, wenn aufgrund der Komplexität der Versorgung eine Zuordnung zu einzelnen Verfahren nicht möglich ist

- 5-848.0↔ Weichteildistraktion, gelenkübergreifend  
 5-848.1↔ Radialisation  
 5-848.2↔ Resektion von Schnürringen mit plastischer Rekonstruktion  
*Hinw.:* Eine durchgeführte Knochentransplantation ist gesondert zu kodieren (5-784)

5-848.x↔ Sonstige

5-848.y N.n.bez.

### **5-849 Andere Operationen an der Hand**

5-849.0↔ Exzision eines Ganglions

*Inkl.:* Exzision eines Schleimbeutels

5-849.1↔ Temporäre Fixation eines Gelenkes

*Exkl.:* Temporäre Fixation des Handgelenkes (5-809.2)

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

5-849.3↔ Radikale Exzision von erkranktem Gewebe

*Exkl.:* Eingriffe bei Morbus Dupuytren (5-842)

5-849.4↔ Radikale Exzision von erkranktem Gewebe mit spezieller Gefäß- und Nervenpräparation

*Exkl.:* Eingriffe bei Morbus Dupuytren (5-842)

5-849.5↔ Radikale Exzision von erkranktem Gewebe mit erweiterter Präparation

*Exkl.:* Eingriffe bei Morbus Dupuytren (5-842)

5-849.6↔ Arthrorise

*Exkl.:* Arthrorise am Handgelenk (5-809.1)

5-849.7↔ Transposition eines Fingers zum Finger

5-849.8 Transposition eines Fingers zum Daumen (Pollisation)

.80↔ Ohne Rekonstruktion des Metakarpale I

.81↔ Mit Rekonstruktion des Metakarpale I

5-849.9↔ Freie Transplantation eines Fingers

5-849.a↔ Freie Transplantation einer Zehe als Fingersersatz

5-849.x↔ Sonstige

5-849.y N.n.bez.

### **5-85 Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln**

*Exkl.:* Operationen an Muskel, Sehne, Faszie der Hand und des Handgelenks (5-84)

*Hinw.:* Aufwendige Gipsverbände sind gesondert zu kodieren (8-310)

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

Die Lokalisation ist für die Codes 5-850 bis 5-853, 5-855 und 5-856 nach folgender Liste zu kodieren:

- 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

**5-850 Inzision an Muskel, Sehne und Faszie**

- Inkl.:* Inzision an Sehnenscheiden  
Debridement, auf Muskel, Sehne oder Faszie beschränkt  
Hämatomausräumung, Abszessspaltung  
*Exkl.:* Fesselung der Peronealsehnen (5-806.7)  
Faszienspaltung (5-851)  
Schichtenübergreifendes Weichteildebridement (5-869.1)  
*Hinw.:* Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach vorstehender Liste zu kodieren

- \*\*5-850.0 Inzision eines Muskels, längs  
*Inkl.:* Drainage
- \*\*5-850.1 Inzision eines Muskels, quer  
*Inkl.:* Drainage
- \*\*5-850.2 Inzision einer Sehne, längs  
*Inkl.:* Drainage
- \*\*5-850.3 Inzision einer Sehne, quer  
*Inkl.:* Drainage
- \*\*5-850.4 Inzision einer Sehnenscheide isoliert, längs  
[6. Stelle: 0-3,5,7-a,x]  
*Inkl.:* Drainage
- \*\*5-850.5 Inzision einer Sehnenscheide isoliert, quer  
[6. Stelle: 0-3,5,7-a,x]  
*Inkl.:* Drainage
- \*\*5-850.6 Inzision einer Faszie, offen chirurgisch
- \*\*5-850.7 Inzision einer Faszie, perkutan
- \*\*5-850.8 Fremdkörperentfernung aus einem Muskel
- \*\*5-850.9 Fremdkörperentfernung aus einer Sehne
- \*\*5-850.a Fremdkörperentfernung aus einer Faszie
- \*\*5-850.b Debridement eines Muskels
- \*\*5-850.c Debridement einer Sehne  
*Exkl.:* Arthroskopisches Debridement einer Sehne (5-819.1 ff.)
- \*\*5-850.d Debridement einer Faszie
- \*\*5-850.x Sonstige
- 5-850.y N.n.bez.

**5-851 Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie**

- Inkl.:* Kompartmentspaltung, auf die Faszie beschränkt  
*Exkl.:* Kompartmentresektion (5-852)  
*Hinw.:* Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-850 zu kodieren

- \*\*5-851.0 Durchtrennung eines Muskels
- \*\*5-851.1 Tenotomie, offen chirurgisch
- \*\*5-851.2 Tenotomie, perkutan
- \*\*5-851.3 Durchtrennung einer Sehnenscheide, längs  
[6. Stelle: 0-3,5,7-a,x]
- \*\*5-851.4 Durchtrennung einer Sehnenscheide, quer  
[6. Stelle: 0-3,5,7-a,x]
- \*\*5-851.5 Fasziotomie quer, offen chirurgisch, partiell
- \*\*5-851.6 Fasziotomie quer, offen chirurgisch, total
- \*\*5-851.7 Fasziotomie quer, perkutan
- \*\*5-851.8 Fasziotomie längs, offen chirurgisch, partiell, ein Segment und n.n.bez.
- \*\*5-851.9 Fasziotomie längs, offen chirurgisch, total, ein Segment und n.n.bez.
- \*\*5-851.a Fasziotomie längs, perkutan
- \*\*5-851.b Fasziotomie längs, offen chirurgisch, partiell, mehrere Segmente
- \*\*5-851.c Fasziotomie längs, offen chirurgisch, total, mehrere Segmente

- \*\*5-851.d Desinsertion
- \*\*5-851.x Sonstige
- 5-851.y N.n.bez.
- 5-852 Exzision an Muskel, Sehne und Faszie**  
*Inkl.:* Kompartmentresektion  
*Exkl.:* Kompartmentspaltung (5-851)  
 Exzision von Weichteilen der Brustwand (5-343.0)  
*Hinw.:* Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-850 zu kodieren
- \*\*5-852.0 Exzision einer Sehne, partiell
- \*\*5-852.1 Exzision einer Sehne, total
- \*\*5-852.2 Exzision einer Sehnenscheide, partiell  
 [6. Stelle: 0-3,5,7-a,x]
- \*\*5-852.3 Exzision einer Sehnenscheide, total  
 [6. Stelle: 0-3,5,7-a,x]
- \*\*5-852.4 Exzision eines Muskels, epifaszial, partiell
- \*\*5-852.5 Exzision eines Muskels, epifaszial, total
- \*\*5-852.6 Exzision eines Muskels, subfaszial, partiell
- \*\*5-852.7 Exzision eines Muskels, subfaszial, total
- \*\*5-852.8 Exzision an Sehnen und Muskeln, epifaszial  
*Inkl.:* Exstirpation von Weichteiltumoren
- \*\*5-852.9 Exzision an Sehnen und Muskeln, subfaszial  
*Inkl.:* Exstirpation von Weichteiltumoren
- \*\*5-852.a Exzision einer Faszie
- \*\*5-852.b Kompartmentresektion ohne spezielle Gefäß- und Nervenpräparation
- \*\*5-852.c Kompartmentresektion mit spezieller Gefäß- und Nervenpräparation
- \*\*5-852.d Kompartmentresektion mit erweiterter Präparation
- \*\*5-852.e Entnahme von Muskelgewebe zur Transplantation
- \*\*5-852.f Entnahme von Sehngewebe zur Transplantation
- \*\*5-852.g Entnahme von Faszie zur Transplantation
- \*\*5-852.h Kompartmentübergreifende Resektion ohne spezielle Gefäß- und Nervenpräparation
- \*\*5-852.j Kompartmentübergreifende Resektion mit spezieller Gefäß- und Nervenpräparation
- \*\*5-852.x Sonstige
- 5-852.y N.n.bez.
- 5-853 Rekonstruktion von Muskeln**  
*Hinw.:* Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-850 zu kodieren
- \*\*5-853.0 Refixation
- \*\*5-853.1 Naht
- \*\*5-853.2 Verlängerung und Naht
- \*\*5-853.3 Verkürzung und Naht
- \*\*5-853.4 Plastik
- \*\*5-853.5 Transposition
- \*\*5-853.6 Transplantation
- \*\*5-853.7 Transplantatrevision (ohne Wechsel)
- \*\*5-853.8 Transplantatwechsel
- \*\*5-853.9 Transplantatentfernung
- \*\*5-853.x Sonstige  
*Inkl.:* Spülung von Hohlräumen im Muskel
- 5-853.y N.n.bez.

**5-854 Rekonstruktion von Sehnen**

*Exkl.:* Rekonstruktion der Rotatorenmanschette (5-805.7)

*Hinw.:* Die Entnahme von Sehngewebe zur Transplantation ist gesondert zu kodieren (5-852.f ff.)

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

- 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
- b↔ Rückfuß und Fußwurzel
- c↔ Mittelfuß und Zehen
- x↔ Sonstige

\*\*5-854.0 Verlängerung

\*\*5-854.1 Verkürzung

\*\*5-854.2 (Partielle) Transposition

[6. Stelle: 0-3,5,7-9,b,c,x]

\*\*5-854.3 Augmentation

\*\*5-854.4 Ersatzplastik

\*\*5-854.5 Ersatzplastik mit Interponat

\*\*5-854.6 Schaffung eines Transplantatlagers

\*\*5-854.7 Transplantation

\*\*5-854.8 Transplantatwechsel

\*\*5-854.9 Transplantatentfernung

\*\*5-854.a Rekonstruktion mit alloplastischem Material

*Hinw.:* Die Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz oder Gewebeverstärkung ist gesondert zu kodieren (5-932 ff.)

\*\*5-854.x Sonstige

5-854.y N.n.bez.

**5-855 Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnen Scheide**

*Exkl.:* Verlagerung des Patellarsehnenansatzes (5-804.2, 5-804.3)

Arthroskopische Tenotomie der langen Bizepssehne (5-814.7)

Arthroskopische Naht der langen Bizepssehne (5-814.8)

Arthroskopische Tenodese der langen Bizepssehne (5-814.9)

*Hinw.:* Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-850 zu kodieren

\*\*5-855.0 Reinsertion einer Sehne

\*\*5-855.1 Naht einer Sehne, primär

\*\*5-855.2 Naht einer Sehne, sekundär

\*\*5-855.3 Naht der Sehnen Scheide, primär

\*\*5-855.4 Naht der Sehnen Scheide, sekundär

\*\*5-855.5 Tenolyse, eine Sehne

\*\*5-855.6 Tenolyse, mehrere Sehnen

\*\*5-855.7 Tenodese eine Sehne, primär

[6. Stelle: 0-3,5,7-a,x]

\*\*5-855.8 Tenodese eine Sehne, sekundär

[6. Stelle: 0-3,5,7-a,x]

\*\*5-855.9 Tenodese mehrere Sehnen, primär

[6. Stelle: 0-3,5,7-a,x]

\*\*5-855.a Tenodese mehrere Sehnen, sekundär

[6. Stelle: 0-3,5,7-a,x]

- \*\*5-855.b Spülung einer Sehnenscheide
- \*\*5-855.x Sonstige
- 5-855.y N.n.bez.

**5-856 Rekonstruktion von Faszien**

*Hinw.:* Die Entnahme von Faszie zur Transplantation ist gesondert zu kodieren (5-852.g)  
Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-850 zu kodieren

- \*\*5-856.0 Naht
- \*\*5-856.1 Verlängerung
- \*\*5-856.2 Verkürzung (Raffung)
- \*\*5-856.3 Doppelung einer Faszie
- \*\*5-856.4 Transplantation, autogen
- \*\*5-856.5 Transplantation, allogene
- \*\*5-856.6 Transplantatrevision
- \*\*5-856.7 Transplantatwechsel
- \*\*5-856.8 Transplantatentfernung
- \*\*5-856.9 Deckung eines Defektes mit autogenem Material
- \*\*5-856.a Deckung eines Defektes mit allogenen Material
- \*\*5-856.x Sonstige
- 5-856.y N.n.bez.

**5-857 Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien**

*Exkl.:* Plastische Rekonstruktion der Brustwand (5-346)

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

- 0↔ Kopf und Hals
- 1↔ Schulter und Axilla
- 2↔ Oberarm und Ellenbogen
- 3↔ Unterarm
- 4↔ Hand
- 5↔ Brustwand und Rücken
- 6↔ Bauchregion
- 7↔ Leisten- und Genitalregion und Gesäß
- 8↔ Oberschenkel und Knie
- 9↔ Unterschenkel
- a↔ Fuß
- x↔ Sonstige

- \*\*5-857.0 Faszioskutaner Lappen
- \*\*5-857.1 Faszioskutaner Lappen, gefäßgestielt
- \*\*5-857.2 Adipofaszialer Lappen
- \*\*5-857.3 Adipofaszialer Lappen, gefäßgestielt
- \*\*5-857.4 Faszienlappen
- \*\*5-857.5 Faszienlappen, gefäßgestielt
- \*\*5-857.6 Myokutaner Lappen
- \*\*5-857.7 Myokutaner Lappen, gefäßgestielt
- \*\*5-857.8 Muskellappen
- \*\*5-857.9 Muskellappen, gefäßgestielt
- \*\*5-857.a Lappenstieldurchtrennung  
*Inkl.:* Einarbeitung des Lappens in die Umgebung
- \*\*5-857.x Sonstige
- 5-857.y N.n.bez.

**5-858 Entnahme und Transplantation von Muskel, Sehne und Faszie mit mikrovaskulärer Anastomosierung***Inkl.:* Vorbereitung der Empfängerregion*Exkl.:* Entnahme eines Knochentransplantates, mikrovaskulär anastomosiert (5-783.5)*Hinw.:* Eine durchgeführte Osteosynthese ist gesondert zu kodieren (5-786)

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

Die Deckung des Entnahmedefektes ist gesondert zu kodieren (5-90)

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

- 0↔ Kopf und Hals
- 1↔ Schulter und Axilla
- 2↔ Oberarm und Ellenbogen
- 3↔ Unterarm
- 4↔ Hand
- 5↔ Brustwand und Rücken
- 6↔ Bauchregion
- 7↔ Leisten- und Genitalregion und Gesäß
- 8↔ Oberschenkel und Knie
- 9↔ Unterschenkel
- a↔ Fuß
- x↔ Sonstige

- \*\*5-858.0 Entnahme eines fasziokutanen Lappens
- \*\*5-858.1 Entnahme eines septokutanen Lappens
- \*\*5-858.2 Entnahme eines myokutanen Lappens
- \*\*5-858.3 Entnahme eines osteomyokutanen oder osteofasziokutanen Lappens
- \*\*5-858.4 Entnahme eines sonstigen Transplantates
- \*\*5-858.5 Transplantation eines fasziokutanen Lappens
- \*\*5-858.6 Transplantation eines septokutanen Lappens
- \*\*5-858.7 Transplantation eines myokutanen Lappens
- \*\*5-858.8 Transplantation eines osteomyokutanen oder osteofasziokutanen Lappens
- \*\*5-858.9 Transplantation eines sonstigen Transplantates
- \*\*5-858.x Sonstige
- 5-858.y N.n.bez.

**5-859 Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln***Exkl.:* Erweiterung des subakromialen Raumes (5-814.3)*Hinw.:* Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:

- 0↔ Kopf und Hals
- 1↔ Schulter und Axilla
- 2↔ Oberarm und Ellenbogen
- 3↔ Unterarm
- 4↔ Hand
- 5↔ Brustwand und Rücken
- 6↔ Bauchregion
- 7↔ Leisten- und Genitalregion und Gesäß
- 8↔ Oberschenkel und Knie
- 9↔ Unterschenkel
- a↔ Fuß
- x↔ Sonstige

- \*\*5-859.0 Inzision eines Schleimbeutels
- \*\*5-859.1 Totale Resektion eines Schleimbeutels
- \*\*5-859.2 Resektion eines Ganglions
  - Inkl.:* Exstirpation einer Bakerzyste
  - Exkl.:* Exzision eines Ganglions an der Hand (5-849.0)
  - Arthroskopische Resektion eines Ganglions (5-819.2 ff.)
- \*\*5-859.3 Perkutane Destruktion von Weichteilen durch Thermoablation

- \*\*5-859.4 Sondenimplantation zur externen Prästimulation (Präkonditionierung) für die Kardiomyoplastie  
[6. Stelle: 5]
- \*\*5-859.x Sonstige
- 5-859.y N.n.bez.

## **5-86 Replantation, Exartikulation und Amputation von Extremitäten und andere Operationen an den Bewegungsorganen**

*Inkl.:* Operationen bei kongenitalen Anomalien des Fußes  
Operationen bei anderen kongenitalen Anomalien des Bewegungsapparates  
Andere Operationen an den Bewegungsorganen

*Hinw.:* Aufwendige Gipsverbände sind gesondert zu kodieren (8-310)

### **5-860 Replantation obere Extremität**

*Hinw.:* Die Durchführung der Replantation erfolgt mit dem Ziel, die Funktion und Vitalität einer ganz oder unter Vitalitätsverlust teilweise abgetrennten Extremität wiederherzustellen  
Der Kode ist nur anzugeben, wenn mindestens die folgenden Verfahren durchgeführt wurden:

- Eine Osteosynthese/Arthrodese
- Zwei Gefäßnähte, davon mindestens eine Arteriennaht
- Eine Nervennaht oder Rekonstruktion eines Nerven mittels Nervenröhrchen
- Eine Sehnennaht

Alle durchgeführten Osteosynthesen/Arthrodosen, Gefäßnähte, Nervennähte und Sehnennähte sind im Kode enthalten

Die Deckung eines Weichteildefektes ist gesondert zu kodieren (5-90)

Eine Transplantation von Gefäßen, Nerven oder Knochen (5-38, 5-39, 5-04, 5-05, 5-784) ist gesondert zu kodieren

- 5-860.0↔ Replantation am Oberarm
- 5-860.1↔ Replantation am Ellenbogenbereich
- 5-860.2↔ Replantation am Unterarm
- 5-860.3↔ Replantation am Handgelenk
- 5-860.4↔ Replantation an der Mittelhand
- 5-860.5↔ Replantation des Daumens
- 5-860.6↔ Replantation eines Fingers  
*Hinw.:* Die Replantation jedes Fingers ist gesondert zu kodieren
- 5-860.x↔ Sonstige
- 5-860.y N.n.bez.

### **5-861 Replantation untere Extremität**

*Hinw.:* Die Durchführung der Replantation erfolgt mit dem Ziel, die Funktion und Vitalität einer ganz oder unter Vitalitätsverlust teilweise abgetrennten Extremität wiederherzustellen  
Der Kode ist nur anzugeben, wenn mindestens die folgenden Verfahren durchgeführt wurden:

- Eine Osteosynthese/Arthrodese
- Zwei Gefäßnähte, davon mindestens eine Arteriennaht
- Eine Nervennaht oder Rekonstruktion eines Nerven mittels Nervenröhrchen
- Eine Sehnennaht

Alle durchgeführten Osteosynthesen/Arthrodosen, Gefäßnähte, Nervennähte und Sehnennähte sind im Kode enthalten

Die Deckung eines Weichteildefektes ist gesondert zu kodieren (5-90)

Eine Transplantation von Gefäßen, Nerven oder Knochen (5-38, 5-39, 5-04, 5-05, 5-784) ist gesondert zu kodieren

- 5-861.0↔ Replantation am Oberschenkel
- 5-861.1↔ Replantation im Kniebereich
- 5-861.2↔ Replantation am Unterschenkel
- 5-861.3↔ Replantation an der Fußwurzel
- 5-861.4↔ Replantation im Mittelfußbereich

5-861.5↔ Replantation einer Zehe  
*Hinw.:* Die Replantation jeder Zehe ist gesondert zu kodieren

5-861.x↔ Sonstige

5-861.y N.n.bez.

### **5-862 Amputation und Exartikulation obere Extremität**

5-862.0↔ Amputation interthorakoskapulär

5-862.1↔ Exartikulation Schulter

5-862.2↔ Amputation Oberarm

5-862.3↔ Exartikulation Ellenbogen

5-862.4↔ Amputation Unterarm

5-862.x↔ Sonstige

5-862.y N.n.bez.

### **5-863 Amputation und Exartikulation Hand**

5-863.0↔ Exartikulation Handgelenk

5-863.1↔ Amputation Handwurzel

5-863.2↔ Amputation Mittelhand

5-863.3↔ Fingeramputation

*Hinw.:* Die Amputation jedes Fingers ist gesondert zu kodieren

5-863.4↔ Fingeramputation mit Haut- oder Muskelplastik

*Hinw.:* Die Amputation jedes Fingers ist gesondert zu kodieren

5-863.5↔ Fingerexartikulation

5-863.6↔ Fingerexartikulation mit Haut- oder Muskelplastik

5-863.7↔ Handversmälnerung durch Strahlresektion 5

5-863.8↔ Handversmälnerung durch Strahlresektion 2

5-863.9↔ Handversmälnerung durch Strahlresektion 3 oder 4

5-863.a↔ Amputation transmetakarpal

5-863.x↔ Sonstige

5-863.y N.n.bez.

### **5-864 Amputation und Exartikulation untere Extremität**

5-864.0↔ Hemipelvektomie

5-864.1↔ Inkomplette Hemipelvektomie

5-864.2↔ Exartikulation im Hüftgelenk

5-864.3↔ Oberschenkelamputation, n.n.bez.

5-864.4↔ Amputation proximaler Oberschenkel

5-864.5↔ Amputation mittlerer und distaler Oberschenkel

5-864.6↔ Amputation im Kniebereich

5-864.7↔ Exartikulation im Knie

5-864.8↔ Unterschenkelamputation, n.n.bez.

5-864.9↔ Amputation proximaler Unterschenkel

5-864.a↔ Amputation mittlerer Unterschenkel

5-864.x↔ Sonstige

5-864.y N.n.bez.

### **5-865 Amputation und Exartikulation Fuß**

5-865.0↔ Amputation tiefer Unterschenkel nach Syme

5-865.1↔ Fußamputation, n.n.bez.

5-865.2↔ Fußamputation nach Spitzzy

- 5-865.3↔ Fußamputation nach Pirogoff  
 5-865.4↔ Vorfußamputation nach Chopart  
 5-865.5↔ Mittelfußamputation nach Lisfranc  
 5-865.6↔ Amputation transmetatarsal  
 5-865.7↔ Zehenamputation  
*Hinw.:* Die Amputation jeder Zehe ist gesondert zu kodieren  
 5-865.8↔ Zehenstrahlresektion  
*Hinw.:* Die Amputation jedes Zehenstrahles ist gesondert zu kodieren  
 5-865.9 Innere Amputation im Bereich der Mittelfuß- und Fußwurzelknochen  
*Exkl.:* Resektionsarthroplastik an Gelenken des Fußes (5-829.8)  
 Arthroplastik an Metatarsale und Phalangen des Fußes (5-788.6 ff.)  
 Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe (5-782 ff.)  
 .90↔ Metatarsale (und Phalangen), bis zu zwei Strahlen  
 .91↔ Metatarsale (und Phalangen), mehr als zwei Strahlen  
 .92↔ Fußwurzel [Tarsus]  
 5-865.x↔ Sonstige  
 5-865.y N.n.bez.
- 5-866 Revision eines Amputationsgebietes**  
 5-866.0↔ Schulter- und Oberarmregion  
 5-866.1↔ Unterarmregion  
 5-866.2↔ Handregion  
 5-866.3↔ Oberschenkelregion  
*Inkl.:* Hüftregion  
 5-866.4↔ Unterschenkelregion  
 5-866.5↔ Fußregion  
 5-866.x↔ Sonstige  
 5-866.y N.n.bez.
- 5-867↔ Operationen bei kongenitalen Anomalien des Fußes**  
*Hinw.:* Dieser Kode sollte nur verwendet 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) und des Fußes (5-867)  
*Hinw.:* Dieser Kode sollte nur verwendet werden, wenn aufgrund der Komplexität der Versorgung eine Zuordnung zu einzelnen Verfahren nicht möglich ist
- 5-868.0 Trennung von siamesischen Zwillingen  
 5-868.x Sonstige  
 5-868.y N.n.bez.
- 5-869 Andere Operationen an den Bewegungsorganen**  
 5-869.0 Borggreveplastik  
 5-869.1 Weichteildebridement, schichtenübergreifend  
*Exkl.:* Schichtenübergreifendes Weichteildebridement bei Verbrennungen (5-922.3)  
*Hinw.:* Dieser Kode ist nur zu verwenden, wenn eine präzise Gewebezuzuordnung nicht möglich ist, z.B. bei Narbengewebe oder septischen Prozessen  
 5-869.2 Einbringen von Osteosynthesematerial bei Operationen am Weichteilgewebe  
*Inkl.:* Stabilisierung durch Fixationsverfahren bei Syndesmosenverletzung am Sprunggelenk (z.B. Stellschraube)  
*Exkl.:* Osteosynthese von Knochen (5-786)  
*Hinw.:* Durchgeführte Weichteileingriffe sind gesondert zu kodieren  
 5-869.3 Einbringen eines Konnektors für eine Endo-Exo-Prothese  
*Hinw.:* Mit diesem Kode ist der zweite Operationsschritt im Rahmen der Implantation einer Endo-Exo-Prothese zu kodieren. Der erste Operationsschritt ist unter 5-828.0 zu kodieren

## 5-869.4 Einzeitige Mehrfacheingriffe an Mittelhand- und/oder Fingerstrahlen

*Hinw.:* Dieser Kode ist ein Zusatzkode. Die durchgeführten Eingriffe sind gesondert zu kodieren. Eingriffe an Gefäßen und Nerven sind jeweils einem Strahl zuzuordnen. Bei einzeitigen Eingriffen an beiden Händen sind die einzelnen Mittelhand- und Fingerstrahlen zu addieren und mit dem der Summe entsprechenden Kode anzugeben

Es sind Operationen aus folgenden Bereichen zu berücksichtigen:

- Operationen an den Nerven und Nervenganglien (5-04)
- Andere Operationen an den Nerven und Nervenganglien (5-05)
- Operationen an den Blutgefäßen (5-38...5-39)
- Operationen an anderen Knochen (5-78)
- Reposition von Fraktur und Luxation (5-79)
- Offen chirurgische Gelenkoperationen (5-80)
- Arthroskopische Gelenkoperationen (5-81)
- Endoprothetischer Gelenk- und Knochenersatz (5-82)
- Operationen an der Hand (5-84)
- Replantation, Exartikulation und Amputation von Extremitäten und andere Operationen an den Bewegungsorganen (5-86)

- .40 Zwei Mittelhand- und/oder Fingerstrahlen
- .41 Drei Mittelhand- und/oder Fingerstrahlen
- .42 Vier Mittelhand- und/oder Fingerstrahlen
- .43 Fünf Mittelhand- und/oder Fingerstrahlen
- .44 Sechs oder mehr Mittelhand- und/oder Fingerstrahlen

## 5-869.5 Einzeitige Mehrfacheingriffe an Mittelfuß- und/oder Zehenstrahlen

*Hinw.:* Dieser Kode ist ein Zusatzkode. Die durchgeführten Eingriffe sind gesondert zu kodieren. Eingriffe an Gefäßen und Nerven sind jeweils einem Strahl zuzuordnen. Bei einzeitigen Eingriffen an beiden Füßen sind die einzelnen Mittelfuß- und Zehenstrahlen zu addieren und mit dem der Summe entsprechenden Kode anzugeben

Es sind Operationen aus folgenden Bereichen zu berücksichtigen:

- Operationen an den Nerven und Nervenganglien (5-04)
- Andere Operationen an den Nerven und Nervenganglien (5-05)
- Operationen an den Blutgefäßen (5-38...5-39)
- Operationen an anderen Knochen (5-78)
- Reposition von Fraktur und Luxation (5-79)
- Offen chirurgische Gelenkoperationen (5-80)
- Arthroskopische Gelenkoperationen (5-81)
- Endoprothetischer Gelenk- und Knochenersatz (5-82)
- Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln (5-85)
- Replantation, Exartikulation und Amputation von Extremitäten und andere Operationen an den Bewegungsorganen (5-86)

- .50 Zwei Mittelfuß- und/oder Zehenstrahlen
- .51 Drei Mittelfuß- und/oder Zehenstrahlen
- .52 Vier Mittelfuß- und/oder Zehenstrahlen
- .53 Fünf Mittelfuß- und/oder Zehenstrahlen
- .54 Sechs oder mehr Mittelfuß- und/oder Zehenstrahlen

5-869.x Sonstige

5-869.y N.n.bez.

## Operationen an der Mamma (5-87...5-88)

- 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)  
 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)  
 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)

### **5-87 Exzision und Resektion der Mamma**

*Exkl.:* Delay-Operation vor autogener Brustrekonstruktion (5-399.f)

#### **5-870 Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe**

*Inkl.:* Nach Markierung und Farbgalaktographie

*Hinw.:* Eine Lymphadenektomie ist gesondert zu kodieren (5-40 ff.)

Eine Mastopexie ist ein formverändernder Eingriff an der Brust im Sinne einer Straffung mit Resektion von Haut und mit (Re-)Zentrierung des Mamillen-Areola-Komplexes

Eine tumoradaptierte Reduktionsplastik ist ein formverändernder Eingriff an der Brust im Sinne einer Mastopexie mit Verkleinerung der Brust sowie zusätzlicher Resektion von gesundem Brustgewebe

Die Art der Defektkorrektur ist für die mit \*\* gekennzeichneten Codes in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren. Bei Kombination verschiedener Verfahren ist nur das jeweils aufwendigste Verfahren anzugeben:

- 0↔ Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation
- 1↔ Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von bis zu 25% des Brustgewebes (bis zu 1 Quadranten)
- 2↔ Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von mehr als 25% des Brustgewebes (mehr als 1 Quadrant)
- 3↔ Defektdeckung durch tumoradaptierte Mastopexie
- 4↔ Defektdeckung durch lokale fasziokutane oder myokutane Lappenplastik aus dem brustumgebenden Haut- und Weichteilgewebe
- 5↔ Defektdeckung durch tumoradaptierte Mammareduktionsplastik
- 6↔ Defektdeckung durch gestielte Fernlappenplastik
- 7↔ Defektdeckung durch freie Fernlappenplastik mit mikrochirurgischem Gefäßanschluss
- x↔ Sonstige

#### **\*\*5-870.2 Duktektomie**

[6. Stelle: 0,1]

#### **\*\*5-870.6 Lokale Destruktion**

[6. Stelle: 0,1]

#### **5-870.7 Exzision durch Vakuumbiopsie (Rotationsmesser)**

*Inkl.:* Steuerung durch bildgebende Verfahren

*Hinw.:* Das bildgebende Verfahren ist gesondert zu kodieren (Kap. 3)

.70↔ Ohne Clip-Markierung der Biopsieregion

.71↔ Mit Clip-Markierung der Biopsieregion

#### **\*\*5-870.9 Lokale Exzision**

[6. Stelle: 0,1]

*Inkl.:* Exzisionsbiopsie, Konusexzision, Tumorektomie

#### **\*\*5-870.a Partielle Resektion**

*Inkl.:* Segmentresektion, Lumpektomie, Quadrantenresektion

#### **5-870.x↔ Sonstige**

#### **5-870.y N.n.bez.**

**5-872 (Modifizierte radikale) Mastektomie***Hinw.:* Eine Lymphadenektomie ist gesondert zu kodieren (5-40 ff.)

Eine Rekonstruktion ist gesondert zu kodieren (5-885 ff., 5-886 ff.)

5-872.0↔ Ohne Resektion der M. pectoralis-Faszie

5-872.1↔ Mit Resektion der M. pectoralis-Faszie

5-872.x↔ Sonstige

5-872.y N.n.bez.

**5-874 Erweiterte (radikale) Mastektomie mit Resektion an den Mm. pectorales majores et minores und Thoraxwandteilresektion***Hinw.:* Eine Lymphadenektomie ist gesondert zu kodieren (5-40 ff.)

Eine Rekonstruktion ist gesondert zu kodieren (5-885 ff., 5-886 ff.)

5-874.0↔ Mit Teilresektion des M. pectoralis major

5-874.1↔ Mit Teilresektion der Mm. pectorales majores et minores

5-874.2↔ Mit kompletter Resektion der Mm. pectorales majores et minores

5-874.4↔ Mit Teilresektion des M. pectoralis minor

5-874.5↔ Mit kompletter Resektion des M. pectoralis major

5-874.6↔ Mit kompletter Resektion des M. pectoralis minor

5-874.7↔ Mit oberflächlicher Thoraxwandteilresektion (Thoraxwandmuskulatur)

5-874.8↔ Mit tiefer Thoraxwandteilresektion

5-874.x↔ Sonstige

5-874.y N.n.bez.

**5-877 Subkutane Mastektomie und hautsparende Mastektomieverfahren***Hinw.:* Eine Lymphadenektomie ist gesondert zu kodieren (5-40 ff.)

Eine Rekonstruktion ist gesondert zu kodieren (5-885 ff., 5-886 ff.)

Eine Mastopexie ist ein formverändernder Eingriff an der Brust im Sinne einer Straffung mit Resektion von Haut und mit (Re-)Zentrierung des Mamillen-Areola-Komplexes

5-877.0↔ Subkutane Mastektomie

5-877.1 Hautsparende Mastektomie [SSM] mit kompletter Resektion des Drüsengewebes

.10↔ Ohne weitere Maßnahmen

.11↔ Mit Straffung des Hautmantels

.12↔ Mit Straffung des Hautmantels und Bildung eines gestielten Corium-Cutis-Lappens

.1x↔ Sonstige

5-877.2 Mamillenerhaltende Mastektomie [NSM] mit kompletter Resektion des Drüsengewebes

.20↔ Ohne weitere Maßnahmen

.21↔ Mit Straffung des Hautmantels durch Mastopexie

.22↔ Mit Straffung des Hautmantels durch Mastopexie und Bildung eines gestielten Corium-Cutis-Lappens

.2x↔ Sonstige

5-877.x↔ Sonstige

5-877.y N.n.bez.

**5-879 Andere Exzision und Resektion der Mamma**

5-879.0↔ Exzision von ektopischem Mammagewebe

5-879.1↔ Operation bei Gynäkomastie

5-879.x↔ Sonstige

5-879.y N.n.bez.

**5-88 Andere Operationen an der Mamma***Exkl.:* Delay-Operation vor autogener Brustrekonstruktion (5-399.f)**5-881 Inzision der Mamma**

5-881.0↔ Ohne weitere Maßnahmen

5-881.1↔ Drainage

5-881.2↔ Durchtrennung der Kapsel bei Mammaprothese

5-881.x↔ Sonstige

5-881.y N.n.bez.

### **5-882 Operationen an der Brustwarze**

5-882.0↔ Naht (nach Verletzung)

*Inkl.:* Wunddebridement

5-882.1↔ Exzision

*Inkl.:* Exzision einer akzessorischen Brustwarze

5-882.2↔ Exzision mit Einpflanzung in die Haut an anderer Stelle

5-882.3↔ Transposition

5-882.4↔ Replantation

5-882.5↔ Plastische Rekonstruktion durch Hauttransplantation

5-882.6↔ Plastische Rekonstruktion durch Tätowierung

5-882.7↔ Chirurgische Eversion einer invertierten Brustwarze

5-882.8↔ Plastische Rekonstruktion des Warzenhofes

5-882.x↔ Sonstige

5-882.y N.n.bez.

### **5-883 Plastische Operationen zur Vergrößerung der Mamma**

*Inkl.:* Entfernung eines Hautexpanders

*Exkl.:* Implantation eines Hautexpanders (5-889.5)

5-883.0 Implantation einer Alloprothese, sonstige

.00↔ Ohne gewebeverstärkendes Material

.01↔ Mit gewebeverstärkendem Material

5-883.1 Implantation einer Alloprothese, submammär

.10↔ Ohne gewebeverstärkendes Material

.11↔ Mit gewebeverstärkendem Material

5-883.2 Implantation einer Alloprothese, subpektoral

.20↔ Ohne gewebeverstärkendes Material

.21↔ Mit gewebeverstärkendem Material

5-883.x↔ Sonstige

5-883.y N.n.bez.

### **5-884 Mammareduktionsplastik**

*Exkl.:* Absaugen von Fettgewebe aus der Mamma (5-911.1)

5-884.0↔ Ohne Brustwarzentransplantation

5-884.1↔ Mit freiem Brustwarzentransplantat

5-884.2↔ Mit gestieltem Brustwarzentransplantat

5-884.x↔ Sonstige

5-884.y N.n.bez.

### **5-885 Plastische Rekonstruktion der Mamma mit Haut- und Muskeltransplantation**

5-885.0↔ Hauttransplantation, n.n.bez.

5-885.1↔ Spalthauttransplantation

5-885.2↔ Vollhauttransplantation

5-885.3↔ Freies Haut-Muskel-Transplantat

*Inkl.:* Freier TRAM-Flap

5-885.4↔ Gestieltes Hauttransplantat

5-885.5↔ Gestieltes Muskeltransplantat

5-885.6↔ Gestieltes Haut-Muskel-Transplantat [myokutaner Lappen], ohne Prothesenimplantation

*Inkl.:* Gestielter TRAM-Flap, Latissimus-dorsi-Lappen

- 5-885.7↔ Gestieltes Haut-Muskel-Transplantat [myokutaner Lappen], mit Prothesenimplantation  
*Inkl.:* Gestielter TRAM-Flap, Latissimus-dorsi-Lappen
- 5-885.8↔ Omentumlappen
- 5-885.9↔ Freies lipokutanes Transplantat mit mikrovaskulärer Anastomosierung  
*Inkl.:* Deep inferior epigastric perforator flap [DIEP-Flap], superficial inferior epigastric perforator flap [SIEP-Flap]
- 5-885.x↔ Sonstige
- 5-885.y N.n.bez.

### 5-886 Andere plastische Rekonstruktion der Mamma

*Hinw.:* Die Art des verwendeten Materials für Gewebersatz oder Gewebeverstärkung ist gesondert zu kodieren (5-932 ff.)

Die primäre Rekonstruktion ist bei einzeitiger Durchführung im Rahmen eines resezierenden Eingriffs zu kodieren und die sekundäre Rekonstruktion ist bei zweizeitiger Durchführung nach einem resezierenden Eingriff zu kodieren

- 5-886.0↔ Naht (nach Verletzung)  
*Inkl.:* Wunddebridement
- 5-886.2 Mastopexie als selbständiger Eingriff  
*Inkl.:* Lifting der Mamma  
*Hinw.:* Eine Mastopexie ist ein formverändernder Eingriff an der Brust im Sinne einer Straffung mit Resektion von Haut und mit (Re-)Zentrierung des Mamillen-Areola-Komplexes
- .20↔ Mit freiem Brustwarzentransplantat
- .21↔ Mit gestieltem Brustwarzentransplantat
- .2x↔ Sonstige
- 5-886.3 Primäre Rekonstruktion mit Alloprothese, subkutan
- .30↔ Ohne gewebeverstärkendes Material
- .31↔ Mit gewebeverstärkendem Material
- 5-886.4 Primäre Rekonstruktion mit Alloprothese, subpektoral
- .40↔ Ohne gewebeverstärkendes Material
- .41↔ Mit gewebeverstärkendem Material
- 5-886.5 Primäre Rekonstruktion mit Alloprothese, sonstige
- .50↔ Ohne gewebeverstärkendes Material
- .51↔ Mit gewebeverstärkendem Material
- 5-886.6 Sekundäre Rekonstruktion mit Alloprothese, subkutan
- .60↔ Ohne gewebeverstärkendes Material
- .61↔ Mit gewebeverstärkendem Material
- 5-886.7 Sekundäre Rekonstruktion mit Alloprothese, subpektoral
- .70↔ Ohne gewebeverstärkendes Material
- .71↔ Mit gewebeverstärkendem Material
- 5-886.8 Sekundäre Rekonstruktion mit Alloprothese, sonstige
- .80↔ Ohne gewebeverstärkendes Material
- .81↔ Mit gewebeverstärkendem Material
- 5-886.x↔ Sonstige
- 5-886.y N.n.bez.

### 5-889 Andere Operationen an der Mamma

*Hinw.:* Die Art des verwendeten Materials für Gewebersatz oder Gewebeverstärkung ist gesondert zu kodieren (5-932 ff.)

- 5-889.0↔ Entfernung einer Mammaprothese
- 5-889.1↔ Entfernung einer Mammaprothese mit Exzision einer Kapselbibrose
- 5-889.2 Entfernung einer Mammaprothese mit Exzision einer Kapselbibrose und Prothesenwechsel
- .20↔ Ohne gewebeverstärkendes Material
- .21↔ Mit gewebeverstärkendem Material
- 5-889.3 Entfernung einer Mammaprothese mit Exzision einer Kapselbibrose, Prothesenwechsel und Formung einer neuen Tasche
- .30↔ Ohne gewebeverstärkendes Material
- .31↔ Mit gewebeverstärkendem Material

- 5-889.4 Wechsel einer Mammaprothese
  - .40↔ Ohne gewebeverstärkendes Material
  - .41↔ Mit gewebeverstärkendem Material
- 5-889.5 Implantation eines Hautexpanders
  - .50↔ Ohne gewebeverstärkendes Material
  - .51↔ Mit gewebeverstärkendem Material
- 5-889.6↔ Entfernung eines Hautexpanders
- 5-889.7↔ Entfernung eines Prothesenventils
- 5-889.x↔ Sonstige
- 5-889.y N.n.bez.

## Operationen an Haut und Unterhaut (5-89...5-92)

- 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)  
 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)  
 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)

### **5-89** Operationen an Haut und Unterhaut

- Exkl.:* Entnahme von Haut zur Transplantation (5-901, 5-904)  
 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, 5-892 bis 5-896 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

### **5-890** Tätowieren und Einbringen von Fremdmaterial in Haut und Unterhaut

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

- \*\*5-890.0 Tätowieren
- \*\*5-890.1 Einbringen von autogenem Material
- \*\*5-890.2 Einbringen von xenogenem Material
- \*\*5-890.x Sonstige
- 5-890.y N.n.bez.

- 5-891 Inzision eines Sinus pilonidalis**
- 5-892 Andere Inzision an Haut und Unterhaut**  
*Inkl.:* Hämatomausräumung, Abszessspaltung  
 Inzision an der Haut des Skrotums  
 Inzision an der Haut der Vulva  
*Exkl.:* 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
- \*\*5-892.0 Ohne weitere Maßnahmen
- \*\*5-892.1 Drainage
- \*\*5-892.2 Entfernung eines Fremdkörpers
- \*\*5-892.3 Implantation eines Medikamententrägers  
*Exkl.:* Fettgaze- oder Salbenverbände
- \*\*5-892.4 Entfernung eines Medikamententrägers
- \*\*5-892.x Sonstige
- 5-892.y N.n.bez.
- 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.:* Destruktion von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut (5-915)  
 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 cm<sup>2</sup> oder einem Raum bis zu 1cm<sup>3</sup>  
 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
- \*\*5-894.0 Exzision, lokal, ohne primären Wundverschluss
- \*\*5-894.1 Exzision, lokal, mit primärem Wundverschluss
- \*\*5-894.2 Exzision von Schweißdrüsen, lokal  
*Inkl.:* Lokale Kürettage von Schweißdrüsen
- \*\*5-894.x Sonstige
- 5-894.y N.n.bez.
- 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.:* Regionale Lymphknotendissektion 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 mikrographischer Chirurgie (histographisch kontrolliert) werden Eingriffe verstanden, bei denen die Exzision des Tumors mit topographischer Markierung und anschließender Aufarbeitung der gesamten Exzidataußenfläche/-grenze erfolgt  
 Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-890 zu kodieren
- \*\*5-895.0 Ohne primären Wundverschluss
- \*\*5-895.1 Ohne primären Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie)
- \*\*5-895.2 Mit primärem Wundverschluss
- \*\*5-895.3 Mit primärem Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie)
- \*\*5-895.4 Mit Transplantation oder lokaler Lappenplastik  
*Hinw.:* Die Art der durchgeführten Transplantation oder lokalen Lappenplastik ist gesondert zu kodieren (5-902 ff., 5-903 ff.)

- \*\*5-895.5** Mit Transplantation oder lokaler Lappenplastik, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie)  
*Hinw.:* Die Art der durchgeführten Transplantation oder lokalen Lappenplastik ist gesondert zu kodieren (5-902 ff., 5-903 ff.)
- \*\*5-895.6** Exzision von Schweißdrüsen, radikal  
*Inkl.:* Radikale Kürettage von Schweißdrüsen  
*Exkl.:* Axilläre Saugkürettage von Schweißdrüsen (5-911.3)
- \*\*5-895.x** Sonstige
- 5-895.y** N.n.bez.
- 5-896 Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut**  
*Inkl.:* Entfernung eines Systems zur Vakuumtherapie mit gleichzeitigem Wunddebridement  
*Exkl.:* Wunddebridement, auf Muskel, Sehne oder Faszie beschränkt (5-850)  
 Schichtenübergreifendes Wunddebridement (5-869.1)  
 Lokale Exzision oder lokale Kürettage von Schweißdrüsen (5-894.2)  
 Radikale Exzision oder radikale Kürettage von Schweißdrüsen (5-895.6)  
 Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde (8-192 ff.)  
*Hinw.:* Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-890 zu kodieren  
 Ein Wunddebridement ist ein chirurgisches oder ultraschallbasiertes Vorgehen zur Entfernung von geschädigtem, infiziertem, minderdurchblutetem oder nekrotischem Gewebe der Haut und Unterhaut bis zum Bereich des vitalen Gewebes. Die Anwendung der Codes setzt eine Allgemein- oder Regionalanästhesie oder eine lokale Infiltrationsanästhesie voraus (Ausnahme: Es liegt eine neurologisch bedingte Analgesie vor.). Bei alleiniger Oberflächenanästhesie ist ein Kode aus dem Bereich 8-192 ff. zu verwenden  
 Voraussetzung ist das Vorliegen einer Wunde [traumatisch oder nicht traumatisch bedingte Unterbrechung des Zusammenhangs von Körpergewebe mit oder ohne Substanzverlust].  
 Ohne Wunde ist ein Kode aus dem Bereich 5-894 Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut bzw. aus dem Bereich 5-895 Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut anzuwenden  
 Ein Kode aus diesem Bereich ist nicht zu verwenden im Zusammenhang mit einer Hämatomausräumung bzw. Abszessspaltung (5-892 ff.) oder einer Primärnaht (5-900.0 ff.).  
 Ein Wunddebridement ist bei diesen Codes bereits eingeschlossen  
 Die alleinige Entfernung eines Systems zur Vakuumtherapie ohne Anästhesie und Debridement ist als Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde (8-192 ff.) zu kodieren
- \*\*5-896.0** Kleinflächig  
*Hinw.:* Länge bis 3 cm oder Fläche bis 4 cm<sup>2</sup>
- \*\*5-896.1** Großflächig
- \*\*5-896.2** Großflächig, mit Einlegen eines Medikamententrägers  
*Exkl.:* Fettgaze- oder Salbenverbände
- \*\*5-896.x** Sonstige
- 5-896.y** N.n.bez.
- 5-897 Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis**
- 5-897.0** Exzision
- 5-897.1** Plastische Rekonstruktion
- 5-897.x** Sonstige
- 5-897.y** N.n.bez.
- 5-898 Operationen am Nagelorgan**  
*Inkl.:* Operationen am Nagelorgan bei Verbrennungen
- 5-898.0↔** Inzision
- 5-898.1↔** Inzision und Drainage
- 5-898.2↔** Trepanation des Nagels
- 5-898.3↔** Naht am Nagelbett
- 5-898.4↔** Exzision des Nagels, partiell

- 5-898.5↔ Exzision des Nagels, total  
 5-898.6↔ Exzision von erkranktem Gewebe des Nagelbettes  
*Inkl.:* Komplette Abtragung des Nagelbettes  
 5-898.7↔ Transplantation des Nagelbettes  
 5-898.8↔ Implantation eines Kunstnagels  
 5-898.9↔ Nagelplastik  
 5-898.a↔ Ausrottung der Nagelmatrix  
*Hinw.:* Eine durchgeführte Exzision von Nagel und Nagelbett ist im Code enthalten  
 5-898.x↔ Sonstige  
 5-898.y N.n.bez.
- 5-899    Andere Exzision an Haut und Unterhaut**  
*Exkl.:* Operationen an der Haut bei Verbrennungen (5-92)

## **5-90    Operative Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut**

- Exkl.:* Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien (5-857)  
 Entnahme und Transplantation von Transplantaten mit mikrovaskulärer Anastomosierung (5-858)  
 Operationen an der Haut bei Verbrennungen (5-92)  
*Hinw.:* Die Lokalisation ist für die Codes 5-900 bis 5-907 und 5-909 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

### **5-900    Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut**

- Inkl.:* Wundrandexzision nach Friedrich, Wundreinigung (Spülung, Kürettage)  
*Exkl.:* Rekonstruktion der Weichteile im Gesicht (5-778 ff.)  
 Wunddebridement (5-850 ff., 5-869.1, 5-896 ff.)  
*Hinw.:* Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach vorstehender Liste zu kodieren

- \*\*5-900.0   Primärnaht  
*Inkl.:* Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität durch Gewebekleber oder Metallklammern
- \*\*5-900.1   Sekundärnaht  
*Inkl.:* Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität durch Gewebekleber oder Metallklammern
- \*\*5-900.x   Sonstige  
 5-900.y    N.n.bez.

### **5-901    Freie Hauttransplantation, Entnahmestelle**

- Hinw.:* Die Entnahme des Transplantates ist nur anzugeben, wenn dieser Eingriff in einer gesonderten Sitzung erfolgt  
 Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-900 zu kodieren

- \*\*5-901.0   Spalthaut  
*Inkl.:* Meshgraft
- \*\*5-901.1   Vollhaut
- \*\*5-901.2   Composite graft

- \*\*5-901.x Sonstige
- 5-901.y N.n.bez.

**5-902 Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle**

*Hinw.:* Die Entnahme des Transplantates ist nur anzugeben, wenn dieser Eingriff in einer gesonderten Sitzung erfolgt  
 Kleinflächig entspricht einer Fläche bis 4 cm<sup>2</sup>. Werden mehrere Transplantationen an derselben anatomischen Region (z.B. an der Hand) durchgeführt, so sind die Flächen aller verwendeten Transplantate zu addieren. Dies gilt nicht für mehrere kleine Transplantate, die an unterschiedlichen Regionen (z.B. Hand und Unterarm) transplantiert werden  
 Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-900 zu kodieren

- \*\*5-902.0 Spalthaut, kleinflächig  
*Inkl.:* Meshgraft
- \*\*5-902.1 Spalthaut auf granulierendes Hautareal, kleinflächig  
*Inkl.:* Meshgraft
- \*\*5-902.2 Vollhaut, kleinflächig
- \*\*5-902.3 Composite graft, kleinflächig
- \*\*5-902.4 Spalthaut, großflächig  
*Inkl.:* Meshgraft
- \*\*5-902.5 Spalthaut auf granulierendes Hautareal, großflächig  
*Inkl.:* Meshgraft
- \*\*5-902.6 Vollhaut, großflächig
- \*\*5-902.7 Composite graft, großflächig
- \*\*5-902.9 Epithelzellsuspension nach Aufbereitung mit Bedside-Kit
- \*\*5-902.a Epithelzellsuspension nach labortechnischer Aufbereitung im Schnellverfahren
- \*\*5-902.b Hautersatz durch kultivierte Keratinozyten, kleinflächig
- \*\*5-902.c Hautersatz durch kultivierte Keratinozyten, großflächig
- \*\*5-902.d Permanenter Hautersatz durch Dermisersatzmaterial, kleinflächig
- \*\*5-902.e Permanenter Hautersatz durch Dermisersatzmaterial, großflächig
- \*\*5-902.x Sonstige
- 5-902.y N.n.bez.

**5-903 Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut**

*Hinw.:* Kleinflächig entspricht einer Fläche bis 4 cm<sup>2</sup>. Werden mehrere Transplantationen an derselben anatomischen Region (z.B. an der Hand) durchgeführt, so sind die Flächen aller verwendeten Transplantate zu addieren. Dies gilt nicht für mehrere kleine Transplantate, die an unterschiedlichen Regionen (z.B. Hand und Unterarm) transplantiert werden  
 Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-900 zu kodieren

- \*\*5-903.0 Dehnungsplastik, kleinflächig
- \*\*5-903.1 Verschiebe-Rotationsplastik, kleinflächig
- \*\*5-903.2 Transpositionsplastik, kleinflächig  
*Inkl.:* VY-Plastik
- \*\*5-903.3 Insellappenplastik, kleinflächig
- \*\*5-903.4 Z-Plastik, kleinflächig
- \*\*5-903.5 Dehnungsplastik, großflächig
- \*\*5-903.6 Verschiebe-Rotationsplastik, großflächig
- \*\*5-903.7 Transpositionsplastik, großflächig  
*Inkl.:* VY-Plastik
- \*\*5-903.8 Insellappenplastik, großflächig
- \*\*5-903.9 Z-Plastik, großflächig
- \*\*5-903.a W-Plastik, kleinflächig
- \*\*5-903.b W-Plastik, großflächig
- \*\*5-903.x Sonstige
- 5-903.y N.n.bez.

**5-904 Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Entnahmestelle**

*Hinw.:* Die Entnahme des Transplantates ist nur anzugeben, wenn dieser Eingriff in einer gesonderten Sitzung erfolgt

Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-900 zu kodieren

\*\*5-904.0 Freier Lappen mit mikrovaskulärer Anastomosierung

\*\*5-904.1 Gestielter regionaler Lappen

\*\*5-904.2 Gestielter Fernlappen

\*\*5-904.x Sonstige

5-904.y N.n.bez.

**5-905 Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Empfängerstelle**

*Hinw.:* Die Entnahme des Transplantates ist nur anzugeben, wenn dieser Eingriff in einer gesonderten Sitzung erfolgt

Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-900 zu kodieren

\*\*5-905.0 Freier Lappen mit mikrovaskulärer Anastomosierung

\*\*5-905.1 Gestielter regionaler Lappen

\*\*5-905.2 Gestielter Fernlappen

\*\*5-905.x Sonstige

5-905.y N.n.bez.

**5-906 Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut**

*Inkl.:* Durchtrennung von Synechien

*Exkl.:* Einzelne lokale Lappenplastiken (5-903)

*Hinw.:* Die Entnahme des Transplantates ist nur anzugeben, wenn dieser Eingriff in einer gesonderten Sitzung erfolgt

Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-900 zu kodieren

\*\*5-906.0 Kombinierte Lappenplastiken

*Inkl.:* Butterfly-Plastik

Jumping-man-Plastik

\*\*5-906.1 Kombination von Lappenplastiken und freiem Hauttransplantat

\*\*5-906.2 Gestielter regionaler Lappen mit Fernlappen

\*\*5-906.3 Gestielter regionaler Lappen, Fernlappen und freies Hauttransplantat

\*\*5-906.x Sonstige

5-906.y N.n.bez.

**5-907 Revision einer Hautplastik**

*Inkl.:* Ausdünnung eines Lappens

*Hinw.:* Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-900 zu kodieren

\*\*5-907.0 Narbenkorrektur (nach Hautplastik)

\*\*5-907.1 Revision eines freien Hauttransplantates

\*\*5-907.2 Revision einer lokalen Lappenplastik

\*\*5-907.3 Revision eines gestielten regionalen Lappens

\*\*5-907.4 Revision eines gestielten Fernlappens

\*\*5-907.5 Revision eines freien Lappens mit mikrovaskulärer Anastomosierung

\*\*5-907.x Sonstige

5-907.y N.n.bez.

**5-908 Plastische Operation an Lippe und Mundwinkel**

*Exkl.:* Korrektur einer Lippenspalte (5-276)

5-908.0 Naht (nach Verletzung)

5-908.1 Plastische Rekonstruktion der Oberlippe

5-908.2 Plastische Rekonstruktion der Unterlippe

*Inkl.:* Vermilionektomie

5-908.3↔ Plastische Rekonstruktion des Mundwinkels

5-908.x↔ Sonstige

5-908.y N.n.bez.

**5-909 Andere Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut**

*Hinw.:* Die Lokalisation ist für die mit \*\* gekennzeichneten Codes in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-900 zu kodieren

\*\*5-909.0 Implantation eines Hautexpanders  
*Exkl.:* Implantation eines Hautexpanders an der Mamma (5-889.5)

\*\*5-909.1 Explantation eines Hautexpanders  
*Exkl.:* Entfernung eines Hautexpanders an der Mamma (5-889.6)

\*\*5-909.2 Lappenstieldurchtrennung  
*Inkl.:* Einarbeitung des Lappens in die Umgebung

5-909.3 Implantation einer Dopplersonde zum Monitoring eines freien Gewebetransfers

\*\*5-909.x Sonstige

5-909.y N.n.bez.

**5-91 Andere Operationen an Haut und Unterhaut**

*Hinw.:* Die Lokalisation ist für die Codes 5-911, 5-913 bis 5-916 und 5-91a 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

**5-910↔ Straffungsoperation am Gesicht**

**5-911 Gewebereduktion an Haut und Unterhaut**

*Exkl.:* Straffungsoperation am Gesicht (5-910)  
Ausdünnung eines transplantierten Lappens (5-907)

*Hinw.:* Die Lokalisation ist für die mit \*\* gekennzeichneten Codes in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-910 zu kodieren

\*\*5-911.0 Gewebsreduktionsplastik (Straffungsoperation)

\*\*5-911.1 Absaugen von Fettgewebe [Liposuktion]

\*\*5-911.2 Abtragen von Fettgewebe  
*Inkl.:* Fettgewebsentnahme zur therapeutischen Transplantation

5-911.3↔ Axilläre Saugkürettage von Schweißdrüsen  
*Exkl.:* Lokale Exzision von Schweißdrüsen (5-894.2)  
Radikale Exzision von Schweißdrüsen (5-895.6)

\*\*5-911.x Sonstige

5-911.y N.n.bez.

**5-912 Haartransplantation und Haartransposition**

*Inkl.:* Augenbrauenrekonstruktion

5-912.0 Freie Transplantation von Stanzbiopsien

5-912.1 Gestielte Lappenplastik

5-912.x Sonstige

5-912.y N.n.bez.

**5-913 Entfernung oberflächlicher Hautschichten***Hinw.:* Kleinflächig entspricht einer Fläche bis 4 cm<sup>2</sup>

Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-910 zu kodieren

- \*\*5-913.0 Hochtourige Dermabrasion, kleinflächig
- \*\*5-913.1 Ausbürsten, kleinflächig
- \*\*5-913.2 Exkochleation (Entfernung mit scharfem Löffel), kleinflächig
- \*\*5-913.3 Chemochirurgie, kleinflächig  
*Inkl.:* Chemical peeling
- \*\*5-913.4 Laserbehandlung, kleinflächig
- \*\*5-913.5 Shaving, kleinflächig
- \*\*5-913.6 Hochtourige Dermabrasion, großflächig
- \*\*5-913.7 Ausbürsten, großflächig
- \*\*5-913.8 Exkochleation (Entfernung mit scharfem Löffel), großflächig
- \*\*5-913.9 Chemochirurgie, großflächig  
*Inkl.:* Chemical peeling
- \*\*5-913.a Laserbehandlung, großflächig
- \*\*5-913.b Shaving, großflächig
- \*\*5-913.x Sonstige
- 5-913.y N.n.bez.

**5-914 Chemochirurgie der Haut***Exkl.:* Entfernung oberflächlicher Hautschichten durch Chemochirurgie (5-913.3, 5-913.9)*Hinw.:* Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-910 zu kodieren

- \*\*5-914.0 Lokale Applikation von Ätzmitteln
- \*\*5-914.1 Lokale Applikation von Zytostatika
- \*\*5-914.x Sonstige
- 5-914.y N.n.bez.

**5-915 Destruktion von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut***Exkl.:* Lichttherapie (8-560)*Hinw.:* Kleinflächig entspricht einer Fläche bis 4 cm<sup>2</sup>

Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-910 zu kodieren

- \*\*5-915.0 Elektrokaustik, kleinflächig
- \*\*5-915.1 Laserbehandlung, kleinflächig  
*Exkl.:* Entfernung oberflächlicher Hautschichten durch Laserbehandlung (5-913.4, 5-913.a)
- \*\*5-915.2 Kryochirurgie, kleinflächig
- \*\*5-915.3 Infrarotkoagulation, kleinflächig
- \*\*5-915.4 Elektrokaustik, großflächig
- \*\*5-915.5 Laserbehandlung, großflächig  
*Exkl.:* Entfernung oberflächlicher Hautschichten durch Laserbehandlung (5-913.4, 5-913.a)
- \*\*5-915.6 Kryochirurgie, großflächig
- \*\*5-915.7 Infrarotkoagulation, großflächig
- \*\*5-915.8 Elektrochemotherapie, kleinflächig
- \*\*5-915.9 Elektrochemotherapie, großflächig
- \*\*5-915.x Sonstige
- 5-915.y N.n.bez.

**5-916 Temporäre Weichteildeckung***Hinw.:* Kleinflächig entspricht einer Fläche bis 4 cm<sup>2</sup>

Die Lokalisation ist für die mit \*\* gekennzeichneten Kodes in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-910 zu kodieren

- \*\*5-916.0 Durch allogene Hauttransplantation, kleinflächig
- \*\*5-916.1 Durch xenogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig

- \*\*5-916.2 Durch alloplastisches Material, kleinflächig
- \*\*5-916.3 Durch kultivierte Keratinozyten, kleinflächig
- \*\*5-916.4 Durch Kombination mehrerer Verfahren, kleinflächig
- \*\*5-916.5 Durch allogene Hauttransplantation, großflächig
- \*\*5-916.6 Durch xenogenes Hautersatzmaterial, großflächig
- \*\*5-916.7 Durch alloplastisches Material, großflächig
- \*\*5-916.8 Durch kultivierte Keratinozyten, großflächig
- \*\*5-916.9 Durch Kombination mehrerer Verfahren, großflächig
- 5-916.a Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie
  - Inkl.:* Bei Verbrennungen
  - Hinw.:* Die Angabe dieses Codes ist an die Durchführung unter Operationsbedingungen mit Anästhesie gebunden  
Die alleinige Entfernung eines Systems zur Vakuumtherapie im Bereich von Haut und Unterhaut ohne Anästhesie ist mit einem Code aus dem Bereich 8-192 zu verschlüsseln. Bei einer Entfernung mit Debridement ist ein Code aus den Bereichen 5-850, 5-869.1 oder 5-896 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
  - .a1↔ Tiefreichend, subfaszial oder an Knochen und Gelenken der Extremitäten
  - .a2 Tiefreichend, an Thorax, Mediastinum und Sternum  
*Inkl.:* Vakuumtherapie nach Herzoperation
  - .a3 Am offenen Abdomen  
*Exkl.:* Anlage eines Laparostomas (5-541.4)
  - .a4 Endorektal  
*Inkl.:* Endorektale Vakuumtherapie zur Behandlung von Anastomoseninsuffizienzen nach tiefer anteriorer Rektumresektion bei lokaler Peritonitis mit einspiegelbarer Wundhöhle
  - .a5 Tiefreichend subfaszial an der Bauchwand oder im Bereich von Nähten der Faszien bzw. des Peritoneums
  - .a6 Endoösophageal
  - .ax Sonstige  
*Inkl.:* Retroperitoneum
- \*\*5-916.x Sonstige
- 5-916.y N.n.bez.
- 5-917 Syndakylie- und Polydaktyliekorrektur der Finger**
- 5-917.0 Vertiefung einer Zwischenfingerspalte
  - .00↔ Mit Verschiebeplastik
  - .0x↔ Sonstige
- 5-917.1 Trennung einer partiellen Syndakylie
  - .10↔ Mit Verschiebeplastik
  - .1x↔ Sonstige
- 5-917.2 Trennung einer kompletten Syndakylie
  - .20↔ Mit Kuppenplastik
  - .21↔ Mit Seitenbandrekonstruktion
  - .2x↔ Sonstige
- 5-917.3↔ Teilresektion gedoppelter Anteile
- 5-917.4 Resektion gedoppelter Anteile
  - .40↔ Ohne Gelenkrekonstruktion
  - .41↔ Mit Gelenkrekonstruktion
- 5-917.5↔ Korrektur einer Polysyndakylie durch Fusion gedoppelter Anteile (OP nach Bilhaut - Cloquet)
- 5-917.x↔ Sonstige
- 5-917.y N.n.bez.
- 5-918 Syndakylie- und Polydaktyliekorrektur der Zehen**
- 5-918.0↔ Trennung einer partiellen Syndakylie

- 5-918.1↔ Trennung einer kompletten Syndaktylie  
 5-918.2↔ Teilresektion gedoppelter Anteile  
 5-918.3↔ Resektion gedoppelter Anteile  
 5-918.x↔ Sonstige  
 5-918.y N.n.bez.

**5-919 Operative Versorgung von Mehrfachtumoren an einer Lokalisation der Haut in einer Sitzung**

*Hinw.:* Diese Codes sind Zusatzcodes. Die durchgeführten Eingriffe sind gesondert zu kodieren

- 5-919.0 3-5 Tumoren  
 5-919.1 Mehr als 5 Tumoren

**5-91a Andere Operationen an Haut und Unterhaut**

*Hinw.:* Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-910 zu kodieren

- \*\*5-91a.0 Desilikonisierung von Dermisersatzmaterial  
 \*\*5-91a.x Sonstige  
 5-91a.y N.n.bez.

**5-92 Operationen an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen**

*Exkl.:* Operationen am Nagelorgan bei Verbrennungen (5-898)

*Hinw.:* Die Lokalisation ist für die Codes 5-920, 5-921 und 5-923 bis 5-929 nach folgender Liste zu kodieren:

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

**5-920 Inzision an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen**

*Exkl.:* Entnahme von Haut zur Transplantation (5-924)

*Hinw.:* Das Anlegen eines Verbandes ist gesondert zu kodieren (8-191)

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

- \*\*5-920.0 Inzision eines Verbrennungsschorfes [Escharotomie]  
 [6. Stelle: 5-b,e-g,j,x]  
 \*\*5-920.1 Fasziotomie  
 [6. Stelle: 5-b,e-g,j,x]  
 \*\*5-920.2 Inzision eines Verbrennungsschorfes [Escharotomie] mit Fasziotomie  
 [6. Stelle: 5-c,e-g,j-m,x]  
 \*\*5-920.3 Inzision eines Verbrennungsschorfes [Escharotomie] mit Dekompression peripherer Nerven  
 [6. Stelle: 6-9,c,e-g,k,m,x]

- \*\*5-920.x Sonstige
- 5-920.y N.n.bez.
- 5-921 Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen**
- Inkl.:* Entfernung von infiziertem Gewebe  
Narbenkorrektur
- Exkl.:* Wunddebridement bei Verbrennungen, auf Muskel, Sehne oder Faszie beschränkt (5-922.0, 5-922.1, 5-922.2)  
Operationen am Nagelorgan (5-898)  
Schichtenübergreifendes Wunddebridement bei Verbrennungen (5-922.3)
- Hinw.:* Das Anlegen eines Verbandes ist gesondert zu kodieren (8-191)  
Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-920 zu kodieren
- \*\*5-921.0 Abtragen einer Hautblase
- Inkl.:* Bürsten- und Hydro-Jet-Technik
- \*\*5-921.1 Dermabrasion
- \*\*5-921.2 Epifasziale Nekrosektomie
- \*\*5-921.3 Tangentiale Exzision
- \*\*5-921.4 Laserdestruktion
- \*\*5-921.5 Destruktion durch Ultraschall
- \*\*5-921.6 Radiochirurgie
- \*\*5-921.7 Hochfrequenzchirurgie
- \*\*5-921.x Sonstige
- 5-921.y N.n.bez.
- 5-922 Wunddebridement an Muskel, Sehne und Faszie bei Verbrennungen und Verätzungen**
- Hinw.:* Das Anlegen eines Verbandes ist gesondert zu kodieren (8-191)
- 5-922.0 Debridement eines Muskels
- Exkl.:* Debridement eines Muskels bei anderen Ursachen (5-850.b)
- 5-922.1 Debridement einer Sehne
- Exkl.:* Debridement einer Sehne bei anderen Ursachen (5-850.c)
- 5-922.2 Debridement einer Faszie
- Exkl.:* Debridement einer Faszie bei anderen Ursachen (5-850.d)
- 5-922.3 Weichteildebridement, schichtenübergreifend
- Exkl.:* Debridement bei anderen Ursachen (5-869.1)
- Hinw.:* Dieser Kode ist nur zu verwenden, wenn eine präzise Gewebezuordnung nicht möglich ist
- 5-922.x Sonstige
- 5-922.y N.n.bez.
- 5-923 Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen**
- Exkl.:* Temporäre Weichteildeckung bei anderen Ursachen (5-916.0-9)
- Hinw.:* Kleinflächig entspricht einer Fläche bis 3 % der Körperoberfläche  
Das Anlegen eines Verbandes ist gesondert zu kodieren (8-191)  
Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach der Liste vor 5-920 zu kodieren
- \*\*5-923.0 Durch allogene Hauttransplantation, kleinflächig
- \*\*5-923.1 Durch xenogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig
- \*\*5-923.2 Durch alloplastisches Material, kleinflächig
- \*\*5-923.3 Durch kultivierte Keratinozyten, kleinflächig
- \*\*5-923.4 Durch Kombination mehrerer Verfahren, kleinflächig
- \*\*5-923.5 Durch allogene Hauttransplantation, großflächig
- \*\*5-923.6 Durch xenogenes Hautersatzmaterial, großflächig
- \*\*5-923.7 Durch alloplastisches Material, großflächig
- \*\*5-923.8 Durch kultivierte Keratinozyten, großflächig
- \*\*5-923.9 Durch Kombination mehrerer Verfahren, großflächig

- \*\*5-923.a Durch hydrolytisch resorbierbare Membran, kleinflächig  
 \*\*5-923.b Durch hydrolytisch resorbierbare Membran, großflächig  
 \*\*5-923.x Sonstige  
 5-923.y N.n.bez.
- 5-924 Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Entnahmestelle**  
*Hinw.:* Die Entnahme des Transplantates ist nur anzugeben, wenn dieser Eingriff in einer gesonderten Sitzung erfolgt  
 Das Anlegen eines Verbandes ist gesondert zu kodieren (8-191)  
 Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-920 zu kodieren
- \*\*5-924.0 Spalthaut  
 [6. Stelle: 6-8,a-f,h-m,x]  
*Inkl.:* Meshgraft
- \*\*5-924.1 Vollhaut  
 [6. Stelle: 5-8,a-f,h-m,x]
- \*\*5-924.2 Composite graft  
 [6. Stelle: 1,2,h,x]
- \*\*5-924.3 Freier Lappen mit mikrovaskulärer Anastomosierung  
 [6. Stelle: 4-j,x]
- \*\*5-924.4 Gestielter regionaler Lappen  
 [6. Stelle: 4-m,x]
- \*\*5-924.5 Gestielter Fernlappen  
 [6. Stelle: 4-m,x]
- \*\*5-924.x Sonstige  
 5-924.y N.n.bez.
- 5-925 Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle**  
*Inkl.:* Narbenkorrektur  
*Exkl.:* Rekonstruktion des Skrotums (5-613)  
 Plastische Rekonstruktion des Mundwinkels (5-908.3)  
 Plastische Rekonstruktion der Lippen (5-908.1, 5-908.2)  
 Haartransplantation (5-912)  
*Hinw.:* Die Entnahme des Transplantates ist nur anzugeben, wenn dieser Eingriff in einer gesonderten Sitzung erfolgt  
 Das Anlegen eines Verbandes ist gesondert zu kodieren (8-191)  
 Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-920 zu kodieren
- \*\*5-925.0 Spalthaut  
*Inkl.:* Meshgraft
- \*\*5-925.2 Vollhaut
- \*\*5-925.3 Composite graft
- \*\*5-925.4 Freier Lappen mit mikrovaskulärer Anastomosierung
- \*\*5-925.5 Gestielter regionaler Lappen
- \*\*5-925.6 Gestielter Fernlappen
- \*\*5-925.7 Mikrograft-Spalthautdeckung (nach Meek)  
*Hinw.:* Eine ergänzend durchgeführte Spalthautdeckung ist gesondert zu kodieren (5-925.0)
- \*\*5-925.9 Permanenter Hautersatz durch kultivierte Keratinozyten, kleinflächig  
 \*\*5-925.a Permanenter Hautersatz durch kultivierte Keratinozyten, großflächig  
 \*\*5-925.b Epithelzellsuspension nach Aufbereitung mit Bedside-Kit  
 \*\*5-925.c Epithelzellsuspension nach labortechnischer Aufbereitung im Schnellverfahren  
 \*\*5-925.d Permanenter Hautersatz durch Dermisersatzmaterial, kleinflächig  
 \*\*5-925.e Permanenter Hautersatz durch Dermisersatzmaterial, großflächig  
 \*\*5-925.x Sonstige  
 5-925.y N.n.bez.

**5-926 Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen**

*Inkl.:* Narbenkorrektur

*Exkl.:* Rekonstruktion des Skrotums (5-613)

Plastische Rekonstruktion des Mundwinkels (5-908.3)

Plastische Rekonstruktion der Lippen (5-908.1, 5-908.2)

Haartransplantation (5-912)

*Hinw.:* Das Anlegen eines Verbandes ist gesondert zu kodieren (8-191)

Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-920 zu kodieren

\*\*5-926.0 Dehnungsplastik

\*\*5-926.1 Verschiebe- Rotationsplastik

\*\*5-926.2 Transpositionsplastik

*Inkl.:* VY-Plastik

\*\*5-926.3 Insellappenplastik

\*\*5-926.4 Z-Plastik

\*\*5-926.5 W-Plastik

\*\*5-926.x Sonstige

5-926.y N.n.bez.

**5-927 Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen**

*Inkl.:* Durchtrennung von Synechien

*Exkl.:* Rekonstruktion des Skrotums (5-613)

Plastische Rekonstruktion des Mundwinkels (5-908.3)

Plastische Rekonstruktion der Lippen (5-908.1, 5-908.2)

Haartransplantation (5-912)

*Hinw.:* Die Entnahme des Transplantates ist nur anzugeben, wenn dieser Eingriff in einer gesonderten Sitzung erfolgt

Das Anlegen eines Verbandes ist gesondert zu kodieren (8-191)

Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-920 zu kodieren

\*\*5-927.0 Kombinierte Lappenplastiken

*Inkl.:* Butterfly-Plastik

Jumping-man-Plastik

\*\*5-927.1 Kombination von Lappenplastiken und freiem Hauttransplantat

\*\*5-927.2 Gestielter regionaler Lappen mit Fernlappen

\*\*5-927.3 Gestielter regionaler Lappen, Fernlappen und freies Hauttransplantat

\*\*5-927.x Sonstige

5-927.y N.n.bez.

**5-928 Primärer Wundverschluss der Haut und Revision einer Hautplastik bei Verbrennungen und Verätzungen**

*Inkl.:* Ausdünnung eines Lappens

*Hinw.:* Das Anlegen eines Verbandes ist gesondert zu kodieren (8-191)

Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-920 zu kodieren

\*\*5-928.0 Primärer Wundverschluss durch Fadennaht

\*\*5-928.1 Primärer Wundverschluss durch Klammernaht

\*\*5-928.2 Primärer Wundverschluss durch Klebung

\*\*5-928.4 Revision eines freien Hauttransplantates

\*\*5-928.5 Revision einer lokalen Lappenplastik

\*\*5-928.6 Revision eines gestielten regionalen Lappens

\*\*5-928.7 Revision eines gestielten Fernlappens

\*\*5-928.8 Revision eines freien Lappens mit mikrovaskulärer Anastomosierung

\*\*5-928.x Sonstige

5-928.y N.n.bez.

**5-929    Andere Operationen bei Verbrennungen und Verätzungen**

*Hinw.:* Das Anlegen eines Verbandes ist gesondert zu kodieren (8-191)  
Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-920 zu kodieren

- \*\*5-929.0   Lappenstieldurchtrennung  
*Inkl.:*   Einarbeitung eines Lappens in die Umgebung
- \*\*5-929.1   Desilikonisierung von Dermisersatzmaterial
- \*\*5-929.x   Sonstige
- 5-929.y    N.n.bez.

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

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

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

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

**5-931    Art des verwendeten Knochenersatz- und Osteosynthesematerials**

- 5-931.0    Hypoallergenes Material  
*Inkl.:*   Titan
- 5-931.1    Resorbierbares Material

**5-932    Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung**

*Hinw.:* Die durchgeführten organspezifischen Eingriffe sind gesondert zu kodieren

- 5-932.0    Nicht resorbierbares Material  
*Inkl.:*   Polypropylene, Polyester, ePTFE, PVDF
  - .00    Ohne Beschichtung
  - .01    Mit antimikrobieller Beschichtung  
*Inkl.:*   Chlorhexidindiacetat, Silbercarbonat
  - .02    Mit Titanbeschichtung
  - .0x    Mit sonstiger Beschichtung
- 5-932.1    (Teil-)resorbierbares synthetisches Material  
*Inkl.:*   Polyglycolide, Copolymere, Polytrimethylencarbonat
- 5-932.2    Composite-Material
- 5-932.3    Biologisches Material  
*Inkl.:*   Xenogenes Material, Kollagen
- 5-933    Verwendung einer Kunststoff- oder biologischen Membran zur Prophylaxe von Adhäsionen**
- 5-934    Verwendung von MRT-fähigem Material**
- 5-934.0    Herzschrillmacher
- 5-934.1    Defibrillator

- 5-934.2 Ereignis-Rekorder
- 5-934.3 Neurostimulator zur epiduralen Rückenmarkstimulation, Ganzkörper-MRT-fähig
- 5-934.4 Permanentes Elektrodensystem zur epiduralen Dauerstimulation, Ganzkörper-MRT-fähig
- 5-934.x Sonstige
- 5-935 Verwendung von beschichtetem Osteosynthesematerial**
- 5-935.0 Mit Medikamentenbeschichtung  
*Inkl.:* Antibiotikabeschichtung
- 5-935.x Mit sonstiger Beschichtung  
*Inkl.:* Hydroxylapatitbeschichtung, Silberbeschichtung
- 5-936 Verwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien**
- Inkl.:* Chondrozyten-Präparate
- 5-936.0 Nationale Genehmigung  
*Hinw.:* Dieser Zusatzkode ist für die Verwendung von Gentherapeutika, somatischen Zelltherapeutika und biotechnologisch bearbeiteten Gewebeprodukten (Tissue-Engineering-Produkte) mit einer Genehmigung nach § 4b Arzneimittelgesetz anzugeben
- 5-936.1 Internationale Zulassung  
*Hinw.:* Dieser Zusatzkode ist für die Verwendung von Gentherapeutika, somatischen Zelltherapeutika und biotechnologisch bearbeiteten Gewebeprodukten (Tissue-Engineering-Produkte) mit einer Zulassung entsprechend der Verordnung Nr. 1394/2007 des europäischen Parlaments und des Rates anzugeben
- 5-937 Verwendung von thermomechanischem Osteosynthesematerial**
- Inkl.:* Nitinol, Formgedächtnis-Legierung
- 5-98 Spezielle Operationstechniken und Operationen bei speziellen Versorgungssituationen**
- 5-981 Versorgung bei Mehrfachverletzung**  
*Hinw.:* Dieser Zusatzkode ist nur für die Versorgung von Patienten anzuwenden, bei denen als Unfallfolge eine Mehrfachverletzung vorliegt, aber keine Lebensgefahr besteht
- 5-982 Versorgung bei Polytrauma**  
*Hinw.:* Dieser Zusatzkode ist nur für die Versorgung von Patienten anzuwenden, bei denen als Unfallfolge eine Verletzung mehrerer Organsysteme mit akuter Lebensgefahr besteht
- 5-982.0 Operationen an Bewegungsorganen
- 5-982.1 Operationen an Bewegungsorganen, an Organen des Bauchraumes und Thoraxraumes und am Gesichtsschädel
- 5-982.2 Operationen an Bewegungsorganen, an Organen des Bauchraumes und Thoraxraumes und am ZNS
- 5-982.x Sonstige
- 5-982.y N.n.bez.
- 5-983 Reoperation**  
*Hinw.:* Dieser Zusatzkode ist anzuwenden bei der Wiedereröffnung des Operationsgebietes zur Behandlung einer Komplikation, zur Durchführung einer Rezidivoperation oder zur Durchführung einer anderen Operation in diesem Operationsgebiet. Sofern im organspezifischen Kapitel ein entsprechender spezifischer Kode vorhanden ist, ist dieser zu verwenden
- 5-984 Mikrochirurgische Technik**  
*Hinw.:* Unter einem mikrochirurgischen Eingriff werden Operationen verstanden, die mit Hilfe eines Mikroustrumentariums und einer optischen Vergrößerung in entsprechender Operationstechnik unter maximaler Gewebeschonung durchgeführt werden
- 5-985 Lasertechnik**
- 5-985.0 Argon- oder frequenzgedoppelter YAG-Laser
- 5-985.1 CO<sub>2</sub>-Laser
- 5-985.2 Dioden-Laser
- 5-985.3 Erbium-YAG-Laser

- 5-985.4 Excimer-Laser
- 5-985.5 Femtosekunden-Laser
- 5-985.6 Neodym-YAG-Laser
- 5-985.x Sonstige
- 5-985.y N.n.bez.
- 5-986 Minimalinvasive Technik**
- 5-986.0 Endoskopische Operationen durch natürliche Körperöffnungen [NOTES]
- .00 Transoraler Zugangsweg
  - .01 Transgastraler Zugangsweg
  - .02 Transvaginaler Zugangsweg
  - .03 Transkolischer Zugangsweg
  - .04 Transvesikaler Zugangsweg
  - .0x Sonstige
- 5-986.1 Durchführung einer Laparoskopie ohne Aufbau eines Pneumoperitoneums  
*Inkl.:* Laparoskopie mittels eines Ballonsystems
- 5-986.2 Einsatz eines Single-Port-Systems bei laparoskopischen Operationen
- 5-986.x Sonstige
- 5-986.y N.n.bez.
- 5-987 Anwendung eines OP-Roboters**
- 5-988 Anwendung eines Navigationssystems**
- 5-989 Fluoreszenzgestützte Therapieverfahren**
- 5-98a Hybridtherapie**
- 5-98a.0 Anwendung der Hybridchirurgie  
*Hinw.:* Dieser Kode ist anzuwenden, wenn im Rahmen gefäßchirurgischer oder herzchirurgischer Maßnahmen ein perkutan-transluminale Verfahren aus den Bereichen 8-836, 8-837, 8-838, 8-83c, 8-83d oder 8-84 mit einem offen chirurgischen Zugang (z.B. zur Aorta oder zum Herzen) in gleicher Sitzung kombiniert wird
- 5-98b Anwendung eines flexiblen Ureterorenoskops**
- 5-98c Anwendung eines Klammernahtgerätes**  
*Exkl.:* Wundverschluss an Haut und Unterhaut  
Klammernahtverschluss von Blutgefäßen
- 5-98c.0 Lineares Klammernahtgerät, offen chirurgisch, für die intrathorakale oder intraabdominale Anwendung
- 5-98c.1 Lineares Klammernahtgerät, laparoskopisch oder thorakoskopisch, für die intrathorakale oder intraabdominale Anwendung
- 5-98c.2 Zirkuläres Klammernahtgerät für die Anwendung am Gastrointestinaltrakt und am Respirationstrakt
- 5-98c.3 Zirkuläres Klammernahtgerät für die Anwendung bei Gefäßanastomosen
- 5-98c.4 Gerät zur Fixierung von Stent-Prothesen durch Verschraubung
- 5-98c.x Sonstige
- 5-98c.y N.n.bez.
- 5-98d Verwendung von patientenindividuell hergestelltem Instrumentarium**
- 5-98d.0 CAD-CAM-Schnittblöcke
- 5-98d.x Sonstige
- 5-98e Intraoperative Blutflussmessung in Gefäßen**  
*Inkl.:* Messung mittels Ultraschallsonde oder elektromagnetischer Sonde  
*Exkl.:* Dopplersonographie
- 5-99 Vorzeitiger Abbruch einer Operation**
- 5-995 Vorzeitiger Abbruch einer Operation (Eingriff nicht komplett durchgeführt)**



## 6 MEDIKAMENTE

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

#### **6-00** Applikation von Medikamenten

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

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

#### **6-001** Applikation von Medikamenten, Liste 1

##### 6-001.0 Alemtuzumab, parenteral

- .00 30 mg bis unter 60 mg
- .01 60 mg bis unter 90 mg
- .02 90 mg bis unter 120 mg
- .03 120 mg bis unter 150 mg
- .04 150 mg bis unter 180 mg
- .05 180 mg bis unter 210 mg
- .06 210 mg bis unter 240 mg
- .07 240 mg bis unter 270 mg
- .08 270 mg bis unter 300 mg
- .09 300 mg bis unter 330 mg
- .0a 330 mg bis unter 390 mg
- .0b 390 mg bis unter 450 mg
- .0c 450 mg bis unter 510 mg
- .0d 510 mg bis unter 570 mg
- .0e 570 mg und mehr

##### 6-001.1 Gemcitabin, parenteral

- .19 19,0 g bis unter 22,0 g
- .1a 22,0 g bis unter 25,0 g
- .1b 25,0 g bis unter 28,0 g
- .1c 28,0 g bis unter 31,0 g
- .1d 31,0 g bis unter 34,0 g
- .1e 34,0 g und mehr

##### 6-001.3 Irinotecan, parenteral

- .3d 2.000 mg bis unter 2.200 mg
- .3e 2.200 mg bis unter 2.400 mg
- .3f 2.400 mg bis unter 2.600 mg
- .3g 2.600 mg bis unter 2.800 mg
- .3h 2.800 mg bis unter 3.000 mg
- .3j 3.000 mg und mehr

##### 6-001.4 Sargramostim, parenteral

- .40 2 mg bis unter 3 mg
- .41 3 mg bis unter 4 mg
- .42 4 mg bis unter 5 mg
- .43 5 mg bis unter 6 mg
- .44 6 mg bis unter 7 mg
- .45 7 mg bis unter 8 mg
- .46 8 mg bis unter 9 mg
- .47 9 mg bis unter 10 mg

- .48 10 mg bis unter 11 mg
- .49 11 mg bis unter 12 mg
- .4a 12 mg bis unter 13 mg
- .4b 13 mg bis unter 14 mg
- .4c 14 mg bis unter 15 mg
- .4d 15 mg bis unter 16 mg
- .4e 16 mg bis unter 17 mg
- .4f 17 mg bis unter 18 mg
- .4g 18 mg bis unter 19 mg
- .4h 19 mg bis unter 20 mg
- .4j 20 mg bis unter 22 mg
- .4k 22 mg bis unter 24 mg
- .4m 24 mg bis unter 26 mg
- .4n 26 mg bis unter 28 mg
- .4p 28 mg bis unter 30 mg
- .4q 30 mg und mehr

**6-001.8 Aldesleukin, parenteral**

- .80 45 Mio. IE bis unter 65 Mio. IE
- .81 65 Mio. IE bis unter 85 Mio. IE
- .82 85 Mio. IE bis unter 105 Mio. IE
- .83 105 Mio. IE bis unter 125 Mio. IE
- .84 125 Mio. IE bis unter 145 Mio. IE
- .85 145 Mio. IE bis unter 165 Mio. IE
- .86 165 Mio. IE bis unter 185 Mio. IE
- .87 185 Mio. IE bis unter 205 Mio. IE
- .88 205 Mio. IE bis unter 245 Mio. IE
- .89 245 Mio. IE bis unter 285 Mio. IE
- .8a 285 Mio. IE bis unter 325 Mio. IE
- .8b 325 Mio. IE bis unter 365 Mio. IE
- .8c 365 Mio. IE bis unter 405 Mio. IE
- .8d 405 Mio. IE bis unter 445 Mio. IE
- .8e 445 Mio. IE bis unter 485 Mio. IE
- .8f 485 Mio. IE bis unter 525 Mio. IE
- .8g 525 Mio. IE bis unter 565 Mio. IE
- .8h 565 Mio. IE bis unter 625 Mio. IE
- .8j 625 Mio. IE bis unter 685 Mio. IE
- .8k 685 Mio. IE bis unter 745 Mio. IE
- .8m 745 Mio. IE bis unter 805 Mio. IE
- .8n 805 Mio. IE und mehr

**6-001.9 Bortezomib, parenteral**

- .90 1,5 mg bis unter 2,5 mg
- .91 2,5 mg bis unter 3,5 mg
- .92 3,5 mg bis unter 4,5 mg
- .93 4,5 mg bis unter 5,5 mg
- .94 5,5 mg bis unter 6,5 mg
- .95 6,5 mg bis unter 7,5 mg
- .96 7,5 mg bis unter 8,5 mg
- .97 8,5 mg bis unter 9,5 mg
- .98 9,5 mg bis unter 10,5 mg
- .99 10,5 mg bis unter 11,5 mg
- .9a 11,5 mg bis unter 13,5 mg
- .9b 13,5 mg bis unter 15,5 mg
- .9c 15,5 mg bis unter 17,5 mg
- .9d 17,5 mg bis unter 19,5 mg
- .9e 19,5 mg bis unter 21,5 mg
- .9f 21,5 mg bis unter 23,5 mg
- .9g 23,5 mg bis unter 25,5 mg
- .9h 25,5 mg bis unter 27,5 mg

- .9j 27,5 mg bis unter 29,5 mg  
.9k 29,5 mg und mehr
- 6-001.a Cetuximab, parenteral
- .a0 250 mg bis unter 350 mg  
.a1 350 mg bis unter 450 mg  
.a2 450 mg bis unter 550 mg  
.a3 550 mg bis unter 650 mg  
.a4 650 mg bis unter 750 mg  
.a5 750 mg bis unter 850 mg  
.a6 850 mg bis unter 1.050 mg  
.a7 1.050 mg bis unter 1.250 mg  
.a8 1.250 mg bis unter 1.450 mg  
.a9 1.450 mg bis unter 1.650 mg  
.aa 1.650 mg bis unter 1.850 mg  
.ab 1.850 mg bis unter 2.150 mg  
.ac 2.150 mg bis unter 2.450 mg  
.ad 2.450 mg bis unter 2.750 mg  
.ae 2.750 mg bis unter 3.050 mg  
.af 3.050 mg bis unter 3.350 mg  
.ah 3.350 mg bis unter 3.950 mg  
.aj 3.950 mg bis unter 4.550 mg  
.ak 4.550 mg und mehr
- 6-001.b Liposomales Doxorubicin, parenteral
- .b0 10 mg bis unter 20 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben
- .b1 20 mg bis unter 30 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben
- .b2 30 mg bis unter 40 mg  
.b3 40 mg bis unter 50 mg  
.b4 50 mg bis unter 60 mg  
.b5 60 mg bis unter 70 mg  
.b6 70 mg bis unter 80 mg  
.b7 80 mg bis unter 90 mg  
.b8 90 mg bis unter 100 mg  
.b9 100 mg bis unter 110 mg  
.ba 110 mg bis unter 120 mg  
.bb 120 mg bis unter 140 mg  
.bc 140 mg bis unter 160 mg  
.bd 160 mg bis unter 180 mg  
.be 180 mg bis unter 200 mg  
.bf 200 mg bis unter 220 mg  
.bg 220 mg bis unter 240 mg  
.bh 240 mg bis unter 260 mg  
.bj 260 mg bis unter 280 mg  
.bk 280 mg bis unter 300 mg  
.bm 300 mg bis unter 320 mg  
.bn 320 mg und mehr
- 6-001.c Pemetrexed, parenteral
- .c0 600 mg bis unter 700 mg  
.c1 700 mg bis unter 800 mg  
.c2 800 mg bis unter 900 mg  
.c3 900 mg bis unter 1.000 mg  
.c4 1.000 mg bis unter 1.100 mg  
.c5 1.100 mg bis unter 1.200 mg  
.c6 1.200 mg bis unter 1.400 mg  
.c7 1.400 mg bis unter 1.600 mg  
.c8 1.600 mg bis unter 1.800 mg  
.c9 1.800 mg bis unter 2.000 mg

- .ca 2.000 mg bis unter 2.200 mg
- .cb 2.200 mg bis unter 2.400 mg
- .cc 2.400 mg bis unter 2.600 mg
- .cd 2.600 mg bis unter 2.800 mg
- .ce 2.800 mg bis unter 3.000 mg
- .cf 3.000 mg bis unter 3.300 mg
- .cg 3.300 mg bis unter 3.600 mg
- .ch 3.600 mg bis unter 3.900 mg
- .cj 3.900 mg und mehr

**6-001.d Adalimumab, parenteral**

- .d0 10 mg bis unter 25 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben
- .d1 25 mg bis unter 40 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben
- .d2 40 mg bis unter 80 mg
- .d3 80 mg bis unter 120 mg
- .d4 120 mg bis unter 160 mg
- .d5 160 mg bis unter 200 mg
- .d6 200 mg bis unter 240 mg
- .d7 240 mg bis unter 280 mg
- .d8 280 mg bis unter 320 mg
- .d9 320 mg bis unter 360 mg
- .da 360 mg bis unter 400 mg
- .db 400 mg bis unter 440 mg
- .dc 440 mg und mehr

**6-001.e Infliximab, parenteral**

- .e0 50 mg bis unter 100 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben
- .e1 100 mg bis unter 150 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben
- .e2 150 mg bis unter 200 mg
- .e3 200 mg bis unter 300 mg
- .e4 300 mg bis unter 400 mg
- .e5 400 mg bis unter 500 mg
- .e6 500 mg bis unter 600 mg
- .e7 600 mg bis unter 700 mg
- .e8 700 mg bis unter 800 mg
- .e9 800 mg bis unter 900 mg
- .ea 900 mg bis unter 1.000 mg
- .eb 1.000 mg bis unter 1.200 mg
- .ec 1.200 mg bis unter 1.400 mg
- .ed 1.400 mg bis unter 1.600 mg
- .ee 1.600 mg bis unter 1.800 mg
- .ef 1.800 mg bis unter 2.000 mg
- .eg 2.000 mg und mehr

**6-001.f Paclitaxel, parenteral**

- .f7 1.320 mg bis unter 1.500 mg
- .f8 1.500 mg bis unter 1.680 mg
- .f9 1.680 mg bis unter 1.860 mg
- .fa 1.860 mg bis unter 2.040 mg
- .fb 2.040 mg bis unter 2.220 mg
- .fc 2.220 mg bis unter 2.400 mg
- .fd 2.400 mg und mehr

**6-001.g Imatinib, oral**

- .g0 800 mg bis unter 1.200 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben
- .g1 1.200 mg bis unter 2.000 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben

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

- .kd 1.000 mg bis unter 1.200 mg
- .ke 1.200 mg bis unter 1.400 mg
- .kf 1.400 mg bis unter 1.600 mg
- .kg 1.600 mg bis unter 1.800 mg
- .kh 1.800 mg bis unter 2.000 mg
- .kj 2.000 mg bis unter 2.200 mg
- .kk 2.200 mg bis unter 2.400 mg
- .km 2.400 mg und mehr

**6-001.m Trastuzumab, subkutan**

- .m0 600 mg bis unter 1.200 mg
- .m1 1.200 mg bis unter 1.800 mg
- .m2 1.800 mg bis unter 2.400 mg
- .m3 2.400 mg bis unter 3.000 mg
- .m4 3.000 mg bis unter 3.600 mg
- .m5 3.600 mg und mehr

**6-002 Applikation von Medikamenten, Liste 2**

**6-002.1 Filgrastim, parenteral**

- .10 70 Mio. IE bis unter 130 Mio. IE  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben
- .11 130 Mio. IE bis unter 190 Mio. IE  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben
- .12 190 Mio. IE bis unter 250 Mio. IE  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben
- .13 250 Mio. IE bis unter 350 Mio. IE
- .14 350 Mio. IE bis unter 450 Mio. IE
- .15 450 Mio. IE bis unter 550 Mio. IE
- .16 550 Mio. IE bis unter 650 Mio. IE
- .17 650 Mio. IE bis unter 750 Mio. IE
- .18 750 Mio. IE bis unter 850 Mio. IE
- .19 850 Mio. IE bis unter 950 Mio. IE
- .1a 950 Mio. IE bis unter 1.050 Mio. IE
- .1b 1.050 Mio. IE bis unter 1.250 Mio. IE
- .1c 1.250 Mio. IE bis unter 1.450 Mio. IE
- .1d 1.450 Mio. IE bis unter 1.650 Mio. IE
- .1e 1.650 Mio. IE bis unter 1.850 Mio. IE
- .1f 1.850 Mio. IE bis unter 2.050 Mio. IE
- .1g 2.050 Mio. IE bis unter 2.250 Mio. IE
- .1h 2.250 Mio. IE bis unter 2.450 Mio. IE
- .1j 2.450 Mio. IE und mehr

**6-002.2 Lenograstim, parenteral**

- .20 75 Mio. IE bis unter 150 Mio. IE  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben
- .21 150 Mio. IE bis unter 225 Mio. IE  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben
- .22 225 Mio. IE bis unter 300 Mio. IE  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben
- .23 300 Mio. IE bis unter 400 Mio. IE
- .24 400 Mio. IE bis unter 500 Mio. IE
- .25 500 Mio. IE bis unter 600 Mio. IE
- .26 600 Mio. IE bis unter 800 Mio. IE
- .27 800 Mio. IE bis unter 1.000 Mio. IE
- .28 1.000 Mio. IE bis unter 1.200 Mio. IE
- .29 1.200 Mio. IE bis unter 1.400 Mio. IE
- .2a 1.400 Mio. IE bis unter 1.600 Mio. IE
- .2b 1.600 Mio. IE bis unter 1.800 Mio. IE
- .2c 1.800 Mio. IE bis unter 2.000 Mio. IE
- .2d 2.000 Mio. IE bis unter 2.200 Mio. IE
- .2e 2.200 Mio. IE bis unter 2.400 Mio. IE

- .2f 2.400 Mio. IE bis unter 2.600 Mio. IE  
.2g 2.600 Mio. IE bis unter 2.800 Mio. IE  
.2h 2.800 Mio. IE bis unter 3.000 Mio. IE  
.2j 3.000 Mio. IE und mehr
- 6-002.4 Topotecan, parenteral  
.4c 30,0 mg bis unter 40,0 mg  
.4d 40,0 mg bis unter 50,0 mg  
.4e 50,0 mg bis unter 60,0 mg  
.4f 60,0 mg bis unter 70,0 mg  
.4g 70,0 mg und mehr
- 6-002.5 Voriconazol, oral  
.50 1,00 g bis unter 1,75 g  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben  
.51 1,75 g bis unter 2,50 g  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben  
.52 2,50 g bis unter 3,50 g  
.53 3,50 g bis unter 4,50 g  
.54 4,50 g bis unter 6,50 g  
.55 6,50 g bis unter 8,50 g  
.56 8,50 g bis unter 10,50 g  
.57 10,50 g bis unter 15,50 g  
.58 15,50 g bis unter 20,50 g  
.59 20,50 g bis unter 25,50 g  
.5a 25,50 g bis unter 30,50 g  
.5c 30,50 g bis unter 35,50 g  
.5d 35,50 g bis unter 40,50 g  
.5e 40,50 g bis unter 45,50 g  
.5f 45,50 g und mehr
- 6-002.7 Pegfilgrastim, 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 und mehr
- 6-002.8 Pegyliertes liposomales Doxorubicin, parenteral  
.80 10 mg bis unter 20 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben  
.81 20 mg bis unter 30 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben  
.82 30 mg bis unter 40 mg  
.83 40 mg bis unter 50 mg  
.84 50 mg bis unter 60 mg  
.85 60 mg bis unter 70 mg  
.86 70 mg bis unter 80 mg  
.87 80 mg bis unter 90 mg  
.88 90 mg bis unter 100 mg  
.89 100 mg bis unter 110 mg  
.8a 110 mg bis unter 120 mg  
.8b 120 mg bis unter 140 mg  
.8c 140 mg bis unter 160 mg  
.8d 160 mg bis unter 180 mg  
.8e 180 mg bis unter 200 mg  
.8f 200 mg bis unter 220 mg  
.8g 220 mg bis unter 240 mg

- .8h 240 mg und mehr
- 6-002.9 **Bevacizumab, parenteral**
  - .90 150 mg bis unter 250 mg
  - .91 250 mg bis unter 350 mg
  - .92 350 mg bis unter 450 mg
  - .93 450 mg bis unter 550 mg
  - .94 550 mg bis unter 650 mg
  - .95 650 mg bis unter 750 mg
  - .96 750 mg bis unter 850 mg
  - .97 850 mg bis unter 950 mg
  - .98 950 mg bis unter 1.150 mg
  - .99 1.150 mg bis unter 1.350 mg
  - .9a 1.350 mg bis unter 1.550 mg
  - .9b 1.550 mg bis unter 1.750 mg
  - .9c 1.750 mg bis unter 1.950 mg
  - .9d 1.950 mg bis unter 2.350 mg
  - .9e 2.350 mg bis unter 2.750 mg
  - .9g 2.750 mg bis unter 3.350 mg
  - .9h 3.350 mg bis unter 3.950 mg
  - .9j 3.950 mg bis unter 4.550 mg
  - .9k 4.550 mg und mehr
- 6-002.a **Liposomales Cytarabin, intrathekal**
  - .a0 25 mg bis unter 50 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben
  - .a1 50 mg bis unter 100 mg
  - .a2 100 mg bis unter 150 mg
  - .a3 150 mg bis unter 200 mg
  - .a4 200 mg und mehr
- 6-002.b **Etanercept, parenteral**
  - .b0 25 mg bis unter 50 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben
  - .b1 50 mg bis unter 75 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben
  - .b2 75 mg bis unter 100 mg
  - .b3 100 mg bis unter 125 mg
  - .b4 125 mg bis unter 150 mg
  - .b5 150 mg bis unter 200 mg
  - .b6 200 mg bis unter 250 mg
  - .b7 250 mg bis unter 300 mg
  - .b8 300 mg und mehr
- 6-002.c **Itraconazol, parenteral**
  - .c0 400 mg bis unter 800 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 10 Jahren anzugeben
  - .c1 800 mg bis unter 1.200 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 10 Jahren anzugeben
  - .c2 1.200 mg bis unter 1.600 mg
  - .c3 1.600 mg bis unter 2.000 mg
  - .c4 2.000 mg bis unter 2.400 mg
  - .c5 2.400 mg bis unter 2.800 mg
  - .c6 2.800 mg bis unter 3.200 mg
  - .c7 3.200 mg bis unter 3.600 mg
  - .c8 3.600 mg bis unter 4.000 mg
  - .c9 4.000 mg bis unter 4.800 mg
  - .ca 4.800 mg bis unter 5.600 mg
  - .cb 5.600 mg bis unter 6.400 mg
  - .cc 6.400 mg bis unter 7.200 mg
  - .cd 7.200 mg bis unter 8.000 mg
  - .ce 8.000 mg bis unter 8.800 mg

- .cg 8.800 mg bis unter 10.400 mg
- .ch 10.400 mg bis unter 12.000 mg
- .cj 12.000 mg bis unter 13.600 mg
- .ck 13.600 mg bis unter 16.800 mg
- .cm 16.800 mg bis unter 20.000 mg
- .cn 20.000 mg bis unter 23.200 mg
- .cp 23.200 mg und mehr

**6-002.d Busulfan, parenteral**

- .d0 25 mg bis unter 50 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben
- .d1 50 mg bis unter 75 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben
- .d2 75 mg bis unter 100 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben
- .d3 100 mg bis unter 150 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben
- .d4 150 mg bis unter 200 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben
- .d5 200 mg bis unter 250 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben
- .d6 250 mg bis unter 300 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben
- .d7 300 mg bis unter 350 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben
- .d8 350 mg bis unter 400 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben
- .d9 400 mg bis unter 450 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben
- .da 450 mg bis unter 500 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben
- .db 500 mg bis unter 600 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben
- .dc 600 mg bis unter 700 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben
- .dd 700 mg bis unter 800 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben
- .de 800 mg bis unter 900 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben
- .df 900 mg bis unter 1.000 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben
- .dg 1.000 mg und mehr  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben

**6-002.e Temozolomid, oral**

- .e0 200 mg bis unter 350 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 5 Jahren anzugeben
- .e1 350 mg bis unter 500 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 5 Jahren anzugeben
- .e2 500 mg bis unter 750 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 5 Jahren anzugeben
- .e3 750 mg bis unter 1.000 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 5 Jahren anzugeben
- .e4 1.000 mg bis unter 1.250 mg
- .e5 1.250 mg bis unter 1.500 mg
- .e6 1.500 mg bis unter 1.750 mg
- .e7 1.750 mg bis unter 2.000 mg
- .e8 2.000 mg bis unter 2.250 mg
- .e9 2.250 mg bis unter 2.500 mg
- .ea 2.500 mg bis unter 2.750 mg
- .eb 2.750 mg bis unter 3.000 mg
- .ec 3.000 mg bis unter 3.500 mg

- .ed 3.500 mg bis unter 4.000 mg
- .ee 4.000 mg bis unter 4.500 mg
- .ef 4.500 mg bis unter 5.000 mg
- .eg 5.000 mg bis unter 5.500 mg
- .eh 5.500 mg bis unter 6.000 mg
- .ej 6.000 mg bis unter 7.000 mg
- .ek 7.000 mg und mehr

6-002.f **Bosentan, oral**

- .f0 250 mg bis unter 500 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben
- .f1 500 mg bis unter 750 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben
- .f2 750 mg bis unter 1.000 mg
- .f3 1.000 mg bis unter 1.250 mg
- .f4 1.250 mg bis unter 1.500 mg
- .f5 1.500 mg bis unter 1.750 mg
- .f6 1.750 mg bis unter 2.000 mg
- .f7 2.000 mg bis unter 2.250 mg
- .f8 2.250 mg bis unter 2.500 mg
- .f9 2.500 mg bis unter 2.750 mg
- .fa 2.750 mg bis unter 3.000 mg
- .fb 3.000 mg bis unter 3.500 mg
- .fc 3.500 mg bis unter 4.000 mg
- .fd 4.000 mg bis unter 4.500 mg
- .fe 4.500 mg bis unter 5.000 mg
- .ff 5.000 mg bis unter 5.500 mg
- .fg 5.500 mg bis unter 6.000 mg
- .fh 6.000 mg bis unter 7.000 mg
- .fj 7.000 mg bis unter 8.000 mg
- .fk 8.000 mg bis unter 9.000 mg
- .fm 9.000 mg bis unter 10.000 mg
- .fn 10.000 mg bis unter 11.000 mg
- .fp 11.000 mg und mehr

6-002.g **Jod-131-Metajodobenzylguanidin (MIBG), parenteral**

- .g0 3 GBq bis unter 4 GBq
- .g1 4 GBq bis unter 5 GBq
- .g2 5 GBq bis unter 6 GBq
- .g3 6 GBq bis unter 7 GBq
- .g4 7 GBq bis unter 8 GBq
- .g5 8 GBq bis unter 9 GBq
- .g6 9 GBq bis unter 10 GBq
- .g7 10 GBq bis unter 11 GBq
- .g8 11 GBq und mehr

6-002.h **Docetaxel, parenteral**

- .hc 720 mg bis unter 840 mg
- .hd 840 mg bis unter 960 mg
- .he 960 mg bis unter 1.080 mg
- .hf 1.080 mg und mehr

6-002.j **Tirofiban, parenteral**

- .j0 1,50 mg bis unter 3,00 mg
- .j1 3,00 mg bis unter 6,25 mg
- .j2 6,25 mg bis unter 12,50 mg
- .j3 12,50 mg bis unter 18,75 mg
- .j4 18,75 mg bis unter 25,00 mg
- .j5 25,00 mg bis unter 31,25 mg
- .j6 31,25 mg bis unter 37,50 mg
- .j7 37,50 mg bis unter 50,00 mg
- .j8 50,00 mg bis unter 62,50 mg

- .j9 62,50 mg bis unter 75,00 mg  
.ja 75,00 mg und mehr
- 6-002.k Eptifibatid, parenteral**  
.k0 30 mg bis unter 75 mg  
.k1 75 mg bis unter 150 mg  
.k2 150 mg bis unter 225 mg  
.k3 225 mg bis unter 300 mg  
.k4 300 mg bis unter 375 mg  
.k5 375 mg bis unter 450 mg  
.k6 450 mg bis unter 525 mg  
.k7 525 mg bis unter 600 mg  
.k8 600 mg bis unter 675 mg  
.k9 675 mg bis unter 750 mg  
.ka 750 mg bis unter 825 mg  
.kb 825 mg bis unter 900 mg  
.kc 900 mg bis unter 975 mg  
.kd 975 mg bis unter 1.050 mg  
.ke 1.050 mg bis unter 1.125 mg  
.kf 1.125 mg bis unter 1.200 mg  
.kg 1.200 mg und mehr
- 6-002.m Abciximab, parenteral**  
.m0 5 mg bis unter 10 mg  
.m1 10 mg bis unter 15 mg  
.m2 15 mg bis unter 20 mg  
.m3 20 mg bis unter 25 mg  
.m4 25 mg bis unter 30 mg  
.m5 30 mg bis unter 35 mg  
.m6 35 mg bis unter 40 mg  
.m7 40 mg bis unter 45 mg  
.m8 45 mg bis unter 50 mg  
.m9 50 mg und mehr
- 6-002.n Bivalirudin, parenteral**  
.n0 125 mg bis unter 250 mg  
.n1 250 mg bis unter 350 mg  
.n2 350 mg bis unter 450 mg  
.n3 450 mg bis unter 550 mg  
.n4 550 mg bis unter 650 mg  
.n5 650 mg bis unter 750 mg  
.n6 750 mg bis unter 850 mg  
.n7 850 mg und mehr
- 6-002.p Caspofungin, parenteral**  
.p0 35 mg bis unter 65 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 5 Jahren anzugeben  
.p1 65 mg bis unter 100 mg  
.p2 100 mg bis unter 150 mg  
.p3 150 mg bis unter 200 mg  
.p4 200 mg bis unter 250 mg  
.p5 250 mg bis unter 300 mg  
.p6 300 mg bis unter 350 mg  
.p7 350 mg bis unter 400 mg  
.p8 400 mg bis unter 450 mg  
.p9 450 mg bis unter 500 mg  
.pa 500 mg bis unter 600 mg  
.pb 600 mg bis unter 700 mg  
.pc 700 mg bis unter 800 mg  
.pd 800 mg bis unter 900 mg  
.pe 900 mg bis unter 1.000 mg  
.pf 1.000 mg bis unter 1.200 mg

- .pg 1.200 mg bis unter 1.400 mg
- .ph 1.400 mg bis unter 1.600 mg
- .pj 1.600 mg bis unter 2.000 mg
- .pk 2.000 mg bis unter 2.400 mg
- .pm 2.400 mg bis unter 2.800 mg
- .pn 2.800 mg bis unter 3.600 mg
- .pp 3.600 mg bis unter 4.400 mg
- .pq 4.400 mg bis unter 5.200 mg
- .pr 5.200 mg bis unter 6.000 mg
- .ps 6.000 mg bis unter 6.800 mg
- .pt 6.800 mg bis unter 7.600 mg
- .pu 7.600 mg bis unter 8.400 mg
- .pv 8.400 mg und mehr

6-002.q Liposomales Amphotericin B, parenteral

- .q0 100 mg bis unter 175 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben
- .q1 175 mg bis unter 250 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben
- .q2 250 mg bis unter 350 mg
- .q3 350 mg bis unter 450 mg
- .q4 450 mg bis unter 550 mg
- .q5 550 mg bis unter 650 mg
- .q6 650 mg bis unter 750 mg
- .q7 750 mg bis unter 850 mg
- .q8 850 mg bis unter 950 mg
- .q9 950 mg bis unter 1.150 mg
- .qa 1.150 mg bis unter 1.350 mg
- .qb 1.350 mg bis unter 1.550 mg
- .qc 1.550 mg bis unter 1.750 mg
- .qd 1.750 mg bis unter 1.950 mg
- .qe 1.950 mg bis unter 2.150 mg
- .qf 2.150 mg bis unter 3.150 mg
- .qg 3.150 mg bis unter 4.150 mg
- .qh 4.150 mg bis unter 5.150 mg
- .qj 5.150 mg bis unter 6.150 mg
- .qk 6.150 mg bis unter 8.650 mg
- .qm 8.650 mg bis unter 11.150 mg
- .qn 11.150 mg bis unter 13.650 mg
- .qp 13.650 mg bis unter 18.650 mg
- .qq 18.650 mg bis unter 23.650 mg
- .qr 23.650 mg bis unter 28.650 mg
- .qs 28.650 mg bis unter 33.650 mg
- .qt 33.650 mg bis unter 38.650 mg
- .qu 38.650 mg bis unter 43.650 mg
- .qv 43.650 mg und mehr

6-002.r Voriconazol, parenteral

- .r0 0,4 g bis unter 0,6 g  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 10 Jahren anzugeben
- .r1 0,6 g bis unter 0,8 g  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 10 Jahren anzugeben
- .r2 0,8 g bis unter 1,2 g
- .r3 1,2 g bis unter 1,6 g
- .r4 1,6 g bis unter 2,0 g
- .r5 2,0 g bis unter 2,4 g
- .r6 2,4 g bis unter 3,2 g
- .r7 3,2 g bis unter 4,0 g
- .r8 4,0 g bis unter 4,8 g
- .r9 4,8 g bis unter 5,6 g

.ra	5,6 g bis unter 6,4 g
.rb	6,4 g bis unter 7,2 g
.rc	7,2 g bis unter 8,8 g
.rd	8,8 g bis unter 10,4 g
.re	10,4 g bis unter 12,0 g
.rf	12,0 g bis unter 13,6 g
.rg	13,6 g bis unter 16,8 g
.rh	16,8 g bis unter 20,0 g
.rj	20,0 g bis unter 23,2 g
.rk	23,2 g bis unter 26,4 g
.rm	26,4 g bis unter 32,8 g
.rn	32,8 g bis unter 39,2 g
.rp	39,2 g bis unter 45,6 g
.rq	45,6 g bis unter 52,0 g
.rr	52,0 g bis unter 64,8 g
.rs	64,8 g bis unter 77,6 g
.rt	77,6 g bis unter 90,4 g
.ru	90,4 g und mehr

### 6-003 Applikation von Medikamenten, Liste 3

#### 6-003.1 Amphotericin-B-Lipidkomplex, parenteral

.10	200 mg bis unter 400 mg	<i>Hinw.:</i> Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben
.11	400 mg bis unter 600 mg	<i>Hinw.:</i> Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben
.12	600 mg bis unter 800 mg	
.13	800 mg bis unter 1.000 mg	
.14	1.000 mg bis unter 1.400 mg	
.15	1.400 mg bis unter 1.800 mg	
.16	1.800 mg bis unter 2.200 mg	
.17	2.200 mg bis unter 2.600 mg	
.18	2.600 mg bis unter 3.400 mg	
.19	3.400 mg bis unter 4.200 mg	
.1a	4.200 mg bis unter 5.000 mg	
.1b	5.000 mg bis unter 5.800 mg	
.1c	5.800 mg bis unter 7.400 mg	
.1d	7.400 mg bis unter 9.000 mg	
.1e	9.000 mg bis unter 10.600 mg	
.1f	10.600 mg bis unter 12.200 mg	
.1g	12.200 mg bis unter 15.400 mg	
.1h	15.400 mg bis unter 18.600 mg	
.1j	18.600 mg bis unter 21.800 mg	
.1k	21.800 mg bis unter 25.000 mg	
.1m	25.000 mg bis unter 31.400 mg	
.1n	31.400 mg bis unter 37.800 mg	
.1p	37.800 mg bis unter 44.200 mg	
.1q	44.200 mg bis unter 50.600 mg	
.1r	50.600 mg bis unter 57.000 mg	
.1s	57.000 mg bis unter 63.400 mg	
.1t	63.400 mg und mehr	

#### 6-003.2 Palifermin, parenteral

.20	1,25 mg bis unter 2,5 mg	<i>Hinw.:</i> Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben
.21	2,5 mg bis unter 3,75 mg	<i>Hinw.:</i> Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben
.22	3,75 mg bis unter 5,0 mg	<i>Hinw.:</i> Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben
.23	5,0 mg bis unter 10,0 mg	
.24	10,0 mg bis unter 15,0 mg	

- .25 15,0 mg bis unter 20,0 mg
- .26 20,0 mg bis unter 25,0 mg
- .27 25,0 mg bis unter 30,0 mg
- .28 30,0 mg bis unter 35,0 mg
- .29 35,0 mg bis unter 40,0 mg
- .2a 40,0 mg bis unter 50,0 mg
- .2b 50,0 mg und mehr
- 6-003.3 **Carmustin-Implantat, intrathekal**
  - .30 4 Implantate bis unter 7 Implantate
  - .31 7 Implantate bis unter 10 Implantate
  - .32 10 Implantate und mehr
- 6-003.4 **Dibotermin alfa, Implantation am Knochen**
  - .40 12 mg bis unter 24 mg
  - .41 24 mg bis unter 36 mg
  - .42 36 mg und mehr
- 6-003.5 **Eptotermin alfa, Implantation am Knochen**
  - .53 3,3 mg bis unter 6,6 mg
  - .54 6,6 mg bis unter 9,9 mg
  - .55 9,9 mg und mehr
- 6-003.6 **Radioimmuntherapie mit 90Y-Ibritumomab-Tiuxetan, parenteral**
- 6-003.7 **Enzymersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten**  
*Inkl.:* Therapie mit z.B. Imiglucerase, Laronidase, Alglucosidase alfa
- 6-003.8 **Botulinumtoxin**  
*Exkl.:* Kosmetische Behandlung  
*Hinw.:* Ein durchgeführtes EMG ist gesondert zu kodieren (1-205)
- 6-003.9 **Surfactantgabe bei Neugeborenen**  
*Inkl.:* Surfactantgabe bei schweren neonatologischen Atemstörungen
- 6-003.a **Sunitinib, oral**
  - .a0 150 mg bis unter 200 mg
  - .a1 200 mg bis unter 250 mg
  - .a2 250 mg bis unter 300 mg
  - .a3 300 mg bis unter 350 mg
  - .a4 350 mg bis unter 400 mg
  - .a5 400 mg bis unter 450 mg
  - .a6 450 mg bis unter 500 mg
  - .a7 500 mg bis unter 600 mg
  - .a8 600 mg bis unter 700 mg
  - .a9 700 mg bis unter 800 mg
  - .aa 800 mg bis unter 900 mg
  - .ab 900 mg bis unter 1.100 mg
  - .ac 1.100 mg bis unter 1.300 mg
  - .ad 1.300 mg bis unter 1.500 mg
  - .ae 1.500 mg und mehr
- 6-003.b **Sorafenib, oral**
  - .b0 2.400 mg bis unter 3.200 mg
  - .b1 3.200 mg bis unter 4.000 mg
  - .b2 4.000 mg bis unter 4.800 mg
  - .b3 4.800 mg bis unter 5.600 mg
  - .b4 5.600 mg bis unter 6.400 mg
  - .b5 6.400 mg bis unter 7.200 mg
  - .b6 7.200 mg bis unter 8.000 mg
  - .b7 8.000 mg bis unter 9.600 mg
  - .b8 9.600 mg bis unter 11.200 mg
  - .b9 11.200 mg bis unter 12.800 mg
  - .ba 12.800 mg bis unter 14.400 mg
  - .bb 14.400 mg bis unter 16.000 mg

- .bc 16.000 mg bis unter 19.200 mg
  - .bd 19.200 mg bis unter 22.400 mg
  - .be 22.400 mg bis unter 25.600 mg
  - .bf 25.600 mg bis unter 28.800 mg
  - .bg 28.800 mg bis unter 32.000 mg
  - .bh 32.000 mg und mehr
- 6-003.c Ranibizumab, intravitreal
- 6-003.d Pegaptanib, intravitreal
- 6-003.e Nelarabin, parenteral
- .e0 150 mg bis unter 600 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben
  - .e1 600 mg bis unter 1.050 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben
  - .e2 1.050 mg bis unter 1.500 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben
  - .e3 1.500 mg bis unter 2.000 mg
  - .e4 2.000 mg bis unter 2.500 mg
  - .e5 2.500 mg bis unter 3.000 mg
  - .e6 3.000 mg bis unter 3.500 mg
  - .e7 3.500 mg bis unter 4.000 mg
  - .e8 4.000 mg bis unter 4.500 mg
  - .e9 4.500 mg bis unter 5.000 mg
  - .ea 5.000 mg bis unter 6.000 mg
  - .eb 6.000 mg bis unter 7.000 mg
  - .ec 7.000 mg bis unter 8.000 mg
  - .ed 8.000 mg bis unter 9.000 mg
  - .ee 9.000 mg bis unter 10.000 mg
  - .ef 10.000 mg bis unter 12.000 mg
  - .eg 12.000 mg bis unter 14.000 mg
  - .eh 14.000 mg bis unter 16.000 mg
  - .ej 16.000 mg bis unter 20.000 mg
  - .ek 20.000 mg bis unter 24.000 mg
  - .em 24.000 mg bis unter 28.000 mg
  - .en 28.000 mg bis unter 32.000 mg
  - .ep 32.000 mg bis unter 36.000 mg
  - .eq 36.000 mg und mehr
- 6-003.f Natalizumab, parenteral
- .f0 300 mg bis unter 600 mg
  - .f1 600 mg bis unter 900 mg
  - .f2 900 mg und mehr
- 6-003.g Lenalidomid, oral
- .g0 25 mg bis unter 50 mg
  - .g1 50 mg bis unter 75 mg
  - .g2 75 mg bis unter 100 mg
  - .g3 100 mg bis unter 125 mg
  - .g4 125 mg bis unter 150 mg
  - .g5 150 mg bis unter 175 mg
  - .g6 175 mg bis unter 200 mg
  - .g7 200 mg bis unter 225 mg
  - .g8 225 mg bis unter 250 mg
  - .g9 250 mg bis unter 275 mg
  - .ga 275 mg bis unter 300 mg
  - .gb 300 mg bis unter 325 mg
  - .gc 325 mg bis unter 350 mg
  - .gd 350 mg bis unter 400 mg
  - .ge 400 mg bis unter 450 mg
  - .gf 450 mg bis unter 500 mg

- .gg 500 mg bis unter 600 mg
- .gh 600 mg bis unter 700 mg
- .gj 700 mg bis unter 800 mg
- .gk 800 mg und mehr

6-003.h Eculizumab, parenteral

- .h0 300 mg bis unter 600 mg
- .h1 600 mg bis unter 900 mg
- .h2 900 mg bis unter 1.200 mg
- .h3 1.200 mg bis unter 1.500 mg
- .h4 1.500 mg bis unter 1.800 mg
- .h5 1.800 mg bis unter 2.100 mg
- .h6 2.100 mg bis unter 2.400 mg
- .h7 2.400 mg bis unter 2.700 mg
- .h8 2.700 mg bis unter 3.000 mg
- .h9 3.000 mg bis unter 3.300 mg
- .ha 3.300 mg bis unter 3.600 mg
- .hb 3.600 mg bis unter 3.900 mg
- .hc 3.900 mg bis unter 4.200 mg
- .hd 4.200 mg bis unter 4.500 mg
- .he 4.500 mg bis unter 4.800 mg
- .hf 4.800 mg bis unter 5.100 mg
- .hg 5.100 mg bis unter 5.400 mg
- .hh 5.400 mg bis unter 5.700 mg
- .hj 5.700 mg bis unter 6.000 mg
- .hk 6.000 mg und mehr

6-003.j Clofarabin, parenteral

- .j0 10 mg bis unter 20 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 5 Jahren anzugeben
- .j1 20 mg bis unter 30 mg
- .j2 30 mg bis unter 40 mg
- .j3 40 mg bis unter 50 mg
- .j4 50 mg bis unter 60 mg
- .j5 60 mg bis unter 70 mg
- .j6 70 mg bis unter 80 mg
- .j7 80 mg bis unter 100 mg
- .j8 100 mg bis unter 120 mg
- .j9 120 mg bis unter 140 mg
- .ja 140 mg bis unter 160 mg
- .jb 160 mg bis unter 180 mg
- .jc 180 mg bis unter 200 mg
- .jd 200 mg bis unter 220 mg
- .je 220 mg bis unter 240 mg
- .jf 240 mg bis unter 260 mg
- .jg 260 mg bis unter 280 mg
- .jh 280 mg bis unter 320 mg
- .jj 320 mg bis unter 360 mg
- .jk 360 mg bis unter 440 mg
- .jm 440 mg bis unter 520 mg
- .jn 520 mg bis unter 600 mg
- .jp 600 mg bis unter 760 mg
- .jq 760 mg bis unter 920 mg
- .jr 920 mg bis unter 1.080 mg
- .js 1.080 mg bis unter 1.320 mg
- .jt 1.320 mg bis unter 1.560 mg
- .ju 1.560 mg bis unter 1.800 mg
- .jv 1.800 mg und mehr

- 6-003.k Anidulafungin, parenteral
- .k0 75 mg bis unter 125 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben
  - .k1 125 mg bis unter 200 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben
  - .k2 200 mg bis unter 300 mg
  - .k3 300 mg bis unter 400 mg
  - .k4 400 mg bis unter 500 mg
  - .k5 500 mg bis unter 600 mg
  - .k6 600 mg bis unter 700 mg
  - .k7 700 mg bis unter 800 mg
  - .k8 800 mg bis unter 900 mg
  - .k9 900 mg bis unter 1.000 mg
  - .ka 1.000 mg bis unter 1.200 mg
  - .kb 1.200 mg bis unter 1.400 mg
  - .kc 1.400 mg bis unter 1.600 mg
  - .kd 1.600 mg bis unter 1.800 mg
  - .ke 1.800 mg bis unter 2.000 mg
  - .kf 2.000 mg bis unter 2.400 mg
  - .kg 2.400 mg bis unter 2.800 mg
  - .kh 2.800 mg bis unter 3.200 mg
  - .kj 3.200 mg bis unter 4.000 mg
  - .kk 4.000 mg bis unter 4.800 mg
  - .km 4.800 mg bis unter 5.600 mg
  - .kn 5.600 mg bis unter 6.400 mg
  - .kp 6.400 mg bis unter 8.000 mg
  - .kq 8.000 mg bis unter 9.600 mg
  - .kr 9.600 mg bis unter 11.200 mg
  - .ks 11.200 mg bis unter 12.800 mg
  - .kt 12.800 mg und mehr
- 6-003.n Nicht pegylierte Asparaginase, parenteral
- Exkl.:* Parenterale Gabe von pegylierter Asparaginase (6-003.p)  
Parenterale Gabe von L-Asparaginase aus *Erwinia chrysanthemi* (6-003.r)
- 6-003.p Pegylierte Asparaginase, parenteral
- Exkl.:* Parenterale Gabe von nicht pegylierter Asparaginase (6-003.n)  
Parenterale Gabe von L-Asparaginase aus *Erwinia chrysanthemi* (6-003.r)
- 6-003.q Dexrazoxan, parenteral
- 6-003.r L-Asparaginase aus *Erwinia chrysanthemi* [Erwinase], parenteral
- Exkl.:* Parenterale Gabe von pegylierter Asparaginase (6-003.p)  
Parenterale Gabe von nicht pegylierter Asparaginase (6-003.n)
- 6-003.s Abatacept, intravenös
- .s0 125 mg bis unter 250 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben
  - .s1 250 mg bis unter 500 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben
  - .s2 500 mg bis unter 750 mg
  - .s3 750 mg bis unter 1.000 mg
  - .s4 1.000 mg bis unter 1.250 mg
  - .s5 1.250 mg bis unter 1.500 mg
  - .s6 1.500 mg bis unter 1.750 mg
  - .s7 1.750 mg bis unter 2.000 mg
  - .s8 2.000 mg bis unter 2.250 mg
  - .s9 2.250 mg bis unter 2.500 mg
  - .sa 2.500 mg bis unter 2.750 mg
  - .sb 2.750 mg bis unter 3.000 mg
  - .sc 3.000 mg und mehr
- 6-003.t Abatacept, subkutan
- .t0 250 mg bis unter 375 mg

- .t1 375 mg bis unter 500 mg
- .t2 500 mg bis unter 625 mg
- .t3 625 mg bis unter 750 mg
- .t4 750 mg bis unter 875 mg
- .t5 875 mg bis unter 1.000 mg
- .t6 1.000 mg bis unter 1.125 mg
- .t7 1.125 mg bis unter 1.250 mg
- .t8 1.250 mg bis unter 1.375 mg
- .t9 1.375 mg bis unter 1.500 mg
- .ta 1.500 mg und mehr

## 6-004 Applikation von Medikamenten, Liste 4

### 6-004.0 Palivizumab, parenteral

- .00 15 mg bis unter 30 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 3 Jahren anzugeben
- .01 30 mg bis unter 45 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 3 Jahren anzugeben
- .02 45 mg bis unter 60 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 3 Jahren anzugeben
- .03 60 mg bis unter 75 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 3 Jahren anzugeben
- .04 75 mg bis unter 90 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 3 Jahren anzugeben
- .05 90 mg bis unter 120 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 3 Jahren anzugeben
- .06 120 mg bis unter 150 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 3 Jahren anzugeben
- .07 150 mg bis unter 180 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 3 Jahren anzugeben
- .08 180 mg bis unter 240 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 3 Jahren anzugeben
- .09 240 mg bis unter 300 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 3 Jahren anzugeben
- .0a 300 mg bis unter 360 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 3 Jahren anzugeben
- .0b 360 mg bis unter 420 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 3 Jahren anzugeben
- .0c 420 mg bis unter 480 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 3 Jahren anzugeben
- .0d 480 mg bis unter 540 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 3 Jahren anzugeben
- .0e 540 mg bis unter 600 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 3 Jahren anzugeben
- .0f 600 mg und mehr  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 3 Jahren anzugeben

### 6-004.1 Hämin, parenteral

- .10 100 mg bis unter 200 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben
- .11 200 mg bis unter 400 mg
- .12 400 mg bis unter 600 mg
- .13 600 mg bis unter 800 mg
- .14 800 mg bis unter 1.000 mg
- .15 1.000 mg bis unter 1.400 mg
- .16 1.400 mg bis unter 1.800 mg
- .17 1.800 mg bis unter 2.200 mg
- .18 2.200 mg bis unter 2.600 mg
- .19 2.600 mg und mehr

### 6-004.2 Ambrisentan, oral

- .20 10,0 mg bis unter 17,5 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben

- .21 17,5 mg bis unter 25,0 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben
- .22 25,0 mg bis unter 35,0 mg
- .23 35,0 mg bis unter 45,0 mg
- .24 45,0 mg bis unter 55,0 mg
- .25 55,0 mg bis unter 65,0 mg
- .26 65,0 mg bis unter 75,0 mg
- .27 75,0 mg bis unter 100,0 mg
- .28 100,0 mg bis unter 125,0 mg
- .29 125,0 mg bis unter 150,0 mg
- .2a 150,0 mg bis unter 200,0 mg
- .2b 200,0 mg bis unter 250,0 mg
- .2c 250,0 mg bis unter 300,0 mg
- .2d 300,0 mg bis unter 350,0 mg
- .2e 350,0 mg bis unter 400,0 mg
- .2f 400,0 mg bis unter 450,0 mg
- .2g 450,0 mg und mehr

#### 6-004.3 Dasatinib, oral

- .30 200 mg bis unter 300 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben
- .31 300 mg bis unter 500 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben
- .32 500 mg bis unter 700 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben
- .33 700 mg bis unter 1.000 mg
- .34 1.000 mg bis unter 1.300 mg
- .35 1.300 mg bis unter 1.600 mg
- .36 1.600 mg bis unter 1.900 mg
- .37 1.900 mg bis unter 2.200 mg
- .38 2.200 mg bis unter 2.800 mg
- .39 2.800 mg bis unter 3.400 mg
- .3a 3.400 mg bis unter 4.000 mg
- .3b 4.000 mg bis unter 4.600 mg
- .3c 4.600 mg bis unter 5.200 mg
- .3d 5.200 mg bis unter 5.800 mg
- .3e 5.800 mg bis unter 6.400 mg
- .3f 6.400 mg bis unter 7.600 mg
- .3g 7.600 mg bis unter 8.800 mg
- .3h 8.800 mg und mehr

#### 6-004.4 Decitabine, parenteral

- .40 30 mg bis unter 60 mg
- .41 60 mg bis unter 90 mg
- .42 90 mg bis unter 120 mg
- .43 120 mg bis unter 150 mg
- .44 150 mg bis unter 180 mg
- .45 180 mg bis unter 210 mg
- .46 210 mg bis unter 240 mg
- .47 240 mg bis unter 270 mg
- .48 270 mg bis unter 300 mg
- .49 300 mg bis unter 330 mg
- .4a 330 mg bis unter 360 mg
- .4b 360 mg bis unter 390 mg
- .4c 390 mg bis unter 420 mg
- .4d 420 mg bis unter 450 mg
- .4e 450 mg bis unter 480 mg
- .4f 480 mg bis unter 510 mg
- .4g 510 mg und mehr

6-004.5 Micafungin, parenteral

- .50 75 mg bis unter 150 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben
- .51 150 mg bis unter 250 mg
- .52 250 mg bis unter 350 mg
- .53 350 mg bis unter 450 mg
- .54 450 mg bis unter 550 mg
- .55 550 mg bis unter 650 mg
- .56 650 mg bis unter 750 mg
- .57 750 mg bis unter 850 mg
- .58 850 mg bis unter 950 mg
- .59 950 mg bis unter 1.150 mg
- .5a 1.150 mg bis unter 1.350 mg
- .5b 1.350 mg bis unter 1.550 mg
- .5c 1.550 mg bis unter 1.950 mg
- .5d 1.950 mg bis unter 2.350 mg
- .5e 2.350 mg bis unter 2.750 mg
- .5f 2.750 mg bis unter 3.150 mg
- .5g 3.150 mg bis unter 3.950 mg
- .5h 3.950 mg bis unter 4.750 mg
- .5j 4.750 mg bis unter 5.550 mg
- .5k 5.550 mg bis unter 6.350 mg
- .5m 6.350 mg bis unter 7.950 mg
- .5n 7.950 mg bis unter 9.550 mg
- .5p 9.550 mg bis unter 11.150 mg
- .5q 11.150 mg bis unter 12.750 mg
- .5r 12.750 mg bis unter 14.350 mg
- .5s 14.350 mg bis unter 15.950 mg
- .5t 15.950 mg bis unter 17.550 mg
- .5u 17.550 mg und mehr

6-004.6 Nilotinib, oral

6-004.7 Panitumumab, parenteral

- .70 180 mg bis unter 300 mg
- .71 300 mg bis unter 420 mg
- .72 420 mg bis unter 540 mg
- .73 540 mg bis unter 660 mg
- .74 660 mg bis unter 780 mg
- .75 780 mg bis unter 900 mg
- .76 900 mg bis unter 1.020 mg
- .77 1.020 mg bis unter 1.260 mg
- .78 1.260 mg bis unter 1.500 mg
- .79 1.500 mg bis unter 1.740 mg
- .7a 1.740 mg bis unter 1.980 mg
- .7b 1.980 mg bis unter 2.220 mg
- .7c 2.220 mg bis unter 2.460 mg
- .7d 2.460 mg und mehr

6-004.a Trabectedin, parenteral

- .a0 0,25 mg bis unter 0,50 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben
- .a1 0,50 mg bis unter 0,75 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben
- .a2 0,75 mg bis unter 1,00 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben
- .a3 1,00 mg bis unter 1,25 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben
- .a4 1,25 mg bis unter 1,50 mg
- .a5 1,50 mg bis unter 1,75 mg
- .a6 1,75 mg bis unter 2,00 mg

- .a7 2,00 mg bis unter 2,25 mg
- .a8 2,25 mg bis unter 2,50 mg
- .a9 2,50 mg bis unter 2,75 mg
- .aa 2,75 mg bis unter 3,00 mg
- .ab 3,00 mg bis unter 3,25 mg
- .ac 3,25 mg bis unter 3,50 mg
- .ad 3,50 mg bis unter 4,00 mg
- .ae 4,00 mg bis unter 4,50 mg
- .af 4,50 mg bis unter 5,00 mg
- .ag 5,00 mg bis unter 5,50 mg
- .ah 5,50 mg bis unter 6,00 mg
- .aj 6,00 mg und mehr

6-004.b Treprostinil, parenteral

6-004.c Rasburicase, parenteral

6-004.d Levosimendan, parenteral

6-004.e Temeirolimus, parenteral

- .e0 10,0 mg bis unter 17,5 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben
- .e1 17,5 mg bis unter 25,0 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben
- .e2 25,0 mg bis unter 50,0 mg
- .e3 50,0 mg bis unter 75,0 mg
- .e4 75,0 mg bis unter 100,0 mg
- .e5 100,0 mg bis unter 150,0 mg
- .e6 150,0 mg bis unter 200,0 mg
- .e7 200,0 mg bis unter 250,0 mg
- .e8 250,0 mg bis unter 325,0 mg
- .e9 325,0 mg bis unter 400,0 mg
- .ea 400,0 mg bis unter 475,0 mg
- .eb 475,0 mg bis unter 550,0 mg
- .ec 550,0 mg und mehr

## 6-005 Applikation von Medikamenten, Liste 5

6-005.0 Azacytidin, parenteral

- .00 150 mg bis unter 225 mg
- .01 225 mg bis unter 300 mg
- .02 300 mg bis unter 375 mg
- .03 375 mg bis unter 450 mg
- .04 450 mg bis unter 600 mg
- .05 600 mg bis unter 750 mg
- .06 750 mg bis unter 900 mg
- .07 900 mg bis unter 1.200 mg
- .08 1.200 mg bis unter 1.500 mg
- .09 1.500 mg bis unter 1.800 mg
- .0a 1.800 mg bis unter 2.100 mg
- .0b 2.100 mg bis unter 2.400 mg
- .0c 2.400 mg bis unter 2.700 mg
- .0d 2.700 mg bis unter 3.000 mg
- .0e 3.000 mg und mehr

6-005.1 Catumaxomab, parenteral

- .10 10 µg bis unter 20 µg
- .11 20 µg bis unter 30 µg
- .12 30 µg bis unter 40 µg
- .13 40 µg bis unter 50 µg
- .14 50 µg bis unter 70 µg
- .15 70 µg bis unter 90 µg
- .16 90 µg bis unter 110 µg
- .17 110 µg bis unter 130 µg

- .18 130 µg bis unter 150 µg
- .19 150 µg bis unter 170 µg
- .1a 170 µg bis unter 190 µg
- .1b 190 µg bis unter 210 µg
- .1c 210 µg bis unter 230 µg
- .1d 230 µg bis unter 345 µg
- .1e 345 µg bis unter 460 µg
- .1f 460 µg bis unter 575 µg
- .1g 575 µg bis unter 690 µg
- .1h 690 µg und mehr

6-005.2 Golimumab, parenteral

6-005.3 Tocilizumab, parenteral

- .30 80 mg bis unter 200 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben
- .31 200 mg bis unter 320 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben
- .32 320 mg bis unter 480 mg
- .33 480 mg bis unter 640 mg
- .34 640 mg bis unter 800 mg
- .35 800 mg bis unter 960 mg
- .36 960 mg bis unter 1.120 mg
- .37 1.120 mg bis unter 1.280 mg
- .38 1.280 mg bis unter 1.440 mg
- .39 1.440 mg bis unter 1.600 mg
- .3a 1.600 mg bis unter 1.760 mg
- .3b 1.760 mg bis unter 1.920 mg
- .3c 1.920 mg bis unter 2.080 mg
- .3d 2.080 mg und mehr

6-005.4 Icatibant, parenteral

6-005.5 Arsentrioxid, parenteral

6-005.6 Denileukin Diftitox, parenteral

6-005.7 Certolizumab, parenteral

6-005.8 Everolimus, oral

6-005.9 Romiplostim, parenteral

- .90 100 µg bis unter 200 µg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben
- .91 200 µg bis unter 300 µg
- .92 300 µg bis unter 400 µg
- .93 400 µg bis unter 500 µg
- .94 500 µg bis unter 600 µg
- .95 600 µg bis unter 700 µg
- .96 700 µg bis unter 800 µg
- .97 800 µg bis unter 900 µg
- .98 900 µg bis unter 1.000 µg
- .99 1.000 µg bis unter 1.200 µg
- .9a 1.200 µg bis unter 1.400 µg
- .9b 1.400 µg bis unter 1.600 µg
- .9c 1.600 µg bis unter 1.800 µg
- .9d 1.800 µg bis unter 2.000 µg
- .9e 2.000 µg bis unter 2.400 µg
- .9f 2.400 µg bis unter 2.800 µg
- .9g 2.800 µg bis unter 3.200 µg
- .9h 3.200 µg bis unter 3.600 µg
- .9j 3.600 µg bis unter 4.000 µg
- .9k 4.000 µg bis unter 4.400 µg
- .9m 4.400 µg bis unter 4.800 µg
- .9n 4.800 µg bis unter 5.200 µg

- .9p 5.200 µg bis unter 5.600 µg  
.9q 5.600 µg und mehr
- 6-005.a Pazopanib, oral
- 6-005.b Vinflunin, parenteral
- .b0 100 mg bis unter 200 mg  
.b1 200 mg bis unter 300 mg  
.b2 300 mg bis unter 400 mg  
.b3 400 mg bis unter 500 mg  
.b4 500 mg bis unter 600 mg  
.b5 600 mg bis unter 700 mg  
.b6 700 mg bis unter 800 mg  
.b7 800 mg bis unter 900 mg  
.b8 900 mg bis unter 1.000 mg  
.b9 1.000 mg bis unter 1.200 mg  
.ba 1.200 mg bis unter 1.400 mg  
.bb 1.400 mg bis unter 1.600 mg  
.bc 1.600 mg bis unter 1.800 mg  
.bd 1.800 mg bis unter 2.000 mg  
.be 2.000 mg bis unter 2.200 mg  
.bf 2.200 mg bis unter 2.400 mg  
.bg 2.400 mg bis unter 2.600 mg  
.bh 2.600 mg bis unter 2.800 mg  
.bj 2.800 mg und mehr
- 6-005.c Temozolomid, parenteral
- 6-005.d Nab-Paclitaxel, parenteral
- 6-005.e Plerixafor, parenteral
- .e0 2,5 mg bis unter 5,0 mg  
.e1 5,0 mg bis unter 10,0 mg  
.e2 10,0 mg bis unter 15,0 mg  
.e3 15,0 mg bis unter 20,0 mg  
.e4 20,0 mg bis unter 25,0 mg  
.e5 25,0 mg bis unter 30,0 mg  
.e6 30,0 mg bis unter 35,0 mg  
.e7 35,0 mg bis unter 40,0 mg  
.e8 40,0 mg bis unter 45,0 mg  
.e9 45,0 mg bis unter 50,0 mg  
.ea 50,0 mg bis unter 60,0 mg  
.eb 60,0 mg bis unter 70,0 mg  
.ec 70,0 mg bis unter 80,0 mg  
.ed 80,0 mg bis unter 100,0 mg  
.ee 100,0 mg bis unter 120,0 mg  
.ef 120,0 mg bis unter 140,0 mg  
.eg 140,0 mg bis unter 160,0 mg  
.eh 160,0 mg bis unter 180,0 mg  
.ej 180,0 mg bis unter 200,0 mg  
.ek 200,0 mg bis unter 220,0 mg  
.em 220,0 mg bis unter 240,0 mg  
.en 240,0 mg und mehr
- 6-005.f Ixabepilon, parenteral
- 6-005.g Mifamurtid, parenteral
- .g0 1,0 mg bis unter 1,5 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben  
.g1 1,5 mg bis unter 2,0 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben  
.g2 2,0 mg bis unter 2,5 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben

- .g3 2,5 mg bis unter 3,0 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben
- .g4 3,0 mg bis unter 4,0 mg
- .g5 4,0 mg bis unter 5,0 mg
- .g6 5,0 mg bis unter 6,0 mg
- .g7 6,0 mg bis unter 8,0 mg
- .g8 8,0 mg bis unter 12,0 mg
- .g9 12,0 mg bis unter 16,0 mg
- .ga 16,0 mg bis unter 20,0 mg
- .gb 20,0 mg bis unter 24,0 mg
- .gc 24,0 mg bis unter 28,0 mg
- .gd 28,0 mg bis unter 32,0 mg
- .ge 32,0 mg bis unter 36,0 mg
- .gf 36,0 mg bis unter 40,0 mg
- .gg 40,0 mg bis unter 44,0 mg
- .gh 44,0 mg bis unter 48,0 mg
- .gj 48,0 mg und mehr
- 6-005.h Vorinostat, oral
- 6-005.j Ustekinumab, parenteral
- 6-005.k Defibrotide, parenteral
- 6-006 Applikation von Medikamenten, Liste 6**
- 6-006.0 Eltrombopag, oral
- 6-006.1 Cabazitaxel, parenteral
- 6-006.2 Abirateronacetat, oral
- 6-006.3 Ipilimumab, parenteral
- 6-006.4 Ofatumumab, parenteral
  - .40 300 mg bis unter 600 mg
  - .41 600 mg bis unter 900 mg
  - .42 900 mg bis unter 1.200 mg
  - .43 1.200 mg bis unter 1.500 mg
  - .44 1.500 mg bis unter 2.000 mg
  - .45 2.000 mg bis unter 4.000 mg
  - .46 4.000 mg bis unter 6.000 mg
  - .47 6.000 mg bis unter 8.000 mg
  - .48 8.000 mg bis unter 10.000 mg
  - .49 10.000 mg bis unter 12.000 mg
  - .4a 12.000 mg bis unter 14.000 mg
  - .4b 14.000 mg bis unter 16.000 mg
  - .4c 16.000 mg bis unter 18.000 mg
  - .4d 18.000 mg bis unter 20.000 mg
  - .4e 20.000 mg bis unter 22.000 mg
  - .4f 22.000 mg bis unter 24.000 mg
  - .4g 24.000 mg und mehr
- 6-006.5 Eribulin, parenteral
- 6-006.6 Belimumab, parenteral
- 6-006.7 Canakinumab, parenteral
- 6-006.8 Miglustat, oral
- 6-006.9 Tafamidis, oral
- 6-006.a Paliperidon, intramuskulär
  - .a0 75 mg bis unter 125 mg
  - .a1 125 mg bis unter 175 mg
  - .a2 175 mg bis unter 250 mg
  - .a3 250 mg bis unter 325 mg
  - .a4 325 mg bis unter 400 mg

- .a5 400 mg bis unter 475 mg
- .a6 475 mg bis unter 550 mg
- .a7 550 mg bis unter 625 mg
- .a8 625 mg bis unter 700 mg
- .a9 700 mg bis unter 775 mg
- .aa 775 mg bis unter 850 mg
- .ab 850 mg bis unter 925 mg
- .ac 925 mg bis unter 1.000 mg
- .ad 1.000 mg bis unter 1.075 mg
- .ae 1.075 mg bis unter 1.150 mg
- .af 1.150 mg bis unter 1.225 mg
- .ag 1.225 mg und mehr
- 6-006.b Brentuximabvedotin, parenteral
- 6-006.c Crizotinib, oral
- 6-006.d Ivacaftor, oral
- 6-006.e Pixantron, parenteral
- 6-006.f Vemurafenib, oral
- 6-006.g Axitinib, oral
- 6-007 Applikation von Medikamenten, Liste 7**
- 6-007.0 Posaconazol, oral, Suspension
  - .00 1.000 mg bis unter 2.000 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 10 Jahren anzugeben
  - .01 2.000 mg bis unter 3.000 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 10 Jahren anzugeben
  - .02 3.000 mg bis unter 4.200 mg
  - .03 4.200 mg bis unter 5.400 mg
  - .04 5.400 mg bis unter 6.600 mg
  - .05 6.600 mg bis unter 7.800 mg
  - .06 7.800 mg bis unter 9.000 mg
  - .07 9.000 mg bis unter 11.400 mg
  - .08 11.400 mg bis unter 13.800 mg
  - .09 13.800 mg bis unter 16.200 mg
  - .0a 16.200 mg bis unter 18.600 mg
  - .0b 18.600 mg bis unter 21.000 mg
  - .0c 21.000 mg bis unter 25.800 mg
  - .0d 25.800 mg bis unter 30.600 mg
  - .0e 30.600 mg bis unter 35.400 mg
  - .0f 35.400 mg bis unter 40.200 mg
  - .0g 40.200 mg bis unter 45.000 mg
  - .0h 45.000 mg bis unter 54.600 mg
  - .0j 54.600 mg bis unter 64.200 mg
  - .0k 64.200 mg bis unter 73.800 mg
  - .0m 73.800 mg bis unter 83.400 mg
  - .0n 83.400 mg bis unter 93.000 mg
  - .0p 93.000 mg und mehr
- 6-007.1 Posaconazol, oral, Tabletten
  - .10 1.500 mg bis unter 2.100 mg
  - .11 2.100 mg bis unter 2.700 mg
  - .12 2.700 mg bis unter 3.300 mg
  - .13 3.300 mg bis unter 3.900 mg
  - .14 3.900 mg bis unter 4.500 mg
  - .15 4.500 mg bis unter 5.700 mg
  - .16 5.700 mg bis unter 6.900 mg
  - .17 6.900 mg bis unter 8.100 mg
  - .18 8.100 mg bis unter 9.300 mg
  - .19 9.300 mg bis unter 10.500 mg

- .1a 10.500 mg bis unter 12.900 mg
- .1b 12.900 mg bis unter 15.300 mg
- .1c 15.300 mg bis unter 17.700 mg
- .1d 17.700 mg bis unter 20.100 mg
- .1e 20.100 mg bis unter 22.500 mg
- .1f 22.500 mg bis unter 27.300 mg
- .1g 27.300 mg bis unter 32.100 mg
- .1h 32.100 mg und mehr
- 6-007.2 Afibercept, intravitreal
- 6-007.3 Afibercept, intravenös
- 6-007.4 Bosutinib, oral
- 6-007.5 Dabrafenib, oral
- 6-007.6 Enzalutamid, oral
- 6-007.7 Lipegfilgrastim, parenteral
- 6-007.8 Ocriplasmin, intravitreal
- 6-007.9 Pertuzumab, parenteral
- 6-007.a Pomalidomid, oral
- 6-007.b Ponatinib, oral
- 6-007.c Regorafenib, oral
- 6-007.d Trastuzumab-Emtansin, parenteral

## 8 NICHTOPERATIVE THERAPEUTISCHE MASSNAHMEN

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

- 8-01 Applikation von Medikamenten und Nahrung**  
*Exkl.:* Applikation von Medikamenten zur Schmerztherapie (8-91)  
 Applikation von Medikamenten Liste 1-3 (Kap. 6)  
*Hinw.:* Ein Kode aus diesem Bereich ist jeweils nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben
- 8-010 Applikation von Medikamenten und Elektrolytlösungen über das Gefäßsystem bei Neugeborenen**  
*Exkl.:* Parenterale Ernährung als medizinische Hauptbehandlung (8-016)  
 Komplette parenterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung (8-018 ff.)  
 Infusion von Volumenersatzmitteln bei Neugeborenen (8-811)  
*Hinw.:* Ein Kode aus diesem Bereich wird angegeben, wenn Medikamente und Elektrolytlösungen mehr als 24 Stunden über das Gefäßsystem verabreicht werden  
 Ein Kode aus diesem Bereich ist nicht anzugeben, wenn diese Verfahren Bestandteil der Wiederbelebung bei der Geburt sind oder als Komponente in einem bereits dokumentierten Kode enthalten sind
- 8-010.1 Intraarteriell, kontinuierlich  
 8-010.3 Intravenös, kontinuierlich  
 8-010.x Sonstige  
 8-010.y N.n.bez.
- 8-011 Intrathekale und intraventrikuläre Applikation von Medikamenten durch Medikamentenpumpen**  
*Exkl.:* Intrathekale Instillation von zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren (8-541.0)
- 8-011.1 Wiederbefüllung einer implantierten Medikamentenpumpe mit konstanter Flussrate  
*Inkl.:* Zur Schmerztherapie
- 8-011.2 Wiederbefüllung und Programmierung einer implantierten, programmierbaren Medikamentenpumpe mit kontinuierlicher Abgabe bei variablem Tagesprofil  
*Inkl.:* Zur Schmerztherapie
- 8-011.3 Postoperative intrathekale und intraventrikuläre Medikamentendosis-Anpassung nach Anlage der Medikamentenpumpe  
*Inkl.:* Schmerz- oder Spastiktherapie
- .30 Bei einer externen Medikamentenpumpe  
 .31 Bei einer implantierten Medikamentenpumpe mit konstanter Flussrate  
 .32 Bei einer implantierten programmierbaren Medikamentenpumpe mit kontinuierlicher Abgabe bei variablem Tagesprofil
- 8-011.x Sonstige  
 8-011.y N.n.bez.
- 8-015 Enterale Ernährungstherapie als medizinische Hauptbehandlung**  
*Hinw.:* Die Erstellung des Behandlungsplanes ist im Kode enthalten
- 8-015.0 Über eine Sonde  
 8-015.1 Über ein Stoma  
 8-015.2 Therapeutische Hyperalimentation  
 8-015.x Sonstige  
 8-015.y N.n.bez.

**8-016 Parenterale Ernährungstherapie als medizinische Hauptbehandlung**

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

**8-017 Enterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung**

*Hinw.:* Bei intensivmedizinisch behandelten Patienten ist ein Kode aus diesem Bereich nicht anzugeben

Die Erstellung des Behandlungsplanes ist im Kode enthalten

Die enterale Ernährung erfolgt über eine Sonde bzw. ein Stoma

8-017.0 Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage

8-017.1 Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage

8-017.2 Mindestens 21 Behandlungstage

**8-018 Komplette parenterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung**

*Hinw.:* Bei intensivmedizinisch behandelten Patienten ist ein Kode aus diesem Bereich nicht anzugeben

Eine komplette parenterale Ernährung enthält die Makronährstoffe Glukose, Fette und Aminosäuren und die Mikronährstoffe fett- und wasserlösliche Vitamine und Spurenelemente

Die Erstellung des Behandlungsplanes ist im Kode enthalten

Die parenterale Ernährung erfolgt zentralvenös

8-018.0 Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage

8-018.1 Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage

8-018.2 Mindestens 21 Behandlungstage

**8-02 Therapeutische Injektion**

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

**8-020 Therapeutische Injektion**

8-020.0↔ Auge

*Inkl.:* Subkonjunktivale Injektion

*Exkl.:* Vorderkammerspülung mit Einbringen von Medikamenten (5-139.12)

Injektion von Medikamenten in den hinteren Augenabschnitt (5-156.9)

8-020.1 Harnorgane

*Exkl.:* Injektionsbehandlung der Harnblase (5-579.6 ff.)

8-020.2 Männliche Geschlechtsorgane

8-020.3 Weibliche Geschlechtsorgane

8-020.4↔ Bänder, Sehnen oder Bindegewebe

8-020.5↔ Gelenk oder Schleimbeutel

*Inkl.:* Therapeutische Aspiration und Entleerung durch Punktion

*Exkl.:* Chemische Synoviorthese (8-020.b)

Radiosynoviorthese (8-530.3)

8-020.6 Leber

8-020.7 Bandscheibe

*Hinw.:* Dieser Kode erfordert zwingend die Anwendung eines bildgebenden Verfahrens

Die Anwendung des bildgebenden Verfahrens ist im Kode enthalten

8-020.8 Systemische Thrombolyse

8-020.b↔ Chemische Synoviorthese

*Inkl.:* Kryotherapie und Entlastung nach erfolgter Injektion

*Exkl.:* Radiosynoviorthese (8-530.3)

8-020.c Thrombininjektion nach Anwendung eines Katheters in einer Arterie

*Hinw.:* Mit diesem Kode ist die Thrombininjektion bei Nachblutung oder Aneurysma spurium nach einer diagnostischen oder interventionellen Anwendung eines Katheters in einer Arterie zu kodieren

Eine durchgeführte Sonographie ist im Kode enthalten

8-020.d Intraventrikuläre oder intrazerebrale Thrombolyse über Drainagekatheter

8-020.x↔ Sonstige

8-020.y N.n.bez.

## Immuntherapie (8-03...8-03)

### **8-03** Immuntherapie

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

#### **8-030** Spezifische allergologische Immuntherapie

*Inkl.:* Hyposensibilisierung

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

8-030.0 Mit Bienengift oder Wespengift

## Entfernung von Fremdmaterial und Konkrementen (8-10...8-11)

### **8-10** Fremdkörperentfernung

#### **8-100** Fremdkörperentfernung durch Endoskopie

*Inkl.:* Entfernung eines Konkrementes

- 8-100.0↔ Durch Otoskopie
- 8-100.1 Durch Rhinoskopie
- 8-100.2 Durch Laryngoskopie
- 8-100.3 Durch Tracheoskopie
- 8-100.4 Durch Bronchoskopie mit flexiblem Instrument
- 8-100.5 Durch Bronchoskopie mit starrem Instrument
- 8-100.6 Durch Ösophagoskopie mit flexiblem Instrument
- 8-100.7 Durch Ösophagoskopie mit starrem Instrument
- 8-100.8 Durch Ösophagogastroduodenoskopie
- 8-100.9 Durch Kolo-/Rektoskopie mit flexiblem Instrument
- 8-100.a Durch Kolo-/Rektoskopie mit starrem Instrument
- 8-100.b Durch Urethrozystoskopie
- 8-100.c↔ Durch Ureterorenoskopie
- 8-100.d Durch Hysteroskopie
- 8-100.x↔ Sonstige
- 8-100.y N.n.bez.

#### **8-101** Fremdkörperentfernung ohne Inzision

*Exkl.:* Fremdkörperentfernung durch Endoskopie (8-100)  
Fremdkörperentfernung aus der Haut ohne Inzision (8-102)

- 8-101.0↔ Oberflächlich, aus der Sklera  
*Exkl.:* Entfernung eines Fremdkörpers aus der Sklera mit Magnet oder durch Inzision (5-138.00, 5-138.01)
- 8-101.1↔ Oberflächlich, aus der Kornea  
*Exkl.:* Entfernung eines Fremdkörpers aus der Kornea mit Magnet oder durch Inzision (5-120.0, 5-120.1)
- 8-101.2↔ Oberflächlich, aus der Konjunktiva  
*Exkl.:* Entfernung eines Fremdkörpers aus der Konjunktiva durch Inzision (5-110.1)
- 8-101.3↔ Aus dem äußeren Gehörgang
- 8-101.4 Aus der Nase
- 8-101.5 Aus dem Pharynx
- 8-101.6 Aus der Cervix uteri

- 8-101.7 Aus der Vagina
- 8-101.8 Aus der Vulva
- 8-101.9 Aus der Urethra
- 8-101.a Perianal
- 8-101.b Anal
- 8-101.x↔ Sonstige
- 8-101.y N.n.bez.

**8-102 Fremdkörperentfernung aus der Haut ohne Inzision**

*Exkl.:* Entfernung eines Fremdkörpers aus der Haut durch Inzision (5-892.2)

- 8-102.0 Lippe
- 8-102.1 Gesicht
- 8-102.2 Kopf und Hals
- 8-102.3 Schulter, Rumpf und Gesäß
- 8-102.4 Leisten- und Genitalregion
- 8-102.5↔ Oberarm und Ellenbogen
- 8-102.6↔ Unterarm
- 8-102.7↔ Hand
- 8-102.8↔ Oberschenkel und Knie
- 8-102.9↔ Unterschenkel
- 8-102.a↔ Fuß
- 8-102.x↔ Sonstige
- 8-102.y N.n.bez.

**8-11 Extrakorporale Stoßwellentherapie**

**8-110 Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie [ESWL] von Steinen in den Harnorganen**

- 8-110.0 Harnblase
- 8-110.1↔ Ureter
- 8-110.2↔ Niere
- 8-110.x↔ Sonstige
- 8-110.y N.n.bez.

**8-111 Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie [ESWL] von Steinen in Gallenblase und Gallengängen**

- 8-111.0 Gallenblase
- 8-111.1 Gallengänge
- 8-111.x Sonstige
- 8-111.y N.n.bez.

**8-112 Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie [ESWL] von Steinen in sonstigen Organen**

- 8-112.0 Pankreas
- 8-112.1↔ Speicheldrüsen
- 8-112.x↔ Sonstige
- 8-112.y N.n.bez.

**8-115 Extrakorporale Stoßwellentherapie am Stütz- und Bewegungsapparat**

*Inkl.:* Pseudarthrose

- 8-115.0↔ Schulterbereich
- 8-115.1↔ Ellenbogen
- 8-115.2↔ Fuß
- 8-115.3↔ Langer Röhrenknochen, obere Extremität

- 8-115.4↔ Hand  
 8-115.5↔ Langer Röhrenknochen, untere Extremität  
 8-115.x↔ Sonstige  
 8-115.y N.n.bez.
- 8-119 Andere extrakorporale Stoßwellentherapie**
- 8-119.0 Penis  
 8-119.x Sonstige  
 8-119.y N.n.bez.

## Manipulationen an Verdauungstrakt und Harntrakt (8-12...8-13)

### **8-12 Manipulationen am Verdauungstrakt**

#### **8-120 Magenspülung**

#### **8-121 Darmspülung**

*Exkl.:* Darmspülung zur Vorbereitung auf einen Eingriff

#### **8-122 Desinvagination**

8-122.0 Durch Flüssigkeiten

*Inkl.:* Hydrostatische Desinvagination

8-122.1 Durch Gas

8-122.x Sonstige

8-122.y N.n.bez.

#### **8-123 Wechsel und Entfernung eines Gastrostomiekatheters**

*Inkl.:* Wechsel und Entfernung einer PEG

*Exkl.:* Anlegen einer Gastrostomie oder PEG (5-431)

8-123.0 Wechsel

8-123.1 Entfernung

8-123.x Sonstige

8-123.y N.n.bez.

#### **8-124 Wechsel und Entfernung eines Jejunostomiekatheters**

*Inkl.:* Wechsel und Entfernung einer PEJ

*Exkl.:* Anlegen einer PEJ (5-450.3)

8-124.0 Wechsel

8-124.1 Entfernung

8-124.x Sonstige

8-124.y N.n.bez.

#### **8-125 Anlegen und Wechsel einer duodenalen oder jejunalen Ernährungssonde**

*Hinw.:* Die Überprüfung der Sondenlage durch ein bildgebendes Verfahren ist im Kode enthalten

8-125.0 Transnasal, n.n.bez.

8-125.1 Transnasal, endoskopisch

*Inkl.:* Diagnostische Ösophagogastrroduodenoskopie

8-125.2 Über eine liegende PEG-Sonde, endoskopisch

*Inkl.:* Diagnostische Ösophagogastrroduodenoskopie

#### **8-126 Transanale Irrigation**

*Inkl.:* Anleitung und Schulung des Patienten

*Exkl.:* Darmspülung (8-121)

*Hinw.:* Dieser Kode ist nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben

**8-127 Endoskopisches Einlegen und Entfernung eines Magenballons**

*Hinw.:* Eine gleichzeitig durchgeführte diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie ist im Kode enthalten

8-127.0 Einlegen

8-127.1 Entfernung

**8-128 Anwendung eines Stuhldrainagesystems**

*Inkl.:* Spülung und endoluminale Medikamentenapplikation

*Hinw.:* Dieser Kode ist nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben

**8-129 Applikation einer Spenderstuhlsuspension**

*Inkl.:* Allogene Faecoherapie, Stuhltransplantation bei schwerer Enterokolitis

8-129.0 Koloskopisch

8-129.x Sonstige

**8-13 Manipulationen am Harntrakt**

**8-132 Manipulationen an der Harnblase**

8-132.0 Instillation

*Exkl.:* Instillation von zytotoxischen Medikamenten in die Harnblase (8-541.4)

8-132.1 Spülung, einmalig

8-132.2 Spülung, intermittierend

8-132.3 Spülung, kontinuierlich

8-132.x Sonstige

8-132.y N.n.bez.

**8-133 Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters**

*Exkl.:* Anlegen eines suprapubischen Harnblasenkatheters (5-572.1)

8-133.0 Wechsel

8-133.1 Entfernung

8-133.x Sonstige

8-133.y N.n.bez.

**8-137 Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]**

*Hinw.:* Die Zystoskopie ist im Kode enthalten

8-137.0 Einlegen

.00↔ Transurethral

.01↔ Perkutan-transrenal

*Hinw.:* Eine gleichzeitig durchgeführte Nephrostomie ist gesondert zu kodieren (5-550.1)

.02↔ Über ein Stoma

.03↔ Intraoperativ

8-137.1 Wechsel

.10↔ Transurethral

.11↔ Perkutan-transrenal

.12↔ Über ein Stoma

.13↔ Intraoperativ

8-137.2↔ Entfernung

8-137.x↔ Sonstige

8-137.y N.n.bez.

**8-138 Wechsel und Entfernung eines Nephrostomiekatheters**

*Exkl.:* Anlegen eines Nephrostomas (5-550.1, 5-551.1)

Dilatation eines rekonstruktiven Nephrostomas (5-557.a)

Operative Dilatation eines Nephrostomiekanals mit Einlegen eines dicklumigen Nephrostomiekatheters (5-550.6)

8-138.0↔ Wechsel ohne operative Dilatation

8-138.1↔ Entfernung

8-138.x↔ Sonstige

8-138.y N.n.bez.

**8-139 Andere Manipulationen am Harntrakt**

8-139.0 Bougierung der Urethra

.00 Ohne Durchleuchtung

.01 Unter Durchleuchtung

8-139.x Sonstige

8-139.y N.n.bez.

## Therapeutische Katheterisierung, Aspiration, Punktion und Spülung (8-14...8-17)

### **8-14** Andere Formen von therapeutischer Katheterisierung und Kanüleneinlage

*Exkl.:* Therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Gefäße (8-83)

#### **8-144** Therapeutische Drainage der Pleurahöhle

*Inkl.:* Zugang durch Mini-Thorakotomie

*Exkl.:* Therapeutische perkutane Punktion der Pleurahöhle (8-152.1)

Drainage der Brustwand oder Pleurahöhle, offen chirurgisch (5-340.0)

*Hinw.:* Therapeutische Spülungen der Pleurahöhle sind gesondert zu kodieren (8-173.1 ff.)

8-144.0↔ Großlumig

*Inkl.:* Bülaudrainage

8-144.1↔ Kleinlumig, dauerhaftes Verweilsystem

8-144.2↔ Kleinlumig, sonstiger Katheter

*Inkl.:* Pleurakatheter

#### **8-146** Therapeutische Drainage von Organen des Bauchraumes

*Exkl.:* Einlegen einer Drainage an den Gallengängen (5-513.5, 5-514.5 ff.)

8-146.0 Leber

8-146.1 Gallenblase

8-146.2 Pankreas

8-146.x Sonstige

8-146.y N.n.bez.

#### **8-147** Therapeutische Drainage von Harnorganen

8-147.0↔ Niere

8-147.x↔ Sonstige

8-147.y N.n.bez.

#### **8-148** Therapeutische Drainage von anderen Organen und Geweben

8-148.0 Peritonealraum

8-148.1 Retroperitonealraum

8-148.x Sonstige

8-148.y N.n.bez.

#### **8-149** Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage

8-149.0↔ Therapeutische Sondierung der Tränenwege

8-149.1↔ Katheterisierung der Nasennebenhöhlen

8-149.2↔ Katheterisierung der Tuba uterina durch Hysteroskopie

8-149.3↔ Therapeutische Sondierung der Tränenwege mit Intubation

8-149.x↔ Sonstige

8-149.y N.n.bez.

## **8-15 Therapeutische Aspiration und Entleerung durch Punktion**

### **8-151 Therapeutische perkutane Punktion des Zentralnervensystems und des Auges**

- 8-151.0 Zisterne
- 8-151.1 Ventrikel
- 8-151.2 Ventrikelshunt
- 8-151.3 Rückenmarkzyste
- 8-151.4 Lumbalpunktion
- 8-151.5↔ Vordere Augenkammer
- 8-151.6↔ Hintere Augenkammer
- 8-151.x↔ Sonstige
- 8-151.y N.n.bez.

### **8-152 Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax**

- 8-152.0 Perikard  
*Inkl.:* Perikarddrainage
- 8-152.1↔ Pleurahöhle  
*Hinw.:* Dieser Kode ist nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben
- 8-152.2↔ Lunge
- 8-152.x↔ Sonstige
- 8-152.y N.n.bez.

### **8-153 Therapeutische perkutane Punktion der Bauchhöhle**

- Exkl.:* Spülung des Bauchraumes (8-176)  
Diagnostische Aszitespunktion (1-853.2)
- Hinw.:* Dieser Kode ist nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben

### **8-154 Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Bauchraumes**

- 8-154.0 Milz
- 8-154.1 Leber
- 8-154.2 Gallenblase
- 8-154.3 Pankreas
- 8-154.x Sonstige
- 8-154.y N.n.bez.

### **8-155 Therapeutische perkutane Punktion von Harnorganen**

- 8-155.0↔ Niere
- 8-155.1↔ Nierenbecken
- 8-155.2 Harnblase
- 8-155.x↔ Sonstige
- 8-155.y N.n.bez.

### **8-156 Therapeutische perkutane Punktion von männlichen Geschlechtsorganen**

- 8-156.0↔ Hydrozele
- 8-156.1↔ Spermatozele
- 8-156.2 Prostata
- 8-156.3↔ Vesicula seminalis
- 8-156.x↔ Sonstige
- 8-156.y N.n.bez.

### **8-157 Therapeutische perkutane Punktion von weiblichen Geschlechtsorganen**

- 8-157.0↔ Ovar
- 8-157.1 Uterus

8-157.x↔ Sonstige

8-157.y N.n.bez.

**8-158 Therapeutische perkutane Punktion eines Gelenkes**

8-158.0↔ Humeroglenoidalgelenk

8-158.1↔ Akromioklavikulargelenk

8-158.2↔ Thorakoskopulargelenk

8-158.3↔ Sternoklavikulargelenk

8-158.4↔ Humeroulnargelenk

8-158.5↔ Proximales Radioulnargelenk

8-158.6↔ Distales Radioulnargelenk

8-158.7↔ Handgelenk

8-158.8↔ Radiokarpalgelenk

8-158.9↔ Ulnokarpalgelenk

8-158.a↔ Handwurzelgelenk

8-158.b↔ Karpometakarpalgelenk

8-158.c↔ Metakarpophalangealgelenk

8-158.d↔ Interphalangealgelenk

8-158.e↔ Iliosakralgelenk

8-158.f Symphyse

8-158.g↔ Hüftgelenk

8-158.h↔ Kniegelenk

8-158.j↔ Proximales Tibiofibulargelenk

8-158.k↔ Oberes Sprunggelenk

8-158.m↔ Unteres Sprunggelenk

8-158.n↔ Tarsalgelenk

8-158.p↔ Tarsometatarsalgelenk

8-158.q↔ Metatarsophalangealgelenk

8-158.r↔ Zehengelenk

8-158.s↔ Kiefergelenk

8-158.t↔ Gelenke Wirbelsäule und Rippen

8-158.x↔ Sonstige

8-158.y N.n.bez.

**8-159 Andere therapeutische perkutane Punktion**

8-159.0↔ Therapeutische perkutane Punktion an Schleimbeuteln

8-159.1 Therapeutische perkutane Punktion des Knochenmarkes

8-159.2 Therapeutische perkutane Punktion einer Lymphozele

8-159.3↔ Therapeutische perkutane Punktion eines Urinoms

8-159.4 Therapeutische perkutane Punktion eines Kephalhämatoms

8-159.x↔ Sonstige

8-159.y N.n.bez.

## **8-17 Spülung (Lavage)**

*Exkl.:* Spülung des Magens (8-120)  
 Spülung des Darmes (8-121)  
 Spülung der Harnblase (8-132.1, 8-132.2, 8-132.3)

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

### **8-170 Therapeutische Spülung (Lavage) des Auges**

*Exkl.:* Spülung der vorderen Augenkammer (5-139.1 ff.)

8-170.1↔ Tränenwege

8-170.x↔ Sonstige

8-170.y N.n.bez.

### **8-171 Therapeutische Spülung (Lavage) des Ohres**

8-171.0↔ Äußerer Gehörgang

8-171.1↔ Mittelohr

8-171.x↔ Sonstige

8-171.y N.n.bez.

### **8-172↔ Therapeutische Spülung (Lavage) der Nasennebenhöhlen**

*Exkl.:* Spülung durch Kieferhöhlenpunktion (5-220.0, 5-220.1)

### **8-173 Therapeutische Spülung (Lavage) der Lunge und der Pleurahöhle**

*Exkl.:* Bronchiallavage

8-173.0 Lunge

*Hinw.:* Mit diesem Kode ist nur die sehr aufwendige Spülung der Lunge z.B. bei Alveolarproteinose zu kodieren

8-173.1 Pleurahöhle

*Hinw.:* Bei kontinuierlichen Spülungen der Pleurahöhle ist für jeden Tag eine Spülung zu zählen. Diskontinuierliche Spülungen sind immer dann einzeln zu zählen, wenn zwischen 2 Spülungen ein zeitlicher Abstand von mindestens 4 Stunden liegt

.10 1 bis 7 Spülungen

.11 8 bis 14 Spülungen

.12 15 bis 21 Spülungen

.13 22 und mehr Spülungen

### **8-176 Therapeutische Spülung des Bauchraumes bei liegender Drainage und temporärem Bauchdeckenverschluss**

8-176.0 Bei liegender Drainage (geschlossene Lavage)

8-176.1 Bei temporärem Bauchdeckenverschluss (programmierte Lavage)

8-176.2 Am offenen Abdomen (dorsoventrale Lavage)

8-176.x Sonstige

8-176.y N.n.bez.

### **8-177 Therapeutische Spülung des Retroperitonealraumes bei liegender Drainage und temporärem Bauchdeckenverschluss**

8-177.0 Bei liegender Drainage (geschlossene Lavage)

8-177.1 Bei temporärem Wundverschluss (programmierte Lavage)

8-177.2 Am offenen Retroperitoneum

8-177.x Sonstige

8-177.y N.n.bez.

### **8-178 Therapeutische Spülung eines Gelenkes**

8-178.0↔ Humeroglenoidalgelenk

8-178.1↔ Akromioklavikulargelenk

8-178.2↔ Thorakoskopulargelenk(raum)

8-178.3↔ Sternoklavikulargelenk

8-178.4↔ Humeroulnargelenk

- 8-178.5↔ Proximales Radioulnargelenk
- 8-178.6↔ Distales Radioulnargelenk
- 8-178.7↔ Handgelenk
- 8-178.8↔ Radiokarpalgelenk
- 8-178.9↔ Ulnokarpalgelenk
- 8-178.a↔ Handwurzelgelenk
- 8-178.b↔ Karpometakarpalgelenk
- 8-178.c↔ Metakarpophalangealgelenk
- 8-178.d↔ Interphalangealgelenk
- 8-178.e↔ Iliosakralgelenk
- 8-178.f Symphyse
- 8-178.g↔ Hüftgelenk
- 8-178.h↔ Kniegelenk
- 8-178.j↔ Proximales Tibiofibulargelenk
- 8-178.k↔ Oberes Sprunggelenk
- 8-178.m↔ Unteres Sprunggelenk
- 8-178.n↔ Tarsalgelenk
- 8-178.p↔ Tarsometatarsalgelenk
- 8-178.q↔ Metatarsophalangealgelenk
- 8-178.r↔ Zehengelenk
- 8-178.s↔ Kiefergelenk
- 8-178.t↔ Gelenke Wirbelsäule und Rippen
- 8-178.x↔ Sonstige
- 8-178.y N.n.bez.

#### **8-179 Andere therapeutische Spülungen**

*Exkl.:* Peritonealdialyse (8-857)

- 8-179.0 Therapeutische Spülung über liegenden intraperitonealen Katheter  
*Inkl.:* Peritonealdialysekatheter
- 8-179.1 Therapeutische Spülung über intrakranielle Spül-Saug-Drainage
- 8-179.2 Therapeutische Spülung über spinale Spül-Saug-Drainage
- 8-179.3 Instillationsbehandlung bei Vakuumtherapie  
*Inkl.:* Intermittierende Instillationsbehandlung  
*Exkl.:* Therapeutische Spülung von Pleurahöhle, Bauchraum, Retroperitoneum und Gelenken (8-173.1 ff., 8-176 ff., 8-177 ff., 8-178 ff.)  
*Hinw.:* Dieser Kode ist ein Zusatzkode. Er ist nur in Verbindung mit einer pumpengesteuerten Sogbehandlung bei einer Vakuumtherapie zu verwenden (8-190.2 ff.)
- 8-179.x Sonstige
- 8-179.y N.n.bez.

## Verbände (8-19...8-19)

### **8-19** Verbände und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut

#### **8-190** Spezielle Verbandstechniken

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

#### 8-190.2 Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie

*Inkl.:* Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie ohne Operationsbedingungen und Anästhesie  
Wechsel des Sogsystems

*Hinw.:* 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

.20 Bis 7 Tage

.21 8 bis 14 Tage

.22 15 bis 21 Tage

.23 Mehr als 21 Tage

#### 8-190.3 Kontinuierliche Sogbehandlung mit sonstigen Systemen bei einer Vakuumtherapie

*Inkl.:* Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie ohne Operationsbedingungen und Anästhesie  
Wechsel des Sogsystems

Sogerzeugung durch Unterdruckflasche

*Hinw.:* 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

.30 Bis 7 Tage

.31 8 bis 14 Tage

.32 15 bis 21 Tage

.33 Mehr als 21 Tage

#### **8-191** Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen

*Inkl.:* Verband bei großflächigen blasenbildenden Hauterkrankungen, toxischer epidermaler Nekrolyse, Verbrennungen und großflächigen Hautverletzungen

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

#### 8-191.0 Feuchtverband mit antiseptischer Lösung

.00 Ohne Debridement-Bad

.01 Mit Debridement-Bad

#### 8-191.1 Fettgazeverband

.10 Ohne Debridement-Bad

.11 Mit Debridement-Bad

#### 8-191.2 Fettgazeverband mit antiseptischen Salben

*Inkl.:* Silberhaltige Verbände

.20 Ohne Debridement-Bad

.21 Mit Debridement-Bad

#### 8-191.3 Überknüpfpolsterverband, kleinflächig

.30 Ohne Immobilisation durch Gipsverband

.31 Mit Immobilisation durch Gipsverband

#### 8-191.4 Überknüpfpolsterverband, großflächig

.40 Ohne Immobilisation durch Gipsverband

.41 Mit Immobilisation durch Gipsverband

#### 8-191.5 Hydrokolloidverband

#### 8-191.x Sonstige

8-191.y N.n.bez.

**8-192 Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde**

*Inkl.:* Entfernung von Fibrinbelägen

Entfernung eines Systems zur Vakuumtherapie ohne Anästhesie und Debridement

*Exkl.:* Chirurgisches Wunddebridement ohne Anästhesie bei neurologisch bedingter Analgesie (5-896 ff.)

*Hinw.:* Ein Kode aus diesem Bereich ist jeweils nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben  
Die Lokalisation ist in der 6. Stelle 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

\*\*8-192.0 Kleinflächig

*Hinw.:* Länge bis 3 cm oder Fläche bis 4 cm<sup>2</sup>

\*\*8-192.1 Großflächig

\*\*8-192.2 Großflächig, mit Einlegen eines Medikamententrägers

*Exkl.:* Fettgaze- oder Salbenverbände

\*\*8-192.3 Großflächig, mit Anwendung biochirurgischer Verfahren

*Inkl.:* Anwendung von Fliegenmaden

\*\*8-192.x Sonstige

8-192.y N.n.bez.

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

### **8-20 Geschlossene Reposition einer Fraktur und Gelenkluxation ohne Osteosynthese**

*Exkl.:* Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Luxation mit Osteosynthese (5-79)

*Hinw.:* Bei Durchführung in Allgemeinanästhesie ist diese gesondert zu kodieren (8-90 ff.)

### **8-200 Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese**

*Exkl.:* Geschlossene Reposition an der Wirbelsäule ohne Osteosynthese (8-202)

Geschlossene Reposition an Gesichtsschädelknochen ohne Osteosynthese (5-76)

Geschlossene Reposition einer Nasenbeinfraktur (5-216.0)

*Hinw.:* Die durchgeführte Immobilisation (Gipsverband oder andere Stützverbände) ist im Kode enthalten

Aufwendige Gipsverbände sind gesondert zu kodieren (8-310)

8-200.0↔ Skapula und Klavikula

8-200.1↔ Humerus proximal

8-200.2↔ Humerusschaft

8-200.3↔ Humerus distal

8-200.4↔ Radius proximal

8-200.5↔ Radiuschaft

- 8-200.6↔ Radius distal
- 8-200.7↔ Ulna proximal
- 8-200.8↔ Ulnaschaft
- 8-200.9↔ Ulna distal
- 8-200.a↔ Karpale
- 8-200.b↔ Metakarpale
- 8-200.c↔ Phalangen Hand
- 8-200.d Becken
- 8-200.e↔ Schenkelhals
- 8-200.f↔ Femur proximal
- 8-200.g↔ Femurschaft
- 8-200.h↔ Femur distal
- 8-200.j↔ Patella
- 8-200.k↔ Tibia proximal
- 8-200.m↔ Tibiaschaft
- 8-200.n↔ Tibia distal
- 8-200.p↔ Fibula proximal
- 8-200.q↔ Fibulaschaft
- 8-200.r↔ Fibula distal
- 8-200.s↔ Talus
- 8-200.t↔ Kalkaneus
- 8-200.u↔ Tarsale
- 8-200.v↔ Metatarsale
- 8-200.w↔ Phalangen Fuß
- 8-200.x↔ Sonstige
- 8-200.y N.n.bez.

**8-201 Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese**

*Exkl.:* Geschlossene Reposition an der Wirbelsäule ohne Osteosynthese (8-202)

Reposition einer temporomandibulären Luxation, geschlossen (operativ) (5-779.0)

*Hinw.:* Die durchgeführte Immobilisation (Gipsverband oder andere Stützverbände) ist im Kode enthalten

Aufwendige Gipsverbände sind gesondert zu kodieren (8-310)

- 8-201.0↔ Humeroglenoidalgelenk
- 8-201.1↔ Akromioklavikulargelenk
- 8-201.2↔ Thorakoskapulargelenk(raum)
- 8-201.3↔ Sternoklavikulargelenk
- 8-201.4↔ Humeroulnargelenk
- 8-201.5↔ Proximales Radioulnargelenk
- 8-201.6↔ Distales Radioulnargelenk
- 8-201.7↔ Handgelenk
- 8-201.8↔ Radiokarpalgelenk
- 8-201.9↔ Ulnokarpalgelenk
- 8-201.a↔ Handwurzelgelenk
- 8-201.b↔ Karpometakarpalgelenk
- 8-201.c↔ Metakarpophalangealgelenk
- 8-201.d↔ Interphalangealgelenk
- 8-201.e↔ Iliosakralgelenk

- 8-201.f Symphyse
- 8-201.g↔ Hüftgelenk
- 8-201.h↔ Kniegelenk
- 8-201.j↔ Proximales Tibiofibulargelenk
- 8-201.k↔ Oberes Sprunggelenk
- 8-201.m↔ Unteres Sprunggelenk
- 8-201.n↔ Tarsalgelenk
- 8-201.p↔ Tarsometatarsalgelenk
- 8-201.q↔ Metatarsophalangealgelenk
- 8-201.r↔ Zehengelenk
- 8-201.s↔ Kiefergelenk
- 8-201.x↔ Sonstige
- 8-201.y N.n.bez.

**8-202 Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Gelenkluxation an der Wirbelsäule ohne Osteosynthese**

- 8-202.0 Geschlossene Reposition
- 8-202.1 Geschlossene Reposition mit Immobilisation
- 8-202.2 Geschlossene Reposition mit Immobilisation bei Beteiligung des Rückenmarks
- 8-202.x Sonstige
- 8-202.y N.n.bez.

**8-21 Forcierte Korrektur von Adhäsionen und Deformitäten**

*Hinw.:* Bei Durchführung in Allgemeinanästhesie ist diese gesondert zu kodieren (8-90 ff.)  
Ein Kode aus diesem Bereich ist jeweils nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben

**8-210↔ Brisement force**

**8-211↔ Redressierende Verfahren**

*Inkl.:* Redression mit Orthesenhilfe, Redression durch rasche Wechsel von Gipsverbänden  
*Hinw.:* Die durchgeführte Immobilisation (Gipsverband, andere Stützverbände oder Schienen) sowie das Anlegen der Orthesen ist im Kode enthalten. Aufwendige Gipsverbände sind gesondert zu kodieren (8-310)

**8-212↔ Quengelbehandlung**

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

**8-213↔ Osteoklasie**

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

**8-22 Herstellung und Anpassung von Gesichtsepithesen**

**8-220 Herstellung und Anpassung von Gesichtsepithesen mit Klebe- oder Brillen-Fixation**

- 8-220.0↔ Ohr
- 8-220.1↔ Orbita
- 8-220.2 Nase
- 8-220.3↔ Mehrere Teilbereiche des Gesichts
- 8-220.x↔ Sonstige  
*Inkl.:* Stirn, Wange, Lippe
- 8-220.y N.n.bez.

**8-221 Herstellung und Anpassung von Gesichtsepithesen mit Implantat-Fixation**

- 8-221.0↔ Ohr
- 8-221.1↔ Orbita

- 8-221.2 Nase
- 8-221.3↔ Mehrere Teilbereiche des Gesichts
- 8-221.x↔ Sonstige  
*Inkl.:* Stirn, Wange, Lippe
- 8-221.y N.n.bez.

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

### **8-31** Immobilisation mit Gipsverband

- Inkl.:* Verwendung von Kunststoff und anderen Gipsersatzstoffen
- Exkl.:* Geschlossene Reposition einer Fraktur und Gelenkluxation ohne Osteosynthese (8-20)
- Hinw.:* Mit einem Kode aus diesem Bereich sind nur Gipsverbände mit einem deutlich erhöhten personellen, zeitlichen und materiellen Aufwand zu kodieren  
Bei Durchführung in Allgemeinanästhesie ist diese gesondert zu kodieren (8-90 ff.)

#### **8-310** Aufwendige Gipsverbände

- 8-310.0↔ Diademgips
- 8-310.1↔ Thorax-Arm-Abduktionsgips
- 8-310.2 Korrigierender Rumpfgips
- 8-310.3↔ Becken-Bein-Gips
- 8-310.4 Minervagips
- 8-310.5↔ Gips mit eingebautem Scharnier [Burrigips]
- 8-310.x↔ Sonstige
- 8-310.y N.n.bez.

### **8-39** Lagerungsbehandlung

#### **8-390** Lagerungsbehandlung

- Exkl.:* Lagerung auf einer Antidekubitusmatratze
- Hinw.:* Mit einem Kode aus diesem Bereich sind nur Lagerungsbehandlungen mit einem deutlich erhöhten personellen, zeitlichen oder materiellen Aufwand zu kodieren. Dieser Kode ist 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 Kode aus diesem Bereich ist jeweils nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben

- 8-390.0 Lagerung im Spezialbett  
*Inkl.:* Lagerung im Rotations- oder Sandwichbett, Lagerung im programmierbaren elektrischen Schwergewichtbett
- 8-390.1 Therapeutisch-funktionelle Lagerung auf neurophysiologischer Grundlage  
*Hinw.:* Die Lagerung muss mehrmals täglich erfolgen
- 8-390.2 Lagerung im Schlingentisch
- 8-390.3 Lagerung bei Schienen
- 8-390.4 Lagerung bei Extensionen
- 8-390.5 Lagerung im Weichlagerungsbett mit programmierbarer automatischer Lagerungshilfe
- 8-390.6 Lagerung im Spezialweichlagerungsbett für Schwerstbrandverletzte
- 8-390.x Sonstige
- 8-390.y N.n.bez.

## Knochenextension und andere Extensionsverfahren (8-40...8-41)

### **8-40** Extension am Skelett

#### **8-400** Extension durch Knochennagelung (Steinmann-Nagel)

8-400.0↔ Humerus

8-400.1↔ Olekranon

8-400.2↔ Femur

8-400.3↔ Tibia

8-400.4↔ Kalkaneus

8-400.x↔ Sonstige

8-400.y N.n.bez.

#### **8-401** Extension durch Knochendrahtung (Kirschner-Draht)

8-401.0↔ Humerus

8-401.1↔ Olekranon

8-401.2↔ Femur

8-401.3↔ Tibia

8-401.4↔ Kalkaneus

8-401.5↔ Gipsschiene mit Fingertraktion

8-401.6↔ Phalangen der Hand

8-401.x↔ Sonstige

8-401.y N.n.bez.

### **8-41** Extension der Wirbelsäule

#### **8-410** Extension an der Schädelkalotte

8-410.0 Halotraktion

8-410.1 Crutchfield-Klemme

8-410.x Sonstige

8-410.y N.n.bez.

#### **8-411** Andere Extension der Halswirbelsäule

#### **8-412** Extension der Lendenwirbelsäule

#### **8-419** Andere Extension der Wirbelsäule

8-419.0 Halopelvikdistraktion

8-419.x Sonstige

8-419.y N.n.bez.

## Tamponade von Blutungen und Manipulation an Fetus oder Uterus (8-50...8-51)

### **8-50** Kontrolle von Blutungen durch Tamponaden

#### **8-500** Tamponade einer Nasenblutung

*Exkl.:* Operative Behandlung einer Nasenblutung (5-210)

#### **8-501** Tamponade einer Ösophagusblutung

*Exkl.:* Operative Behandlung einer Ösophagusblutung (5-422)

- 8-502 Tamponade einer Rektumblutung**  
*Exkl.:* Operative Behandlung einer Rektumblutung (5-482)
- 8-503 Tamponade einer nicht geburtshilflichen Uterusblutung**
- 8-504 Tamponade einer vaginalen Blutung**  
*Exkl.:* Tamponade einer geburtshilflichen Blutung (5-759.0)
- 8-506 Wechsel und Entfernung einer Tamponade bei Blutungen**

**8-51 Manipulation an Fetus oder Uterus während der Gravidität oder direkt postpartal**

- 8-510 Manipulation am Fetus vor der Geburt**
- 8-510.0 Äußere Wendung  
*Exkl.:* Innere Wendung (5-732.0)  
Kombinierte Wendung (5-732.1)
- 8-510.1 Misslungene äußere Wendung
- 8-510.x Sonstige
- 8-510.y N.n.bez.
- 8-515 Partus mit Manualhilfe**  
*Exkl.:* Routinemaßnahmen bei einer Geburt (9-260, 9-261)
- 8-516 Manuelle postpartale Korrektur einer Inversio uteri**

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

**8-52 Strahlentherapie**

*Hinw.:* Die Strahlentherapie beinhaltet die regelmäßige Dokumentation mit geeigneten Systemen (Film, Portal-Imaging-System)

Jede Fraktion ist einzeln zu kodieren. Eine Fraktion umfasst alle Einstellungen und Bestrahlungsfelder für die Bestrahlung eines Zielvolumens. Ein Zielvolumen ist das Körpervolumen, welches ohne Patientenumlagerung oder Tischverschiebung über zweckmäßige Feldanordnungen erfasst und mit einer festgelegten Dosis nach einem bestimmten Dosiszeitmuster bestrahlt werden kann

Die Bestrahlungssimulation (8-528 ff.) und die Bestrahlungsplanung (8-529 ff.) sind gesondert zu kodieren

- 8-520 Oberflächenstrahlentherapie**
- 8-520.0 Bis zu 2 Bestrahlungsfelder
- 8-520.1 Mehr als 2 Bestrahlungsfelder
- 8-520.y N.n.bez.
- 8-521 Orthovoltstrahlentherapie**
- 8-521.0 Bis zu 2 Bestrahlungsfelder
- 8-521.1 Mehr als 2 Bestrahlungsfelder
- 8-521.y N.n.bez.
- 8-522 Hochvoltstrahlentherapie**
- 8-522.0 Telekobaltgerät bis zu 2 Bestrahlungsfelder
- 8-522.1 Telekobaltgerät 3 bis 4 Bestrahlungsfelder
- 8-522.2 Telekobaltgerät mehr als 4 Bestrahlungsfelder oder 3D-geplante Bestrahlung
- 8-522.3 Linearbeschleuniger bis zu 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, bis zu 2 Bestrahlungsfelder  
.30 Ohne bildgestützte Einstellung

- .31 Mit bildgestützter Einstellung  
*Inkl.:* Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (Online-IGRT)
- 8-522.6 Linearbeschleuniger mehr als 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, bis zu 2 Bestrahlungsfelder
- .60 Ohne bildgestützte Einstellung
- .61 Mit bildgestützter Einstellung  
*Inkl.:* Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (Online-IGRT)
- 8-522.9 Linearbeschleuniger, intensitätsmodulierte Radiotherapie
- .90 Ohne bildgestützte Einstellung
- .91 Mit bildgestützter Einstellung  
*Inkl.:* Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (Online-IGRT)
- 8-522.a Linearbeschleuniger bis zu 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, mehr als 2 Bestrahlungsfelder
- .a0 Ohne bildgestützte Einstellung
- .a1 Mit bildgestützter Einstellung  
*Inkl.:* Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (Online-IGRT)
- 8-522.b Linearbeschleuniger bis zu 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, 3D-geplante Bestrahlung
- .b0 Ohne bildgestützte Einstellung
- .b1 Mit bildgestützter Einstellung  
*Inkl.:* Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (Online-IGRT)
- 8-522.c Linearbeschleuniger mehr als 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, mehr als 2 Bestrahlungsfelder
- .c0 Ohne bildgestützte Einstellung
- .c1 Mit bildgestützter Einstellung  
*Inkl.:* Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (Online-IGRT)
- 8-522.d Linearbeschleuniger mehr als 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, 3D-geplante Bestrahlung
- .d0 Ohne bildgestützte Einstellung
- .d1 Mit bildgestützter Einstellung  
*Inkl.:* Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (Online-IGRT)
- 8-522.x Sonstige
- 8-522.y N.n.bez.
- 8-523 Andere Hochvoltstrahlentherapie**
- 8-523.0 Stereotaktische Bestrahlung, einzeitig
- .00 Zerebral
- .01 Extrazerebral
- 8-523.1 Stereotaktische Bestrahlung, fraktioniert  
*Hinw.:* Jede Fraktion ist einzeln zu kodieren
- .10 Zerebral
- .11 Extrazerebral
- 8-523.2 Gamma-knife-Bestrahlung
- 8-523.3 Halbkörperbestrahlung
- 8-523.4 Ganzkörperbestrahlung  
*Hinw.:* Bei Abschirmung von Lunge und/oder Leber ist für die Kodierung die Gesamtdosis außerhalb der abgeschirmten Bereiche entscheidend
- .40 Gesamtdosis unter 4 Gy
- .41 Gesamtdosis 4 Gy bis unter 10 Gy
- .42 Gesamtdosis 10 Gy und mehr

- 8-523.5 Ganzhautbestrahlung  
*Hinw.:* Jede Fraktion ist einzeln zu kodieren
- 8-523.6 Intraoperative Strahlentherapie
- 8-523.7 Großfeldbestrahlung  
*Hinw.:* Jede Fraktion ist einzeln zu kodieren
- 8-523.x Sonstige
- 8-523.y N.n.bez.
- 8-524 Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden**  
*Exkl.:* Interstitielle Brachytherapie (8-525)  
Brachytherapie mit oberflächlichen Applikatoren (8-525)  
*Hinw.:* Fachspezifische Maßnahmen sind gesondert zu kodieren (Kap. 5)  
Im HDR-Verfahren ist jede Fraktion einzeln zu kodieren
- 8-524.0 Intrauterin
- 8-524.1 Intravaginal
- 8-524.2 Intrauterin und intravaginal, kombiniert
- 8-524.3 Körperoberfläche
- 8-524.4 Intrakavitär  
*Exkl.:* Intrauterine und intravaginale Brachytherapie (8-524.0-2)
- 8-524.5 Intraluminal  
*Inkl.:* Atemwege, Verdauungssystem, Urethra, Gehörgang
- 8-524.6 Intravaskulär  
.60 Koronargefäß  
.61 Sonstiges peripheres Gefäß
- 8-524.x Sonstige
- 8-524.y N.n.bez.
- 8-525 Sonstige Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden**  
*Hinw.:* Fachspezifische Maßnahmen sind gesondert zu kodieren (Kap. 5)  
Im HDR-Verfahren ist jede Fraktion einzeln zu kodieren
- 8-525.0 Interstitielle Brachytherapie mit Implantation von entfernbaren Strahlern in einer Ebene  
.00 Niedrige Dosisleistung  
.01 Gepulste Dosisleistung (Pulsed dose rate)  
.02 Hohe Dosisleistung  
.0x Sonstige
- 8-525.1 Interstitielle Brachytherapie mit Volumenimplantation von entfernbaren Strahlern in mehreren Ebenen  
.10 Niedrige Dosisleistung  
.11 Gepulste Dosisleistung (Pulsed dose rate)  
.12 Hohe Dosisleistung  
.1x Sonstige
- 8-525.2 Interstitielle Brachytherapie mit Implantation von permanenten Strahlern  
.20 Bis zu 10 Quellen  
.21 Mehr als 10 Quellen
- 8-525.3 Entfernung von umschlossenen Radionukliden oder inaktiven Applikatoren unter Anästhesie
- 8-525.4 Brachytherapie mit Oberflächenapplikatoren
- 8-525.x Sonstige
- 8-525.y N.n.bez.
- 8-526 Radioaktive Moulagen**  
*Hinw.:* Fachspezifische Maßnahmen sind gesondert zu kodieren (Kap. 5)
- 8-526.0 Konstruktion und Applikation von oberflächlichen radioaktiven Moulagen
- 8-526.1 Konstruktion und Applikation von nicht auf der Körperoberfläche verwendeten Applikatoren
- 8-526.2 Konstruktion und Applikation von Augenapplikatoren

- 8-526.x Sonstige
- 8-526.y N.n.bez.
- 8-527 Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie**
- 8-527.0 Fixationsvorrichtung, einfach
- 8-527.1 Fixationsvorrichtung, mittlerer Schwierigkeitsgrad  
*Inkl.:* Thermoplastische Masken
- 8-527.2 Fixationsvorrichtung, komplex  
*Inkl.:* Vakuumkissen
- 8-527.6 Behandlungshilfen  
*Inkl.:* Zahnschienen  
Abschirmungen  
Bolusmaterial
- 8-527.7 Anbringen eines Stereotaxierendes
- 8-527.8 Individuelle Blöcke oder Viellamellenkollimator (MLC)
- 8-527.x Sonstige
- 8-527.y N.n.bez.
- 8-528 Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie**
- 8-528.6 CT-gesteuerte Simulation für die externe Bestrahlung
- 8-528.7 CT-gesteuerte Simulation für die Brachytherapie
- 8-528.8 Feldfestlegung mit Simulator, ohne 3D-Plan
- 8-528.9 Feldfestlegung mit Simulator, mit 3D-Plan
- 8-528.x Sonstige
- 8-528.y N.n.bez.
- 8-529 Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie**  
*Hinw.:* Die Bestrahlungsplanung beinhaltet das Aufklärungsgespräch
- 8-529.3 Bestrahlungsplanung für die intensitätsmodulierte Radiotherapie
- 8-529.4 Bestrahlungsplanung mit Fusion von CT- und MRT-Bildern
- 8-529.5 Bestrahlungsplanung für die Brachytherapie, mittel  
*Hinw.:* Bestrahlungsplanung mit orthogonalen Röntgenbildern der Patientenanatomie und Applikator- bzw. Seedgeometrie
- 8-529.6 Bestrahlungsplanung für die Brachytherapie, komplex  
*Hinw.:* Bestrahlungsplanung mit Ultraschall- und/oder CT- und/oder MRT-Darstellung der Patientenanatomie und Applikator- bzw. Seedgeometrie
- 8-529.7 Bestrahlungsplanung ohne individuelle Dosisplanung  
*Inkl.:* Einfache Bestrahlungsplanung für die Brachytherapie
- 8-529.8 Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung, mit individueller Dosisplanung  
*Exkl.:* Bestrahlungsplanung für die intensitätsmodulierte Radiotherapie (8-529.3)  
Bestrahlungsplanung mit Fusion von CT- und MRT-Bildern (8-529.4)
- 8-529.x Sonstige
- 8-529.y N.n.bez.
- 8-52a Protonentherapie**
- 8-52a.0 Bis zu 2 Bestrahlungsfelder
- .00 Ohne bildgestützte Einstellung
- .01 Mit bildgestützter Einstellung  
*Inkl.:* Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (Online-IGRT)
- 8-52a.1 Mehr als 2 Bestrahlungsfelder
- .10 Ohne bildgestützte Einstellung

- .11 Mit bildgestützter Einstellung  
*Inkl.:* Einstellung des Isozentrums unter Kontrolle des Zielvolumens durch CT/MRT/Cone-beam-CT oder Ultraschallverfahren (Online-IGRT)

**8-52b Kohlenstoffionentherapie**

**8-52c Andere Schwerionentherapie**

*Exkl.:* Kohlenstoffionentherapie (8-52b)

**8-52d Intraoperative Strahlentherapie mit Röntgenstrahlung**

*Hinw.:* Mit diesem Kode ist eine intraoperative Strahlentherapie mit weniger als 100 kV zu verschlüsseln

**8-53 Nuklearmedizinische Therapie**

**8-530 Therapie mit offenen Radionukliden**

*Hinw.:* Eine Therapie gilt dann als abgeschlossen, wenn mittels Dosimetrie die zu erzielende therapeutische Dosis ermittelt worden ist. Bei mehrfacher Durchführung einer Therapie mit offenen Radionukliden während eines stationären Aufenthaltes ist für jede Therapie ein Kode anzugeben

8-530.1 Therapie mit offenen Radionukliden bei Knochenmetastasen

*Inkl.:* Schmerztherapie

8-530.2 Therapie der blutbildenden Organe mit offenen Radionukliden

8-530.3 Instillation von offenen Radionukliden in Gelenke

*Inkl.:* Radiosynoviorthese

8-530.5 Sonstige systemische Therapie mit offenen Radionukliden

8-530.6 Intravenöse Therapie mit radioaktiven rezeptorgerichteten Substanzen

.60 Radiorezeptortherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanaloga

.6x Sonstige

8-530.7 Intravenöse Therapie mit radioaktiven Antikörpern

8-530.8 Epidermale Therapie mit offenen Radionukliden

*Inkl.:* Epidermale Therapie mit Rhenium-188

8-530.9 Intravenöse Therapie mit radioaktiv markierten metabolischen Substanzen

.90 Therapie mit Jod-131-Metomidat

.91 Therapie mit Jod-131-markierten Aminosäuren

*Inkl.:* Jod-131-Phenylalanin

.9x Sonstige

8-530.a Intraarterielle Therapie mit offenen Radionukliden

.a0 Intraarterielle Radiorezeptortherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanaloga

.a1 Intraarterielle Therapie mit sonstigen radioaktiven rezeptorgerichteten Substanzen

.a2 Intraarterielle Radionuklidtherapie mit radioaktiven Antikörpern

.a3 Intraarterielle Therapie mit radioaktiv markierten metabolischen Substanzen

.a4 Intraarterielle Radionuklidtherapie mit sonstigen Substanzen

.a5 Selektive intravaskuläre Radionuklidtherapie (SIRT) mit Yttrium-90-markierten Mikrosphären

.a6 Selektive intravaskuläre Radionuklidtherapie (SIRT) mit Rhenium-188-markierten Mikrosphären

.a7 Intraarterielle Radioembolisation mit sonstigen Substanzen

.ax Sonstige

8-530.b Intrakavitäre Therapie mit offenen Radionukliden

.b0 Intrakavitäre Therapie mit radioaktiven rezeptorgerichteten Substanzen

.b1 Intrakavitäre Radionuklidtherapie mit radioaktiven Antikörpern

.b2 Intrakavitäre Therapie mit radioaktiv markierten metabolischen Substanzen

.b3 Intrakavitäre Radionuklidtherapie mit sonstigen Substanzen

.bx Sonstige

8-530.c Endovaskuläre Brachytherapie mit offenen Radionukliden

.c0 Endovaskuläre Brachytherapie mit flüssigem Rhenium-188 über ein geschlossenes Ballonsystem, Koronargefäß

.c1 Endovaskuläre Brachytherapie mit flüssigem Rhenium-188 über ein geschlossenes Ballonsystem, sonstiges peripheres Gefäß

.c2 Intrazerebrale Brachytherapie mit Katheter-Ballon-System

.cx Sonstige

- 8-530.x Sonstige  
8-530.y N.n.bez.
- 8-531 Radiojodtherapie**  
*Hinw.:* Bei mehrfacher Applikation während eines stationären Aufenthaltes ist die erzielte Gesamtaktivität zu kodieren
- 8-531.0 Radiojodtherapie bis 1,2 GBq I-131  
*Inkl.:* Ganzkörper-Szintigraphie  
Radiojodtherapie bei benignen Schilddrüsenerkrankungen  
.00 Ohne Gabe von rekombinantem Thyreotropin (rh-TSH)  
.01 Mit Gabe von rekombinantem Thyreotropin (rh-TSH)
- 8-531.1 Radiojodtherapie über 1,2 bis unter 5 GBq I-131  
*Inkl.:* Ganzkörper-Szintigraphie  
Radiojodtherapie zur Restgewebeablation beim Schilddrüsenkarzinom  
Radiojodtherapie bei Metastasen, Rezidiven und Tumoraktivität des Schilddrüsenkarzinoms  
Radiojodtherapie bei benignen Schilddrüsenerkrankungen  
.10 Ohne Gabe von rekombinantem Thyreotropin (rh-TSH)  
.11 Mit Gabe von rekombinantem Thyreotropin (rh-TSH)
- 8-531.2 Radiojodtherapie mit 5 und mehr GBq I-131  
*Inkl.:* Ganzkörper-Szintigraphie  
Radiojodtherapie bei Metastasen, Rezidiven und Tumoraktivität des Schilddrüsenkarzinoms  
.20 Ohne Gabe von rekombinantem Thyreotropin (rh-TSH)  
.21 Mit Gabe von rekombinantem Thyreotropin (rh-TSH)
- 8-531.x Sonstige  
8-531.y N.n.bez.
- 8-539 Andere nuklearmedizinische Therapie**
- 8-54 Zytostatische Chemotherapie, Immuntherapie und antiretrovirale Therapie**  
*Inkl.:* Therapie mit Immunmodulatoren oder modifizierten monoklonalen Antikörpern  
*Hinw.:* Die Chemotherapie wird entsprechend der protokollgemäßen Dauer und Komplexität der während des stationären Aufenthaltes applizierten parenteralen Chemotherapie kodiert. Maßgeblich sind die im offiziellen, aktuellen Chemotherapieprotokoll gemachten Tagesvorgaben. Individuell notwendig werdende Verzögerungen bleiben unberücksichtigt. Verkürzungen werden dann berücksichtigt, wenn sie zu einer niedrigeren Klassifizierung führen würden  
Jeder stationäre Aufenthalt und jeder Block sind einzeln zu kodieren  
Fest an Zytostatika gekoppelte Supportivmedikamente werden nicht als zusätzliche Medikamente bzw. Zytostatika im Sinne der Hinweise unter 8-542, 8-543 und 8-544 gezählt (Beispiel: Mesna nach Cyclophosphamid/Ifosfamid; Folinsäure nach Methotrexat)  
Zytostatika, Antikörper und Supportivmedikamente mit einem eigenen OPS-Kode in Kapitel 6 Medikamente werden zusätzlich zu einem Kode aus 8-54 mit einem Kode aus 6-00 kodiert (Beispiele: Oxaliplatin bei Chemotherapie mit FOLFOX; Filgrastim, Lenograstim oder Pegfilgrastim bei Chemotherapie mit CHOP14; Rituximabgabe alleine oder bei R-DHAP)
- 8-541 Instillation von und lokoregionale Therapie mit zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren**  
*Hinw.:* Ein Kode aus diesem Bereich ist jeweils nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben
- 8-541.0 Intrathekal  
8-541.1 Intrazerebral  
8-541.2↔ In die Pleurahöhle  
8-541.3 Intraperitoneal  
8-541.4 In die Harnblase  
8-541.5↔ In das Nierenbecken  
8-541.6 Arteriell  
8-541.x Sonstige  
8-541.y N.n.bez.

**8-542 Nicht komplexe Chemotherapie**

*Inkl.:* Ein- oder mehrtägige nicht komplexe Chemotherapie

Beispiele für Kinder und Jugendliche:

- 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
- 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)

*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

- .11 1 Medikament
- .12 2 Medikamente
- .13 3 Medikamente
- .14 4 Medikamente und mehr

#### 8-542.2 2 Tage

- .21 1 Medikament
- .22 2 Medikamente
- .23 3 Medikamente
- .24 4 Medikamente und mehr

#### 8-542.3 3 Tage

- .31 1 Medikament
- .32 2 Medikamente
- .33 3 Medikamente
- .34 4 Medikamente und mehr

#### 8-542.4 4 Tage

- .41 1 Medikament
- .42 2 Medikamente
- .43 3 Medikamente
- .44 4 Medikamente und mehr

#### 8-542.5 5 Tage

- .51 1 Medikament
- .52 2 Medikamente
- .53 3 Medikamente
- .54 4 Medikamente und mehr

#### 8-542.6 6 Tage

- .61 1 Medikament
- .62 2 Medikamente
- .63 3 Medikamente
- .64 4 Medikamente und mehr

8-542.7 7 Tage

- .71 1 Medikament
- .72 2 Medikamente
- .73 3 Medikamente
- .74 4 Medikamente und mehr

8-542.8 8 Tage

- .81 1 Medikament
- .82 2 Medikamente
- .83 3 Medikamente
- .84 4 Medikamente und mehr

8-542.9 9 Tage und mehr

- .91 1 Medikament
- .92 2 Medikamente
- .93 3 Medikamente
- .94 4 Medikamente und mehr

DIMDI

**8-543 Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie**

*Inkl.:* z.B. 2- bis 4-tägige Blockchemotherapie

Beispiele für Chemotherapieblöcke:

Beispiele für Kinder und Jugendliche:

- Blöcke EIIS, EIVS, CARBO-ETO 96h bei malignen Hirntumoren
- Blöcke DDP/VCR oder CARBO/VCR/ETO bei niedrig-malignen Hirntumoren
- Blöcke VAI, VAC bei Ewing-Knochentumoren
- Blöcke A oder AP bei Osteosarkom
- Block CARBO-ETO 96h bei Lebertumoren
- Block haM (Konsolidierung) bei AML
- Blöcke OEPA, COPDAC oder DHAP bei Morbus Hodgkin
- Blöcke D1, D2, M1 bei malignen endokrinen Tumoren
- Block N5, Blöcke A, B, C (COJEC) bei Neuroblastom
- Blöcke AVD, HR-Block bei Nephroblastom
- Blöcke I2VA, I2VAd, TOPO/ETO/CARBO, I3VAd, I3VE, TE, TC bei Weichteilsarkomen
- Vorphase bis 1. DNR/VCR/PRED, Konsolidierungsphase, VCR/ADR/ASP/DEXA in der Reinduktionsphase beim COALL-Protokoll
- Doxo/Acto-D/Cisplatin (DAC) bei atypischen teratoiden rhabdoiden Tumoren

Konditionierung vor Stammzelltransplantation (SZT) bei Kindern und Jugendlichen:

- ATG, Cyclophosphamid (ATG-CY; 4 Tage)
- Busulfan po., Cyclophosphamid, Melphalan (BU-CY-MEL; 6-7 Tage)
- Busulfan po., Cyclophosphamid, Melphalan, ATG (BU-CY-MEL-ATG; 7 Tage)
- Busulfan po., Etoposid, Cyclophosphamid, ATG (BU-ETO-CY-ATG; 8 Tage)
- Carboplatin, Etoposid (CARBO-ETO; 3-4 Tage)
- Carboplatin, Etoposid, Melphalan (CARBO-ETO-MEL; 4 Tage)
- Carboplatin, Etoposid, Thiotepa (CARBO-ETO-TEPA; 4 Tage)
- Cyclophosphamid, Carboplatin, Thiotepa (CY-CARBO-TEPA; 4 Tage)
- Cyclophosphamid, Thiotepa (CY-TEPA; 3-4 Tage)
- Etoposid, ATG (ETO-ATG; 3 Tage)
- Etoposid, Cyclophosphamid (ETO-CY; 4 Tage)
- Fludarabin, ATG (FLU-ATG; 4 Tage)
- Fludarabin, ATG, Melphalan (FLU-ATG-MEL; 4 Tage)
- Fludarabin, Busulfan iv., ATG (FLU-BUi-ATG; 3 Tage)
- Fludarabin, Cyclophosphamid, Thiotepa (FLU-CY-TEPA; 3 Tage)
- Thiotepa, Cyclophosphamid, ATG (TEPA-CY-ATG; 4 Tage)
- Thiotepa, Etoposid (TEPA-ETO; 2 oder 3 Tage)
- Thiotepa, Etoposid, Cyclophosphamid (TEPA-ETO-CY; 4 Tage)

Beispiele für Erwachsene:

- Vorphase B-ALL-Protokoll
- Konsolidation II bis VI (Hochdosis-Ara-C + i.th. Chx) bei ALL
- Konsolidationstherapie (Hochdosis-Ara-C (CALGB))
- COP, CHOEP, DHAP, DEXA-BEAM, IMVP16, ICE, MINE, Mega-CHOEP bei NHL
- AC, AD als Erhaltungstherapie bei AML
- ABVD bei Morbus Hodgkin
- Block A bei ZNS-Lymphom bei Patienten ab dem vollendeten 60. Lebensjahr ("Bonner Protokoll")
- Ifosfamid/Etoposid/Epirubicin (IEV) bei Lymphom oder Plasmozytom
- Cisplatin/5-FU bei HNO-Tumoren
- Cisplatin/Etoposid, Cisplatin/Vinorelbin bei NSCLC
- PLF, PELF, DCF bei Magenkarzinom
- Cisplatin/Doxorubicin, Doxorubicin/Hochdosis-Ifosfamid (nur Tag 1), Pemetrexed/Cisplatin bei Pleuramesotheliom
- M-VAC für Urothelkarzinom (für Tage 1 und 2), dann Tage 15 und 22 gesondert als nicht komplexe Chemotherapie kodieren
- E/AC-Doc, E/AC-Pac, TA/EC, dosisdicht E/ATC, dosisdicht E-T, EC-TX, E/AT-CMF, Ifosfamid/Epirubicin bei Mammakarzinom
- Epirubicin/Taxol/Carboplatin, Cisplatin/Taxol bei Ovarialkarzinom
- Rx/5-FU/Cisplatin bei Ösophaguskarzinom
- Rx/5-FU/Mitomycin/Cisplatin bei Analkarzinom
- Rx/5-FU/Cisplatin bei Pankreaskarzinom
- Gemcitabin/Cisplatin bei NSCLC, Pleuramesotheliom, Pankreaskarzinom, gastrointestinalen Tumoren, Urothelkarzinom u.a. Karzinomen
- CVD, Cisplatin/DTIC/BCNU bei Melanom
- Adriamycin/Ifosfamid bei Weichteilsarkom

- VAI, VIDE bei Ewing-Sarkom
- IP, CE, Ifo/Doxorubicin, Cisplatin/Doxorubicin bei Osteosarkom
- EIA, Mini-ICE, Ifosamid sequentiell bei Sarkom
- FOLFIRI, FOLFOX, Raltritexed/Oxaliplatin bei gastrointestinalen Tumoren
- ADOC bei Thymom
- CAD, CED bei Multiplem Myelom

Konditionierung vor Stammzelltransplantation (SZT) bei Erwachsenen:

- TBI-Cyclophosphamid, Busulfan/Cyclophosphamid, FC (Fludarabin 125 Tag 7 bis 3, Cyclophosphamid 2000 Tag 5 bis 3)
- Busulfan-Melphalan (Euro-EWING)
- Fludarabin/Melphalan (AML)
- Carboplatin/Etoposid (Keimzelltumor)
- Carboplatin/Etoposid/Cyclophosphamid
- VCI-E, HD-PEI
- Fludarabin/Busulfan/ATG (ATG 8-547.0)
- CVB (BCNU, Cyclophosphamid, Etoposid)

Beispiele für Chemotherapie mit messungsabhängiger Steuerung:

Beispiele für Kinder und Jugendliche:

- Hochdosis-Methotrexat (MTX) bei Hirntumoren, Histiocytose, Knochentumoren oder Leukämien

Beispiele für Erwachsene:

- Hochdosis-Methotrexat (MTX)/Asparaginase bei ALL
- Hochdosis-Methotrexat (MTX) bei allen Protokollen

*Exkl.:* Intrathekale Zytostatikainjektion (8-541.0)

Einnahme oraler Zytostatika

Gabe von Steroiden

Gabe von Antikörpern (8-547)

*Hinw.:* Es werden mindestens 2 Zytostatika innerhalb des Chemotherapieblocks intravenös verabfolgt oder es erfolgt eine komplexe und intensive Chemotherapie mit aufwendiger, messungsabhängiger Therapiesteuerung (z.B. HD-Methotrexat mit spiegelabhängiger Folsäure-Rescue)

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 Kode 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

Bei Gabe von Hochdosis-Methotrexat zählen die Tage mit Spiegelmessung zur Chemotherapie

#### 8-543.1 1 Tag

- .11 1 Medikament
- .12 2 Medikamente
- .13 3 Medikamente
- .14 4 Medikamente
- .15 5 Medikamente
- .16 6 Medikamente
- .17 7 Medikamente und mehr

#### 8-543.2 2 Tage

- .21 1 Medikament
- .22 2 Medikamente
- .23 3 Medikamente
- .24 4 Medikamente
- .25 5 Medikamente
- .26 6 Medikamente
- .27 7 Medikamente und mehr

#### 8-543.3 3 Tage

- .31 1 Medikament
- .32 2 Medikamente
- .33 3 Medikamente

- .34 4 Medikamente  
.35 5 Medikamente  
.36 6 Medikamente  
.37 7 Medikamente und mehr
- 8-543.4 4 Tage  
.41 1 Medikament  
.42 2 Medikamente  
.43 3 Medikamente  
.44 4 Medikamente  
.45 5 Medikamente  
.46 6 Medikamente  
.47 7 Medikamente und mehr
- 8-543.5 5 Tage  
.51 1 Medikament  
.52 2 Medikamente  
.53 3 Medikamente  
.54 4 Medikamente  
.55 5 Medikamente  
.56 6 Medikamente  
.57 7 Medikamente und mehr
- 8-543.6 6 Tage  
.61 1 Medikament  
.62 2 Medikamente  
.63 3 Medikamente  
.64 4 Medikamente  
.65 5 Medikamente  
.66 6 Medikamente  
.67 7 Medikamente und mehr
- 8-543.7 7 Tage  
.71 1 Medikament  
.72 2 Medikamente  
.73 3 Medikamente  
.74 4 Medikamente  
.75 5 Medikamente  
.76 6 Medikamente  
.77 7 Medikamente und mehr
- 8-543.8 8 Tage  
.81 1 Medikament  
.82 2 Medikamente  
.83 3 Medikamente  
.84 4 Medikamente  
.85 5 Medikamente  
.86 6 Medikamente  
.87 7 Medikamente und mehr
- 8-543.9 9 Tage und mehr  
.91 1 Medikament  
.92 2 Medikamente  
.93 3 Medikamente  
.94 4 Medikamente  
.95 5 Medikamente  
.96 6 Medikamente  
.97 7 Medikamente und mehr

**8-544 Hochgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie**

*Inkl.:* z.B. 5- bis 8-tägige Blockchemotherapie

*Exkl.:* Intrathekale Zytostatikainjektion (8-541.0)

Einnahme oraler Zytostatika

Gabe von Steroiden

Gabe von Antikörpern (8-547)

*Hinw.:* Es werden mindestens 2 Zytostatika innerhalb des Chemotherapieblocks intravenös verabfolgt

**8-544.0 Ein Chemotherapieblock während eines stationären Aufenthaltes**

*Inkl.:* Beispiele für Kinder und Jugendliche:

- Blöcke PEV, PEI, CycEV, CarboEV, MET-HIT-BIS4 Induktion bei Hirntumoren
- Blöcke VBP, BEP, PEI, Hochdosis-PEI, PE bei Keimzelltumoren
- Block VIDE bei Ewing-Knochentumoren
- Blöcke Ai oder IE bei Osteosarkom
- Blöcke IPA, TOPO-DOXO bei Lebertumoren
- Blöcke HR-1, HR-2, HR-3, F1, F2, R1, R2; Protokolle I, II oder III: Phase 1 oder 2 bei ALL
- Blöcke HAM, AIE, ADxE (Induktion), AI, AI/2-CDA (Konsolidierungstherapie), HD-Ara-C/ETO (HAE), FLAG, FLAG-L-DNR, Ida-FLAG, ARAC/L-DNR bei AML
- Blöcke IEP, DEXA-BEAM bei Morbus Hodgkin
- Kurs a, A4, A24, AA, AA24, AAZ1, AAZ2, AM, b, B4, B24, BB, BB24, BBZ1, BBZ2, BM, CC, Protokolle I, II oder III: Phase 1 oder 2 (a oder b) bei NHL
- A1, A2, A3, B1, B2, B3, AV2, AV3, BV1, BV2, BV3, AM1, AM2, AM3, BM1, BM2, BM3, AMV2, AMV3, BMV1, BMV2, BMV3, CC, ICM und ICI bei NHL
- Blöcke M2, NN-1, NN-2 bei malignen endokrinen Tumoren
- Blöcke A, B bei Nasopharynxkarzinom
- Blöcke N4, N6, TCE (N8) bei Neuroblastom
- TECC (Topotecan, ETO, Carboplatin, CPM; 5 Tage); TACC (Topo, Acto-D, CPM, Carboplatin; 5 Tage) bei Weichteilsarkomen

Konditionierung vor Stammzelltransplantation (SZT) bei Kindern und Jugendlichen:

- ATG, Busulfan, Cyclophosphamid (ATG-BU-CY; 12 Tage)
- ATG, Busulfan, Fludarabin, Cyclophosphamid (ATG-BU-FLU-CY; 15 Tage)
- BCNU, Etoposid, Cytarabin, Melphalan (BEAM; 6 Tage)
- Busulfan iv., Cyclophosphamid (BUi-CY; 5-8 Tage)
- Busulfan iv., Cyclophosphamid, Melphalan (BUi-CY-MEL; 7 Tage)
- Busulfan iv., Cyclophosphamid, Melphalan, ATG (BUi-CY-MEL-ATG; 7-11 Tage)
- Busulfan iv., Cyclophosphamid, Thiotepa (BUi-CY-TEPA; 7 Tage)
- Busulfan, Etoposid, Cyclophosphamid (BU-ETO-CY; 5-7 Tage)
- Busulfan, Fludarabin, Cyclophosphamid, ATG (BU-FLU-CY-ATG; 7-11 Tage)
- Busulfan iv., Melphalan (BUi-MEL; 5 Tage)
- Busulfan, Thiotepa, Fludarabin, Cyclophosphamid (BU-TEPA-FLU-CY; 8 Tage)
- Busulfan po., Etoposid, Thiotepa (BU-ETO-TEPA; 6-7 Tage)
- Busulfan po., Fludarabin, ATG (BU-FLU-ATG; 5-6 Tage)
- Busulfan po., Fludarabin, Cyclophosphamid (BU-FLU-CY; 5 Tage)
- Busulfan po., Thiotepa, Etoposid, ATG (BU-TEPA-ETO-ATG; 8 Tage)
- Campath, Fludarabin, Melphalan (CAM-FLU-MEL; 7 Tage)
- Carboplatin, Etoposid, Melphalan (CARBO-ETO-MEL; 6-7 Tage)
- Fludarabin, Cyclophosphamid (FLU-CY; 5 Tage)
- Fludarabin, Cyclophosphamid, ATG; (FLU-CY-ATG; 7-9 Tage)
- Fludarabin, Etoposid (FLU-ETO; 5 Tage)
- Fludarabin, Etoposid, ATG (FLU-ETO-ATG; 7-8 Tage)
- Fludarabin, Melphalan (FLU-MEL; 6 Tage)
- Fludarabin, Melphalan, ATG (FLU-MEL-ATG; 5-7 Tage)
- Thiotepa, ATG, Fludarabin (TEPA-ATG-FLU, 7 Tage)
- Thiotepa, Etoposid, ATG (TEPA-ETO-ATG; 5 Tage)

Beispiele für Erwachsene:

- Induktionstherapie I oder II, Konsolidationstherapie I, Konsolidationstherapie II in high-risk oder very-high-risk ALL, Reinduktionstherapie I oder II bei ALL
- Block A, B oder C bei B-ALL, aggressiven Lymphomen und ZNS-Lymphomen bei Patienten unter dem vollendeten 60. Lebensjahr ("Bonner Protokoll"), BEAM, Dexamethason-PEB bei NHL
- CLAEG, Ida-FLAG oder Mito-FLAG bei AML oder ALL
- AML-Induktion (A-EC, AIE, DA, DA+Dasatinib, DAV, DNR, EC, HAM, IA, IAA, ICE, IC mit/ohne Clofarabin, IDAC, I-MAC, IVA, IVA+ATRA, IVA+Valproinsäure, IVA+Valproinsäure+ATRA, MAV, MAMAC, Mini-ICE, MTC)
- AML-Konsolidation (HAM, H-MAC, I-MAC, MAMAC, MHD-Ara-C/AMSA, MHD-Ara-C/Daunorubicin, MICE, NOVE)
- Busulfan/Cyclophosphamid, ICE (Sarkome), HD-BEAM vor Stammzelltransplantation (SZT)
- PEB, PE, PEI, PIV bei Hodentumoren

#### 8-544.1 Zwei Chemotherapieblöcke während eines stationären Aufenthaltes

*Inkl.:* Beispiele für Kinder und Jugendliche:

- Induktionstherapie Phase 1 und 2, Blöcke F1 und F2, Block MARAM, Block OCTADD, Protokoll II-IDA, Protokolle I, II oder III: Phase 1 und 2; R1 und R2 bei ALL
- Blöcke AIE und HAM (Doppelinduktion) bei AML
- Blöcke AA und BB; Blöcke A und B, AAZ1 und AAZ2, Protokolle I, II oder III: Phase a und b bei NHL

Beispiele für Erwachsene:

- Induktionstherapie I und II bei ALL
- Induktionstherapie mit 2 Zyklen in einem stationären Aufenthalt (Doppelinduktion); Spätkonsolidierung mit Hochdosis-Ara-C/Daunorubicin, HAM (Doppelinduktion), I-MAC (Doppelinduktion), S-HAM bei AML

### 8-546 Hypertherme Chemotherapie

8-546.0 Hypertherme intraperitoneale Chemotherapie [HIPEC]

8-546.1 Hypertherme intrathorakale Chemotherapie [HITOC]

8-546.x Sonstige

8-546.y N.n.bez.

### 8-547 Andere Immuntherapie

8-547.0 Mit nicht modifizierten Antikörpern

*Inkl.:* Therapie z.B. mit Rituximab bei Patienten mit Lymphomen, Alemtuzumab bei Patienten mit CLL, Herceptin bei Patienten mit Mammakarzinom, Bevacizumab bei Patienten mit kolorektalen Karzinomen

8-547.1 Mit modifizierten Antikörpern

*Inkl.:* Therapie mit Zytotoxinen

*Exkl.:* Therapie mit radioaktiven Antikörpern (8-530.7)

8-547.2 Mit Immunmodulatoren

*Inkl.:* Therapie mit Interleukin 2, Interferon oder Tumornekrosefaktor Alpha

8-547.3 Immunsuppression

.30 Intravenös

.31 Sonstige Applikationsform

8-547.x Sonstige

8-547.y N.n.bez.

### 8-548 Hochaktive antiretrovirale Therapie [HAART]

*Hinw.:* Antiretrovirale Substanzen sind hier Medikamente zur Behandlung von HIV-Infektionen, z.B. Proteasehemmer, Fusionsinhibitoren, Nukleosidanaloga und nicht nukleosidale RT-Inhibitoren

8-548.0 Mit 2 bis 4 Einzelsubstanzen

8-548.1 Mit 5 oder mehr Einzelsubstanzen

### 8-549 Perkutane geschlossene Organperfusion mit Chemotherapeutika

*Inkl.:* Perkutane Chemosaturation

8-549.0 Leber

8-549.x Sonstige

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

### **8-55** Frührehabilitative Komplexbehandlung

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

### **8-550** Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung

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

*Hinw.:* Mindestmerkmale:

- Behandlung durch ein geriatrisches Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Zusatzweiterbildung oder Schwerpunktbezeichnung im Bereich Klinische Geriatrie erforderlich). Die fachärztliche Behandlungsleitung muss überwiegend in der zugehörigen geriatrischen Einheit tätig sein
- Standardisiertes geriatrisches Assessment zu Beginn der Behandlung in mindestens 4 Bereichen (Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition, Emotion) und vor der Entlassung in mindestens 2 Bereichen (Selbständigkeit, Mobilität). Lässt der Zustand des Patienten die Erhebung einzelner Assessmentbestandteile nicht zu, ist dies zu dokumentieren. Wenn der Zustand des Patienten es erlaubt, ist die Erhebung nachzuholen
- Soziales Assessment zum bisherigen Status in mindestens 5 Bereichen (soziales Umfeld, Wohnumfeld, häusliche/außerhäusliche Aktivitäten, Pflege-/Hilfsmittelbedarf, rechtliche Verfügungen). Lässt der Zustand des Patienten die Erhebung einzelner Assessmentbestandteile nicht zu, ist dies zu dokumentieren. Sofern möglich sind die fehlenden Bestandteile fremdanamnestisch zu erheben bzw. ist die Erhebung nachzuholen, wenn der Zustand des Patienten es erlaubt
- Wöchentliche Teambesprechung unter Beteiligung aller Berufsgruppen einschließlich der fachärztlichen Behandlungsleitung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele
- Aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal. Mindestens eine Pflegefachkraft des geriatrischen Teams muss eine strukturierte curriculare geriatricspezifische Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 180 Stunden sowie eine mindestens 6-monatige Erfahrung in einer geriatrischen Einrichtung nachweisen
- Teamintegrierter Einsatz von mindestens 2 der folgenden 4 Therapiebereiche:  
 Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/faziaoorale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie  
 Eine gleichzeitige (dauernde oder intermittierende) akutmedizinische Diagnostik bzw. Behandlung ist gesondert zu kodieren

#### 8-550.0 Mindestens 7 Behandlungstage und 10 Therapieeinheiten

*Hinw.:* Der therapeutische Anteil umfasst insgesamt mindestens 10 Therapieeinheiten von durchschnittlich 30 Minuten, davon maximal 10 % als Gruppentherapie

#### 8-550.1 Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten

*Hinw.:* Der therapeutische Anteil umfasst insgesamt mindestens 20 Therapieeinheiten von durchschnittlich 30 Minuten, davon maximal 10 % als Gruppentherapie

#### 8-550.2 Mindestens 21 Behandlungstage und 30 Therapieeinheiten

*Hinw.:* Der therapeutische Anteil umfasst insgesamt mindestens 30 Therapieeinheiten von durchschnittlich 30 Minuten, davon maximal 10 % als Gruppentherapie

**8-552 Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation**

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

*Hinw.:* Mindestmerkmale:

- Frührehteam 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 Frührehteam 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/fazioorale Therapie und/oder therapeutische Pflege (Waschtraining, Anziehtraining, Esstraining, Kontinenztraining, Orientierungstraining, Schlucktraining, Tracheostomamanagement, isolierungspflichtige Maßnahmen u.a.) patientenbezogen in unterschiedlichen Kombinationen von mindestens 300 Minuten täglich (bei simultanem Einsatz von zwei oder mehr Mitarbeitern dürfen die Mitarbeiterminuten aufsummiert werden) im Durchschnitt der Behandlungsdauer der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation. Leistungen der durch Musiktherapeuten durchgeführten Musiktherapie können auf die tägliche Therapiezeit angerechnet werden, wenn das therapeutische Konzept der Frührehabilitationseinrichtung Musiktherapie vorsieht
- Eine gleichzeitige (dauernde oder intermittierende) akutmedizinische Diagnostik bzw. Behandlung ist gesondert zu kodieren

- 8-552.0 Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage  
 8-552.5 Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage  
 8-552.6 Mindestens 21 bis höchstens 27 Behandlungstage  
 8-552.7 Mindestens 28 bis höchstens 41 Behandlungstage  
 8-552.8 Mindestens 42 bis höchstens 55 Behandlungstage  
 8-552.9 Mindestens 56 Behandlungstage

**8-553 Frührehabilitative Komplexbehandlung von Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren**

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

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

Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (8-552 ff.)

Fachübergreifende und andere Frührehabilitation (8-559 ff.)

Physikalisch-medizinische Komplexbehandlung (8-563 ff.)

Alleinige Durchführung eines Frührehabilitationsassessments von Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren (1-775 ff.)

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

Mindestmerkmale:

- 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 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

8-553.0 5 Therapieeinheiten

8-553.1 Mehr als 5 bis höchstens 10 Therapieeinheiten

8-553.2 Mehr als 10 bis höchstens 20 Therapieeinheiten

8-553.3 Mehr als 20 bis höchstens 30 Therapieeinheiten

8-553.4 Mehr als 30 bis höchstens 40 Therapieeinheiten

8-553.5 Mehr als 40 bis höchstens 50 Therapieeinheiten

8-553.6 Mehr als 50 Therapieeinheiten

**8-559 Fachübergreifende und andere Frührehabilitation**

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

*Hinw.:* Mindestmerkmale:

- Frührehteam unter fachärztlicher Behandlungsleitung (mindestens 5 Jahre in der Rehabilitationsmedizin tätig oder 5 Jahre Tätigkeit in der physikalischen und rehabilitativen Medizin oder Facharzt für physikalische und rehabilitative Medizin)
- Standardisiertes Frührehabilitations-Assessment oder Einsatz von krankheitsspezifischen Scoring-Systemen zur Erfassung und Wertung der funktionellen Defizite in mindestens 5 Bereichen (Bewusstseinslage, Kommunikation, Kognition, Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Verhalten, Emotion) zu Beginn der Behandlung
- Wöchentliche Teambesprechung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele
- Aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal (Therapeutische Lagerung, Mobilisierung, Körperpflege, Kleiden, Essen und Trinken; Ausscheidungstraining, Wahrnehmungsförderung, Aktivierungstherapie, Trachealkanülenmanagement u.a.)
- Vorhandensein von mindestens vier der folgenden Therapiebereiche: Physiotherapie/Krankengymnastik, Physikalische Therapie, Ergotherapie, Neuropsychologie, Psychotherapie, Logopädie/faziorale Therapie/Sprachtherapie, künstlerische Therapie (Kunst- und Musiktherapie), Dysphagietherapie und Einsatz von mindestens drei dieser Therapiebereiche patientenbezogen in unterschiedlichen Kombinationen und unterschiedlichem Zeitaufwand
- Entlassungsassessment zur gezielten Entlassung oder Verlegung des Patienten  
 Eine gleichzeitige (dauernde oder intermittierende) akutmedizinische Diagnostik bzw. Behandlung ist gesondert zu kodieren

**8-559.3 Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage**

- .30 Durchschnittlicher Einsatz von 15 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche
- .31 Durchschnittlicher Einsatz von 20 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche
- .32 Durchschnittlicher Einsatz von 30 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche
- .33 Durchschnittlicher Einsatz von 40 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche

**8-559.4 Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage**

- .40 Durchschnittlicher Einsatz von 15 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche
- .41 Durchschnittlicher Einsatz von 20 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche
- .42 Durchschnittlicher Einsatz von 30 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche
- .43 Durchschnittlicher Einsatz von 40 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche

**8-559.5 Mindestens 21 bis höchstens 27 Behandlungstage**

- .50 Durchschnittlicher Einsatz von 15 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche
- .51 Durchschnittlicher Einsatz von 20 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche
- .52 Durchschnittlicher Einsatz von 30 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche
- .53 Durchschnittlicher Einsatz von 40 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche

**8-559.6 Mindestens 28 bis höchstens 34 Behandlungstage**

- .60 Durchschnittlicher Einsatz von 15 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche
- .61 Durchschnittlicher Einsatz von 20 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche
- .62 Durchschnittlicher Einsatz von 30 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche
- .63 Durchschnittlicher Einsatz von 40 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche

**8-559.7 Mindestens 35 bis höchstens 41 Behandlungstage**

- .70 Durchschnittlicher Einsatz von 15 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche
- .71 Durchschnittlicher Einsatz von 20 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche
- .72 Durchschnittlicher Einsatz von 30 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche
- .73 Durchschnittlicher Einsatz von 40 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche

**8-559.8 Mindestens 42 Behandlungstage**

- .80 Durchschnittlicher Einsatz von 15 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche
- .81 Durchschnittlicher Einsatz von 20 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche
- .82 Durchschnittlicher Einsatz von 30 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche
- .83 Durchschnittlicher Einsatz von 40 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche

## **8-56 Physikalisch-therapeutische Einzelmaßnahmen**

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

### **8-560 Lichttherapie**

- 8-560.0 Selektive Ultraviolettphototherapie (SUP)
- 8-560.1 Photochemotherapie (PUVA)
- 8-560.2 Lichttherapie des Neugeborenen (bei Hyperbilirubinämie)  
*Hinw.:* Dauer mindestens 12 Stunden
- 8-560.3 Lichttherapie UVA 1
- 8-560.4 Photodynamische Therapie (PDT)
- 8-560.5 Solephototherapie
- 8-560.x Sonstige
- 8-560.y N.n.bez.

### **8-561 Funktionsorientierte physikalische Therapie**

*Hinw.:* Mindestmerkmale:

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

#### **8-561.1 Funktionsorientierte physikalische Monotherapie**

*Inkl.:* Sensomotorische Entwicklungs- und Übungsbehandlung und weitere Therapieformen

*Hinw.:* Einsatz von einem der folgenden Therapiebereiche: Physiotherapie/Krankengymnastik, Physikalische Therapie, Ergotherapie mit mindestens 5 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche

#### **8-561.2 Kombinierte funktionsorientierte physikalische Therapie**

*Hinw.:* Behandlung unter fachärztlicher Leitung

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

### **8-563 Physikalisch-medizinische Komplexbehandlung**

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

Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (8-552 ff.)

Fachübergreifende und andere Frührehabilitation (8-559 ff.)

*Hinw.:* Mindestmerkmale:

- Behandlung unter fachärztlicher Leitung (Facharzt für physikalische und rehabilitative Medizin oder mindestens 5 Jahre Tätigkeit in der physikalischen und rehabilitativen Medizin)
- Standardisierte Befunderhebung zur Beurteilung der Körperfunktionen und -strukturen und Aktivität unter therapeutischer bzw. sekundärpräventiver Zielstellung
- Wöchentliche Teambesprechung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele
- Einsatz von durchschnittlich 15 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche aus folgenden Therapiebereichen: Physiotherapie/Krankengymnastik, Physikalische Therapie, Ergotherapie, Dysphagietherapie, Logopädie, künstlerische Therapie (Kunst- und Musiktherapie), psychologische Verfahren und Psychotherapie, Schmerztherapie patientenbezogen in unterschiedlichen Kombinationen und unterschiedlichem Zeitaufwand

- 8-563.0 Bis zu 6 Behandlungstage
- 8-563.1 Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage
- 8-563.2 Mindestens 14 Behandlungstage

## **8-60 Hyperthermie und Hypothermie**

### **8-600 Lokoregionale Hyperthermie im Rahmen einer onkologischen Therapie**

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

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

- 8-600.0 Lokale (oberflächliche) Hyperthermie
- 8-600.1 Tiefenhyperthermie

- 8-601 Teilkörperhyperthermie im Rahmen einer onkologischen Therapie**  
*Hinw.:* Erwärmung einer Körperregion (z.B. Bauchraum, Becken) mit adäquat großem Ringapplikator unter MR-Monitoring  
 Das MR-Monitoring ist im Kode enthalten  
 Eine simultan durchgeführte zytostatische Chemotherapie ist gesondert zu kodieren (8-54)  
 Eine computergestützte Planung ist gesondert zu kodieren (8-604)
- 8-602 Ganzkörperhyperthermie im Rahmen einer onkologischen Therapie**  
*Hinw.:* Die Anwendung der Herz-Lungen-Maschine ist gesondert zu kodieren (8-851)  
 Eine simultan durchgeführte zytostatische Chemotherapie ist gesondert zu kodieren (8-54)  
 Eine computergestützte Planung ist gesondert zu kodieren (8-604)
- 8-603 Interstitielle und intrakavitäre Hyperthermie im Rahmen einer onkologischen Therapie**  
*Hinw.:* Eine Thermoablation ist im Kapitel 5 Operationen unter dem jeweiligen Verfahren, z.B. Destruktion von erkranktem Gewebe, zu kodieren  
 Eine simultan durchgeführte zytostatische Chemotherapie ist gesondert zu kodieren (8-54)  
 Eine computergestützte Planung ist gesondert zu kodieren (8-604)
- 8-604 Computergestützte Planung einer Hyperthermie**  
*Inkl.:* Erstellung eines patientenspezifischen Modells aus CT- oder MR-Daten
- 8-607 Hypothermiebehandlung**  
*Inkl.:* Hypothermiebehandlung z.B. bei zerebraler Ischämie, bei Zustand nach Herzstillstand oder Schädel-Hirn-Trauma  
*Hinw.:* Wenn die Anwendung der Herz-Lungen-Maschine mit den Codes 8-851.1 bis 8-851.5 verschlüsselt wird, ist die Hypothermiebehandlung nicht gesondert zu kodieren
- 8-607.0 Invasive Kühlung durch Anwendung eines speziellen Kühlkatheters  
*Hinw.:* Die Kühlung und Wiedererwärmung müssen kontrolliert und steuerbar erfolgen
- 8-607.1 Nicht invasive Kühlung durch Anwendung eines Speziallagerungssystems  
*Hinw.:* Die Kühlung und Wiedererwärmung müssen kontrolliert und steuerbar erfolgen
- 8-607.2 Nasopharyngeale Kühlung
- 8-607.3 Nicht invasive Kühlung durch Anwendung eines über Biofeedback kontrollier- und steuerbaren Kühlpad- oder Kühlelementesystems  
*Hinw.:* Es muss eine Messung der Körperkerntemperatur über eine Sonde erfolgen  
 Die Kühlpads müssen adhäsiv sein  
 Ein Kühlelementesystem besteht aus Matten, Decken, Westen und/oder Hauben
- 8-607.4 Nicht invasive Kühlung durch Anwendung eines sonstigen Kühlpad- oder Kühlelementesystems  
*Hinw.:* Es muss eine Messung der Körperkerntemperatur über eine Sonde erfolgen  
 Die Kühlpads müssen adhäsiv sein  
 Ein Kühlelementesystem besteht aus Matten, Decken, Westen und/oder Hauben
- 8-607.x Sonstige

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

### **8-63** Elektrostimulation des Nervensystems

#### **8-630** Elektrokrampftherapie [EKT]

##### 8-630.2 Grundleistung

- Hinw.:* Zur Grundleistung gehören die fachärztliche Indikationsstellung, die Aufklärung und die Durchführung der ersten Elektrokrampftherapie-Sitzung. Diese ist nicht gesondert zu kodieren  
 Die Durchführung erfolgt unter Muskelrelaxation in Narkose  
 Dieser Kode ist nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben

- 8-630.3 Therapiesitzung  
*Inkl.:* Erhaltungs-EKT  
*Hinw.:* Dieser Kode ist unabhängig von der Gesamtzahl der Stimulationen einmal pro  
 Therapiesitzung anzugeben  
 Die Durchführung erfolgt unter Muskelrelaxation in Narkose
- 8-630.y N.n.bez.
- 8-631 Neurostimulation**  
*Hinw.:* Die Ersteinstellung nach Implantation ist im Kode für die Implantation enthalten  
 Ein Kode aus diesem Bereich ist jeweils nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben
- 8-631.0 Nachprogrammierung eines implantierten Neurostimulators zur Hirnstimulation  
*Inkl.:* Mehrtägige stationäre Stimulator- und Medikamentenanpassung  
*Exkl.:* Bildgebung (Kap. 3)  
*Hinw.:* Dieser Kode darf nur verwendet werden, wenn die folgenden Qualitätsstandards erfüllt  
 werden:  
 • Quantitative Testung durch pharmakologische Stimulation mit klinischer Skalierung (ggf.  
 mehrfach), neurologischer und neurophysiologischer Testung und  
 Medikamentenanpassung  
 • Spezialisierte Physiotherapie, ggf. neuropsychologischer und logopädischer Behandlung
- 8-631.1 Nachprogrammierung eines implantierten Neurostimulators zur Rückenmarkstimulation  
 .10 Ohne pharmakologische Anpassung  
 .11 Mit pharmakologischer Anpassung
- 8-631.2 Nachprogrammierung eines implantierten Neurostimulators zur peripheren  
 Nervenstimulation  
 .20 Ohne pharmakologische Anpassung  
 .21 Mit pharmakologischer Anpassung
- 8-631.3 Ersteinstellung eines Systems zur Hypoglossusnerv-Stimulation
- 8-631.x Sonstige
- 8-631.y N.n.bez.
- 8-632 Repetitive transkranielle Magnetstimulation [rTMS]**
- 8-632.0 Grundleistung  
*Hinw.:* Zur Grundleistung gehören die fachärztliche Indikationsstellung, die Aufklärung, die  
 Planung und die Durchführung der ersten Therapiesitzung mit repetitiver transkranieller  
 Magnetstimulation. Diese ist nicht gesondert zu kodieren  
 Dieser Kode ist nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben
- 8-632.1 Therapiesitzung  
*Inkl.:* Erhaltungs-rTMS  
*Hinw.:* Dieser Kode ist unabhängig von der Gesamtzahl der Stimulationen einmal pro  
 Therapiesitzung anzugeben
- 8-632.y N.n.bez.
- 8-633 Pharyngeale elektrische Stimulation [PES]**  
*Hinw.:* Die Anlage der Stimulationssonde ist im Kode enthalten  
 Dieser Kode ist nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben
- 8-64 Elektrische Konversion des Herzrhythmus**  
*Hinw.:* Ein Kode aus diesem Bereich ist jeweils nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben
- 8-640 Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus**
- 8-640.0 Synchronisiert (Kardioversion)
- 8-640.1 Desynchronisiert (Defibrillation)
- 8-640.x Sonstige
- 8-640.y N.n.bez.
- 8-641 Temporäre externe elektrische Stimulation des Herzrhythmus**  
*Inkl.:* Implantation, Justieren, Repositionierung, Manipulation und Entfernung von temporären  
 Schrittmacherelektroden

- 8-642 Temporäre interne elektrische Stimulation des Herzrhythmus**  
*Inkl.:* Implantation, Justieren, Repositionierung, Manipulation und Entfernung von temporären Schrittmacherelektroden, Überstimulation
- 8-643 Elektrische Stimulation des Herzrhythmus, intraoperativ**  
*Hinw.:* Dieser Kode ist nur bei Operationen zu verwenden, bei denen die elektrische Stimulation des Herzens üblicherweise nicht durchgeführt wird
- 8-65 Elektrotherapie**
- 8-650 Elektrotherapie**  
*Inkl.:* Galvanisation, Impulsströme, Ultraschalltherapie, Hochfrequenztherapie, muskuläre Gegenpulsation  
*Hinw.:* Dieser Kode ist nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben
- 8-651 Thermotherapie mit magnetischen Nanopartikeln**  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für jede Anwendung einzeln anzugeben  
 Die Instillation der magnetischen Nanopartikel ist gesondert zu kodieren (Kap. 5)  
 Eine durchgeführte Radio- oder Chemotherapie ist gesondert zu kodieren (8-52 ff., 8-54 ff.)
- 8-66 Dauer der Behandlung durch fokussierten Ultraschall**  
*Hinw.:* Ein Kode aus diesem Bereich ist jeweils nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben
- 8-660 Dauer der Behandlung durch Magnetresonanz-gesteuerten fokussierten Ultraschall [MRgFUS]**  
*Hinw.:* Dieser Kode ist ein Zusatzkode. Die Destruktion an der jeweiligen Lokalisation ist gesondert zu kodieren (Kap. 5)
- 8-660.0 Bis unter 1 Stunde
- 8-660.1 1 bis unter 2 Stunden
- 8-660.2 2 bis unter 3 Stunden
- 8-660.3 3 bis unter 4 Stunden
- 8-660.4 4 bis unter 5 Stunden
- 8-660.5 5 Stunden und mehr

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

- 8-70 Zugang bei maschineller Beatmung und Maßnahmen zum Offenhalten der Atemwege**  
*Exkl.:* Temporäre Tracheostomie (5-311)  
*Hinw.:* Die Intubation im Rahmen einer Operation ist nicht zu kodieren
- 8-700 Offenhalten der oberen Atemwege**  
*Hinw.:* Ein Kode aus diesem Bereich ist jeweils nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben
- 8-700.0 Durch oropharyngealen Tubus
- 8-700.1 Durch nasopharyngealen Tubus
- 8-700.x Sonstige
- 8-700.y N.n.bez.
- 8-701 Einfache endotracheale Intubation**  
*Inkl.:* Notfallintubation  
 Intubationswechsel
- 8-704 Intubation mit Doppellumentubus**
- 8-706 Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung**  
*Inkl.:* Anpassen einer Gesichtsmaske oder Nasenmaske

- 8-71 Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung über Maske oder Tubus**  
*Hinw.:* Ein Kode aus diesem Bereich ist jeweils nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben
- 8-711 Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Neugeborenen und Säuglingen**  
*Hinw.:* Bei Anwendung mehrerer Beatmungsformen ist immer die aufwendigste anzugeben
- 8-711.0 Atemunterstützung mit kontinuierlichem positiven Atemwegsdruck (CPAP)  
 .00 Bei Neugeborenen (0. bis 28. Lebenstag)  
*Hinw.:* Bei einer Atemunterstützung unmittelbar nach der Geburt ist dieser Kode nur dann anzugeben, wenn die Atemunterstützung mindestens 30 Minuten lang durchgeführt wurde  
 .01 Bei Säuglingen (29. bis 365. Lebenstag)
- 8-711.1 Kontrollierte Beatmung bei Neugeborenen  
*Inkl.:* Intermittierende Überdruckbeatmung (IPPV)  
 Kontinuierliche Überdruckbeatmung (CPPV)  
 Hochfrequenzbeatmung (HFV)  
 Hochfrequenz-Oszillationsbeatmung (HFOV)  
 Hochfrequenz-Jetbeatmung (HFJV)
- 8-711.2 Assistierte Beatmung bei Neugeborenen  
*Inkl.:* Synchronisierte intermittierende Überdruckbeatmung (S-IPPV)  
 Synchronisierte kontinuierliche Überdruckbeatmung (S-CPPV)  
 Intermittierende maschinelle Beatmung (IMV)
- 8-711.3 Beatmung mit Negativdrucksystem (CNP) ("Eiserne Lunge") bei Neugeborenen
- 8-711.4 Atemunterstützung durch Anwendung von High-flow-Nasenkanülen (HFNC-System)
- 8-711.x Sonstige
- 8-711.y N.n.bez.
- 8-712 Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Kindern und Jugendlichen**
- 8-712.0 Atemunterstützung mit kontinuierlichem positiven Atemwegsdruck (CPAP)  
*Hinw.:* Dieser Kode ist nur für Patienten ab dem Beginn des 2. Lebensjahres bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres anzugeben  
 Dieser Kode ist nur bei intensivmedizinisch versorgten Patienten anzugeben
- 8-714 Spezialverfahren zur maschinellen Beatmung bei schwerem Atemversagen**
- 8-714.0 Inhalative Stickstoffmonoxid-Therapie  
 .00 Dauer der Behandlung bis unter 48 Stunden  
 .01 Dauer der Behandlung 48 bis unter 96 Stunden  
 .02 Dauer der Behandlung 96 Stunden und mehr
- 8-714.1 Oszillationsbeatmung
- 8-714.x Sonstige
- 8-714.y N.n.bez.
- 8-716 Einstellung einer häuslichen maschinellen Beatmung**  
*Inkl.:* Beatmung über Maske oder Tracheostoma  
 Einleitung einer nasalen Ventilationstherapie bei Cheyne-Stokes-Atmung im Rahmen einer Herzinsuffizienz
- 8-716.0 Ersteinstellung
- 8-716.1 Kontrolle oder Optimierung einer früher eingeleiteten häuslichen Beatmung
- 8-717 Einstellung einer nasalen oder oronasalen Überdrucktherapie bei schlafbezogenen Atemstörungen**  
*Inkl.:* CPAP-Therapie, Bi-Level-Therapie, Auto-CPAP-Therapie  
*Hinw.:* Eine diagnostische Polysomnographie ist gesondert zu kodieren (1-790)
- 8-717.0 Ersteinstellung
- 8-717.1 Kontrolle oder Optimierung einer früher eingeleiteten nasalen oder oronasalen Überdrucktherapie

- 8-719 Zusatzinformationen zur maschinellen Beatmung**  
 8-719.0 Anwendung der neural regulierten Beatmungsunterstützung [NAVA – Neurally Adjusted Ventilatory Assist]  
*Inkl.:* Einlage einer gastralen Spezialsonde

## **8-72 Sauerstoffzufuhr**

- 8-720 Sauerstoffzufuhr bei Neugeborenen**  
*Hinw.:* Dieser Kode ist nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben  
 Er ist nur anzugeben, wenn die Sauerstofftherapie mehr als vier Stunden lang durchgeführt wurde
- 8-721 Hyperbare Oxygenation [HBO]**  
*Hinw.:* Der Kode ist für jede einzelne Behandlung anzugeben
- 8-721.0 Behandlungsdauer bis 145 Minuten ohne Intensivüberwachung  
 8-721.1 Behandlungsdauer bis 145 Minuten mit Intensivüberwachung  
 8-721.2 Behandlungsdauer von 145-280 Minuten mit Intensivüberwachung  
 8-721.3 Behandlungsdauer über 280 Minuten mit Intensivüberwachung  
 8-721.4 Behandlungsdauer von 145-280 Minuten ohne Intensivüberwachung  
 8-721.x Sonstige  
 8-721.y N.n.bez.

## **Maßnahmen im Rahmen der Reanimation (8-77...8-77)**

### **8-77 Maßnahmen im Rahmen der Reanimation**

- 8-771 Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation**  
*Inkl.:* Maßnahmen für die Atmung
- 8-772 Operative Reanimation**
- 8-779 Andere Reanimationsmaßnahmen**

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

### **8-80 Transfusion von Blutzellen**

*Exkl.:* Intrauterine Transfusion (5-754.0)

- 8-800 Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat**  
*Inkl.:* Bedside-Test  
*Hinw.:* Für Einzeltransfusionen gleichen Typs ist nur ein Kode pro stationären Aufenthalt anzugeben  
 Die Eigenblutspende ist gesondert zu kodieren (8-803.0)
- 8-800.0 Vollblut, 1-5 TE  
 8-800.1 Vollblut, mehr als 5 TE  
*Inkl.:* Massentransfusion
- 8-800.6 Patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate  
*Hinw.:* Mit einem Kode aus diesem Bereich sind spezifisch hergestellte Thrombozytenkonzentrate für Patienten mit Verdacht auf bzw. Nachweis von thrombozytenspezifischen oder HLA-Antikörpern zu kodieren
- .60 1 patientenbezogenes Thrombozytenkonzentrat  
 .61 2 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate  
 .62 3 bis unter 5 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate  
 .63 5 bis unter 7 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate

- .64 7 bis unter 9 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate
- .65 9 bis unter 11 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate
- .66 11 bis unter 13 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate
- .67 13 bis unter 15 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate
- .68 15 bis unter 17 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate
- .69 17 bis unter 19 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate
- .6a 19 bis unter 23 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate
- .6b 23 bis unter 27 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate
- .6c 27 bis unter 31 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate
- .6d 31 bis unter 35 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate
- .6e 35 bis unter 39 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate
- .6g 39 bis unter 43 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate
- .6h 43 bis unter 47 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate
- .6j 47 bis unter 51 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate
- .6k 51 bis unter 55 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate
- .6m 55 bis unter 59 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate
- .6n 59 bis unter 63 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate
- .6p 63 bis unter 67 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate
- .6q 67 bis unter 71 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate
- .6r 71 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate und mehr

8-800.c Erythrozytenkonzentrat

- .c0 1 TE bis unter 6 TE
- .c1 6 TE bis unter 11 TE
- .c2 11 TE bis unter 16 TE
- .c3 16 TE bis unter 24 TE
- .c4 24 TE bis unter 32 TE
- .c5 32 TE bis unter 40 TE
- .c6 40 TE bis unter 48 TE
- .c7 48 TE bis unter 56 TE
- .c8 56 TE bis unter 64 TE
- .c9 64 TE bis unter 72 TE
- .ca 72 TE bis unter 80 TE
- .cb 80 TE bis unter 88 TE
- .cc 88 TE bis unter 104 TE
- .cd 104 TE bis unter 120 TE
- .ce 120 TE bis unter 136 TE
- .cf 136 TE bis unter 152 TE
- .cg 152 TE bis unter 168 TE
- .ch 168 TE bis unter 184 TE
- .cj 184 TE bis unter 200 TE
- .ck 200 TE bis unter 216 TE
- .cm 216 TE bis unter 232 TE
- .cn 232 TE bis unter 248 TE
- .cp 248 TE bis unter 264 TE
- .cq 264 TE bis unter 280 TE
- .cr 280 TE und mehr

8-800.d Pathogeninaktiviertes Apherese-Thrombozytenkonzentrat

- .d0 1 pathogeninaktiviertes Apherese-Thrombozytenkonzentrat
- .d1 2 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
- .d2 3 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
- .d3 4 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
- .d4 5 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
- .d5 6 bis unter 8 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
- .d6 8 bis unter 10 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
- .d7 10 bis unter 12 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
- .d8 12 bis unter 14 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
- .d9 14 bis unter 16 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
- .da 16 bis unter 18 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate

- .db 18 bis unter 20 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
- .dc 20 bis unter 24 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
- .dd 24 bis unter 28 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
- .de 28 bis unter 32 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
- .df 32 bis unter 36 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
- .dg 36 bis unter 40 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
- .dh 40 bis unter 46 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
- .dj 46 bis unter 52 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
- .dk 52 bis unter 58 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
- .dm 58 bis unter 64 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
- .dn 64 bis unter 70 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
- .dp 70 bis unter 78 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
- .dq 78 bis unter 86 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
- .dr 86 bis unter 94 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
- .ds 94 bis unter 102 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
- .dt 102 bis unter 110 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
- .du 110 bis unter 118 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
- .dv 118 bis unter 126 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
- .dw 126 und mehr pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate

#### 8-800.f Apherese-Thrombozytenkonzentrat

- .f0 1 Apherese-Thrombozytenkonzentrat
- .f1 2 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
- .f2 3 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
- .f3 4 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
- .f4 5 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
- .f5 6 bis unter 8 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
- .f6 8 bis unter 10 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
- .f7 10 bis unter 12 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
- .f8 12 bis unter 14 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
- .f9 14 bis unter 16 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
- .fa 16 bis unter 18 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
- .fb 18 bis unter 20 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
- .fc 20 bis unter 24 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
- .fd 24 bis unter 28 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
- .fe 28 bis unter 32 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
- .ff 32 bis unter 36 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
- .fg 36 bis unter 40 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
- .fh 40 bis unter 46 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
- .fj 46 bis unter 52 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
- .fk 52 bis unter 58 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
- .fm 58 bis unter 64 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
- .fn 64 bis unter 70 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
- .fp 70 bis unter 78 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
- .fq 78 bis unter 86 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
- .fr 86 bis unter 94 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
- .fs 94 bis unter 102 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
- .ft 102 bis unter 110 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
- .fu 110 bis unter 118 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
- .fv 118 bis unter 126 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
- .fw 126 und mehr Apherese-Thrombozytenkonzentrate

#### 8-800.g Thrombozytenkonzentrat

*Hinw.:* 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  $2 \times 10^{11}$  Thrombozyten/Einheit ist zu beachten

- .g0 1 Thrombozytenkonzentrat
- .g1 2 Thrombozytenkonzentrate
- .g2 3 Thrombozytenkonzentrate
- .g3 4 Thrombozytenkonzentrate

- .g4 5 Thrombozytenkonzentrate
- .g5 6 bis unter 8 Thrombozytenkonzentrate
- .g6 8 bis unter 10 Thrombozytenkonzentrate
- .g7 10 bis unter 12 Thrombozytenkonzentrate
- .g8 12 bis unter 14 Thrombozytenkonzentrate
- .g9 14 bis unter 16 Thrombozytenkonzentrate
- .ga 16 bis unter 18 Thrombozytenkonzentrate
- .gb 18 bis unter 20 Thrombozytenkonzentrate
- .gc 20 bis unter 24 Thrombozytenkonzentrate
- .gd 24 bis unter 28 Thrombozytenkonzentrate
- .ge 28 bis unter 32 Thrombozytenkonzentrate
- .gf 32 bis unter 36 Thrombozytenkonzentrate
- .gg 36 bis unter 40 Thrombozytenkonzentrate
- .gh 40 bis unter 46 Thrombozytenkonzentrate
- .gj 46 bis unter 52 Thrombozytenkonzentrate
- .gk 52 bis unter 58 Thrombozytenkonzentrate
- .gm 58 bis unter 64 Thrombozytenkonzentrate
- .gn 64 bis unter 70 Thrombozytenkonzentrate
- .gp 70 bis unter 78 Thrombozytenkonzentrate
- .gq 78 bis unter 86 Thrombozytenkonzentrate
- .gr 86 bis unter 94 Thrombozytenkonzentrate
- .gs 94 bis unter 102 Thrombozytenkonzentrate
- .gt 102 bis unter 110 Thrombozytenkonzentrate
- .gu 110 bis unter 118 Thrombozytenkonzentrate
- .gv 118 bis unter 126 Thrombozytenkonzentrate
- .gw 126 und mehr Thrombozytenkonzentrate

8-800.h Pathogeninaktiviertes Thrombozytenkonzentrat

*Hinw.:* 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  $2 \times 10^{11}$  Thrombozyten/Einheit ist zu beachten

- .h0 1 pathogeninaktiviertes Thrombozytenkonzentrat
- .h1 2 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
- .h2 3 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
- .h3 4 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
- .h4 5 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
- .h5 6 bis unter 8 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
- .h6 8 bis unter 10 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
- .h7 10 bis unter 12 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
- .h8 12 bis unter 14 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
- .h9 14 bis unter 16 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
- .ha 16 bis unter 18 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
- .hb 18 bis unter 20 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
- .hc 20 bis unter 24 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
- .hd 24 bis unter 28 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
- .he 28 bis unter 32 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
- .hf 32 bis unter 36 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
- .hg 36 bis unter 40 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
- .hh 40 bis unter 46 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
- .hj 46 bis unter 52 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
- .hk 52 bis unter 58 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
- .hm 58 bis unter 64 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
- .hn 64 bis unter 70 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
- .hp 70 bis unter 78 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
- .hq 78 bis unter 86 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
- .hr 86 bis unter 94 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
- .hs 94 bis unter 102 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
- .ht 102 bis unter 110 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
- .hu 110 bis unter 118 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
- .hv 118 bis unter 126 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate

- .hw 126 und mehr pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
- 8-800.x Sonstige
- 8-800.y N.n.bez.
- 8-801 Austauschtransfusion**
- 8-802 Transfusion von Leukozyten**  
*Hinw.:* Für Einzeltransfusionen gleichen Typs ist nur ein Kode pro stationären Aufenthalt anzugeben
- 8-802.2 Lymphozyten, 1-5 TE
- 8-802.3 Lymphozyten, mehr als 5 TE
- 8-802.4 Lymphozyten vom gleichen Spender nach Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen
- .40 Ohne In-vitro-Aufbereitung
- .41 Mit In-vitro-Aufbereitung
- 8-802.5 Leukozyten nach Ex-vivo-Kultur
- .50 T-Zellen
- .51 Natural-Killer-Zellen (NK-Zellen)
- .52 Dendritische Zellen  
*Exkl.:* Lokale Applikation von dendritischen Zellen (8-861.1)
- .5x Sonstige
- 8-802.6 Granulozyten
- .60 1 Granulozytenkonzentrat
- .61 2 Granulozytenkonzentrate
- .62 3 bis unter 5 Granulozytenkonzentrate
- .63 5 bis unter 7 Granulozytenkonzentrate
- .64 7 bis unter 9 Granulozytenkonzentrate
- .65 9 bis unter 11 Granulozytenkonzentrate
- .66 11 bis unter 13 Granulozytenkonzentrate
- .67 13 bis unter 15 Granulozytenkonzentrate
- .68 15 bis unter 17 Granulozytenkonzentrate
- .69 17 bis unter 19 Granulozytenkonzentrate
- .6a 19 bis unter 21 Granulozytenkonzentrate
- .6b 21 Granulozytenkonzentrate und mehr
- 8-802.x Sonstige
- 8-802.y N.n.bez.
- 8-803 Gewinnung und Transfusion von Eigenblut**  
*Hinw.:* Ein Kode aus diesem Bereich ist jeweils nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben
- 8-803.0 Eigenblutspende  
*Inkl.:* Retransfusion
- 8-803.1 Normovolämische Hämodilution im Rahmen einer Operation
- 8-803.2 Maschinelle Autotransfusion (Cell-Saver) ohne Bestrahlung
- 8-803.3 Maschinelle Autotransfusion (Cell-Saver) mit Bestrahlung
- 8-803.x Sonstige
- 8-803.y N.n.bez.
- 8-805 Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen**  
*Exkl.:* Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen aus dem Knochenmark (5-411) Autogene Stammzelltherapie (8-860)  
*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.)
- 8-805.0 Autogen
- .00 Ohne In-vitro-Aufbereitung
- .03 Nach In-vitro-Aufbereitung

- 8-805.2 Allogen, nicht HLA-identisch, verwandter Spender
  - .24 Nach In-vitro-Aufbereitung bei Differenz in 1 Antigen
  - .25 Nach In-vitro-Aufbereitung bei Differenz in 2-3 Antigenen (haploident)
  - .26 Ohne In-vitro-Aufbereitung bei Differenz in 1 Antigen
  - .27 Ohne In-vitro-Aufbereitung bei Differenz in 2-3 Antigenen (haploident)
- 8-805.3 Allogen, nicht HLA-identisch, nicht verwandter Spender
  - .30 Ohne In-vitro-Aufbereitung
  - .32 Nach In-vitro-Aufbereitung
- 8-805.4 Allogen, HLA-identisch, verwandter Spender
  - .40 Ohne In-vitro-Aufbereitung
  - .42 Nach In-vitro-Aufbereitung
- 8-805.5 Allogen, HLA-identisch, nicht verwandter Spender
  - .50 Ohne In-vitro-Aufbereitung
  - .52 Nach In-vitro-Aufbereitung
- 8-805.6 Stammzellboost nach erfolgter Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen
  - .60 Ohne In-vitro-Aufbereitung
  - .62 Nach In-vitro-Aufbereitung
- 8-805.7 Retransfusion während desselben stationären Aufenthalts
 

*Hinw.:* Eine Retransfusion meint nicht die fraktionierte Gabe eines Transplantats über mehrere Tage verteilt. Mit diesem Code ist nur eine komplett neue Transfusion hämatopoetischer Stammzellen nach Versagen der vorherigen Transplantation während desselben stationären Aufenthalts 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
- 8-805.x Sonstige
- 8-805.y N.n.bez.

## **8-81 Transfusion von Plasma, Plasmabestandteilen und Infusion von Volumenersatzmitteln**

*Hinw.:* Ein Code aus diesem Bereich ist jeweils nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben. Einzeltransfusionen gleichen Typs sind zu addieren

- 8-810 Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen**

*Exkl.:* Plasmabestandteile und genetisch hergestellte Plasmaproteine, die unter 8-812 aufgeführt sind
- 8-810.6 Rekombinanter aktivierter Faktor VII
  - .63 Bis unter 25 kIE
  - .64 25 kIE bis unter 50 kIE
  - .65 50 kIE bis unter 100 kIE
  - .66 100 kIE bis unter 200 kIE
  - .67 200 kIE bis unter 300 kIE
  - .68 300 kIE bis unter 400 kIE
  - .69 400 kIE bis unter 500 kIE
  - .6a 500 kIE bis unter 1.000 kIE
  - .6b 1.000 kIE bis unter 1.500 kIE
  - .6c 1.500 kIE bis unter 2.000 kIE
  - .6d 2.000 kIE bis unter 2.500 kIE
  - .6e 2.500 kIE bis unter 3.000 kIE
  - .6f 3.000 kIE bis unter 4.000 kIE
  - .6g 4.000 kIE bis unter 5.000 kIE
  - .6h 5.000 kIE bis unter 6.000 kIE
  - .6j 6.000 kIE bis unter 7.000 kIE
  - .6k 7.000 kIE bis unter 8.000 kIE
  - .6m 8.000 kIE bis unter 9.000 kIE
  - .6n 9.000 kIE bis unter 10.000 kIE
  - .6p 10.000 kIE bis unter 15.000 kIE

- .6q 15.000 KIE bis unter 20.000 KIE
- .6r 20.000 KIE bis unter 25.000 KIE
- .6s 25.000 KIE bis unter 30.000 KIE
- .6t 30.000 KIE und mehr

**8-810.7 Plasmatischer Faktor VII**

- .73 Bis unter 500 Einheiten
- .74 500 Einheiten bis unter 1.000 Einheiten
- .75 1.000 Einheiten bis unter 1.500 Einheiten
- .76 1.500 Einheiten bis unter 2.000 Einheiten
- .77 2.000 Einheiten bis unter 2.500 Einheiten
- .78 2.500 Einheiten bis unter 3.000 Einheiten
- .79 3.000 Einheiten bis unter 4.000 Einheiten
- .7a 4.000 Einheiten bis unter 5.000 Einheiten
- .7b 5.000 Einheiten bis unter 6.000 Einheiten
- .7c 6.000 Einheiten bis unter 7.000 Einheiten
- .7d 7.000 Einheiten bis unter 8.000 Einheiten
- .7e 8.000 Einheiten bis unter 9.000 Einheiten
- .7f 9.000 Einheiten bis unter 10.000 Einheiten
- .7g 10.000 Einheiten bis unter 15.000 Einheiten
- .7h 15.000 Einheiten bis unter 20.000 Einheiten
- .7j 20.000 Einheiten bis unter 25.000 Einheiten
- .7k 25.000 Einheiten bis unter 30.000 Einheiten
- .7m 30.000 Einheiten und mehr

**8-810.8 Rekombinanter Faktor VIII**

- .83 Bis unter 500 Einheiten
- .84 500 Einheiten bis unter 1.000 Einheiten
- .85 1.000 Einheiten bis unter 2.000 Einheiten
- .86 2.000 Einheiten bis unter 3.000 Einheiten
- .87 3.000 Einheiten bis unter 4.000 Einheiten
- .88 4.000 Einheiten bis unter 5.000 Einheiten
- .89 5.000 Einheiten bis unter 10.000 Einheiten
- .8a 10.000 Einheiten bis unter 15.000 Einheiten
- .8b 15.000 Einheiten bis unter 20.000 Einheiten
- .8c 20.000 Einheiten bis unter 25.000 Einheiten
- .8d 25.000 Einheiten bis unter 30.000 Einheiten
- .8e 30.000 Einheiten bis unter 35.000 Einheiten
- .8f 35.000 Einheiten bis unter 40.000 Einheiten
- .8g 40.000 Einheiten bis unter 45.000 Einheiten
- .8h 45.000 Einheiten bis unter 50.000 Einheiten
- .8j 50.000 Einheiten bis unter 60.000 Einheiten
- .8k 60.000 Einheiten bis unter 70.000 Einheiten
- .8m 70.000 Einheiten bis unter 80.000 Einheiten
- .8n 80.000 Einheiten bis unter 90.000 Einheiten
- .8p 90.000 Einheiten bis unter 100.000 Einheiten
- .8q 100.000 Einheiten und mehr

**8-810.9 Plasmatischer Faktor VIII**

- .93 Bis unter 500 Einheiten
- .94 500 Einheiten bis unter 1.000 Einheiten
- .95 1.000 Einheiten bis unter 2.000 Einheiten
- .96 2.000 Einheiten bis unter 3.000 Einheiten
- .97 3.000 Einheiten bis unter 4.000 Einheiten
- .98 4.000 Einheiten bis unter 5.000 Einheiten
- .99 5.000 Einheiten bis unter 10.000 Einheiten
- .9a 10.000 Einheiten bis unter 15.000 Einheiten
- .9b 15.000 Einheiten bis unter 20.000 Einheiten
- .9c 20.000 Einheiten bis unter 25.000 Einheiten
- .9d 25.000 Einheiten bis unter 30.000 Einheiten
- .9e 30.000 Einheiten bis unter 35.000 Einheiten

- .9f 35.000 Einheiten bis unter 40.000 Einheiten
- .9g 40.000 Einheiten bis unter 45.000 Einheiten
- .9h 45.000 Einheiten bis unter 50.000 Einheiten
- .9j 50.000 Einheiten bis unter 60.000 Einheiten
- .9k 60.000 Einheiten bis unter 70.000 Einheiten
- .9m 70.000 Einheiten bis unter 80.000 Einheiten
- .9n 80.000 Einheiten bis unter 90.000 Einheiten
- .9p 90.000 Einheiten bis unter 100.000 Einheiten
- .9q 100.000 Einheiten und mehr

**8-810.a Rekombinanter Faktor IX**

- .a3 Bis unter 500 Einheiten
- .a4 500 Einheiten bis unter 1.000 Einheiten
- .a5 1.000 Einheiten bis unter 2.000 Einheiten
- .a6 2.000 Einheiten bis unter 3.000 Einheiten
- .a7 3.000 Einheiten bis unter 4.000 Einheiten
- .a8 4.000 Einheiten bis unter 5.000 Einheiten
- .a9 5.000 Einheiten bis unter 10.000 Einheiten
- .aa 10.000 Einheiten bis unter 15.000 Einheiten
- .ab 15.000 Einheiten bis unter 20.000 Einheiten
- .ac 20.000 Einheiten bis unter 25.000 Einheiten
- .ad 25.000 Einheiten bis unter 30.000 Einheiten
- .ae 30.000 Einheiten bis unter 35.000 Einheiten
- .af 35.000 Einheiten bis unter 40.000 Einheiten
- .ag 40.000 Einheiten bis unter 45.000 Einheiten
- .ah 45.000 Einheiten bis unter 50.000 Einheiten
- .aj 50.000 Einheiten bis unter 60.000 Einheiten
- .ak 60.000 Einheiten bis unter 70.000 Einheiten
- .am 70.000 Einheiten bis unter 80.000 Einheiten
- .an 80.000 Einheiten bis unter 90.000 Einheiten
- .ap 90.000 Einheiten bis unter 100.000 Einheiten
- .aq 100.000 Einheiten und mehr

**8-810.b Plasmatischer Faktor IX**

- .b3 Bis unter 500 Einheiten
- .b4 500 Einheiten bis unter 1.000 Einheiten
- .b5 1.000 Einheiten bis unter 2.000 Einheiten
- .b6 2.000 Einheiten bis unter 3.000 Einheiten
- .b7 3.000 Einheiten bis unter 4.000 Einheiten
- .b8 4.000 Einheiten bis unter 5.000 Einheiten
- .b9 5.000 Einheiten bis unter 10.000 Einheiten
- .ba 10.000 Einheiten bis unter 15.000 Einheiten
- .bb 15.000 Einheiten bis unter 20.000 Einheiten
- .bc 20.000 Einheiten bis unter 25.000 Einheiten
- .bd 25.000 Einheiten bis unter 30.000 Einheiten
- .be 30.000 Einheiten bis unter 35.000 Einheiten
- .bf 35.000 Einheiten bis unter 40.000 Einheiten
- .bg 40.000 Einheiten bis unter 45.000 Einheiten
- .bh 45.000 Einheiten bis unter 50.000 Einheiten
- .bj 50.000 Einheiten bis unter 60.000 Einheiten
- .bk 60.000 Einheiten bis unter 70.000 Einheiten
- .bm 70.000 Einheiten bis unter 80.000 Einheiten
- .bn 80.000 Einheiten bis unter 90.000 Einheiten
- .bp 90.000 Einheiten bis unter 100.000 Einheiten
- .bq 100.000 Einheiten und mehr

**8-810.c FEIBA - Prothrombinkomplex mit Faktor-VIII-Inhibitor-Bypass-Aktivität**

- .c3 Bis unter 500 Einheiten
- .c4 500 Einheiten bis unter 1.000 Einheiten
- .c5 1.000 Einheiten bis unter 2.000 Einheiten
- .c6 2.000 Einheiten bis unter 3.000 Einheiten

- .c7 3.000 Einheiten bis unter 4.000 Einheiten
- .c8 4.000 Einheiten bis unter 5.000 Einheiten
- .c9 5.000 Einheiten bis unter 10.000 Einheiten
- .ca 10.000 Einheiten bis unter 15.000 Einheiten
- .cb 15.000 Einheiten bis unter 20.000 Einheiten
- .cc 20.000 Einheiten bis unter 25.000 Einheiten
- .cd 25.000 Einheiten bis unter 30.000 Einheiten
- .ce 30.000 Einheiten bis unter 35.000 Einheiten
- .cf 35.000 Einheiten bis unter 40.000 Einheiten
- .cg 40.000 Einheiten bis unter 45.000 Einheiten
- .ch 45.000 Einheiten bis unter 50.000 Einheiten
- .cj 50.000 Einheiten bis unter 60.000 Einheiten
- .ck 60.000 Einheiten bis unter 70.000 Einheiten
- .cm 70.000 Einheiten bis unter 80.000 Einheiten
- .cn 80.000 Einheiten bis unter 90.000 Einheiten
- .cp 90.000 Einheiten bis unter 100.000 Einheiten
- .cq 100.000 Einheiten und mehr

**8-810.d Von-Willebrand-Faktor**

- .d3 Bis unter 500 Einheiten
- .d4 500 Einheiten bis unter 1.000 Einheiten
- .d5 1.000 Einheiten bis unter 2.000 Einheiten
- .d6 2.000 Einheiten bis unter 3.000 Einheiten
- .d7 3.000 Einheiten bis unter 4.000 Einheiten
- .d8 4.000 Einheiten bis unter 5.000 Einheiten
- .d9 5.000 Einheiten bis unter 10.000 Einheiten
- .da 10.000 Einheiten bis unter 15.000 Einheiten
- .db 15.000 Einheiten bis unter 20.000 Einheiten
- .dc 20.000 Einheiten bis unter 25.000 Einheiten
- .dd 25.000 Einheiten bis unter 30.000 Einheiten
- .de 30.000 Einheiten bis unter 35.000 Einheiten
- .df 35.000 Einheiten bis unter 40.000 Einheiten
- .dg 40.000 Einheiten bis unter 45.000 Einheiten
- .dh 45.000 Einheiten bis unter 50.000 Einheiten
- .dj 50.000 Einheiten bis unter 60.000 Einheiten
- .dk 60.000 Einheiten bis unter 70.000 Einheiten
- .dm 70.000 Einheiten bis unter 80.000 Einheiten
- .dn 80.000 Einheiten bis unter 90.000 Einheiten
- .dp 90.000 Einheiten bis unter 100.000 Einheiten
- .dq 100.000 Einheiten und mehr

**8-810.e Faktor XIII**

- .e5 Bis unter 250 Einheiten
- .e6 250 Einheiten bis unter 500 Einheiten
- .e7 500 Einheiten bis unter 1.000 Einheiten
- .e8 1.000 Einheiten bis unter 2.000 Einheiten
- .e9 2.000 Einheiten bis unter 3.000 Einheiten
- .ea 3.000 Einheiten bis unter 4.000 Einheiten
- .eb 4.000 Einheiten bis unter 5.000 Einheiten
- .ec 5.000 Einheiten bis unter 10.000 Einheiten
- .ed 10.000 Einheiten bis unter 15.000 Einheiten
- .ee 15.000 Einheiten bis unter 20.000 Einheiten
- .ef 20.000 Einheiten bis unter 25.000 Einheiten
- .eg 25.000 Einheiten bis unter 30.000 Einheiten
- .eh 30.000 Einheiten bis unter 35.000 Einheiten
- .ej 35.000 Einheiten bis unter 40.000 Einheiten
- .ek 40.000 Einheiten bis unter 45.000 Einheiten
- .em 45.000 Einheiten bis unter 50.000 Einheiten
- .en 50.000 Einheiten bis unter 60.000 Einheiten
- .ep 60.000 Einheiten bis unter 70.000 Einheiten

- .eq 70.000 Einheiten bis unter 80.000 Einheiten
- .er 80.000 Einheiten bis unter 90.000 Einheiten
- .es 90.000 Einheiten bis unter 100.000 Einheiten
- .et 100.000 Einheiten und mehr

**8-810.g Antithrombin III**

- .g1 2.000 IE bis unter 3.500 IE  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben
- .g2 3.500 IE bis unter 5.000 IE  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben
- .g3 5.000 IE bis unter 7.000 IE  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben
- .g4 7.000 IE bis unter 10.000 IE
- .g5 10.000 IE bis unter 15.000 IE
- .g6 15.000 IE bis unter 20.000 IE
- .g7 20.000 IE bis unter 25.000 IE
- .g8 25.000 IE bis unter 30.000 IE
- .ga 30.000 IE bis unter 40.000 IE
- .gb 40.000 IE bis unter 50.000 IE
- .gc 50.000 IE bis unter 60.000 IE
- .gd 60.000 IE bis unter 70.000 IE
- .ge 70.000 IE bis unter 90.000 IE
- .gf 90.000 IE bis unter 110.000 IE
- .gg 110.000 IE bis unter 130.000 IE
- .gh 130.000 IE bis unter 150.000 IE
- .gj 150.000 IE und mehr

**8-810.h C1-Esteraseinhibitor**

- .h3 500 Einheiten bis unter 1.000 Einheiten
- .h4 1.000 Einheiten bis unter 1.500 Einheiten
- .h5 1.500 Einheiten bis unter 2.000 Einheiten
- .h6 2.000 Einheiten bis unter 2.500 Einheiten
- .h7 2.500 Einheiten bis unter 3.000 Einheiten
- .h8 3.000 Einheiten bis unter 4.000 Einheiten
- .h9 4.000 Einheiten bis unter 5.000 Einheiten
- .ha 5.000 Einheiten bis unter 6.000 Einheiten
- .hb 6.000 Einheiten bis unter 7.000 Einheiten
- .hc 7.000 Einheiten bis unter 9.000 Einheiten
- .hd 9.000 Einheiten bis unter 11.000 Einheiten
- .he 11.000 Einheiten und mehr

**8-810.j Fibrinogenkonzentrat**

- .j3 Bis unter 1,0 g
- .j4 1,0 g bis unter 2,0 g
- .j5 2,0 g bis unter 3,0 g
- .j6 3,0 g bis unter 4,0 g
- .j7 4,0 g bis unter 5,0 g
- .j8 5,0 g bis unter 6,0 g
- .j9 6,0 g bis unter 7,0 g
- .ja 7,0 g bis unter 8,0 g
- .jb 8,0 g bis unter 9,0 g
- .jc 9,0 g bis unter 10,0 g
- .jd 10,0 g bis unter 12,5 g
- .je 12,5 g bis unter 15,0 g
- .jf 15,0 g bis unter 17,5 g
- .jg 17,5 g bis unter 20,0 g
- .jh 20,0 g bis unter 25,0 g
- .jj 25,0 g bis unter 30,0 g
- .jk 30,0 g bis unter 35,0 g
- .jm 35,0 g bis unter 40,0 g
- .jn 40,0 g bis unter 50,0 g

- .jp 50,0 g bis unter 60,0 g  
.jq 60,0 g bis unter 70,0 g  
.jr 70,0 g bis unter 80,0 g  
.js 80,0 g bis unter 90,0 g  
.jt 90,0 g bis unter 100,0 g  
.ju 100,0 g und mehr
- 8-810.q Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Hepatitis-B-surface-Antigen (HBsAg)**
- .q0 2.000 IE bis unter 4.000 IE  
.q1 4.000 IE bis unter 6.000 IE  
.q2 6.000 IE bis unter 8.000 IE  
.q3 8.000 IE bis unter 10.000 IE  
.q4 10.000 IE bis unter 12.000 IE  
.q5 12.000 IE bis unter 14.000 IE  
.q6 14.000 IE bis unter 16.000 IE  
.q7 16.000 IE bis unter 18.000 IE  
.q8 18.000 IE bis unter 20.000 IE  
.q9 20.000 IE bis unter 22.000 IE  
.qa 22.000 IE bis unter 24.000 IE  
.qb 24.000 IE bis unter 28.000 IE  
.qc 28.000 IE bis unter 32.000 IE  
.qd 32.000 IE bis unter 36.000 IE  
.qe 36.000 IE bis unter 40.000 IE  
.qf 40.000 IE bis unter 46.000 IE  
.qg 46.000 IE bis unter 52.000 IE  
.qh 52.000 IE bis unter 58.000 IE  
.qj 58.000 IE bis unter 64.000 IE  
.qk 64.000 IE und mehr
- 8-810.s Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Zytomegalie-Virus (CMV)**
- .s0 1,0 g bis unter 2,0 g  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 5 Jahren anzugeben  
.s1 2,0 g bis unter 3,0 g  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 5 Jahren anzugeben  
.s2 3,0 g bis unter 5,0 g  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 5 Jahren anzugeben  
.s3 5,0 g bis unter 7,5 g  
.s4 7,5 g bis unter 10,0 g  
.s5 10,0 g bis unter 12,5 g  
.s6 12,5 g bis unter 15,0 g  
.s7 15,0 g bis unter 20,0 g  
.s8 20,0 g bis unter 25,0 g  
.s9 25,0 g bis unter 30,0 g  
.sa 30,0 g bis unter 35,0 g  
.sb 35,0 g bis unter 40,0 g  
.sc 40,0 g bis unter 45,0 g  
.sd 45,0 g bis unter 50,0 g  
.se 50,0 g und mehr
- 8-810.t Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Varicella-Zoster-Virus (VZV)**
- .t0 250 IE bis unter 500 IE  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben  
.t1 500 IE bis unter 750 IE  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben  
.t2 750 IE bis unter 1.000 IE  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben  
.t3 1.000 IE bis unter 1.500 IE  
.t4 1.500 IE bis unter 2.000 IE  
.t5 2.000 IE bis unter 2.500 IE  
.t6 2.500 IE bis unter 3.000 IE  
.t7 3.000 IE bis unter 3.500 IE

- .t8 3.500 IE bis unter 4.000 IE
- .t9 4.000 IE bis unter 5.000 IE
- .ta 5.000 IE bis unter 6.000 IE
- .tb 6.000 IE bis unter 7.000 IE
- .tc 7.000 IE bis unter 8.000 IE
- .td 8.000 IE und mehr

**8-810.w Human-Immunglobulin, polyvalent**

- .w0 2,5 g bis unter 5 g  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben
- .w1 5 g bis unter 10 g  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben
- .w2 10 g bis unter 15 g
- .w3 15 g bis unter 25 g
- .w4 25 g bis unter 35 g
- .w5 35 g bis unter 45 g
- .w6 45 g bis unter 55 g
- .w7 55 g bis unter 65 g
- .w8 65 g bis unter 75 g
- .w9 75 g bis unter 85 g
- .wa 85 g bis unter 105 g
- .wb 105 g bis unter 125 g
- .wc 125 g bis unter 145 g
- .wd 145 g bis unter 165 g
- .we 165 g bis unter 185 g
- .wf 185 g bis unter 205 g
- .wg 205 g bis unter 225 g
- .wh 225 g bis unter 245 g
- .wj 245 g bis unter 285 g
- .wk 285 g bis unter 325 g
- .wm 325 g bis unter 365 g
- .wn 365 g bis unter 445 g
- .wp 445 g bis unter 525 g
- .wq 525 g bis unter 605 g
- .wr 605 g bis unter 685 g
- .ws 685 g bis unter 765 g
- .wt 765 g bis unter 845 g
- .wu 845 g und mehr

8-810.x Sonstige

8-810.y N.n.bez.

**8-811 Infusion von Volumenersatzmitteln bei Neugeborenen**

8-811.0 Einzelinfusion (1-5 Einheiten)

8-811.1 Masseninfusion (> 5 Einheiten)

8-811.x Sonstige

8-811.y N.n.bez.

**8-812 Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen**

*Exkl.:* Plasmabestandteile und genetisch hergestellte Plasmaproteine, die unter 8-810 aufgeführt sind

8-812.0 Alpha-1-Proteinaseninhibitor human, parenteral

- .00 600 mg bis unter 1.200 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben
- .01 1.200 mg bis unter 1.800 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben
- .02 1.800 mg bis unter 2.400 mg  
*Hinw.:* Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben
- .03 2.400 mg bis unter 3.000 mg

- .04 3.000 mg bis unter 3.600 mg
- .05 3.600 mg bis unter 4.200 mg
- .06 4.200 mg bis unter 4.800 mg
- .07 4.800 mg bis unter 5.400 mg
- .08 5.400 mg bis unter 6.000 mg
- .09 6.000 mg bis unter 7.200 mg
- .0a 7.200 mg bis unter 8.400 mg
- .0b 8.400 mg bis unter 9.600 mg
- .0c 9.600 mg bis unter 10.800 mg
- .0d 10.800 mg bis unter 13.200 mg
- .0e 13.200 mg bis unter 15.600 mg
- .0f 15.600 mg bis unter 18.000 mg
- .0g 18.000 mg bis unter 20.400 mg
- .0h 20.400 mg bis unter 22.800 mg
- .0j 22.800 mg bis unter 25.200 mg
- .0k 25.200 mg bis unter 27.600 mg
- .0m 27.600 mg bis unter 30.000 mg
- .0n 30.000 mg bis unter 34.800 mg
- .0p 34.800 mg bis unter 39.600 mg
- .0q 39.600 mg und mehr

#### 8-812.1 Interferon alfa-2a, parenteral

- .10 100 Mio. IE bis unter 125 Mio. IE
- .11 125 Mio. IE bis unter 150 Mio. IE
- .12 150 Mio. IE bis unter 175 Mio. IE
- .13 175 Mio. IE bis unter 200 Mio. IE
- .14 200 Mio. IE bis unter 225 Mio. IE
- .15 225 Mio. IE bis unter 250 Mio. IE
- .16 250 Mio. IE bis unter 275 Mio. IE
- .17 275 Mio. IE bis unter 300 Mio. IE
- .18 300 Mio. IE bis unter 350 Mio. IE
- .19 350 Mio. IE bis unter 400 Mio. IE
- .1a 400 Mio. IE bis unter 450 Mio. IE
- .1b 450 Mio. IE bis unter 500 Mio. IE
- .1c 500 Mio. IE bis unter 600 Mio. IE
- .1d 600 Mio. IE bis unter 700 Mio. IE
- .1e 700 Mio. IE bis unter 800 Mio. IE
- .1f 800 Mio. IE bis unter 900 Mio. IE
- .1g 900 Mio. IE bis unter 1.000 Mio. IE
- .1h 1.000 Mio. IE bis unter 1.100 Mio. IE
- .1j 1.100 Mio. IE bis unter 1.200 Mio. IE
- .1k 1.200 Mio. IE bis unter 1.300 Mio. IE
- .1m 1.300 Mio. IE bis unter 1.400 Mio. IE
- .1n 1.400 Mio. IE und mehr

#### 8-812.2 Interferon alfa-2b, parenteral

- .20 75 Mio. IE bis unter 100 Mio. IE
- .21 100 Mio. IE bis unter 125 Mio. IE
- .22 125 Mio. IE bis unter 150 Mio. IE
- .23 150 Mio. IE bis unter 175 Mio. IE
- .24 175 Mio. IE bis unter 200 Mio. IE
- .25 200 Mio. IE bis unter 225 Mio. IE
- .26 225 Mio. IE bis unter 250 Mio. IE
- .27 250 Mio. IE bis unter 275 Mio. IE
- .28 275 Mio. IE bis unter 300 Mio. IE
- .29 300 Mio. IE bis unter 350 Mio. IE
- .2a 350 Mio. IE bis unter 400 Mio. IE
- .2b 400 Mio. IE bis unter 450 Mio. IE
- .2c 450 Mio. IE bis unter 500 Mio. IE
- .2d 500 Mio. IE bis unter 600 Mio. IE

- .2e 600 Mio. IE bis unter 700 Mio. IE
  - .2f 700 Mio. IE bis unter 800 Mio. IE
  - .2g 800 Mio. IE bis unter 900 Mio. IE
  - .2h 900 Mio. IE bis unter 1.000 Mio. IE
  - .2j 1.000 Mio. IE bis unter 1.100 Mio. IE
  - .2k 1.100 Mio. IE bis unter 1.200 Mio. IE
  - .2m 1.200 Mio. IE bis unter 1.300 Mio. IE
  - .2n 1.300 Mio. IE bis unter 1.400 Mio. IE
  - .2p 1.400 Mio. IE und mehr
- 8-812.3 Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin vom Kaninchen, parenteral
- 8-812.4 Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin vom Pferd, parenteral
- 8-812.5 Prothrombinkomplex
- .50 500 IE bis unter 1.500 IE
  - .51 1.500 IE bis unter 2.500 IE
  - .52 2.500 IE bis unter 3.500 IE
  - .53 3.500 IE bis unter 4.500 IE
  - .54 4.500 IE bis unter 5.500 IE
  - .55 5.500 IE bis unter 6.500 IE
  - .56 6.500 IE bis unter 7.500 IE
  - .57 7.500 IE bis unter 8.500 IE
  - .58 8.500 IE bis unter 9.500 IE
  - .59 9.500 IE bis unter 10.500 IE
  - .5a 10.500 IE bis unter 15.500 IE
  - .5b 15.500 IE bis unter 20.500 IE
  - .5c 20.500 IE bis unter 25.500 IE
  - .5d 25.500 IE bis unter 30.500 IE
  - .5e 30.500 IE und mehr
- 8-812.6 Normales Plasma
- .60 1 TE bis unter 6 TE
  - .61 6 TE bis unter 11 TE
  - .62 11 TE bis unter 21 TE
  - .63 21 TE bis unter 31 TE
  - .64 31 TE und mehr
- 8-812.7 Kryodepletiertes Plasma
- .70 1 TE bis unter 6 TE
  - .71 6 TE bis unter 11 TE
  - .72 11 TE bis unter 21 TE
  - .73 21 TE bis unter 31 TE
  - .74 31 TE und mehr
- 8-812.8 Pathogeninaktiviertes Plasma
- .80 1 TE bis unter 6 TE
  - .81 6 TE bis unter 11 TE
  - .82 11 TE bis unter 21 TE
  - .83 21 TE bis unter 31 TE
  - .84 31 TE und mehr
- 8-812.9 Humanes Protein C, parenteral
- .90 Bis unter 1.000 IE
  - .91 1.000 IE bis unter 2.000 IE
  - .92 2.000 IE bis unter 3.000 IE
  - .93 3.000 IE bis unter 4.000 IE
  - .94 4.000 IE bis unter 5.000 IE
  - .95 5.000 IE bis unter 10.000 IE
  - .96 10.000 IE bis unter 15.000 IE
  - .97 15.000 IE bis unter 20.000 IE
  - .98 20.000 IE bis unter 25.000 IE
  - .99 25.000 IE und mehr

- 8-812.a Plasmatischer Faktor X
- .a0 Bis unter 500 Einheiten
  - .a1 500 Einheiten bis unter 1.000 Einheiten
  - .a2 1.000 Einheiten bis unter 2.000 Einheiten
  - .a3 2.000 Einheiten bis unter 3.000 Einheiten
  - .a4 3.000 Einheiten bis unter 4.000 Einheiten
  - .a5 4.000 Einheiten bis unter 5.000 Einheiten
  - .a6 5.000 Einheiten bis unter 10.000 Einheiten
  - .a7 10.000 Einheiten bis unter 15.000 Einheiten
  - .a8 15.000 Einheiten bis unter 20.000 Einheiten
  - .a9 20.000 Einheiten bis unter 25.000 Einheiten
  - .aa 25.000 Einheiten bis unter 30.000 Einheiten
  - .ab 30.000 Einheiten bis unter 35.000 Einheiten
  - .ac 35.000 Einheiten bis unter 40.000 Einheiten
  - .ad 40.000 Einheiten bis unter 45.000 Einheiten
  - .ae 45.000 Einheiten bis unter 50.000 Einheiten
  - .af 50.000 Einheiten bis unter 60.000 Einheiten
  - .ag 60.000 Einheiten bis unter 70.000 Einheiten
  - .ah 70.000 Einheiten bis unter 80.000 Einheiten
  - .aj 80.000 Einheiten bis unter 90.000 Einheiten
  - .ak 90.000 Einheiten bis unter 100.000 Einheiten
  - .am 100.000 und mehr Einheiten

## **8-82** Plasmapherese und Immunadsorption

- 8-820** **Therapeutische Plasmapherese**  
*Inkl.:* Therapeutische Plasmapherese mit gleichzeitiger Zellapherese

- 8-820.0 Mit normalem Plasma  
*Inkl.:* Therapeutische Plasmapherese mit Albumin

- .00 1 Plasmapherese
- .01 2 Plasmapheresen
- .02 3 Plasmapheresen
- .03 4 Plasmapheresen
- .04 5 Plasmapheresen
- .08 6 Plasmapheresen
- .09 7 Plasmapheresen
- .0a 8 Plasmapheresen
- .0b 9 Plasmapheresen
- .0c 10 Plasmapheresen
- .0d 11 Plasmapheresen
- .0e 12 Plasmapheresen
- .0f 13 Plasmapheresen
- .0g 14 Plasmapheresen
- .0h 15 Plasmapheresen
- .0j 16 bis 17 Plasmapheresen
- .0k 18 bis 19 Plasmapheresen
- .0m 20 bis 21 Plasmapheresen
- .0n 22 bis 23 Plasmapheresen
- .0p 24 bis 25 Plasmapheresen
- .0q 26 bis 28 Plasmapheresen
- .0r 29 bis 31 Plasmapheresen
- .0s 32 bis 34 Plasmapheresen
- .0t 35 bis 39 Plasmapheresen
- .0u 40 bis 44 Plasmapheresen
- .0v 45 bis 49 Plasmapheresen
- .0w 50 und mehr Plasmapheresen

- 8-820.1 Mit kryodepletiertem Plasma
- .10 1 Plasmapherese

- .11 2 Plasmapheresen
- .12 3 Plasmapheresen
- .13 4 Plasmapheresen
- .14 5 Plasmapheresen
- .18 6 Plasmapheresen
- .19 7 Plasmapheresen
- .1a 8 Plasmapheresen
- .1b 9 Plasmapheresen
- .1c 10 Plasmapheresen
- .1d 11 Plasmapheresen
- .1e 12 Plasmapheresen
- .1f 13 Plasmapheresen
- .1g 14 Plasmapheresen
- .1h 15 Plasmapheresen
- .1j 16 bis 17 Plasmapheresen
- .1k 18 bis 19 Plasmapheresen
- .1m 20 bis 21 Plasmapheresen
- .1n 22 bis 23 Plasmapheresen
- .1p 24 bis 25 Plasmapheresen
- .1q 26 bis 28 Plasmapheresen
- .1r 29 bis 31 Plasmapheresen
- .1s 32 bis 34 Plasmapheresen
- .1t 35 bis 39 Plasmapheresen
- .1u 40 bis 44 Plasmapheresen
- .1v 45 bis 49 Plasmapheresen
- .1w 50 und mehr Plasmapheresen

8-820.2 Mit gefrorenem, pathogeninaktiviertem Plasma

*Inkl.:* Therapeutische Plasmapherese mit pathogenreduziertem und zellfreiem  
Apheresefrischplasma vom Einzelspender  
Therapeutische Plasmapherese mit pathogenreduziertem und zellfreiem Poolplasma

- .20 1 Plasmapherese
- .21 2 Plasmapheresen
- .22 3 Plasmapheresen
- .23 4 Plasmapheresen
- .24 5 Plasmapheresen
- .25 6 Plasmapheresen
- .26 7 Plasmapheresen
- .27 8 Plasmapheresen
- .28 9 Plasmapheresen
- .29 10 Plasmapheresen
- .2a 11 Plasmapheresen
- .2b 12 Plasmapheresen
- .2c 13 Plasmapheresen
- .2d 14 Plasmapheresen
- .2e 15 Plasmapheresen
- .2f 16 bis 17 Plasmapheresen
- .2g 18 bis 19 Plasmapheresen
- .2h 20 bis 21 Plasmapheresen
- .2j 22 bis 23 Plasmapheresen
- .2k 24 bis 25 Plasmapheresen
- .2m 26 bis 28 Plasmapheresen
- .2n 29 bis 31 Plasmapheresen
- .2p 32 bis 34 Plasmapheresen
- .2q 35 bis 39 Plasmapheresen
- .2r 40 bis 44 Plasmapheresen
- .2s 45 bis 49 Plasmapheresen
- .2t 50 und mehr Plasmapheresen

- 8-821 Immunadsorption**  
*Hinw.:* Es ist jede durchgeführte Immunadsorption zu kodieren
- 8-821.0 Mit nicht regenerierbarer Säule
- 8-821.1 Mit regenerierbarer Säule
- .10 Ersteinsatz  
*Hinw.:* Dieser Kode ist nur einmal pro therapeutisches Protokoll anzugeben. Jede weitere Anwendung der regenerierbaren Säule ist gesondert zu kodieren (8-821.11)
- .11 Weitere Anwendung
- 8-822 LDL-Apherese**
- 8-823 Zellapherese**  
*Exkl.:* Zellapherese zur Gewinnung von Granulozytenkonzentraten oder Stammzellen  
 Zellapherese mit gleichzeitiger Plasmapherese (8-820)  
 Spezielle Zellaphereseverfahren (8-825)  
*Hinw.:* Mit diesem Kode ist nur die Zellapherese zu therapeutischen Zwecken zu kodieren  
 Es ist jede durchgeführte Zellapherese zu kodieren
- 8-824 Photopherese**  
*Hinw.:* Es ist jede durchgeführte Photopherese zu kodieren
- 8-825 Spezielle Zellaphereseverfahren**  
*Hinw.:* Es ist jede durchgeführte Zellapherese zu kodieren
- 8-825.0 Zellapherese mit Adsorption von Granulozyten und Monozyten an Zellulose-Perlen
- 8-825.1 Zellapherese mit Adsorption von Granulozyten, Monozyten und Lymphozyten in einem Polypropylen-Adsorptionsfilter
- 8-825.x Sonstige
- 8-826 Doppelfiltrationsplasmapherese (DFPP)**
- 8-826.0 Ohne Kryofiltration
- .00 1 Doppelfiltrationsplasmapherese
- .01 2 Doppelfiltrationsplasmapheresen
- .02 3 Doppelfiltrationsplasmapheresen
- .03 4 Doppelfiltrationsplasmapheresen
- .04 5 Doppelfiltrationsplasmapheresen
- .05 6 Doppelfiltrationsplasmapheresen
- .06 7 Doppelfiltrationsplasmapheresen
- .07 8 Doppelfiltrationsplasmapheresen
- .08 9 Doppelfiltrationsplasmapheresen
- .09 10 Doppelfiltrationsplasmapheresen
- .0a 11 Doppelfiltrationsplasmapheresen
- .0b 12 Doppelfiltrationsplasmapheresen
- .0c 13 Doppelfiltrationsplasmapheresen
- .0d 14 Doppelfiltrationsplasmapheresen
- .0e 15 Doppelfiltrationsplasmapheresen
- .0f 16 bis 17 Doppelfiltrationsplasmapheresen
- .0g 18 bis 19 Doppelfiltrationsplasmapheresen
- .0h 20 bis 21 Doppelfiltrationsplasmapheresen
- .0j 22 bis 23 Doppelfiltrationsplasmapheresen
- .0k 24 bis 25 Doppelfiltrationsplasmapheresen
- .0m 26 bis 28 Doppelfiltrationsplasmapheresen
- .0n 29 bis 31 Doppelfiltrationsplasmapheresen
- .0p 32 bis 34 Doppelfiltrationsplasmapheresen
- .0q 35 bis 39 Doppelfiltrationsplasmapheresen
- .0r 40 bis 44 Doppelfiltrationsplasmapheresen
- .0s 45 bis 49 Doppelfiltrationsplasmapheresen
- .0t 50 und mehr Doppelfiltrationsplasmapheresen
- 8-826.1 Mit Kryofiltration
- .10 1 Doppelfiltrationsplasmapherese
- .11 2 Doppelfiltrationsplasmapheresen

- .12 3 Doppelfiltrationsplasmapheresen
- .13 4 Doppelfiltrationsplasmapheresen
- .14 5 Doppelfiltrationsplasmapheresen
- .15 6 Doppelfiltrationsplasmapheresen
- .16 7 Doppelfiltrationsplasmapheresen
- .17 8 Doppelfiltrationsplasmapheresen
- .18 9 Doppelfiltrationsplasmapheresen
- .19 10 Doppelfiltrationsplasmapheresen
- .1a 11 Doppelfiltrationsplasmapheresen
- .1b 12 Doppelfiltrationsplasmapheresen
- .1c 13 Doppelfiltrationsplasmapheresen
- .1d 14 Doppelfiltrationsplasmapheresen
- .1e 15 Doppelfiltrationsplasmapheresen
- .1f 16 bis 17 Doppelfiltrationsplasmapheresen
- .1g 18 bis 19 Doppelfiltrationsplasmapheresen
- .1h 20 bis 21 Doppelfiltrationsplasmapheresen
- .1j 22 bis 23 Doppelfiltrationsplasmapheresen
- .1k 24 bis 25 Doppelfiltrationsplasmapheresen
- .1m 26 bis 28 Doppelfiltrationsplasmapheresen
- .1n 29 bis 31 Doppelfiltrationsplasmapheresen
- .1p 32 bis 34 Doppelfiltrationsplasmapheresen
- .1q 35 bis 39 Doppelfiltrationsplasmapheresen
- .1r 40 bis 44 Doppelfiltrationsplasmapheresen
- .1s 45 bis 49 Doppelfiltrationsplasmapheresen
- .1t 50 und mehr Doppelfiltrationsplasmapheresen

**8-827 Apherese der löslichen, FMS-ähnlichen Tyrosinkinase 1 [sFit-1-Apherese]**

**8-83 Therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Gefäße**

**8-831 Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße**

*Exkl.:* Implantation von venösen Katheterverweilsystemen (5-399.5)

- 8-831.0 Legen
- 8-831.2 Wechsel
- 8-831.5 Legen eines großlumigen Katheters zur extrakorporalen Blutzirkulation
- 8-831.x Sonstige
- 8-831.y N.n.bez.

**8-832 Legen und Wechsel eines Katheters in die A. pulmonalis**

- 8-832.0 Legen
- 8-832.2 Wechsel
- 8-832.x Sonstige
- 8-832.y N.n.bez.

**8-835 Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie**

*Hinw.:* Eine durchgeführte kathetergestützte elektrophysiologische Untersuchung des Herzens ist gesondert zu kodieren (1-265)  
 Eine durchgeführte transeptale Punktion des Herzens ist gesondert zu kodieren (1-274 ff.)  
 Die Anwendung eines Navigationssystems ist gesondert zu kodieren (8-990)

**8-835.2 Konventionelle Radiofrequenzablation**

- .20 Rechter Vorhof  
*Inkl.:* Venae cavae und Koronarsinus  
*Exkl.:* AV-Knoten (8-835.21)
- .21 AV-Knoten
- .22 Rechter Ventrikel

- .23 Linker Vorhof  
*Exkl.:* Konventionelle Radiofrequenzablation mit Drahtgeflechtkatheter an den Pulmonalvenen (8-835.9)  
 Isolierte Ablation an den Pulmonalvenen (8-835.25)  
*Hinw.:* Dieser Kode ist auch für die Ablation an den Pulmonalvenen mit weiteren punktförmigen oder linearen Ablationen im Bereich des Septums und/oder des übrigen linken Vorhofes zu verwenden
- .24 Linker Ventrikel
- .25 Pulmonalvenen  
*Hinw.:* Mit diesem Kode ist die isolierte Ablation an den Pulmonalvenen zu verschlüsseln
- 8-835.3 Gekühlte Radiofrequenzablation**
- .30 Rechter Vorhof  
*Inkl.:* Venae cavae und Koronarsinus  
*Exkl.:* AV-Knoten (8-835.31)
- .31 AV-Knoten
- .32 Rechter Ventrikel
- .33 Linker Vorhof  
*Exkl.:* Isolierte Ablation an den Pulmonalvenen (8-835.35)  
*Hinw.:* Dieser Kode ist auch für die Ablation an den Pulmonalvenen mit weiteren punktförmigen oder linearen Ablationen im Bereich des Septums und/oder des übrigen linken Vorhofes zu verwenden
- .34 Linker Ventrikel
- .35 Pulmonalvenen  
*Hinw.:* Mit diesem Kode ist die isolierte Ablation an den Pulmonalvenen zu verschlüsseln
- 8-835.4 Ablation mit anderen Energiequellen**  
*Inkl.:* Ultraschall, Mikrowelle, Laser
- .40 Rechter Vorhof  
*Inkl.:* Venae cavae und Koronarsinus  
*Exkl.:* AV-Knoten (8-835.41)
- .41 AV-Knoten
- .42 Rechter Ventrikel
- .43 Linker Vorhof  
*Exkl.:* Isolierte Ablation an den Pulmonalvenen (8-835.45)  
*Hinw.:* Dieser Kode ist auch für die Ablation an den Pulmonalvenen mit weiteren punktförmigen oder linearen Ablationen im Bereich des Septums und/oder des übrigen linken Vorhofes zu verwenden
- .44 Linker Ventrikel
- .45 Pulmonalvenen  
*Hinw.:* Mit diesem Kode ist die isolierte Ablation an den Pulmonalvenen zu verschlüsseln
- 8-835.8 Ablation mit Hilfe dreidimensionaler, elektroanatomischer Mappingverfahren**  
*Inkl.:* CARTO-System, EnSite Array, EnSite NavX, EPLogix, Rhythmia
- .80 Rechter Vorhof  
*Inkl.:* Venae cavae und Koronarsinus  
*Exkl.:* AV-Knoten (8-835.81)
- .81 AV-Knoten
- .82 Rechter Ventrikel
- .83 Linker Vorhof  
*Inkl.:* Pulmonalvenen
- .84 Linker Ventrikel
- 8-835.9 Konventionelle Radiofrequenzablation mit Drahtgeflechtkatheter an den Pulmonalvenen (MESH-Radiofrequenzablation)**
- 8-835.a Kryoablation**
- .a0 Rechter Vorhof  
*Inkl.:* Venae cavae und Koronarsinus  
*Exkl.:* AV-Knoten (8-835.a1)
- .a1 AV-Knoten
- .a2 Rechter Ventrikel
- .a3 Linker Vorhof  
*Exkl.:* Isolierte Ablation an den Pulmonalvenen (8-835.a5)  
*Hinw.:* Dieser Kode ist auch für die Ablation an den Pulmonalvenen mit weiteren punktförmigen oder linearen Ablationen im Bereich des Septums und/oder des übrigen linken Vorhofes zu verwenden
- .a4 Linker Ventrikel
- .a5 Pulmonalvenen  
*Hinw.:* Mit diesem Kode ist die isolierte Ablation an den Pulmonalvenen zu verschlüsseln

**8-835.b Bipolare phasenverschobene Radiofrequenzablation**

- .b0 Rechter Vorhof  
*Inkl.:* Venae cavae und Koronarsinus  
*Exkl.:* AV-Knoten (8-835.b1)
- .b1 AV-Knoten
- .b2 Rechter Ventrikel
- .b3 Linker Vorhof  
*Exkl.:* Isolierte Ablation an den Pulmonalvenen (8-835.b5)  
*Hinw.:* Dieser Kode ist auch für die Ablation an den Pulmonalvenen mit weiteren punktförmigen oder linearen Ablationen im Bereich des Septums und/oder des übrigen linken Vorhofes zu verwenden
- .b4 Linker Ventrikel
- .b5 Pulmonalvenen  
*Hinw.:* Mit diesem Kode ist die isolierte Ablation an den Pulmonalvenen zu verschlüsseln

**8-835.c Gekühlte Radiofrequenzablation mit Messung des Anpressdruckes**

- .c0 Rechter Vorhof  
*Inkl.:* Venae cavae und Koronarsinus  
*Exkl.:* AV-Knoten (8-835.c1)
- .c1 AV-Knoten
- .c2 Rechter Ventrikel
- .c3 Linker Vorhof  
*Exkl.:* Isolierte Ablation an den Pulmonalvenen (8-835.c5)  
*Hinw.:* Dieser Kode ist auch für die Ablation an den Pulmonalvenen mit weiteren punktförmigen oder linearen Ablationen im Bereich des Septums und/oder des übrigen linken Vorhofes zu verwenden
- .c4 Linker Ventrikel
- .c5 Pulmonalvenen  
*Hinw.:* Mit diesem Kode ist die isolierte Ablation an den Pulmonalvenen zu verschlüsseln

**8-835.d Ablation mit Hilfe dreidimensionaler, elektroanatomischer Mappingverfahren mit Messung des Anpressdruckes**

*Inkl.:* CARTO-System, EnSite Array, EnSite NavX, EPLogix, Rhythmia

- .d0 Rechter Vorhof  
*Inkl.:* Venae cavae und Koronarsinus  
*Exkl.:* AV-Knoten (8-835.d1)
- .d1 AV-Knoten
- .d2 Rechter Ventrikel
- .d3 Linker Vorhof  
*Inkl.:* Pulmonalvenen
- .d4 Linker Ventrikel

**8-835.e Laserablation mit endovaskulärer endoskopischer Steuerung**

*Inkl.:* Laserablation an den Pulmonalvenen mit endovaskulärer endoskopischer Steuerung

**8-835.x Sonstige**

**8-835.y N.n.bez.**

**8-836 Perkutan-transluminale Gefäßintervention**

*Exkl.:* Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Gefäßen des Lungenkreislaufes (8-838)  
Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen (8-837)  
Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen (5-38a)  
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)  
Die Verwendung von Rekanalisationssystemen zur perkutanen Passage organisierter Verschlüsse ist gesondert zu kodieren (8-83b.a)  
Weitere perkutan-transluminale Gefäßinterventionen sind unter 8-83c zu finden  
Ein Kode aus diesem Bereich ist auch zu verwenden, wenn eine der aufgeführten Prozeduren im Rahmen einer Hybridchirurgie eingesetzt wird  
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 Kode 9 Andere Gefäße 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
- 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)

Die Art der verwendeten antikörperbeschichteten Ballons ist gesondert zu kodieren (8-83b.b1)

- .00 Gefäße intrakraniell
- .02↔ Gefäße Schulter und Oberarm
- .03↔ Gefäße Unterarm
- .04 Aorta
- .05 Aortenisthmus
- .06 Ductus arteriosus apertus
- .07 V. cava
- .08↔ Andere Gefäße thorakal
- .09↔ Andere Gefäße abdominal und pelvin
- .0a Gefäße viszeral
- .0b↔ Gefäße Oberschenkel
- .0c↔ Gefäße Unterschenkel
- .0d Gefäßmalformationen
- .0e Künstliche Gefäße
- .0f Gefäße spinal
- .0g V. portae
- .0h↔ A. carotis n.n.bez.
- .0j↔ A. carotis communis
- .0k↔ A. carotis interna extrakraniell
- .0m↔ A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
- .0n↔ A. carotis externa
- .0p↔ A. vertebralis extrakraniell
- .0x↔ Sonstige

**\*\*8-836.1 Blade-Angioplastie (Scoring- oder Cutting-balloon)****\*\*8-836.2 Laser-Angioplastie****\*\*8-836.3 Atherektomie****\*\*8-836.6 Fremdkörperentfernung**

*Hinw.:* Die Verwendung eines Mikrodrahtretriever- oder Stentretriever-Systems ist gesondert zu kodieren (8-83b.8 ff.)

**\*\*8-836.7 Selektive Thrombolysen**

*Hinw.:* Die Verwendung eines ultraschallgestützten Thrombolysesystems ist gesondert zu kodieren (8-83b.j)

- \*\*8-836.8** Thrombektomie  
*Exkl.:* Rotationsthrombektomie (8-836.p)  
*Hinw.:* Die Verwendung eines hydrodynamischen Thrombektomiesystems ist gesondert zu kodieren (8-83b.4)  
 Die Verwendung eines Mikrodrahtretriever- oder Stentretriever-Systems ist gesondert zu kodieren (8-83b.8 ff.)  
 Die Verwendung eines flexiblen intrakraniellen Aspirationsmikrokathetersystems ist gesondert zu kodieren (8-83b.d)
- \*\*8-836.9** Selektive Embolisation mit embolisierenden Flüssigkeiten  
*Hinw.:* Die Art der verwendeten embolisierenden Flüssigkeiten ist gesondert zu kodieren (8-83b.2)
- \*\*8-836.b** Selektive Embolisation mit ablösbaren Ballons  
*Hinw.:* Die Anzahl der ablösbaren Ballons ist gesondert zu kodieren (8-83b.6)
- \*\*8-836.c** Selektive Embolisation mit Schirmen
- \*\*8-836.k** Selektive Embolisation mit Partikeln  
*Hinw.:* Die Art der verwendeten Partikel ist gesondert zu kodieren (8-83b.1)
- \*\*8-836.m** Selektive Embolisation mit Metallspiralen  
*Hinw.:* Die Anzahl der verwendeten Metallspiralen ist unter 8-836.n ff. zu kodieren  
 Die Art der verwendeten Metall- oder Mikroschrauben ist gesondert zu kodieren (8-83b.3 ff.)  
 Die Verwendung eines Modellier- oder Doppellumenballons ist gesondert zu kodieren (8-83b.5 ff.)
- 8-836.n** Anzahl der Metallspiralen  
*Hinw.:* Diese Codes sind Zusatzcodes. Sie dürfen nur zusätzlich zu einem Code aus 8-836.m oder 8-838.9 verwendet werden
- .n1 1 Metallspirale
  - .n2 2 Metallspiralen
  - .n3 3 Metallspiralen
  - .n4 4 Metallspiralen
  - .n5 5 Metallspiralen
  - .n6 6 Metallspiralen
  - .n7 7 Metallspiralen
  - .n8 8 Metallspiralen
  - .n9 9 Metallspiralen
  - .na 10 Metallspiralen
  - .nb 11 Metallspiralen
  - .nc 12 Metallspiralen
  - .nd 13 Metallspiralen
  - .ne 14 Metallspiralen
  - .nf 15 Metallspiralen
  - .ng 16 Metallspiralen
  - .nh 17 Metallspiralen
  - .nj 18 Metallspiralen
  - .nk 19 Metallspiralen
  - .nm 20 Metallspiralen
  - .np 21 Metallspiralen
  - .nq 22 Metallspiralen
  - .nr 23 Metallspiralen
  - .ns 24 Metallspiralen
  - .nt 25 Metallspiralen
  - .nu 26 Metallspiralen
  - .nv 27 Metallspiralen
  - .nw 28 Metallspiralen und mehr
- \*\*8-836.p** Rotationsthrombektomie  
*Inkl.:* Rotations- und Fräsatherektomie
- \*\*8-836.r** Kryoplastie
- \*\*8-836.w** Atherektomie unter peripherem Embolieschutz  
 [6. Stelle: b,c,x]  
*Hinw.:* Die Anwendung eines Embolieprotektionssystems ist hier nicht gesondert zu kodieren

- \*\*8-836.x Sonstige
- 8-836.y N.n.bez.
- 8-837 Perktan-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
- 8-837.0 Angioplastie (Ballon)  
*Inkl.:* Bypassgefäß  
*Hinw.:* Die Art und die Anzahl der verwendeten medikamentenfreisetzenden Ballons sind gesondert zu kodieren (8-83b.b)  
 Die Art der verwendeten antikörperbeschichteten Ballons ist gesondert zu kodieren (8-83b.b1)
- .00 Eine Koronararterie  
 .01 Mehrere Koronararterien
- 8-837.1 Laser-Angioplastie  
*Inkl.:* Bypassgefäß
- .10 Eine Koronararterie  
 .11 Mehrere Koronararterien
- 8-837.2 Atherektomie  
*Inkl.:* Bypassgefäß
- .20 Eine Koronararterie  
 .21 Mehrere Koronararterien
- 8-837.4 Fremdkörperentfernung  
*Hinw.:* Die Verwendung eines Mikrodrahtretriever- oder Stentretriever-Systems ist gesondert zu kodieren (8-83b.8 ff.)
- 8-837.5 Rotablation  
*Inkl.:* Bypassgefäß
- .50 Eine Koronararterie  
 .51 Mehrere Koronararterien
- 8-837.6 Selektive Thrombolyse  
*Inkl.:* Bypassgefäß
- .60 Eine Koronararterie  
 .61 Mehrere Koronararterien
- 8-837.7 Selektive Embolisation und/oder Infarzierung
- .70 Mit Flüssigkeiten  
 .71 Mit Partikeln oder Metallspiralen  
 .72 Mit ablösbaren Ballons  
 .73 Mit Schirmen  
 .7x Sonstige
- 8-837.8 Einlegen einer Prothese
- 8-837.9 Verschluss einer Koronarfistel
- 8-837.a Ballonvalvuloplastie (Ballonvalvulotomie)
- .a0 Aortenklappe  
 .a1 Mitralklappe  
 .a2 Pulmonalklappe  
 .a3 Trikuspidalklappe  
 .a4 Künstliche Herzklappe  
 .ax Sonstige
- 8-837.b Herstellung eines Septumdefekts
- .b0 Vorhofseptum  
 .b1 Ventrikelseptum
- 8-837.c Vergrößerung eines Septumdefektes
- .c0 Vorhofseptum  
 .c1 Ventrikelseptum

- 8-837.d Verschluss eines Septumdefekts  
     .d0 Vorhofseptum  
     .d1 Ventrikelseptum
- 8-837.e Perkutane transmyokardiale Laservaskularisation (PMR)
- 8-837.f Dilatation des rechtsventrikulären Ausflusstraktes
- 8-837.g Dilatation des linksventrikulären Ausflusstraktes
- 8-837.h Einlegen eines Stents in den rechtsventrikulären Ausflusstrakt
- 8-837.j Eröffnung und Erweiterung einer geschlossenen Herzklappe
- 8-837.k Einlegen eines nicht medikamentenfreisetzen Stents  
     *Inkl.:* Bypassgefäß  
     .k0 Ein Stent in eine Koronararterie  
     .k3 2 Stents in eine Koronararterie  
     .k4 2 Stents in mehrere Koronararterien  
     .k5 3 Stents in eine Koronararterie  
     .k6 3 Stents in mehrere Koronararterien  
     .k7 4 Stents in eine Koronararterie  
     .k8 4 Stents in mehrere Koronararterien  
     .k9 5 Stents in eine Koronararterie  
     .ka 5 Stents in mehrere Koronararterien  
     .kb Mindestens 6 Stents in eine Koronararterie  
     .kc Mindestens 6 Stents in mehrere Koronararterien  
     .kx Sonstige
- 8-837.m Einlegen eines medikamentenfreisetzen Stents  
     *Inkl.:* Bypassgefäß  
     *Hinw.:* Die Art der medikamentenfreisetzen Stents ist gesondert zu kodieren (8-83b.0 ff.)  
     .m0 Ein Stent in eine Koronararterie  
     .m1 2 Stents in eine Koronararterie  
     .m2 2 Stents in mehrere Koronararterien  
     .m3 3 Stents in eine Koronararterie  
     .m4 3 Stents in mehrere Koronararterien  
     .m5 4 Stents in eine Koronararterie  
     .m6 4 Stents in mehrere Koronararterien  
     .m7 5 Stents in eine Koronararterie  
     .m8 5 Stents in mehrere Koronararterien  
     .m9 Mindestens 6 Stents in eine Koronararterie  
     .ma Mindestens 6 Stents in mehrere Koronararterien  
     .mx Sonstige
- 8-837.p Einlegen eines nicht medikamentenfreisetzen gecoverten Stents (Stent-Graft)
- 8-837.q Blade-Angioplastie (Scoring- oder Cutting-balloon)
- 8-837.s Implantation eines permanenten Embolieprotektionssystems in das linke Herzohr
- 8-837.t Thrombektomie aus Koronargefäßen  
     *Hinw.:* Die Verwendung eines hydrodynamischen Thrombektomiesystems ist gesondert zu kodieren (8-83b.4)  
             Die Verwendung eines Mikrodrahtretriever- oder Stentretriever-Systems ist gesondert zu kodieren (8-83b.8 ff.)
- 8-837.u Einlegen eines nicht medikamentenfreisetzen Bifurkationsstents  
     *Inkl.:* OPD-System [Ostium-Protection-Device-System]  
     *Hinw.:* Mit diesem Kode ist nicht der Gebrauch zweier "normaler" Stents in der Kissing-Ballon-Technik zu kodieren
- 8-837.v Einlegen eines medikamentenfreisetzen Bifurkationsstents  
     *Inkl.:* OPD-System [Ostium-Protection-Device-System]  
     *Hinw.:* Die Art der medikamentenfreisetzen Stents oder OPD-Systeme ist gesondert zu kodieren (8-83b.0 ff.)  
             Mit diesem Kode ist nicht der Gebrauch zweier "normaler" Stents in der Kissing-Ballon-Technik zu kodieren

## 8-837.w Einlegen eines beschichteten Stents

*Inkl.:* Bypassgefäß*Hinw.:* Die Art der Beschichtung ist gesondert zu kodieren (8-83b.e ff.)

- .w0 Ein Stent in eine Koronararterie
- .w1 2 Stents in eine Koronararterie
- .w2 2 Stents in mehrere Koronararterien
- .w3 3 Stents in eine Koronararterie
- .w4 3 Stents in mehrere Koronararterien
- .w5 4 Stents in eine Koronararterie
- .w6 4 Stents in mehrere Koronararterien
- .w7 5 Stents in eine Koronararterie
- .w8 5 Stents in mehrere Koronararterien
- .w9 Mindestens 6 Stents in eine Koronararterie
- .wa Mindestens 6 Stents in mehrere Koronararterien
- .wx Sonstige

## 8-837.x Sonstige

## 8-837.y N.n.bez.

**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)

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

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

- 0 Pulmonalarterie
- 1↔ Pulmonalvene
- 2 Aortopulmonale Kollateralgefäße (MAPCA)
- 3 Gefäßmalformationen
- 4 Künstliche aortopulmonale Shunts
- 5 Künstliche Gefäße
- x↔ Sonstige

**\*\*8-838.0** Angioplastie (Ballon)**\*\*8-838.1** Blade-Angioplastie (Cutting-balloon)**\*\*8-838.2** Laser-Angioplastie**\*\*8-838.3** Einlegen eines Stents*Exkl.:* Einlegen eines großlumigen Stent (8-838.e ff., 8-838.g ff.)**\*\*8-838.4** Einlegen mehrerer Stents*Exkl.:* Einlegen von 2 und mehr großlumigen Stents (8-838.f ff., 8-838.h ff.)**\*\*8-838.5** Fremdkörperentfernung**\*\*8-838.6** Selektive Thrombolyse**\*\*8-838.7** Thrombusfragmentation*Hinw.:* Die Verwendung eines hydrodynamischen Thrombektomiesystems ist gesondert zu kodieren (8-83b.4)

Die Verwendung eines Mikrodrahtretriever- oder Stentretriever-Systems ist gesondert zu kodieren (8-83b.8 ff.)

**\*\*8-838.8** Selektive Embolisation mit embolisierenden Flüssigkeiten*Hinw.:* Die Art der verwendeten embolisierenden Flüssigkeiten ist gesondert zu kodieren (8-83b.2)**\*\*8-838.9** Selektive Embolisation mit Partikeln oder Metallspiralen*Hinw.:* Die Anzahl der verwendeten Metallspiralen ist unter 8-836.n ff. zu kodieren**\*\*8-838.a** Selektive Embolisation mit ablösbaren Ballons*Hinw.:* Die Anzahl der ablösbaren Ballons ist gesondert zu kodieren (8-83b.6)**\*\*8-838.b** Selektive Embolisation mit Schirmen**\*\*8-838.c** Implantation eines intraluminalen druckreduzierenden Systems**\*\*8-838.d** Rotationsthrombektomie

[6. Stelle: 0,5,x]

- \*\*8-838.e Einlegen eines 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.f Einlegen von 2 und 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.g Einlegen eines 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
- \*\*8-838.h Einlegen von 2 und 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
- 8-838.j Implantation eines Drucksensors in die Pulmonalarterie  
*Exkl.:* Legen eines Katheters in die A. pulmonalis (8-832.0)
- \*\*8-838.k Einlegen eines ungecoverten Wachstumsstents  
*Inkl.:* Cheatham-Platinum-Stent
- \*\*8-838.m Einlegen eines gecoverten Wachstumsstents  
*Inkl.:* Cheatham-Platinum-Stent
- \*\*8-838.x Sonstige
- 8-838.y N.n.bez.
- 8-839 Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße**  
*Hinw.:* Die Anwendung eines Embolieprotektionssystems ist gesondert zu kodieren (8-83b.9)
- 8-839.0 Perkutane Einführung einer intraaortalen Ballonpumpe  
*Hinw.:* Die Dauer der Behandlung ist gesondert zu kodieren (8-83a.0 ff.)
- 8-839.1 Perkutane Einführung eines Antiembolie-Schirmes  
*Inkl.:* Perkutane Einführung eines Vena-cava-Filters
- 8-839.3 Entfernung einer intraaortalen Ballonpumpe
- 8-839.4 Implantation oder Entfernung einer transvasal platzierten axialen Pumpe zur Kreislaufunterstützung
  - .42 Implantation einer univentrikulären axialen Pumpe  
*Hinw.:* Die Dauer der Behandlung ist gesondert zu kodieren (8-83a.3 ff.)
  - .43 Implantation einer biventrikulären axialen Pumpe  
*Hinw.:* Die Dauer der Behandlung ist gesondert zu kodieren (8-83a.3 ff.)
  - .44 Entfernung einer univentrikulären axialen Pumpe
  - .45 Entfernung einer biventrikulären axialen Pumpe
- 8-839.5 Perkutane Implantation oder perkutaner Wechsel eines Katheterverweilsystems in Leberarterie oder Pfortader
- 8-839.6 Entfernung eines Katheterverweilsystems aus Leberarterie oder Pfortader
- 8-839.7 Perkutane Entfernung eines Antiembolie-Schirmes  
*Inkl.:* Perkutane Entfernung eines Vena-cava-Filters
- 8-839.8 Portosystemischer Shunt (TIPSS)
  - .81 Perkutane (Ballon-)Angioplastie
  - .82 Perkutane Thrombolyse
  - .83 Perkutane Thrombektomie
  - .84 Perkutane Verkleinerung eines bestehenden portosystemischen Shunts
  - .85 Perkutaner Verschluss
  - .86 Revision mit Stenteinlage
  - .87 Perkutanes Anlegen eines ungecoverten Stents
  - .88 Perkutanes Anlegen eines gecoverten Stents
  - .8x Sonstige

- 8-839.9 Rekanalisation eines Koronargefäßes unter Verwendung spezieller Techniken  
*Inkl.:* Rekanalisation eines chronischen Koronarverschlusses  
*Hinw.:* Ein Kode aus diesem Bereich kann zusätzlich zu einem Kode aus dem Bereich 8-837 angegeben werden  
 Die Anwendung eines Schraubenkatheters zur Rekanalisation eines Koronargefäßes ist gesondert zu kodieren (8-83b.g)
- .90 Mit kontralateraler Koronardarstellung  
*Hinw.:* Es sind zwei arterielle Zugänge erforderlich
- .91 Mit kontralateraler Koronardarstellung und Doppeldrahttechnik  
*Hinw.:* Es sind zwei arterielle Zugänge erforderlich  
 Es werden mindestens zwei Koronardröhte simultan eingesetzt
- .92 Mit retrograder Sondierung über die Kollateralgefäße
- 8-839.a Endovaskuläre Implantation oder Entfernung einer extrakorporalen Zentrifugalpumpe zur Kreislaufunterstützung
- .a0 Implantation einer univentrikulären Zentrifugalpumpe, linker Ventrikel  
*Hinw.:* Die Dauer der Behandlung ist gesondert zu kodieren (8-83a.1 ff.)  
 Die endovaskuläre Implantation der Kanülen ist im Kode enthalten
- .a1 Implantation einer univentrikulären Zentrifugalpumpe, rechter Ventrikel  
*Hinw.:* Die Dauer der Behandlung ist gesondert zu kodieren (8-83a.1 ff.)  
 Die endovaskuläre Implantation der Kanülen ist im Kode enthalten
- .a2 Implantation einer biventrikulären Zentrifugalpumpe  
*Hinw.:* Die Dauer der Behandlung ist gesondert zu kodieren (8-83a.2 ff.)  
 Die endovaskuläre Implantation der Kanülen ist im Kode enthalten
- .a3 Entfernung einer univentrikulären Zentrifugalpumpe
- .a4 Entfernung einer biventrikulären Zentrifugalpumpe
- .a5 Anwendung eines doppelumigen Katheters als Kanüle  
*Hinw.:* Dieser Kode ist ein Zusatzkode
- 8-839.x Sonstige
- 8-839.y N.n.bez.
- 8-83a Dauer der Behandlung mit einem herzunterstützenden System**
- 8-83a.0 Intraaortale Ballonpumpe  
*Exkl.:* Offen chirurgische Implantation und Entfernung einer intraaortalen Ballonpumpe (5-376.0 ff.)  
 Perkutane Einführung und Entfernung einer intraaortalen Ballonpumpe (8-839.0, 8-839.3)
- .00 Bis unter 48 Stunden
- .01 48 bis unter 96 Stunden
- .02 96 und mehr Stunden
- 8-83a.1 Extrakorporale Pumpe (z.B. Kreislumpumpe oder Zentrifugalpumpe), univentrikulär  
*Exkl.:* Implantation und Entfernung einer extrakorporalen univentrikulären Pumpe (5-376.2 ff.)  
 Endovaskuläre Implantation oder Entfernung einer univentrikulären Zentrifugalpumpe zur Kreislaufunterstützung (8-839.a0, 8-839.a1, 8-839.a3)
- .10 Bis unter 48 Stunden
- .11 48 bis unter 96 Stunden
- .13 96 bis unter 144 Stunden
- .14 144 bis unter 192 Stunden
- .15 192 bis unter 240 Stunden
- .16 240 bis unter 288 Stunden
- .17 288 bis unter 384 Stunden
- .18 384 bis unter 480 Stunden
- .19 480 bis unter 576 Stunden
- .1a 576 und mehr Stunden
- 8-83a.2 Extrakorporale Pumpe (z.B. Kreislumpumpe oder Zentrifugalpumpe), biventrikulär  
*Exkl.:* Implantation und Entfernung einer extrakorporalen biventrikulären Pumpe (5-376.3 ff.)  
 Endovaskuläre Implantation oder Entfernung einer biventrikulären Zentrifugalpumpe zur Kreislaufunterstützung (8-839.a2, 8-839.a4)
- .20 Bis unter 48 Stunden
- .21 48 bis unter 96 Stunden
- .23 96 bis unter 144 Stunden
- .24 144 bis unter 192 Stunden

- .25 192 bis unter 240 Stunden
- .26 240 bis unter 288 Stunden
- .27 288 bis unter 384 Stunden
- .28 384 bis unter 480 Stunden
- .29 480 bis unter 576 Stunden
- .2a 576 und mehr Stunden
- 8-83a.3 **Transvasal platzierte axiale Pumpe zur Kreislaufunterstützung**  
*Exkl.:* Implantation und Entfernung einer transvasal platzierten axialen Pumpe zur Kreislaufunterstützung (8-839.4 ff.)
  - .30 Bis unter 48 Stunden
  - .31 48 bis unter 96 Stunden
  - .32 96 Stunden bis unter 120 Stunden
  - .33 120 und mehr Stunden
- 8-83a.x **Sonstige**
- 8-83a.y **N.n.bez.**
- 8-83b Zusatzinformationen zu Materialien**
- 8-83b.0 **Art der medikamentenfreisetzenden Stents oder OPD-Systeme**  
*Hinw.:* Diese Zusatzinformation ist für jeden implantierten Stent oder für jedes implantierte OPD-System anzugeben
  - .00 ABT-578-(Zotarolimus-)freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit Polymer
  - .01 Biolimus-A9-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit Polymer
  - .03 Paclitaxel-freisetzende Stents oder OPD-Systeme ohne Polymer
  - .04 Paclitaxel-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit dem Polymer Poly-Styrene-b-isobutylene-b-styrene [SIBS]
  - .05 Paclitaxel-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit biologisch abbaubarem Polymer (gefüllte Stents)
  - .06 Paclitaxel-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit sonstigem Polymer
  - .07 Sirolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme ohne Polymer
  - .08 Sirolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit Polymer
  - .09 Tacrolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme
  - .0a Pimecrolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit biologisch abbaubarem Polymer
  - .0b Everolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit dem biologisch abbaubaren Polymer Poly(lactic-co-glycolic acid) [PLGA]
  - .0c Everolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit sonstigem Polymer
  - .0d Novolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme, mit biologisch abbaubarem Polymer
  - .0e Novolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme, mit sonstigem Polymer
  - .0x Sonstige
- 8-83b.1 **Art der Partikel zur selektiven Embolisation**
  - .10 Medikamentenbeladene Partikel
  - .11 Radioaktive Partikel
  - .12 Nicht sphärische Partikel
  - .13 Sonstige sphärische Partikel  
*Exkl.:* Medikamentenbeladene Partikel (8-83b.10)  
 Radioaktive Partikel (8-83b.11)
  - .1x Sonstige Partikel
- 8-83b.2 **Art der Flüssigkeiten zur selektiven Embolisation**
  - .20 Ethylvinylalkohol
  - .21 Flüssige Alkoholkopolymere  
*Exkl.:* Ethylvinylalkohol-Copolymer (8-83b.22)
  - .22 Ethylvinylalkohol-Copolymer
  - .23 Geliertes Alkoholgel
  - .2x Sonstige Flüssigkeiten
- 8-83b.3 **Art der Metall- oder Mikrospiralen zur selektiven Embolisation**  
*Hinw.:* Metallspiralen werden ab einer Länge von über 30 cm als überlang eingestuft
  - .30 Hydrogel-beschichtete Metallspiralen, normallang
  - .31 Sonstige bioaktive Metallspiralen, normallang
  - .32 Bioaktive Metallspiralen, überlang
  - .33 Nicht bioaktive Metallspiralen, überlang  
*Exkl.:* Volumencoils (8-83b.35)

- .34 Nicht gecoverter großlumiger Gefäßverschlusskörper [Vascular Plug]
- .35 Großvolumige Metallspiralen [Volumencoils]  
*Hinw.:* Volumencoils haben einen Durchmesser von mindestens 0,51 mm
- .36 Ablösbare Metall- oder Mikrospiralen  
*Exkl.:* Spezielle ablösbare Metallspiralen (8-83b.30, 8-83b.31, 8-83b.32, 8-83b.33, 8-83b.34, 8-83b.35, 8-83b.38, 8-83b.39)  
*Hinw.:* Der Ablösmechanismus kann z.B. elektrolytisch, mechanisch oder hydraulisch sein
- .37 Intraaneurysmaler Verschlusskörper für intrakranielle Aneurysmen
- .38 Gecoverter großlumiger Gefäßverschlusskörper [Vascular Plug]
- .39 Mikrospiralen aus Hydrogel
- .3x Sonstige Metall- oder Mikrospiralen
- 8-83b.4 Verwendung eines hydrodynamischen Thrombektomiesystems  
*Inkl.:* Hochdruck-Wasserjet-Katheter zur Thrombektomie
- 8-83b.5 Verwendung eines Modellier- oder Doppellumenballons
  - .50 1 Modellierballon
  - .51 2 oder mehr Modellierballons
  - .52 1 Doppellumenballon
  - .53 2 oder mehr Doppellumenballons
- 8-83b.6 Verwendung eines ablösbaren Ballons
  - .60 1 ablösbarer Ballon
  - .61 2 ablösbare Ballons
  - .62 3 oder mehr ablösbare Ballons
- 8-83b.7 Verwendung von mehr als einem Mikrokathetersystem  
*Hinw.:* Mikrokathetersysteme bestehen aus Kathetern mit einem Durchmesser von 0,5 bis 1 mm
  - .70 2 Mikrokathetersysteme
  - .71 3 Mikrokathetersysteme
  - .72 4 Mikrokathetersysteme
  - .73 5 Mikrokathetersysteme
  - .74 6 Mikrokathetersysteme
  - .75 7 oder mehr Mikrokathetersysteme
- 8-83b.8 Verwendung eines Mikrodrahtretriever- oder Stentretreiver-Systems zur Thrombektomie oder Fremdkörperentfernung
  - .80 1 Mikrodrahtretriever-System
  - .82 2 Mikrodrahtretriever-Systeme
  - .83 3 oder mehr Mikrodrahtretriever-Systeme
  - .84 1 Stentretreiver-System
  - .85 2 Stentretreiver-Systeme
  - .86 3 oder mehr Stentretreiver-Systeme
- 8-83b.9 Einsatz eines Embolieprotektionssystems  
*Exkl.:* Perkutane Einführung eines Vena-cava-Filters (8-839.1)
- 8-83b.a Verwendung von Rekanalisationssystemen zur perkutanen Passage organisierter Verschlüsse
  - .a0 System zur Mikro-Dissektion
  - .a1 Spezielles Nadelsystem zur subintimalen Rekanalisation
  - .a2 Mechanisches Radiofrequenz-System
  - .ax Sonstige
- 8-83b.b Art der verwendeten Ballons  
*Hinw.:* Diese Zusatzcodes können auch zu den Codes aus Kapitel 5 (5-38f ff.) angegeben werden
  - .b1 Antikörperbeschichtete Ballons
  - .b6 Ein medikamentenfreisetzungsfähiger Ballon an Koronargefäßen
  - .b7 Zwei medikamentenfreisetzungsfähige Ballons an Koronargefäßen
  - .b8 Drei medikamentenfreisetzungsfähige Ballons an Koronargefäßen
  - .b9 Vier und mehr medikamentenfreisetzungsfähige Ballons an Koronargefäßen
  - .ba Ein medikamentenfreisetzungsfähiger Ballon an anderen Gefäßen
  - .bb Zwei medikamentenfreisetzungsfähige Ballons an anderen Gefäßen
  - .bc Drei medikamentenfreisetzungsfähige Ballons an anderen Gefäßen
  - .bd Vier und mehr medikamentenfreisetzungsfähige Ballons an anderen Gefäßen
  - .bx Sonstige Ballons

- 8-83b.c Verwendung eines Gefäßverschlussystems  
*Hinw.:* Die Verwendung eines Verschlusssystems ist bei diagnostischem oder interventionellem Einsatz eines Katheters gesondert zu kodieren
- .c2 Nahtsystem
  - .c3 Clipsystem
  - .c4 Polymerdichtung mit äußerer Sperrscheibe
  - .c5 Resorbierbare Plugs ohne Anker  
*Inkl.:* Kollagenplugs ohne Anker, extravaskulärer Polyglykolsäure-Pfropf
  - .c6 Resorbierbare Plugs mit Anker  
*Inkl.:* Kollagenplugs mit Anker
- 8-83b.d Verwendung von flexiblen intrakraniellen Aspirationsmikrokathetersystemen
- 8-83b.e Art der Beschichtung von Stents
- .e0 Antikörperbeschichtete Stents ohne antiproliferative Funktion
  - .e1 Bioaktive Oberfläche bei gecoverten Stents
  - .e2 Antikörperbeschichtete Stents mit Freisetzung von antiproliferativen Medikamenten  
*Hinw.:* Die Art der medikamentenfreisetzenden Stents ist nicht gesondert zu kodieren
  - .ex Sonstige Beschichtung
- 8-83b.f Länge peripherer Stents
- .f1 100 mm bis unter 150 mm
  - .f2 150 mm bis unter 200 mm
  - .f3 200 mm bis unter 250 mm
  - .f4 250 mm und mehr
- 8-83b.g Verwendung eines Schraubkatheters zur Rekanalisation eines Koronargefäßes
- 8-83b.h Verwendung eines verstellbaren Doppelballonsystems
- 8-83b.j Verwendung eines ultraschallgestützten Thrombolysesystems
- 8-83b.x Sonstige
- 8-83c Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention**  
*Exkl.:* Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Gefäßen des Lungenkreislaufes (8-838)  
 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen (8-837)  
 Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen (5-38a)  
 Perkutan-transluminale Stentimplantation (8-84 ff.)  
*Hinw.:* Die Anwendung eines Embolieprotektionssystems ist gesondert zu kodieren (8-83b.9)  
 Weitere perkutan-transluminale Gefäßinterventionen sind unter 8-836 zu finden  
 Ein Kode aus diesem Bereich ist auch zu verwenden, wenn eine der aufgeführten Prozeduren im Rahmen einer Hybridchirurgie eingesetzt wird
- 8-83c.5 Ablation über die A. renalis
- .51↔ Ultraschallablation
  - .52↔ Nicht gekühlte Radiofrequenzablation
  - .53↔ Gekühlte Radiofrequenzablation
  - .5x↔ Sonstige
- 8-83c.6 Intraarterielle Spasmolyse bei zerebrovaskulären Vasospasmen  
*Hinw.:* Die Verwendung eines Modellier- oder Doppellumenballons ist gesondert zu kodieren (8-83b.5 ff.)
- .60 1 Gefäß
  - .61 2 Gefäße
  - .62 3 und 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 auch zu verwenden, wenn eine intraarterielle Spasmolyse im Rahmen eines anderen Eingriffs erfolgt
- .70 1 Gefäß
  - .71 2 Gefäße
  - .72 3 und mehr Gefäße
- 8-83c.8 Selektive Embolisation durch intraaneurysmales Nitinolimplantat, intrakraniell

**8-83c.9** Perkutan-transluminale Implantation selbstexpandierender endovaskulärer Klammern*Hinw.:* Die Anzahl der verwendeten Klammern ist unter 8-83c.a ff. zu kodieren

- .90 Gefäße intrakraniell
- .91↔ Gefäße Kopf extrakraniell und Hals
- .92↔ Gefäße Schulter und Oberarm
- .93↔ Gefäße Unterarm
- .94 Aorta
- .95 Aortenisthmus
- .96 Ductus arteriosus apertus
- .97 V. cava
- .98↔ Andere Gefäße thorakal
- .99↔ Andere Gefäße abdominal und pelvin
- .9a Gefäße viszeral
- .9b↔ Gefäße Oberschenkel
- .9c↔ Gefäße Unterschenkel
- .9d Gefäßmalformationen
- .9e Künstliche Gefäße
- .9f Gefäße spinal
- .9g V. portae
- .9x↔ Sonstige

**8-83c.a** Anzahl der selbstexpandierenden endovaskulären Klammern*Hinw.:* Diese Codes sind Zusatzcodes. Sie dürfen nur zusätzlich zu einem Code aus 8-83c.9 ff. verwendet werden

- .a1 1 Klammer
- .a2 2 Klammern
- .a3 3 Klammern
- .a4 4 Klammern
- .a5 5 Klammern und mehr

**8-83d** **Andere 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**8-83d.0** Einlegen eines medikamentenfreisetzenen bioresorbierbaren Stents*Inkl.:* Bypassgefäß*Hinw.:* Die Art der medikamentenfreisetzenen Stents ist gesondert zu kodieren (8-83b.0 ff.)

- .00 Ein bioresorbierbarer Stent in eine Koronararterie
- .01 2 bioresorbierbare Stents in eine Koronararterie
- .02 2 bioresorbierbare Stents in mehrere Koronararterien
- .03 3 bioresorbierbare Stents in eine Koronararterie
- .04 3 bioresorbierbare Stents in mehrere Koronararterien
- .05 4 bioresorbierbare Stents in eine Koronararterie
- .06 4 bioresorbierbare Stents in mehrere Koronararterien
- .07 5 bioresorbierbare Stents in eine Koronararterie
- .08 5 bioresorbierbare Stents in mehrere Koronararterien
- .09 Mindestens 6 bioresorbierbare Stents in eine Koronararterie
- .0a Mindestens 6 bioresorbierbare Stents in mehrere Koronararterien
- .0x Sonstige

**8-83d.1** Einlegen eines nicht medikamentenfreisetzenen selbstexpandierenden Stents*Inkl.:* Bypassgefäß*Exkl.:* Einlegen eines nicht medikamentenfreisetzenen Bifurkationsstents (8-837.u)

- .10 Ein selbstexpandierender Stent in eine Koronararterie
- .11 2 selbstexpandierende Stents in eine Koronararterie
- .12 2 selbstexpandierende Stents in mehrere Koronararterien
- .13 3 selbstexpandierende Stents in eine Koronararterie
- .14 3 selbstexpandierende Stents in mehrere Koronararterien
- .15 4 selbstexpandierende Stents in eine Koronararterie
- .16 4 selbstexpandierende Stents in mehrere Koronararterien
- .17 5 selbstexpandierende Stents in eine Koronararterie

- .18 5 selbstexpandierende Stents in mehrere Koronararterien
  - .19 Mindestens 6 selbstexpandierende Stents in eine Koronararterie
  - .1a Mindestens 6 selbstexpandierende Stents in mehrere Koronararterien
- 8-83d.2 Einlegen eines medikamentenfreisetzenen selbstexpandierenden Stents  
*Inkl.:* Bypassgefäß  
*Exkl.:* Einlegen eines medikamentenfreisetzenen Bifurkationsstents (8-837.v)  
*Hinw.:* Die Art der medikamentenfreisetzenen Stents ist gesondert zu kodieren (8-83b.0 ff.)
- .20 Ein selbstexpandierender Stent in eine Koronararterie
  - .21 2 selbstexpandierende Stents in eine Koronararterie
  - .22 2 selbstexpandierende Stents in mehrere Koronararterien
  - .23 3 selbstexpandierende Stents in eine Koronararterie
  - .24 3 selbstexpandierende Stents in mehrere Koronararterien
  - .25 4 selbstexpandierende Stents in eine Koronararterie
  - .26 4 selbstexpandierende Stents in mehrere Koronararterien
  - .27 5 selbstexpandierende Stents in eine Koronararterie
  - .28 5 selbstexpandierende Stents in mehrere Koronararterien
  - .29 Mindestens 6 selbstexpandierende Stents in eine Koronararterie
  - .2a Mindestens 6 selbstexpandierende Stents in mehrere Koronararterien
- 8-83d.3 Implantation eines intrakardialen Pulsgenerators
- 8-83d.4 Entfernung eines intrakardialen Pulsgenerators

**8-84**

**Perkutan-transluminale Stentimplantation**

- Exkl.:* Perkutan-transluminale Stentimplantation an Gefäßen des Lungenkreislaufes (8-838)  
 Perkutan-transluminale Stentimplantation an Herz und Koronargefäßen (8-837)  
 Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen (5-38a)  
 Perkutan-transluminale Gefäßinterventionen (8-836)  
 Andere perkutan-transluminale Gefäßinterventionen (8-83c)
- 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  
 Für die Zuordnung einzelner Gefäße zu den Gruppen siehe auch Liste der Gefäße vor 5-38  
 Die Lokalisation ist für die Codes 8-840 bis 8-846 und 8-848 bis 8-84b 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
  - 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

- \*\*8-840.0 Ein Stent
- \*\*8-840.1 Zwei Stents
- \*\*8-840.2 Drei Stents
- \*\*8-840.3 Vier Stents
- \*\*8-840.4 Fünf Stents
- \*\*8-840.5 Sechs und 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

- \*\*8-841.0 Ein Stent
- \*\*8-841.1 Zwei Stents
- \*\*8-841.2 Drei Stents
- \*\*8-841.3 Vier Stents
- \*\*8-841.4 Fünf Stents
- \*\*8-841.5 Sechs und 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  
[6. Stelle: 0,2,3,6-p,x]
- \*\*8-842.1 Zwei Stents  
[6. Stelle: 0,2,3,6-p,x]
- \*\*8-842.2 Drei Stents  
[6. Stelle: 0,2,3,6-p,x]
- \*\*8-842.3 Vier Stents  
[6. Stelle: 0,2,3,6-p,x]
- \*\*8-842.4 Fünf Stents  
[6. Stelle: 0,2,3,6-p,x]
- \*\*8-842.5 Sechs und mehr Stents  
[6. Stelle: 0,2,3,6-p,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

- \*\*8-843.0 Ein Stent
- \*\*8-843.1 Zwei Stents
- \*\*8-843.2 Drei Stents
- \*\*8-843.3 Vier Stents
- \*\*8-843.4 Fünf Stents
- \*\*8-843.5 Sechs und 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
- \*\*8-844.0 Ein Stent  
 [6. Stelle: 0,3,c,x]
- \*\*8-844.1 Zwei Stents  
 [6. Stelle: 0,3,c,x]
- \*\*8-844.2 Drei Stents  
 [6. Stelle: 0,3,c,x]
- \*\*8-844.3 Vier Stents  
 [6. Stelle: 0,3,c,x]
- \*\*8-844.4 Fünf Stents  
 [6. Stelle: 0,3,c,x]
- \*\*8-844.5 Sechs und mehr Stents  
 [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  
 [6. Stelle: 0,2-n,x]
- \*\*8-845.1 Zwei und mehr Stents  
 [6. Stelle: 0,2-n,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  
 [6. Stelle: 0,2-n,x]
- \*\*8-846.1 Zwei und mehr Stents  
 [6. Stelle: 0,2-n,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.)  
*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  
 [6. Stelle: 0,2,3,6-p,x]
- \*\*8-848.1 Zwei Stents  
 [6. Stelle: 0,2,3,6-p,x]
- \*\*8-848.2 Drei Stents  
 [6. Stelle: 0,2,3,6-p,x]
- \*\*8-848.3 Vier Stents  
 [6. Stelle: 0,2,3,6-p,x]
- \*\*8-848.4 Fünf Stents  
 [6. Stelle: 0,2,3,6-p,x]
- \*\*8-848.5 Sechs und mehr Stents  
 [6. Stelle: 0,2,3,6-p,x]
- 8-849 Perkutan-transluminale Implantation von sonstigen ungecoverten großlumigen Stents**  
*Exkl.:* Ungecoverte 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
- \*\*8-849.0 Ein Stent
- \*\*8-849.1 Zwei und mehr Stents

**8-84a Perkutan-transluminale Implantation von sonstigen gecoverten großlumigen Stents***Exkl.:* Gecoverte 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.0 Ein Stent

\*\*8-84a.1 Zwei und 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.0 Ein Stent

\*\*8-84b.2 Zwei Stents

\*\*8-84b.3 Drei Stents

\*\*8-84b.4 Vier Stents

\*\*8-84b.5 Fünf Stents

\*\*8-84b.6 Sechs und 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****8-851 Operativer äußerer Kreislauf (bei Anwendung der Herz-Lungen-Maschine)***Hinw.:* Es gilt die niedrigste Körpertemperatur während des Eingriffs

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

8-851.0 Mit Normothermie (mehr als 35 °C)

.00 Ohne intraaortale Ballonokklusion

.01 Mit intraaortaler Ballonokklusion

8-851.1 Mit milder Hypothermie (32 bis 35 °C)

.10 Ohne intraaortale Ballonokklusion

.11 Mit intraaortaler Ballonokklusion

8-851.3 Mit moderater Hypothermie (26 bis unter 32 °C)

.30 Ohne intraaortale Ballonokklusion

.31 Mit intraaortaler Ballonokklusion

8-851.4 Mit tiefer Hypothermie (20 bis unter 26 °C)

.40 Ohne intraaortale Ballonokklusion

.41 Mit intraaortaler Ballonokklusion

8-851.5 Mit profunder Hypothermie (unter 20 °C)

.50 Ohne intraaortale Ballonokklusion

.51 Mit intraaortaler Ballonokklusion

8-851.x Sonstige

8-851.y N.n.bez.

**8-852 Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) und Prä-ECMO-Therapie**

8-852.0 Venovenöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung

*Hinw.:* Die perkutane Implantation der Kanülen ist im Kode enthalten

Die offen chirurgische Implantation der Kanülen ist gesondert zu kodieren (5-37b ff.)

.00 Dauer der Behandlung bis unter 48 Stunden

.01 Dauer der Behandlung 48 bis unter 96 Stunden

.03 Dauer der Behandlung 96 bis unter 144 Stunden

.04 Dauer der Behandlung 144 bis unter 192 Stunden

.05 Dauer der Behandlung 192 bis unter 240 Stunden

- .06 Dauer der Behandlung 240 bis unter 288 Stunden
- .07 Dauer der Behandlung 288 bis unter 384 Stunden
- .08 Dauer der Behandlung 384 bis unter 480 Stunden
- .09 Dauer der Behandlung 480 bis unter 576 Stunden
- .0a Dauer der Behandlung 576 Stunden und mehr
- 8-852.1 **Prä-ECMO-Therapie**  
*Hinw.:* Vorhaltung einer einsatzfähigen ECMO oder minimalisierten Herz-Lungen-Maschine ohne anschließende Durchführung einer Therapie mit einer ECMO oder minimalisierten Herz-Lungen-Maschine
- 8-852.2 **Extrakorporale Lungenunterstützung, pumpenlos (PECLA)**
  - .20 Dauer der Behandlung bis unter 144 Stunden
  - .21 Dauer der Behandlung 144 bis unter 288 Stunden
  - .22 Dauer der Behandlung 288 bis unter 432 Stunden
  - .23 Dauer der Behandlung 432 bis unter 720 Stunden
  - .24 Dauer der Behandlung 720 bis unter 1008 Stunden
  - .25 Dauer der Behandlung 1008 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 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 anzugeben
  - .30 Dauer der Behandlung bis unter 48 Stunden
  - .31 Dauer der Behandlung 48 bis unter 96 Stunden
  - .33 Dauer der Behandlung 96 bis unter 144 Stunden
  - .34 Dauer der Behandlung 144 bis unter 192 Stunden
  - .35 Dauer der Behandlung 192 bis unter 240 Stunden
  - .36 Dauer der Behandlung 240 bis unter 288 Stunden
  - .37 Dauer der Behandlung 288 bis unter 384 Stunden
  - .38 Dauer der Behandlung 384 bis unter 480 Stunden
  - .39 Dauer der Behandlung 480 bis unter 576 Stunden
  - .3a Dauer der Behandlung 576 Stunden und mehr
- 8-852.4 **Anwendung eines doppelumigen Katheters als Kanüle**  
*Hinw.:* Dieser Kode ist ein Zusatzkode  
 Die offen chirurgische Implantation der Kanülen ist gesondert zu kodieren (5-37b ff.)  
 Bei offen chirurgischer Implantation ist der doppelumige Katheter als 1 Kanüle zu zählen
- 8-853 **Hämofiltration**  
*Hinw.:* Es ist jede durchgeführte Hämofiltration zu kodieren  
 Die kontinuierliche Hämofiltration ist bei Beginn der Behandlung für einen Zeitraum von mehr als 24 Stunden geplant. Bei der kontinuierlichen Hämofiltration beginnt ein Behandlungszyklus mit Anschluss an die Dialysemaschine und endet mit Entlassung des Patienten oder der Unterbrechung des Verfahrens für mehr als 24 Stunden. Bei Filter-, Beutel-, System- oder Datumswechsel sowie bei einer Unterbrechung von bis zu 24 Stunden ist keine neue Verschlüsselung der Prozedur erforderlich  
 Bei Anwendung unterschiedlicher Substanzen zur Antikoagulation ist die Art der Antikoagulation zu verschlüsseln, welche bei der Behandlung überwiegend verwendet wurde
- 8-853.1 **Kontinuierlich, arteriovenös (CAVH)**
  - .13 Bis 24 Stunden  
*Hinw.:* Mit diesem Kode ist eine kontinuierliche Hämofiltration zu kodieren, die für mehr als 24 Stunden geplant war, aber vorher abgebrochen wurde
  - .14 Mehr als 24 bis 72 Stunden
  - .15 Mehr als 72 bis 144 Stunden
  - .16 Mehr als 144 bis 264 Stunden
  - .17 Mehr als 264 bis 432 Stunden

- .19 Mehr als 432 bis 600 Stunden
- .1a Mehr als 600 bis 960 Stunden
- .1b Mehr als 960 bis 1.320 Stunden
- .1c Mehr als 1.320 bis 1.680 Stunden
- .1d Mehr als 1.680 bis 2.040 Stunden
- .1e Mehr als 2.040 bis 2.400 Stunden
- .1f Mehr als 2.400 Stunden
- 8-853.3 Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation
- 8-853.4 Intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen  
*Inkl.:* Antikoagulation mit Citrat
- 8-853.5 Verlängert intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation  
*Hinw.:* Eine verlängerte intermittierende Hämofiltration dauert mehr als 6 Stunden
- 8-853.6 Verlängert intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen  
*Inkl.:* Antikoagulation mit Citrat  
*Hinw.:* Eine verlängerte intermittierende Hämofiltration dauert mehr als 6 Stunden
- 8-853.7 Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation
  - .70 Bis 24 Stunden  
*Hinw.:* Mit diesem Code ist eine kontinuierliche Hämofiltration zu kodieren, die für mehr als 24 Stunden geplant war, aber vorher abgebrochen wurde
  - .71 Mehr als 24 bis 72 Stunden
  - .72 Mehr als 72 bis 144 Stunden
  - .73 Mehr als 144 bis 264 Stunden
  - .74 Mehr als 264 bis 432 Stunden
  - .76 Mehr als 432 bis 600 Stunden
  - .77 Mehr als 600 bis 960 Stunden
  - .78 Mehr als 960 bis 1.320 Stunden
  - .79 Mehr als 1.320 bis 1.680 Stunden
  - .7a Mehr als 1.680 bis 2.040 Stunden
  - .7b Mehr als 2.040 bis 2.400 Stunden
  - .7c Mehr als 2.400 Stunden
- 8-853.8 Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen  
*Inkl.:* Antikoagulation mit Citrat
  - .80 Bis 24 Stunden  
*Hinw.:* Mit diesem Code ist eine kontinuierliche Hämofiltration zu kodieren, die für mehr als 24 Stunden geplant war, aber vorher abgebrochen wurde
  - .81 Mehr als 24 bis 72 Stunden
  - .82 Mehr als 72 bis 144 Stunden
  - .83 Mehr als 144 bis 264 Stunden
  - .84 Mehr als 264 bis 432 Stunden
  - .86 Mehr als 432 bis 600 Stunden
  - .87 Mehr als 600 bis 960 Stunden
  - .88 Mehr als 960 bis 1.320 Stunden
  - .89 Mehr als 1.320 bis 1.680 Stunden
  - .8a Mehr als 1.680 bis 2.040 Stunden
  - .8b Mehr als 2.040 bis 2.400 Stunden
  - .8c Mehr als 2.400 Stunden
- 8-853.x Sonstige
- 8-853.y N.n.bez.

**8-854 Hämodialyse**

*Hinw.:* Es ist jede durchgeführte Hämodialyse zu kodieren  
 Die kontinuierliche Hämodialyse ist bei Beginn der Behandlung für einen Zeitraum von mehr als 24 Stunden geplant. Bei der kontinuierlichen Hämodialyse beginnt ein Behandlungszyklus mit Anschluss an die Dialysemaschine und endet mit Entlassung des Patienten oder der Unterbrechung des Verfahrens für mehr als 24 Stunden. Bei Filter-, Beutel-, System- oder Datumswechsel sowie bei einer Unterbrechung von bis zu 24 Stunden ist keine neue Verschlüsselung der Prozedur erforderlich  
 Bei Anwendung unterschiedlicher Substanzen zur Antikoagulation ist die Art der Antikoagulation zu verschlüsseln, welche bei der Behandlung überwiegend verwendet wurde

8-854.2 Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation

8-854.3 Intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen

*Inkl.:* Antikoagulation mit Citrat

8-854.4 Verlängert intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation

*Hinw.:* Eine verlängerte intermittierende Hämodialyse dauert mehr als 6 Stunden

8-854.5 Verlängert intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen

*Inkl.:* Antikoagulation mit Citrat

*Hinw.:* Eine verlängerte intermittierende Hämodialyse dauert mehr als 6 Stunden

8-854.6 Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation

.60 Bis 24 Stunden

*Hinw.:* Mit diesem Code ist eine kontinuierliche Hämodialyse zu kodieren, die für mehr als 24 Stunden geplant war, aber vorher abgebrochen wurde

.61 Mehr als 24 bis 72 Stunden

.62 Mehr als 72 bis 144 Stunden

.63 Mehr als 144 bis 264 Stunden

.64 Mehr als 264 bis 432 Stunden

.66 Mehr als 432 bis 600 Stunden

.67 Mehr als 600 bis 960 Stunden

.68 Mehr als 960 bis 1.320 Stunden

.69 Mehr als 1.320 bis 1.680 Stunden

.6a Mehr als 1.680 bis 2.040 Stunden

.6b Mehr als 2.040 bis 2.400 Stunden

.6c Mehr als 2.400 Stunden

8-854.7 Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen

*Inkl.:* Antikoagulation mit Citrat

.70 Bis 24 Stunden

*Hinw.:* Mit diesem Code ist eine kontinuierliche Hämodialyse zu kodieren, die für mehr als 24 Stunden geplant war, aber vorher abgebrochen wurde

.71 Mehr als 24 bis 72 Stunden

.72 Mehr als 72 bis 144 Stunden

.73 Mehr als 144 bis 264 Stunden

.74 Mehr als 264 bis 432 Stunden

.76 Mehr als 432 bis 600 Stunden

.77 Mehr als 600 bis 960 Stunden

.78 Mehr als 960 bis 1.320 Stunden

.79 Mehr als 1.320 bis 1.680 Stunden

.7a Mehr als 1.680 bis 2.040 Stunden

.7b Mehr als 2.040 bis 2.400 Stunden

.7c Mehr als 2.400 Stunden

8-854.8 Verlängert intermittierend, zur Elimination von Proteinen mit einer Molekularmasse bis 60.000

*Inkl.:* Elimination von Leichtketten

*Hinw.:* Eine verlängerte intermittierende Hämodialyse dauert mehr als 6 Stunden

8-854.x Sonstige

8-854.y N.n.bez.

**8-855 Hämodiafiltration**

*Hinw.:* Es ist jede durchgeführte Hämodiafiltration zu kodieren

Die kontinuierliche Hämodiafiltration ist bei Beginn der Behandlung für einen Zeitraum von mehr als 24 Stunden geplant. Bei der kontinuierlichen Hämodiafiltration beginnt ein Behandlungszyklus mit Anschluss an die Dialysemaschine und endet mit Entlassung des Patienten oder der Unterbrechung des Verfahrens für mehr als 24 Stunden. Bei Filter-, Beutel-, System- oder Datumswechsel sowie bei einer Unterbrechung von bis zu 24 Stunden ist keine neue Verschlüsselung der Prozedur erforderlich

Bei Anwendung unterschiedlicher Substanzen zur Antikoagulation ist die Art der Antikoagulation zu verschlüsseln, welche bei der Behandlung überwiegend verwendet wurde

**8-855.1 Kontinuierlich, arteriovenös (CAVHDF)**

.13 Bis 24 Stunden

*Hinw.:* Mit diesem Code ist eine kontinuierliche Hämodiafiltration zu kodieren, die für mehr als 24 Stunden geplant war, aber vorher abgebrochen wurde

.14 Mehr als 24 bis 72 Stunden

.15 Mehr als 72 bis 144 Stunden

.16 Mehr als 144 bis 264 Stunden

.17 Mehr als 264 bis 432 Stunden

.19 Mehr als 432 bis 600 Stunden

.1a Mehr als 600 bis 960 Stunden

.1b Mehr als 960 bis 1.320 Stunden

.1c Mehr als 1.320 bis 1.680 Stunden

.1d Mehr als 1.680 bis 2.040 Stunden

.1e Mehr als 2.040 bis 2.400 Stunden

.1f Mehr als 2.400 Stunden

**8-855.3 Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation****8-855.4 Intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen**

*Inkl.:* Antikoagulation mit Citrat

**8-855.5 Verlängert intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation**

*Hinw.:* Eine verlängerte intermittierende Hämodiafiltration dauert mehr als 6 Stunden

**8-855.6 Verlängert intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen**

*Inkl.:* Antikoagulation mit Citrat

*Hinw.:* Eine verlängerte intermittierende Hämodiafiltration dauert mehr als 6 Stunden

**8-855.7 Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation**

.70 Bis 24 Stunden

*Hinw.:* Mit diesem Code ist eine kontinuierliche Hämodiafiltration zu kodieren, die für mehr als 24 Stunden geplant war, aber vorher abgebrochen wurde

.71 Mehr als 24 bis 72 Stunden

.72 Mehr als 72 bis 144 Stunden

.73 Mehr als 144 bis 264 Stunden

.74 Mehr als 264 bis 432 Stunden

.76 Mehr als 432 bis 600 Stunden

.77 Mehr als 600 bis 960 Stunden

.78 Mehr als 960 bis 1.320 Stunden

.79 Mehr als 1.320 bis 1.680 Stunden

.7a Mehr als 1.680 bis 2.040 Stunden

.7b Mehr als 2.040 bis 2.400 Stunden

.7c Mehr als 2.400 Stunden

**8-855.8 Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen**

*Inkl.:* Antikoagulation mit Citrat

.80 Bis 24 Stunden

*Hinw.:* Mit diesem Code ist eine kontinuierliche Hämodiafiltration zu kodieren, die für mehr als 24 Stunden geplant war, aber vorher abgebrochen wurde

.81 Mehr als 24 bis 72 Stunden

.82 Mehr als 72 bis 144 Stunden

.83 Mehr als 144 bis 264 Stunden

- .84 Mehr als 264 bis 432 Stunden
- .86 Mehr als 432 bis 600 Stunden
- .87 Mehr als 600 bis 960 Stunden
- .88 Mehr als 960 bis 1.320 Stunden
- .89 Mehr als 1.320 bis 1.680 Stunden
- .8a Mehr als 1.680 bis 2.040 Stunden
- .8b Mehr als 2.040 bis 2.400 Stunden
- .8c Mehr als 2.400 Stunden
- 8-855.x Sonstige
- 8-855.y N.n.bez.
- 8-856 Hämoperfusion**
- 8-857 Peritonealdialyse**
  - Exkl.:* Therapeutische Spülung über liegenden intraperitonealen Katheter (8-179.0)
  - Hinw.:* Es ist jede durchgeführte Peritonealdialyse zu kodieren
  - Bei der kontinuierlichen Peritonealdialyse beginnt ein Behandlungszyklus mit der stationären Aufnahme des Patienten und endet mit Entlassung des Patienten oder der Unterbrechung des Verfahrens für mehr als 24 Stunden. Bei Filter-, Beutel-, System- oder Datumswechsel ist keine neue Verschlüsselung der Prozedur erforderlich
- 8-857.0 Intermittierend, maschinell unterstützt (IPD)
- 8-857.1 Kontinuierlich, nicht maschinell unterstützt (CAPD)
  - .10 Bis 24 Stunden
  - .11 Mehr als 24 bis 72 Stunden
  - .12 Mehr als 72 bis 144 Stunden
  - .13 Mehr als 144 bis 264 Stunden
  - .14 Mehr als 264 bis 432 Stunden
  - .16 Mehr als 432 bis 600 Stunden
  - .17 Mehr als 600 bis 960 Stunden
  - .18 Mehr als 960 bis 1.320 Stunden
  - .19 Mehr als 1.320 bis 1.680 Stunden
  - .1a Mehr als 1.680 bis 2.040 Stunden
  - .1b Mehr als 2.040 bis 2.400 Stunden
  - .1c Mehr als 2.400 Stunden
- 8-857.2 Kontinuierlich, maschinell unterstützt (APD), mit Zusatzgeräten
  - .20 Bis 24 Stunden
  - .21 Mehr als 24 bis 72 Stunden
  - .22 Mehr als 72 bis 144 Stunden
  - .23 Mehr als 144 bis 264 Stunden
  - .24 Mehr als 264 bis 432 Stunden
  - .26 Mehr als 432 bis 600 Stunden
  - .27 Mehr als 600 bis 960 Stunden
  - .28 Mehr als 960 bis 1.320 Stunden
  - .29 Mehr als 1.320 bis 1.680 Stunden
  - .2a Mehr als 1.680 bis 2.040 Stunden
  - .2b Mehr als 2.040 bis 2.400 Stunden
  - .2c Mehr als 2.400 Stunden
- 8-857.x Sonstige
- 8-857.y N.n.bez.
- 8-858 Extrakorporale Leberersatztherapie [Leberdialyse]**
- 8-859↔ Isolierte Extremitätenperfusion**

- 8-85a Dialyseverfahren wegen mangelnder Funktionsaufnahme und Versagen eines Nierentransplantates**  
*Hinw.:* Dieser Kode ist ein Zusatzkode zu den möglichen Dialyseverfahren. Er ist 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**  
 .00 1 bis 3 Behandlungen  
 .01 4 bis 5 Behandlungen  
 .02 6 bis 10 Behandlungen  
 .03 11 und mehr Behandlungen
- 8-85a.1 Kontinuierlich**  
 .13 Bis 24 Stunden  
 .14 Mehr als 24 bis 72 Stunden  
 .15 Mehr als 72 bis 144 Stunden  
 .16 Mehr als 144 bis 264 Stunden  
 .17 Mehr als 264 bis 432 Stunden  
 .19 Mehr als 432 bis 600 Stunden  
 .1a Mehr als 600 bis 960 Stunden  
 .1b Mehr als 960 bis 1.320 Stunden  
 .1c Mehr als 1.320 bis 1.680 Stunden  
 .1d Mehr als 1.680 bis 2.040 Stunden  
 .1e Mehr als 2.040 bis 2.400 Stunden  
 .1f Mehr als 2.400 Stunden
- 8-85b Anwendung von Blutegeln zur Sicherung des venösen Blutabstroms bei Lappenplastiken oder replantierten Gliedmaßenabschnitten**

## Therapie mit besonderen Zellen und Blutbestandteilen (8-86...8-86)

### **8-86** Autogene und allogene Stammzelltherapie und lokale Therapie mit Blutbestandteilen und Hepatozyten

- 8-860 Autogene Stammzelltherapie**  
*Exkl.:* Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen (8-805)  
 Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen aus dem Knochenmark (5-411)  
*Hinw.:* Die Gewinnung der mesenchymalen oder hämatopoetischen Stammzellen ist im Kode enthalten
- 8-860.0 Intramyokardiale Stammzelltherapie**  
 .00 Ohne Anreicherung von Stammzellfraktionen oder kulturelle Vermehrung  
 .01 Mit Anreicherung von Stammzellfraktionen und/oder kultureller Vermehrung
- 8-860.1 Intrakoronare Stammzelltherapie**  
 .10 Ohne Anreicherung von Stammzellfraktionen oder kulturelle Vermehrung  
 .11 Mit Anreicherung von Stammzellfraktionen und/oder kultureller Vermehrung
- 8-860.2 Paraurethrale Stammzelltherapie**  
 .20 Ohne Anreicherung von Stammzellfraktionen oder kulturelle Vermehrung  
 .21 Mit Anreicherung von Stammzellfraktionen und/oder kultureller Vermehrung
- 8-860.3 Ossäre Stammzelltherapie**  
 .30 Ohne Anreicherung von Stammzellfraktionen oder kulturelle Vermehrung  
 .31 Mit Anreicherung von Stammzellfraktionen und/oder kultureller Vermehrung
- 8-860.4 Periphere (intraarterielle und/oder intramuskuläre) Stammzelltherapie**
- 8-860.x Sonstige**
- 8-860.y N.n.bez.**

- 8-861 Entnahme, Aufbereitung und Applikation von Blutbestandteilen zur lokalen Anwendung**
- 8-861.0 Lokale Applikation von autogenem Thrombozytenkonzentrat  
*Exkl.:* Transfusion von Thrombozytenkonzentraten (8-800)  
 .00 Durch Zentrifugation gewonnenes Thrombozytenkonzentrat  
 .01 Durch Filtration gewonnenes Thrombozytenkonzentrat  
 .0x Sonstige
- 8-861.1 Lokale Applikation von dendritischen Zellen  
*Exkl.:* Transfusion von dendritischen Zellen (8-802.52)
- 8-862 Hepatozytentransplantation**
- 8-862.0 Allogen
- 8-862.1 Autogen, matrixinduziert
- 8-863 Allogene Stammzelltherapie**  
*Hinw.:* Die Gewinnung der mesenchymalen oder hämatopoetischen Stammzellen ist im Kode enthalten
- 8-863.0 Periphere mesenchymale Stammzelltherapie

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

- 8-90 Anästhesie**  
*Exkl.:* Schmerztherapie (8-91)  
*Hinw.:* Dieser Kode ist ein Zusatzkode. Er ist 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
- 8-900 Intravenöse Anästhesie**  
*Exkl.:* (Analgo-)Sedierung (8-903)
- 8-901 Inhalationsanästhesie**
- 8-902 Balancierte Anästhesie**
- 8-903 (Analgo-)Sedierung**  
*Hinw.:* Dieser Kode ist nur für Patienten bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres anzugeben
- 8-91 Schmerztherapie**  
*Hinw.:* Ein Kode aus diesem Bereich ist jeweils nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben
- 8-910 Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie**  
*Inkl.:* Injektion oder Infusion von Lokalanästhetika oder Opioiden unter der Geburt
- 8-911 Subarachnoidale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie**
- 8-913 Injektion eines Medikamentes an extrakranielle Hirnnerven zur Schmerztherapie**
- 8-914 Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie**
- 8-914.0 Ohne bildgebende Verfahren  
 .00 An der Halswirbelsäule  
 .01 An der Brustwirbelsäule  
 .02 An der Lendenwirbelsäule  
 .0x Sonstige
- 8-914.1 Mit bildgebenden Verfahren  
*Inkl.:* Computertomographie oder Fluoroskopie  
 .10 An der Halswirbelsäule  
 .11 An der Brustwirbelsäule  
 .12 An der Lendenwirbelsäule  
 .1x Sonstige

- 8-915 Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie**
- 8-916 Injektion eines Medikamentes an das sympathische Nervensystem zur Schmerztherapie**
- 8-916.0 Ohne bildgebende Verfahren
- .00 Am zervikalen Grenzstrang
  - .01 Am thorakalen Grenzstrang
  - .02 Am lumbalen Grenzstrang
  - .03 An den prävertebralen Ganglien (Plexus coeliacus, Plexus hypogastricus)
  - .0x Sonstige
- 8-916.1 Mit bildgebenden Verfahren
- Inkl.:* Computertomographie oder Fluoroskopie
- .10 Am zervikalen Grenzstrang
  - .11 Am thorakalen Grenzstrang
  - .12 Am lumbalen Grenzstrang
  - .13 An den prävertebralen Ganglien (Plexus coeliacus, Plexus hypogastricus)
  - .1x Sonstige
- 8-917 Injektion eines Medikamentes in Gelenke der Wirbelsäule zur Schmerztherapie**
- 8-917.0 Ohne bildgebende Verfahren
- .00 An den Kopfgelenken
  - .01 An den Gelenken der Halswirbelsäule
  - .02 An den Gelenken der Brustwirbelsäule
  - .03 An den Gelenken der Lendenwirbelsäule
  - .0x Sonstige
- 8-917.1 Mit bildgebenden Verfahren
- Inkl.:* Computertomographie oder Fluoroskopie
- .10 An den Kopfgelenken
  - .11 An den Gelenken der Halswirbelsäule
  - .12 An den Gelenken der Brustwirbelsäule
  - .13 An den Gelenken der Lendenwirbelsäule
  - .1x Sonstige

**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 Behandlungsleitung 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 -fehlgebrauch
- schmerzunterhaltende psychische Begleiterkrankung
- gravierende somatische Begleiterkrankung

Dieser Kode erfordert 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 Kode umfasst 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. Die Anwendung dieses Kodes setzt die Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerztherapie bei der/dem Verantwortlichen voraus.

**8-918.0 Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage**

.00 Bis zu 20 Therapieeinheiten

.01 Mindestens 21 Therapieeinheiten, davon weniger als 5 Therapieeinheiten psychotherapeutische Verfahren

*Hinw.:* Es erfolgt regelmäßig, zumindest wöchentlich, je ein ärztliches und ein psychotherapeutisches Einzelgespräch von mindestens 30 Minuten. Eine zweite medizinische Fachdisziplin ist zusätzlich, zumindest im Rahmen wöchentlicher Teambesprechungen, in die Therapieentscheidungen eingebunden

.02 Mindestens 21 Therapieeinheiten, davon mindestens 5 Therapieeinheiten psychotherapeutische Verfahren

*Hinw.:* Es erfolgt regelmäßig, zumindest wöchentlich, je ein ärztliches und ein psychotherapeutisches Einzelgespräch von mindestens 30 Minuten. Eine zweite medizinische Fachdisziplin ist zusätzlich, zumindest im Rahmen wöchentlicher Teambesprechungen, in die Therapieentscheidungen eingebunden

**8-918.1 Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage**

.10 Bis zu 41 Therapieeinheiten

.11 Mindestens 42 bis höchstens 55 Therapieeinheiten, davon weniger als 10 Therapieeinheiten psychotherapeutische Verfahren

*Hinw.:* Es erfolgt regelmäßig, zumindest wöchentlich, je ein ärztliches und ein psychotherapeutisches Einzelgespräch von mindestens 30 Minuten. Eine zweite medizinische Fachdisziplin ist zusätzlich, zumindest im Rahmen wöchentlicher Teambesprechungen, in die Therapieentscheidungen eingebunden

.12 Mindestens 42 bis höchstens 55 Therapieeinheiten, davon mindestens 10 Therapieeinheiten psychotherapeutische Verfahren

*Hinw.:* Es erfolgt regelmäßig, zumindest wöchentlich, je ein ärztliches und ein psychotherapeutisches Einzelgespräch von mindestens 30 Minuten. Eine zweite medizinische Fachdisziplin ist zusätzlich, zumindest im Rahmen wöchentlicher Teambesprechungen, in die Therapieentscheidungen eingebunden

.13 Mindestens 56 Therapieeinheiten, davon weniger als 14 Therapieeinheiten psychotherapeutische Verfahren

*Hinw.:* Es erfolgt regelmäßig, zumindest wöchentlich, je ein ärztliches und ein psychotherapeutisches Einzelgespräch von mindestens 30 Minuten. Eine zweite medizinische Fachdisziplin ist zusätzlich, zumindest im Rahmen wöchentlicher Teambesprechungen, in die Therapieentscheidungen eingebunden

.14 Mindestens 56 Therapieeinheiten, davon mindestens 14 Therapieeinheiten psychotherapeutische Verfahren

*Hinw.:* Es erfolgt regelmäßig, zumindest wöchentlich, je ein ärztliches und ein psychotherapeutisches Einzelgespräch von mindestens 30 Minuten. Eine zweite medizinische Fachdisziplin ist zusätzlich, zumindest im Rahmen wöchentlicher Teambesprechungen, in die Therapieentscheidungen eingebunden

**8-918.2 Mindestens 21 Behandlungstage**

.20 Bis zu 83 Therapieeinheiten

- 21 Mindestens 84 Therapieeinheiten, davon weniger als 21 Therapieeinheiten psychotherapeutische Verfahren  
*Hinw.:* Es erfolgt regelmäßig, zumindest wöchentlich, je ein ärztliches und ein psychotherapeutisches Einzelgespräch von mindestens 30 Minuten. Eine zweite medizinische Fachdisziplin ist zusätzlich, zumindest im Rahmen wöchentlicher Teambesprechungen, in die Therapieentscheidungen eingebunden
- 22 Mindestens 84 Therapieeinheiten, davon mindestens 21 Therapieeinheiten psychotherapeutische Verfahren  
*Hinw.:* Es erfolgt regelmäßig, zumindest wöchentlich, je ein ärztliches und ein psychotherapeutisches Einzelgespräch von mindestens 30 Minuten. Eine zweite medizinische Fachdisziplin ist zusätzlich, zumindest im Rahmen wöchentlicher Teambesprechungen, in die Therapieentscheidungen eingebunden

### 8-919 Komplexe Akutschmerzbehandlung

*Hinw.:* Dieser Kode umfasst die Einleitung, Durchführung und Überwachung einer speziellen Schmerztherapie oder Symptomkontrolle bei Patienten mit schweren akuten Schmerzzuständen (z.B. nach Operationen, Unfällen oder schweren, exazerbierten Tumorschmerzen) mit einem der unter 8-910 bis 8-911 genannten Verfahren, mit kontinuierlichen Regionalanästhesieverfahren (z.B. Plexuskatheter) oder parenteraler patientenkontrollierter Analgesie (PCA) durch spezielle Einrichtungen (z.B. Akutschmerzdienst) mit mindestens zweimaliger Visite pro Tag  
 Der Kode ist auch bei Tumorschmerzen anzuwenden, bei denen akute Schmerzexazerbationen oder Therapieresistenz von tumorbedingten oder tumorassoziierten Schmerzzuständen im Vordergrund des Krankheitsbildes stehen und den Einsatz spezieller schmerztherapeutischer Verfahren und Techniken erfordern  
 Die Anwendung dieses Kodes erfordert die Dokumentation von mindestens drei Aspekten der Effektivität der Therapie (Analgesie, Symptomintensität, Symptomkontrolle, Ermöglichung aktiver Therapie)  
 Der Kode ist nicht anwendbar bei Schmerztherapie nur am Operationstag

### 8-91b Multimodale schmerztherapeutische Kurzzeitbehandlung

*Hinw.:* Diese Prozedur wird als Therapieerprobung nach einer multidisziplinären algesiologischen Diagnostik (1-910) oder als Therapiestabilisierung nach einer multimodalen Schmerztherapie (8-918 ff.) durchgeführt

Mindestmerkmale:

- Behandlung unter Leitung eines Arztes mit der Zusatzweiterbildung Spezielle Schmerztherapie
- Die Behandlungsdauer beträgt maximal 6 Tage
- Interdisziplinäre Teambesprechung zum Therapieverlauf
- Einbeziehung von mindestens 3 Fachdisziplinen, davon eine psychiatrische, psychosomatische oder psychologisch-psychotherapeutische Fachdisziplin sowie die gleichzeitige Anwendung von mindestens drei der folgenden aktiven Therapieverfahren: Psychotherapie (Verhaltenstherapie), Physiotherapie, Entspannungsverfahren, Ergotherapie, medizinische Trainingstherapie, sensomotorisches Training, Arbeitsplatztraining, künstlerische Therapie (Kunst- oder Musiktherapie) oder sonstige übende Therapien patientenbezogen in unterschiedlichen Kombinationen

### 8-91c Teilstationäre Multimodale Schmerztherapie

*Exkl.:* Multimodale Schmerztherapie (8-918 ff.)

Multimodale schmerztherapeutische Kurzzeitbehandlung (8-91b)

*Hinw.:* Jeder teilstationäre schmerztherapeutische Behandlungstag, an dem die nachfolgenden Bedingungen erfüllt werden, ist einzeln zu kodieren

Die multimodale algesiologische Diagnostik kann mit dem Kode 1-910 verschlüsselt werden, wenn die dort angegebenen Bedingungen erfüllt sind

Mindestmerkmale:

- Vor Beginn der teilstationären multimodalen Schmerztherapie wurde eine multidisziplinäre algesiologische Diagnostik unter Mitarbeit von mindestens 2 Fachdisziplinen (davon eine psychiatrische, psychosomatische oder psychologisch-psychotherapeutische Disziplin) mit psychometrischer und physischer Funktionstestung und abschließender Teambesprechung abgeschlossen
- Teamintegrierte Behandlung chronischer Schmerzpatienten unter fachärztlicher Behandlungsleitung nach festgelegtem Behandlungsplan. Zum Team gehört ein ärztlicher oder psychologischer Psychotherapeut
- Der verantwortliche Arzt besitzt die Zusatzweiterbildung Spezielle Schmerztherapie
- Ärztliche Visite oder Teambesprechung mit Behandlungsplanung
- Gesamtaufenthaltsdauer pro Tag in der teilstationären Einrichtung (inkl. Erholungszeiten) von mindestens 240 Minuten
- Die Größe der Behandlungsgruppen ist auf maximal 8 Patienten begrenzt

Vorhandensein folgender Verfahren:

- Physiotherapie oder Sporttherapie oder andere körperlich übende Verfahren
- Ärztliche oder psychologische Psychotherapie

Als teamintegriert angewandte Verfahrensarten gelten:

- Körperlich übende Verfahren wie z.B. aktivierende Physiotherapie, Trainingstherapie, Ausdauertraining, Dehnungsübungen, sensomotorisches Training, Ergotherapie, Arbeitsplatztraining
- Psychotherapeutisch übende, auch durch Kotherapeuten erbrachte Verfahren wie z.B. Muskelrelaxation, Autogenes Training
- Ärztlich oder psychologisch psychotherapeutische Verfahren wie z.B. psychologische Schmerztherapie, Gruppenpsychotherapie, Edukation, Alltagsplanung, störungsorientierte Einzeltherapie
- Sonstige Verfahren wie z.B. soziale Interventionen, Kreativtherapie, künstlerische Therapie (Kunst- oder Musiktherapie)

Eine gleichzeitige akutmedizinische Diagnostik bzw. Behandlung ist gesondert zu kodieren

#### 8-91c.0 Basisbehandlung

*Hinw.:* Mindestmerkmale:

- Teamintegrierter Einsatz von mindestens zwei der genannten Verfahren
- Mindestens 120 Minuten Therapiezeit pro Tag in Einzel- und/oder Gruppentherapie

.00 Zwei übende oder sonstige Verfahren

.01 Zwei Verfahren, davon ein ärztlich oder psychologisch psychotherapeutisches Verfahren von mindestens 60 Minuten

.02 Zwei Verfahren, zusätzlich ein ärztliches oder psychotherapeutisches Einzelgespräch von mindestens 30 Minuten

#### 8-91c.1 Umfassende Behandlung

*Hinw.:* Mindestmerkmale:

- Teamintegrierter Einsatz von mindestens drei der genannten Verfahren
- Mindestens 180 Minuten Therapiezeit pro Tag in Einzel- und/oder Gruppentherapie

.10 Drei übende oder sonstige Verfahren

.11 Drei Verfahren, davon ein ärztlich oder psychologisch psychotherapeutisches Verfahren von mindestens 60 Minuten

.12 Drei Verfahren, zusätzlich ein ärztliches oder psychotherapeutisches Einzelgespräch von mindestens 30 Minuten

#### 8-91c.2 Intensivbehandlung

*Hinw.:* Mindestmerkmale:

- Teamintegrierter Einsatz von mindestens vier der genannten Verfahren
- Mindestens 240 Minuten Therapiezeit pro Tag in Einzel- und/oder Gruppentherapie

.20 Vier oder mehr übende oder sonstige Verfahren

.21 Vier oder mehr Verfahren, davon ein ärztlich oder psychologisch psychotherapeutisches Verfahren von mindestens 60 Minuten

.22 Vier oder mehr Verfahren, zusätzlich ein ärztliches oder psychotherapeutisches Einzelgespräch von mindestens 30 Minuten

- 23 Vier oder mehr Verfahren, davon ein ärztlich oder psychologisch psychotherapeutisches Verfahren von mindestens 60 Minuten und zusätzlich ein ärztliches oder psychotherapeutisches Einzelgespräch von mindestens 30 Minuten

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

### 8-92 Neurologisches Monitoring

*Inkl.:* Auswertung und klinische Beurteilung

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

#### 8-920 EEG-Monitoring (mindestens 2 Kanäle) für mehr als 24 h

*Inkl.:* Bispektral-Index-Monitoring [BIS-Monitoring]

*Hinw.:* Dieser Kode ist nur für intensivmedizinische Patienten anzugeben

#### 8-921 Monitoring mittels evozierter Potentiale

*Hinw.:* Dieser Kode ist nur für intensivmedizinische Patienten anzugeben

#### 8-923 Monitoring der hirnvenösen Sauerstoffsättigung

*Hinw.:* Dieser Kode ist nur für intensivmedizinische Patienten anzugeben

#### 8-924 Invasives neurologisches Monitoring

*Inkl.:* Monitoring des intrakraniellen Druckes  
Monitoring der Sauerstoffsättigung im Hirngewebe

*Hinw.:* Dieser Kode ist nur für intensivmedizinische Patienten anzugeben

#### 8-925 Intraoperatives neurophysiologisches Monitoring

*Inkl.:* Elektrophysiologisches Monitoring  
Sprachmonitoring bei Wacheingriffen

##### 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)

*Hinw.:* Eine ggf. durchgeführte Anwendung von Stimulationselektroden ist im Kode enthalten

.02 Mit weniger als 8 kortikalen Elektroden (Elektrokortikographie, Phasenumkehr und/oder Kartierung)

.03 Mit weniger als 8 kortikalen Elektroden (Elektrokortikographie, Phasenumkehr und/oder Kartierung) und mit evozierten Potentialen (AEP, SEP, MEP)

.04 Mit 8 und mehr kortikalen Elektroden (Elektrokortikographie, Phasenumkehr und/oder Kartierung)

*Hinw.:* Ein ggf. durchgeführtes Monitoring mit evozierten Potentialen ist im Kode enthalten

.0x Sonstige

##### 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)

*Hinw.:* Eine ggf. durchgeführte Anwendung von Stimulationselektroden ist im Kode enthalten

.22 Mit weniger als 8 kortikalen Elektroden (Elektrokortikographie, Phasenumkehr und/oder Kartierung)

.23 Mit weniger als 8 kortikalen Elektroden (Elektrokortikographie, Phasenumkehr und/oder Kartierung) und mit evozierten Potentialen (AEP, SEP, MEP)

.24 Mit 8 und mehr kortikalen Elektroden (Elektrokortikographie, Phasenumkehr und/oder Kartierung)

*Hinw.:* Ein ggf. durchgeführtes Monitoring mit evozierten Potentialen ist im Kode enthalten

.2x Sonstige

##### 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)

*Hinw.:* Eine ggf. durchgeführte Anwendung von Stimulationselektroden ist im Kode enthalten

.32 Mit weniger als 8 kortikalen Elektroden (Elektrokortikographie, Phasenumkehr und/oder Kartierung)

.33 Mit weniger als 8 kortikalen Elektroden (Elektrokortikographie, Phasenumkehr und/oder Kartierung) und mit evozierten Potentialen (AEP, SEP, MEP)

.34 Mit 8 und mehr kortikalen Elektroden (Elektrokortikographie, Phasenumkehr und/oder Kartierung)

*Hinw.:* Ein ggf. durchgeführtes Monitoring mit evozierten Potentialen ist im Kode enthalten

.3x Sonstige

- 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)  
*Hinw.:* Eine ggf. durchgeführte Anwendung von Stimulationselektroden ist im Kode enthalten
  - .42 Mit weniger als 8 kortikalen Elektroden (Elektrokortikographie, Phasenumkehr und/oder Kartierung)
  - .43 Mit weniger als 8 kortikalen Elektroden (Elektrokortikographie, Phasenumkehr und/oder Kartierung) und mit evozierten Potentialen (AEP, SEP, MEP)
  - .44 Mit 8 und mehr kortikalen Elektroden (Elektrokortikographie, Phasenumkehr und/oder Kartierung)  
*Hinw.:* Ein ggf. durchgeführtes Monitoring mit evozierten Potentialen ist im Kode enthalten
  - 4x Sonstige

### **8-93 Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf**

*Inkl.:* Auswertung und klinische Beurteilung

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

#### **8-930 Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes**

*Hinw.:* Dieser Kode ist nur für intensivmedizinisch versorgte Patienten anzugeben. Dieser Kode umfasst das kontinuierliche EKG-Monitoring, das Monitoring des Blutdruckes, die Messung von Atemfrequenz, Sauerstoffsättigung und sonstigen Vitalparametern sowie die Bilanzierung

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

*Hinw.:* Dieser Kode ist nur für intensivmedizinisch versorgte Patienten anzugeben. Dieser Kode umfasst das kontinuierliche EKG-Monitoring, das Monitoring des Blutdruckes, die Messung von Atemfrequenz, Sauerstoffsättigung und sonstigen Vitalparametern sowie die Bilanzierung

8-931.0 Ohne kontinuierliche reflektionsspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung

8-931.1 Mit kontinuierlicher reflektionsspektrometrischer Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung

#### **8-932 Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Pulmonalarteriendruckes**

*Inkl.:* Messung des zentralen Venendruckes

Einsatz der Pulswellenkonturanalyse und der Pulsdruckanalyse zur Bestimmung des Herzzeitvolumens

*Hinw.:* Dieser Kode ist nur für intensivmedizinisch versorgte Patienten anzugeben. Dieser Kode umfasst das kontinuierliche EKG-Monitoring, das Monitoring des Blutdruckes, die Messung von Atemfrequenz, Sauerstoffsättigung und sonstigen Vitalparametern sowie die Bilanzierung

#### **8-933 Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie**

*Hinw.:* Dieser Kode ist nur für stationär behandelte Patienten anzugeben

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

### **8-97 Multimodale Komplexbehandlung**

#### **8-971 Multimodale dermatologische Komplexbehandlung**

*Hinw.:* Merkmale: 7 Behandlungstage unter fachärztlicher Behandlungsleitung und durch Fachpflegepersonal

8-971.0 Ganzkörper-Dermatotherapie (mindestens 2 x tägl.)

8-971.1 Ganzkörper-Dermatotherapie (mindestens 2 x tägl.), Balneotherapie und/oder Lichttherapie

8-971.2 Ganzkörper-Dermatotherapie (mindestens 2 x tägl.), Balneotherapie und/oder Lichttherapie, allergologische, diätetische (Karenzdiäten) und/oder psychosomatische Maßnahmen

- 8-971.3 Ganzkörper-Dermatotherapie (mindestens 2 x tägl.), Balneotherapie und/oder Lichttherapie, allergologische, diätetische (Karenzdiäten) und/oder psychosomatische Maßnahmen, spezifische parenterale Infusionstherapie
- 8-971.4 Ganzkörper-Dermatotherapie (mindestens 2 x tägl.), Balneotherapie und/oder Lichttherapie, allergologische, diätetische (Karenzdiäten) und/oder psychosomatische Maßnahmen, spezifische parenterale Infusionstherapie, Patientenschulung (ggf. Eltern-Kind)
- 8-971.x Sonstige
- 8-971.y N.n.bez.

**8-972 Komplexbehandlung bei schwerbehandelbarer Epilepsie**

*Inkl.:* Medikamentöse Umstellung oder Absetzen von Medikamenten, Lebenstraining oder Compliantetraining, Patientenschulung, Therapiekontrolle, Psychotherapie, Anfallsselbstkontrolle und Biofeedbacktraining

*Exkl.:* EEG-Diagnostik (1-207)

*Hinw.:* Bei Kindern und Jugendlichen kann die Therapie auch unter Einbeziehung von Eltern und/oder anderen Bezugspersonen erfolgen

Mindestmerkmale:

- Wöchentliche Teambesprechung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele
- Vorhandensein und Einsatz von mindestens 3 Therapiebereichen: Ergotherapie, Physiotherapie, Neuropsychologie, Psychotherapie, Sozialarbeit, bei Kindern Heil- und Sozialpädagogik patientenbezogen in unterschiedlichen Kombinationen und unterschiedlichem Zeitaufwand

- 8-972.0 Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage
- 8-972.1 Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage
- 8-972.2 Mindestens 21 Behandlungstage

**8-973 Komplexbehandlung bei Spina bifida**

*Inkl.:* Komplexe Diagnostik

*Exkl.:* Bildgebende Diagnostik (Kap. 3), invasive funktionelle Diagnostik (Kap. 1) EEG-Diagnostik (1-207)

*Hinw.:* Mit diesem Kode ist die multidisziplinäre somatische (Kinder- und Jugendmedizin, Neurochirurgie, Orthopädie, Ophthalmologie, Urologie), psychologische und psychosoziale Behandlung von Patienten mit Spina bifida zu kodieren  
Durchgeführte Operationen sind gesondert zu kodieren

**8-974 Multimodale Komplexbehandlung bei sonstiger chronischer Erkrankung**

*Inkl.:* Komplexbehandlung z.B. bei Adipositas, Asthma bronchiale, Diabetes mellitus, Neurodermitis, Mukoviszidose, rheumatologischen, hämatologisch-onkologischen, kardiologischen und sozialpädiatrischen Krankheiten

*Hinw.:* Mindestmerkmale:

- Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung
- Einsatz von mindestens 3 Therapiebereichen: Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Sporttherapie, Logopädie, künstlerische Therapie (Kunst- und Musiktherapie), Schmerztherapie, Psychotherapie patientenbezogen in unterschiedlichen Kombinationen und unterschiedlichem Zeitaufwand

- 8-974.0 Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage
- 8-974.1 Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage
- 8-974.2 Mindestens 21 Behandlungstage

**8-975 Naturheilkundliche und anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung**

**8-975.2 Naturheilkundliche Komplexbehandlung**

*Hinw.:* Mindestmerkmale:

- Behandlung von mindestens 120 Therapieminuten pro Tag durch ein klinisch-naturheilkundliches Team unter Leitung eines Facharztes mit der Zusatzbezeichnung Naturheilverfahren und mit mindestens dreijähriger Erfahrung im Bereich der klassischen Naturheilverfahren
  - Dem Team müssen neben Ärzten und fachkundigem Pflegepersonal mit mindestens halbjähriger naturheilkundlicher Erfahrung mindestens drei der folgenden Berufsgruppen angehören: Physiotherapeuten/ Krankengymnasten/Masseur/Medizinische Bademeister/Sportlehrer, Ergotherapeuten, Psychologen, Ökotrophologen/Diätassistenten, Kunsttherapeuten/Musiktherapeuten
  - Erstellung eines spezifisch-naturheilkundlichen diagnostischen und therapeutischen Konzeptes zu Beginn der Behandlung
  - Mindestens zweimal wöchentlich Teambesprechung unter Einbeziehung somatischer, ordnungstherapeutischer und sozialer Aspekte mit patientenbezogener Dokumentation der bisherigen Behandlungsergebnisse und der weiteren Behandlungsziele
  - Naturheilkundliche erweiterte Pflege durch fachkundiges Pflegepersonal
  - Einsatz von mindestens 5 der folgenden 8 Therapiebereiche: Ernährungstherapie, Hydrotherapie/Thermotherapie, andere physikalische Verfahren, Phytotherapie, Ordnungstherapie, Bewegungstherapie, ausleitende Verfahren oder ein zusätzliches Verfahren (manuelle Therapie, Akupunktur/Chinesische Medizin, Homöopathie, Neuraltherapie, künstlerische Therapie (Kunst- und Musiktherapie))
- Gleichzeitige weitergehende akutmedizinische Diagnostik und Therapie sind gesondert zu kodieren

- .22 Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage und weniger als 1.680 Behandlungsminuten
- .23 Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage und weniger als 2.520 Behandlungsminuten oder mindestens 10 bis höchstens 13 Behandlungstage und mindestens 1.680 Behandlungsminuten
- .24 Mindestens 21 Behandlungstage oder mindestens 14 Behandlungstage und mindestens 2.520 Behandlungsminuten

**8-975.3 Anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung**

*Hinw.:* Die Behandlung erfolgt unter Anwendung mehrerer spezifischer Therapieverfahren mit insgesamt mindestens 30 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) aus den Bereichen:

- Anwendungen und Bäder
- Massagen, Einreibungen und Wickel
- Bewegungstherapien (Heileurythmie und Krankengymnastik)
- Künstlerische Therapie (Kunst- und Musiktherapie)
- Supportive Therapie und Patientenschulung

**8-976 Komplexbehandlung bei Querschnittlähmung**

**8-976.0 Umfassende Erstbehandlung**

*Hinw.:* Interdisziplinäre und interprofessionelle stationäre Behandlung unmittelbar nach Eintritt einer kompletten oder inkompletten Querschnittlähmung mit dem Behandlungsergebnis der medizinischen und sozialen Reintegration im Sinne des selbstbestimmten Lebens

- .00 Bis 99 Behandlungstage
- .01 Mindestens 100 bis höchstens 199 Behandlungstage
- .02 Mindestens 200 bis höchstens 299 Behandlungstage
- .03 Mindestens 300 Behandlungstage

**8-976.1 Behandlung aufgrund direkter oder assoziierter Folgen**

*Hinw.:* Gleichzeitige und gleichrangige stationäre Behandlung aller direkten und assoziierten Folgen einer Querschnittlähmung neben der zur stationären Aufnahme führenden Ursache, um das selbstbestimmte Leben der Querschnittgelähmten kurzfristig wieder zu ermöglichen, aufrecht zu erhalten oder es durch Abwendung von Verschlimmerungen langfristig zu sichern

- .10 Bis 17 Behandlungstage
- .11 Mindestens 18 bis höchstens 49 Behandlungstage
- .12 Mindestens 50 bis höchstens 99 Behandlungstage
- .13 Mindestens 100 Behandlungstage

**8-976.2** Behandlung aufgrund lebenslanger Nachsorge (Check)

*Hinw.:* Stationäre Behandlung, um die dynamische Entwicklung einer Querschnittlähmung durch klinische, apparative und bildgebende Verfahren zu erfassen und notwendige ambulante, teilstationäre oder stationäre Maßnahmen zu veranlassen, die geeignet sind, das selbstbestimmte Leben von Querschnittgelähmten aufrechtzuerhalten oder dies wieder zu ermöglichen oder Verschlimmerungen von Querschnittlähmungsfolgen langfristig abzuwenden

**8-977** **Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems**

*Hinw.:* Die Anwendung dieses Kodes beinhaltet eine interdisziplinäre Diagnostik und Behandlung von komplexen (multifaktoriellen) Erkrankungen des Bewegungssystems unter fachärztlicher Behandlungsleitung von mindestens 12 Tagen

Dabei wird die gleichzeitige Anwendung von 5 diagnostischen Verfahren vorausgesetzt:

- Neuroorthopädische Strukturdiagnostik
- Manualmedizinische Funktionsdiagnostik
- Schmerzdiagnostik
- Apparative Diagnostik unter funktionspathologischen Aspekten (z.B. Röntgen, MRT, CT, videogestützte Bewegungsanalyse, Posturographie, computergestützte Bewegungs- oder Kraftmessung, EMG, Optimetrie)
- Psychodiagnostik

Anzuwenden sind mindestens 3 der folgenden Verfahren:

- Manuelle Medizin
- Reflextherapie
- Infiltrationstherapie/interventionelle Schmerztherapie
- Psychotherapie

und mindestens 3 Verfahren aus der/den

- Manuellen Therapie und Krankengymnastik auf neurophysiologischer Basis
- Medizinischen Trainingstherapie
- Physikalischen Therapie
- Entspannungsverfahren

mit einer Therapiedichte von mindestens 30 aktiven und passiven Einzelleistungen aus den beiden Leistungsgruppen

Die Anwendung des Kodes umfasst weiter ein therapeutisches Assessment mit interdisziplinärer Teambesprechung

**8-978** **Aufrechterhaltung der Homöostase für die postmortale Organspende**

*Inkl.:* Maschinelle Beatmung und Intensivpflege

*Hinw.:* Dieser Kode wird nicht im Rahmen des Datensatzes nach § 301 SGB V bzw. § 21 KHEntgG übermittelt und darf nur im Anschluss an die Feststellung des Hirntodes bei einem potenziellen Organspender entsprechend 1-202.0 und nicht erfolgter Organentnahme kodiert werden

Nicht erbracht werden darf diese Leistung, wenn der potenzielle Organspender zu Lebzeiten einer möglichen Organspende widersprochen hat oder medizinische Kontraindikationen für eine Organspende vorliegen

Die im Rahmen dieser Leistung ab dem Zeitpunkt der Einleitung der zur Feststellung des Hirntodes (1-202.01) führenden Hirntoddiagnostik anfallende Dauer der maschinellen Beatmung darf bei der im Rahmen der Datenübermittlung nach § 301 SGB V / § 21 KHEntgG zu übermittelten Beatmungsstundenanzahl nicht berücksichtigt werden

Als Datum der Leistungserbringung ist dasselbe Datum wie bei der Leistung 1-202.01 anzugeben

**8-979** **Stationäre Behandlung vor Transplantation**

*Hinw.:* Mit einem Kode aus diesem Bereich ist die präoperative Behandlungsdauer während des Transplantationsaufenthaltes zu kodieren

**8-979.0** Mindestens 10 bis höchstens 29 Behandlungstage

- .00 Vor einer Nierentransplantation
- .01 Vor einer Herztransplantation
- .02 Vor einer Lungentransplantation
- .03 Vor einer Herz-Lungen-Transplantation
- .04 Vor einer Lebertransplantation
- .05 Vor einer Pankreastransplantation
- .06 Vor einer Dünndarmtransplantation
- .0x Sonstige

8-979.1 Mindestens 30 bis höchstens 49 Behandlungstage

- .10 Vor einer Nierentransplantation
- .11 Vor einer Herztransplantation
- .12 Vor einer Lungentransplantation
- .13 Vor einer Herz-Lungen-Transplantation
- .14 Vor einer Lebertransplantation
- .15 Vor einer Pankreastransplantation
- .16 Vor einer Dünndarmtransplantation
- .1x Sonstige

8-979.2 Mindestens 50 Behandlungstage

- .20 Vor einer Nierentransplantation
- .21 Vor einer Herztransplantation
- .22 Vor einer Lungentransplantation
- .23 Vor einer Herz-Lungen-Transplantation
- .24 Vor einer Lebertransplantation
- .25 Vor einer Pankreastransplantation
- .26 Vor einer Dünndarmtransplantation
- .2x Sonstige

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

*Hinw.:* Dieser Kode ist 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

8-97a.0 Bis zu 6 Behandlungstage

8-97a.1 Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage

8-97a.2 Mindestens 14 Behandlungstage

**8-97b Multimodale intensivmedizinische Überwachung und Behandlung bei neuromuskulären Erkrankungen**

*Hinw.:* Mindestmerkmale:

- Intensivmedizinische Überwachung bei Patienten mit einer neuromuskulären Erkrankung (ICD-10-GM G12.-, G13.-\*, G61.-, G70.-, G71.-, G72.-, G73.-\*, M33.-, M36.0\*, M60.- außer M60.2, M63.-\*)
- Die Patienten haben eine Vitalkapazität von weniger als 1,6 Liter
- Die Patienten werden nicht maschinell beatmet
- Basismonitoring zur intensivmedizinischen Überwachung
- Messung der Vitalkapazität mindestens zweimal täglich
- Blutgasanalysen mindestens zweimal täglich

8-97b.0 Bis zu 6 Behandlungstage

8-97b.1 Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage

8-97b.2 Mindestens 14 Behandlungstage

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

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

*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

Dieser Kode ist anzugeben von Transplantationszentren bzw. von Krankenhäusern, die Kooperationspartner eines Transplantationszentrums sind

Die Kodes für 1 bis 15 Behandlungstage finden sich am Ende der Liste

**8-97c.0 Mindestens 16 bis höchstens 22 Behandlungstage**

- .00 Vor einer Nierentransplantation
- .01 Vor einer Herztransplantation
- .02 Vor einer Lungentransplantation
- .03 Vor einer Herz-Lungen-Transplantation
- .04 Vor einer Lebertransplantation
- .05 Vor einer Pankreastransplantation
- .06 Vor einer Dünndarmtransplantation
- .0x Sonstige

**8-97c.1 Mindestens 23 bis höchstens 29 Behandlungstage**

- .10 Vor einer Nierentransplantation
- .11 Vor einer Herztransplantation
- .12 Vor einer Lungentransplantation
- .13 Vor einer Herz-Lungen-Transplantation
- .14 Vor einer Lebertransplantation
- .15 Vor einer Pankreastransplantation
- .16 Vor einer Dünndarmtransplantation
- .1x Sonstige

**8-97c.2 Mindestens 30 bis höchstens 43 Behandlungstage**

- .20 Vor einer Nierentransplantation
- .21 Vor einer Herztransplantation
- .22 Vor einer Lungentransplantation
- .23 Vor einer Herz-Lungen-Transplantation
- .24 Vor einer Lebertransplantation
- .25 Vor einer Pankreastransplantation
- .26 Vor einer Dünndarmtransplantation
- .2x Sonstige

**8-97c.3 Mindestens 44 bis höchstens 57 Behandlungstage**

- .30 Vor einer Nierentransplantation
- .31 Vor einer Herztransplantation
- .32 Vor einer Lungentransplantation
- .33 Vor einer Herz-Lungen-Transplantation
- .34 Vor einer Lebertransplantation
- .35 Vor einer Pankreastransplantation
- .36 Vor einer Dünndarmtransplantation
- .3x Sonstige

**8-97c.4 Mindestens 58 Behandlungstage**

- .40 Vor einer Nierentransplantation
- .41 Vor einer Herztransplantation
- .42 Vor einer Lungentransplantation
- .43 Vor einer Herz-Lungen-Transplantation
- .44 Vor einer Lebertransplantation
- .45 Vor einer Pankreastransplantation
- .46 Vor einer Dünndarmtransplantation
- .4x Sonstige

**8-97c.5 Bis 15 Behandlungstage**

- .50 Vor einer Nierentransplantation
- .51 Vor einer Herztransplantation

- .52 Vor einer Lungentransplantation
- .53 Vor einer Herz-Lungen-Transplantation
- .54 Vor einer Lebertransplantation
- .55 Vor einer Pankreastransplantation
- .56 Vor einer Dünndarmtransplantation
- .5x Sonstige

**8-97d Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson und atypischem Parkinson-Syndrom**

*Hinw.:* Mindestmerkmale:

- Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Facharzt für Neurologie)
- Wöchentliche Teambesprechung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele
- Vorhandensein mindestens folgender Therapiebereiche: Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie
- Einsatz von mindestens 3 Therapiebereichen (Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Sporttherapie, Logopädie, Künstlerische Therapie (Kunst- und Musiktherapie), Psychotherapie) patientenbezogen in unterschiedlichen Kombinationen von mindestens 7,5 Stunden pro Woche, davon müssen 5 Stunden in Einzeltherapie stattfinden. Einer der eingesetzten Therapiebereiche muss Physiotherapie/Physikalische Therapie oder Ergotherapie sein

8-97d.0 Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage

8-97d.1 Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage

8-97d.2 Mindestens 21 Behandlungstage

**8-97e Behandlung des Morbus Parkinson in der Spätphase mit Arzneimittelpumpen**

8-97e.0 Ersteinstellung mit Apomorphin

*Hinw.:* Mindestmerkmale:

- Durchführung eines Apomorphintests mit Findung der Schwellendosis
- Anlegen der Apomorphinpumpe
- Einstellung der kontinuierlichen, subkutanen Apomorphintherapie mit täglicher Anpassung der Startdosis bis zur optimalen Wirkung und Reduzierung der bisherigen Medikation
- Anwenderschulung

8-97e.1 Dosis- und Therapiekontrolle und Optimierung einer Behandlung mit Apomorphin

8-97e.2 Ersteinstellung mit L-Dopa-Gel

*Hinw.:* Mindestmerkmale:

- Neuropsychiatrische und kognitive Untersuchung mit standardisierten Skalen vor Beginn der Behandlung
  - Dosisermittlung für das Levodopa/Carbidopa-Gel durch einschleichende Titrierung. Während der Titrationsphase erfolgt täglich mindestens eine Untersuchung der Beweglichkeit mit Hilfe standardisierter Skalen
  - Absetzen oder Reduzieren der oralen/transdermalen Medikation
  - Dokumentation der ON- und OFF-Zeiten mindestens 8-mal täglich während der Wachphasen für die Dauer der Titrationsphase und mindestens drei Tage unter stabiler Dosis
  - Anwenderschulung
- Die Anlage einer PEG/PEJ ist gesondert zu kodieren (5-431.2, 5-450.3)

8-97e.3 Dosis- und Therapiekontrolle und Optimierung einer Behandlung mit L-Dopa-Gel

**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
- Dieser Kode ist für Patienten, die bei stationärer Aufnahme das 14. Lebensjahr vollendet haben, anzugeben

8-980.0	1 bis 184 Aufwandspunkte
8-980.1	185 bis 552 Aufwandspunkte
.10	185 bis 368 Aufwandspunkte
.11	369 bis 552 Aufwandspunkte
8-980.2	553 bis 1104 Aufwandspunkte
.20	553 bis 828 Aufwandspunkte
.21	829 bis 1104 Aufwandspunkte
8-980.3	1105 bis 1656 Aufwandspunkte
.30	1105 bis 1380 Aufwandspunkte
.31	1381 bis 1656 Aufwandspunkte
8-980.4	1657 bis 2208 Aufwandspunkte
.40	1657 bis 1932 Aufwandspunkte
.41	1933 bis 2208 Aufwandspunkte
8-980.5	2209 bis 2760 Aufwandspunkte
.50	2209 bis 2484 Aufwandspunkte
.51	2485 bis 2760 Aufwandspunkte
8-980.6	2761 bis 3680 Aufwandspunkte
.60	2761 bis 3220 Aufwandspunkte
.61	3221 bis 3680 Aufwandspunkte
8-980.7	3681 bis 4600 Aufwandspunkte
8-980.8	4601 bis 5520 Aufwandspunkte
8-980.9	5521 bis 7360 Aufwandspunkte
8-980.a	7361 bis 9200 Aufwandspunkte
8-980.b	9201 bis 11040 Aufwandspunkte
8-980.c	11041 bis 13800 Aufwandspunkte
8-980.d	13801 bis 16560 Aufwandspunkte
8-980.e	16561 bis 19320 Aufwandspunkte
8-980.f	19321 und mehr Aufwandspunkte

**8-981 Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls**

*Exkl.:* Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls (8-98b ff.)

*Hinw.:* Dieser Kode kann 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. Das Monitoring darf nur zur Durchführung spezieller Untersuchungen oder Behandlungen unterbrochen 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 Untersuchungsverfahren inklusive der transkraniellen Dopplersonographie. 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.)

8-981.0 Mindestens 24 bis höchstens 72 Stunden

8-981.1 Mehr als 72 Stunden

**8-982 Palliativmedizinische Komplexbehandlung**

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

*Hinw.:* Mindestmerkmale:

- Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Behandlung
- 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 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, künstlerische Therapie (Kunst- und Musiktherapie), Entspannungstherapie, Patienten-, Angehörigen- und/oder Familiengespräche 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.)

8-982.0 Bis zu 6 Behandlungstage

8-982.1 Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage

8-982.2 Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage

8-982.3 Mindestens 21 Behandlungstage

**8-983 Multimodale rheumatologische Komplexbehandlung**

*Hinw.:* Mindestmerkmale:

- Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Rheumatologie oder Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatzweiterbildung Orthopädische Rheumatologie, Facharzt für Orthopädie mit dem Schwerpunkt Rheumatologie)
- Einsatz von mindestens 3 Therapiebereichen: Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Schmerztherapie, kognitive Verhaltenstherapie, Gesprächspsychotherapie patientenbezogen in unterschiedlichen Kombinationen mit einer Therapiedichte von mindestens 11 Stunden pro Woche
- Prozessorientiertes Behandlungsmanagement mit standardisierter Befunderhebung, Bestimmung der Krankheitsaktivität, der Funktionseinschränkung und des Schmerzausmaßes zu Beginn und am Ende des stationären Aufenthaltes
- Zur Beurteilung der Krankheitsintensität sind diagnosebezogen folgende Instrumente einzusetzen: Disease activity score 28 (DAS 28), Funktionsfragebogen Hannover, Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI) oder Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index (BASFI). Ist der Einsatz bei einer Diagnose oder zu einem bestimmten Zeitpunkt medizinisch nicht sinnvoll (z.B. BASDAI bei chronischer Polyarthrititis oder erneute Messung mit dem FFbH bei Entlassung), so braucht das Instrument nicht verwendet zu werden
- Zur Beurteilung der Schmerzintensität sind die Numerische Rating-Skala/Visuelle Analog-Skala (NRS/VAS) als Schmerzscore zu verwenden
- Der unmittelbare Beginn der Schmerztherapie, Physiotherapie oder physikalischen Therapie muss gewährleistet sein

8-983.0 Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage

8-983.1 Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage

8-983.2 Mindestens 21 Behandlungstage

**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 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

8-984.0 Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage

8-984.1 Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage

8-984.2 Mindestens 21 Behandlungstage

**8-985 Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker [Qualifizierter Entzug]***Hinw.:* Ein Kode aus diesem Bereich ist nur für Leistungen anzugeben, die in Einrichtungen im Geltungsbereich des § 17b KHG erbracht wurden

Mindestmerkmale:

- Behandlung durch ein multidisziplinär zusammengesetztes, systematisch supervisiertes Behandlungsteam (Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten oder Suchttherapeuten, Sozialpädagogen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Krankenpflege mit suchtmmedizinischer Zusatzqualifikation wie z.B. Fortbildung in motivierender Gesprächsführung) unter Leitung eines Arztes für Psychiatrie und Psychotherapie, eines Arztes mit der Zusatzweiterbildung Spezielle Schmerztherapie oder eines Facharztes für Innere Medizin mit belegter Fachkunde bzw. Zusatzweiterbildung Suchtmmedizinische Grundversorgung. Im letztgenannten Fall muss das für den qualifizierten Entzug zuständige Team über kontinuierlichen psychiatrisch-psychotherapeutischen Sachverstand verfügen (z.B. mehrmals wöchentliche Konsiliartätigkeit eines Arztes für Psychiatrie und Psychotherapie)
- Somatische Entgiftung, differenzierte somatische und psychiatrische Befunderhebung mit Behandlung der Folge- und Begleiterkrankungen, Aufklärung über Abhängigkeitserkrankungen, soziale Stabilisierung, Motivierung zur problemspezifischen Weiterbehandlung und Einleitung suchtspezifischer Anschlussbehandlungen
- Standardisiertes suchtmmedizinisches und soziales Assessment
- Ressourcen- und lösungsorientiertes Therapiemanagement unter Einsatz differenzierter Therapieelemente patientenbezogen in Kombination von Gruppen- und Einzelarbeit mit mindestens drei Stunden pro Tag: Psychoedukative Informationsgruppen, medizinische Informationsgruppen, Ergotherapie, Krankengymnastik/Bewegungstherapie, Entspannungsverfahren, Angehörigeninformation und -beratung, externe Selbsthilfegruppen, Informationsveranstaltungen von Einrichtungen des Suchthilfesystems
- Eingliederung des Patienten in das bestehende regionale ambulante und stationäre Suchthilfesystem

8-985.0 Bis zu 6 Behandlungstage

8-985.1 Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage

8-985.2 Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage

8-985.3 Mindestens 21 Behandlungstage

**8-986 Multimodale kinder- und jugendrheumatologische Komplexbehandlung**

*Hinw.:* Mindestmerkmale:

- Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Kinderrheumatologie)
- Einsatz von mindestens 3 Therapiebereichen: Physiotherapie/ Krankengymnastik, Physikalische Therapie, Ergotherapie, Schmerztherapie, altersbezogene kognitive Verhaltenstherapie, sozialpädiatrische Betreuung und Krankheitsbewältigungsmaßnahmen unter Anleitung eines spezialisierten Therapeuten patientenbezogen in unterschiedlichen Kombinationen mit einer Therapiedichte von mindestens 11 Stunden pro Woche
- Prozessorientiertes Behandlungsmanagement mit standardisierter Befunderhebung
- Bestimmung der Krankheitsaktivität und des Schmerzausmaßes zu Beginn und am Ende des stationären Aufenthaltes (Bestimmung der Krankheitsaktivität, Bestimmung der Beeinträchtigung der Aktivitäten des täglichen Lebens durch den Childhood Health Assessment Questionnaire (CHAQ), Beurteilung der Schmerzintensität durch Numerische Rating-Skala/Visuelle Analog-Skala (NRS/VAS) als Schmerzscore)
- Wöchentliche Teambesprechungen in multidisziplinären Behandlungsteams unter kinderrheumatologischer Leitung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele
- Alters- und krankheitsspezifische Krankheitsbewältigungsmaßnahmen unter fachkundiger Anleitung patientenbezogen in unterschiedlichen Kombinationen unter Berücksichtigung der Sozialpädiatrie, Selbsthilfe und Elternanleitung sowie der Besonderheiten von Wachstum, Entwicklung und Adoleszenz

8-986.0 Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage

8-986.1 Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage

8-986.2 Mindestens 21 Behandlungstage

**8-987 Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]**

*Exkl.:* Isolation bei Verdacht auf Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern mit anschließendem negativen Befund

*Hinw.:* Mindestmerkmale:

- Behandlung durch speziell eingewiesenes medizinisches Personal, in Zusammenarbeit mit dem Krankenhaushygieniker und/oder der/dem Krankenschwester/-pfleger für Krankenhaushygiene (Hygienefachkraft) unter Aufsicht des Krankenhaushygienikers unter Berücksichtigung aktueller Behandlungs- und Pflegestandards
- Durchführung von speziellen Untersuchungen zur Feststellung der Trägerschaft von multiresistenten Erregern (ICD-10-GM-Kodes U80 - U82) bzw. der erfolgreichen Sanierung der Kolonisierung bzw. Infektion sowie zur Prävention einer Weiterverbreitung
- Durchführung von strikter Isolierung (Einzel- oder Kohortenisolierung) mit eigenem Sanitärbereich oder Bettstuhl bei entsprechender hygienischer Indikation (Vermeidung von Kreuzinfektionen). Die Isolierung wird aufrechterhalten, bis in drei negativen Abstrichen/Proben von Prädilektionsstellen der MRE nicht mehr nachweisbar ist. Die Abstriche/Proben dürfen nicht am gleichen Tag entnommen sein. Die jeweils aktuellen Richtlinien des Robert-Koch-Instituts sind zu berücksichtigen

Es muss ein dokumentierter durchschnittlicher Mehraufwand von mindestens 2 Stunden täglich während der Behandlungstage mit strikter Isolierung entstehen. Dazu gehören neben den oben beschriebenen Maßnahmen z.B.:

- Einsatz von erregerspezifischen Chemotherapeutika/Antibiotika
- Mindestens tägliche lokale antiseptische Behandlung der betroffenen Areale (z.B. Rachen- oder Wundsanierung; antiseptische Sanierung anderer betroffener Körperteile/Organe)
- Antiseptische Ganzkörperwäsche, bei intakter Haut mindestens täglich
- Täglicher Wechsel von Bettwäsche, Bekleidung und Utensilien der Körperpflege (Waschlappen u.ä.)
- Schutzmaßnahmen bei Betreten und Verlassen des Zimmers (zimmerbezogener Schutzkittel, Handschuhe, ggf. Mund-Nasen-Schutz, einschleusen, ausschleusen etc.)
- Ggf. mehrmals tägliche Desinfektion patientennaher Flächen
- Mindestens tägliche Fußbodendesinfektion und Schlussdesinfektion
- Patienten- und Angehörigengespräche zum Umgang mit MRE
- Durchführung der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen unter besonderen räumlich-organisatorischen Bedingungen (z.B. im Patientenzimmer anstelle im Funktionsbereich; wenn in Funktionsbereichen, dann mit unmittelbar anschließender Schlussdesinfektion)

**8-987.0 Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit**

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

- .00 Bis zu 6 Behandlungstage
- .01 Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage
- .02 Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage
- .03 Mindestens 21 Behandlungstage

**8-987.1 Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit**

- .10 Bis zu 6 Behandlungstage
- .11 Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage
- .12 Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage
- .13 Mindestens 21 Behandlungstage

**8-988 Spezielle Komplexbehandlung der Hand**

*Exkl.:* Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems (8-977)  
 Multimodale rheumatologische Komplexbehandlung (8-983)  
 Multimodale kinder- und jugendrheumatologische Komplexbehandlung (8-986)

*Hinw.:* Mindestmerkmale:

- Behandlungsleitung durch einen Arzt mit der Zusatzbezeichnung Handchirurgie oder durch einen Arzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin mit mindestens 3-jähriger Erfahrung in der Behandlung handchirurgischer Problemstellungen in Kooperation mit einem Arzt mit der Zusatzbezeichnung Handchirurgie
- 24-stündige Verfügbarkeit (mindestens durch Rufbereitschaft) eines Arztes mit der Zusatzbezeichnung Handchirurgie
- Durchführung der Behandlung unter der Leitung von Physiotherapeuten und/oder Ergotherapeuten mit mindestens dreijähriger Erfahrung in der Behandlung handchirurgischer Patienten
- Mindestens an 5 Tagen pro Woche durchgeführte Teambesprechung unter Einbeziehung des ärztlichen sowie physiotherapeutischen und/oder ergotherapeutischen Personals
- Ergebniskontrolle und Anpassung des Therapieregimes durch regelmäßige, mehrfach wöchentlich durchzuführende Therapiekonferenzen
- Einsatz von einem der Therapiebereiche Krankengymnastik, Physikalische Therapie und/oder Ergotherapie, ggf. patientenbezogen in unterschiedlichen Kombinationen; insgesamt müssen mindestens 10 Behandlungen pro Woche erfolgen

Zu den Mindestmerkmalen gehört auch der Einsatz von mindestens zwei der folgenden Therapiebereiche patientenbezogen in unterschiedlichen Kombinationen:

- Individuelle Schienenanpassung für statische, dynamische oder kombinierte Schienen
- Gezieltes funktionelles Sensibilitätstraining
- Schmerztherapie oder antiphlogistische Therapie
- Regelmäßige, mindestens einmal täglich durchzuführende Kontrolle der Wundverhältnisse bei operierten Patienten bzw. der klinischen Befunde an der Hand bei rein konservativer Therapie
- Durchführung von einer der folgenden Behandlungsmethoden: maschinelle Entstauungstherapie (z.B. Hydrovenbehandlung) oder Motorschienenbehandlung (CPM) oder Worksimulator

8-988.0 Bis zu 6 Behandlungstage

8-988.1 Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage

8-988.2 Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage

8-988.3 Mindestens 21 Behandlungstage

**8-989 Chirurgische Komplexbehandlung bei schweren Infektionen**

*Inkl.:* Septische Komplikationen

*Hinw.:* Eine eventuell zusätzlich durchgeführte intensivmedizinische Komplexbehandlung ist gesondert zu kodieren (8-980)

Eine eventuell zusätzlich durchgeführte Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion durch multiresistente Erreger ist gesondert zu kodieren (8-987)

Durchgeführte Operationen sind gesondert zu kodieren (Kap. 5)

Die mit dem OPS kodierbaren Maßnahmen, wie z.B. die Gabe von Blutprodukten und Medikamenten, die Vakuumtherapie oder Lagerungsbehandlungen, sind gesondert zu kodieren

Mindestmerkmale:

- Leitung der chirurgischen Komplexbehandlung durch einen Facharzt einer operativen Disziplin
- Mehrzeitiges operatives Vorgehen in Narkose oder Regionalanästhesie zur Therapie der Infektion und/oder Sicherung der Behandlungsergebnisse (inkl. Revisions- und Folgeeingriffe)
- Einsatz aufwendiger Versorgungsformen an jedem Behandlungstag (durchschnittlich 30 Minuten/Tag) wie z.B. durchgeführte Operationen, aufwendige Verbandwechsel, offene Wundbehandlung oder Debridement-Bad, Spül-(Saug-)Drainage oder Vakuumtherapie
- Möglichkeit zum Hygiene- bzw. Infektionsmonitoring mit 24-stündigem Zugriff (auch extern) auf Leistungen und Befunde

8-989.0 Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage

8-989.1 Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage

8-989.2 Mindestens 21 bis höchstens 27 Behandlungstage

8-989.3 Mindestens 28 bis höchstens 34 Behandlungstage

8-989.4 Mindestens 35 bis höchstens 41 Behandlungstage

8-989.5 Mindestens 42 bis höchstens 48 Behandlungstage

8-989.6 Mindestens 49 Behandlungstage

**8-98a Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung**

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

*Hinw.:* Jeder Tag mit teilstationärer geriatrischer Behandlung, an dem die nachfolgenden Bedingungen erfüllt werden, ist einzeln zu kodieren

Mindestmerkmale:

- Teamintegrierte Behandlung unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Zusatzweiterbildung oder Schwerpunktbezeichnung im Bereich Klinische Geriatrie erforderlich)
- Aktuelle Durchführung zu Beginn der Behandlung bzw. Vorhandensein (maximal 4 Wochen) eines standardisierten geriatrischen Assessments in mindestens 4 Bereichen (Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition, Emotion)
- Aktuelle Durchführung zu Beginn der Behandlung bzw. Vorhandensein (maximal 4 Wochen) eines sozialen Assessments in mindestens 5 Bereichen (soziales Umfeld, Wohnumfeld, häusliche/außerhäusliche Aktivitäten, Pflege-/Hilfsmittelbedarf, rechtliche Verfügungen)
- Ärztliche Visite
- Aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal. Mindestens eine Pflegefachkraft des geriatrischen Teams muss eine strukturierte curriculare geriatricspezifische Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 180 Stunden sowie eine mindestens 6-monatige Erfahrung in einer geriatrischen Einrichtung nachweisen
- Vorhandensein folgender Bereiche: Physiotherapie, Physikalische Therapie, Ergotherapie, Psychologie/Neuropsychologie, Logopädie/faziorale Therapie, Sozialdienst
- Gesamtaufenthaltsdauer pro Tag in der teilstationären Einrichtung (inkl. Lagerungs- und Erholungszeiten) von mindestens 330 Minuten (ohne Transportzeiten)

Eine gleichzeitige akutmedizinische Diagnostik bzw. Behandlung ist gesondert zu kodieren

8-98a.0 Basisbehandlung

8-98a.1 Umfassende Behandlung

*Hinw.:* Mindestmerkmale:

- Teamintegrierter Einsatz von mindestens 2 der folgenden 5 Therapiebereiche: Physiotherapie, Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/faziorale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie

.10 60 bis 90 Minuten Therapiezeit pro Tag in Einzel- und/oder Gruppentherapie

*Hinw.:* Die Einzeltherapie muss mindestens 30 Minuten betragen

.11 Mehr als 90 Minuten Therapiezeit pro Tag in Einzel- und/oder Gruppentherapie

*Hinw.:* Die Einzeltherapie muss mindestens 45 Minuten betragen

**8-98b    Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls**

*Exkl.:* Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls (8-981 ff.)

*Hinw.:* Dieser Kode kann 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. Das Monitoring darf nur zur Durchführung spezieller Untersuchungen oder Behandlungen unterbrochen 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 Untersuchungsverfahren. 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
- 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.)

**8-98b.0    Mindestens 24 bis höchstens 72 Stunden**

.00    Ohne Anwendung eines Telekonsildienstes

*Hinw.:* Die kontinuierliche Einbindung des neurologischen Sachverstands erfolgt dadurch, dass in der spezialisierten Schlaganfalleinheit ein Facharzt für Neurologie im Team fest eingebunden ist und umgehend am Krankenbett zur Verfügung steht. Jeder akute Schlaganfallpatient wird umgehend von einem Facharzt für Neurologie untersucht. Ein Facharzt für Neurologie nimmt an den täglichen Visiten teil

.01 Mit Anwendung eines Telekonsildienstes

*Hinw.:* Die kontinuierliche Einbindung des neurologischen Sachverständigen erfolgt dadurch, dass in der spezialisierten Schlaganfallereinheit ein Facharzt für Neurologie im Team fest eingebunden ist und an den täglichen Visiten teilnimmt. Jeder akute Schlaganfallpatient wird umgehend telemedizinisch von einem Facharzt für Neurologie oder einem Arzt mit Facharztstandard (mindestens 4-jährige neurologische Weiterbildung mit mindestens 1-jähriger Tätigkeit auf einer neurologischen Stroke Unit) untersucht.

Die primäre neurologische Untersuchung erfolgt im Rahmen eines regionalen Netzwerkes durch einen Telekonsildienst einer überregionalen Stroke Unit. Der Telekonsildienst muss 24 Stunden zur Verfügung stehen. Die Telekonsilärzte müssen für die Zeit des gesamten Telekonsildienstes von anderen patientennahen Tätigkeiten freigestellt sein

Für die Schlaganfallbehandlung in den telekonsiliarisch betreuten Kliniken müssen folgende Kriterien erfüllt sein:

- Zwei Fortbildungsveranstaltungen pro Jahr zum Thema Schlaganfall für Ärzte, Pfleger und Therapeuten
- Zwei Qualitätsbesprechungen vor Ort pro Jahr unter der Leitung des Netzwerkkoordinators.
- Ein vom Netzwerk organisiertes Bedside-Training des Pflegepersonals vor Ort über mindestens fünf Tage pro Jahr
- Kontinuierliche strukturierte Dokumentation der Behandlungsqualität

8-98b.1 Mehr als 72 Stunden

.10 Ohne Anwendung eines Telekonsildienstes

*Hinw.:* Die kontinuierliche Einbindung des neurologischen Sachverständigen erfolgt dadurch, dass in der spezialisierten Schlaganfallereinheit ein Facharzt für Neurologie im Team fest eingebunden ist und umgehend am Krankenbett zur Verfügung steht. Jeder akute Schlaganfallpatient wird umgehend von einem Facharzt für Neurologie untersucht. Ein Facharzt für Neurologie nimmt an den täglichen Visiten teil

.11 Mit Anwendung eines Telekonsildienstes

*Hinw.:* Die kontinuierliche Einbindung des neurologischen Sachverständigen erfolgt dadurch, dass in der spezialisierten Schlaganfallereinheit ein Facharzt für Neurologie im Team fest eingebunden ist und an den täglichen Visiten teilnimmt. Jeder akute Schlaganfallpatient wird umgehend telemedizinisch von einem Facharzt für Neurologie oder einem Arzt mit Facharztstandard (mindestens 4-jährige neurologische Weiterbildung mit mindestens 1-jähriger Tätigkeit auf einer neurologischen Stroke Unit) untersucht.

Die primäre neurologische Untersuchung erfolgt im Rahmen eines regionalen Netzwerkes durch einen Telekonsildienst einer überregionalen Stroke Unit. Der Telekonsildienst muss 24 Stunden zur Verfügung stehen. Die Telekonsilärzte müssen für die Zeit des gesamten Telekonsildienstes von anderen patientennahen Tätigkeiten freigestellt sein

Für die Schlaganfallbehandlung in den telekonsiliarisch betreuten Kliniken müssen folgende Kriterien erfüllt sein:

- Zwei Fortbildungsveranstaltungen pro Jahr zum Thema Schlaganfall für Ärzte, Pfleger und Therapeuten
- Zwei Qualitätsbesprechungen vor Ort pro Jahr unter der Leitung des Netzwerkkoordinators
- Ein vom Netzwerk organisiertes Bedside-Training des Pflegepersonals vor Ort über mindestens fünf Tage pro Jahr
- Kontinuierliche strukturierte Dokumentation der Behandlungsqualität

**8-98d Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur)**

*Hinw.:* Dieser Kode gilt für Patienten, die bei stationärer Aufnahme älter als 28 Tage und schwerer als 2500 Gramm sind, aber das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben

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 2015 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.0	1 bis 196 Aufwandspunkte
8-98d.1	197 bis 392 Aufwandspunkte
8-98d.2	393 bis 588 Aufwandspunkte
8-98d.3	589 bis 784 Aufwandspunkte
8-98d.4	785 bis 980 Aufwandspunkte
8-98d.5	981 bis 1176 Aufwandspunkte
8-98d.6	1177 bis 1470 Aufwandspunkte
8-98d.7	1471 bis 1764 Aufwandspunkte
8-98d.8	1765 bis 2058 Aufwandspunkte
8-98d.9	2059 bis 2352 Aufwandspunkte
8-98d.a	2353 bis 2646 Aufwandspunkte
8-98d.b	2647 bis 2940 Aufwandspunkte
8-98d.c	2941 bis 3430 Aufwandspunkte
8-98d.d	3431 bis 3920 Aufwandspunkte
8-98d.e	3921 bis 4410 Aufwandspunkte
8-98d.f	4411 bis 4900 Aufwandspunkte
8-98d.g	4901 bis 5880 Aufwandspunkte
8-98d.h	5881 bis 6860 Aufwandspunkte
8-98d.j	6861 bis 7840 Aufwandspunkte

- 8-98d.k 7841 bis 9800 Aufwandspunkte
- 8-98d.m 9801 bis 11760 Aufwandspunkte
- 8-98d.n 11761 bis 13720 Aufwandspunkte
- 8-98d.p 13721 bis 16660 Aufwandspunkte
- 8-98d.q 16661 bis 19600 Aufwandspunkte
- 8-98d.r 19601 und mehr Aufwandspunkte

**8-98e Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung**

*Exkl.:* Palliativmedizinische Komplexbehandlung (8-982 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, 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 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, künstlerische Therapie (Kunst- und Musiktherapie), Entspannungstherapie, Patienten-, Angehörigen- und/oder Familiengespräche 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.)
- 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

- 8-98e.0 Bis zu 6 Behandlungstage
- 8-98e.1 Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage
- 8-98e.2 Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage
- 8-98e.3 Mindestens 21 Behandlungstage

**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:
  - 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:
  - 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 Kode ist für Patienten, die bei stationärer Aufnahme das 14. Lebensjahr vollendet haben, anzugeben

8-98f.0	1 bis 184 Aufwandspunkte
8-98f.1	185 bis 552 Aufwandspunkte
	.10 185 bis 368 Aufwandspunkte
	.11 369 bis 552 Aufwandspunkte
8-98f.2	553 bis 1104 Aufwandspunkte
	.20 553 bis 828 Aufwandspunkte
	.21 829 bis 1104 Aufwandspunkte
8-98f.3	1105 bis 1656 Aufwandspunkte
	.30 1105 bis 1380 Aufwandspunkte
	.31 1381 bis 1656 Aufwandspunkte
8-98f.4	1657 bis 2208 Aufwandspunkte
	.40 1657 bis 1932 Aufwandspunkte
	.41 1933 bis 2208 Aufwandspunkte
8-98f.5	2209 bis 2760 Aufwandspunkte
	.50 2209 bis 2484 Aufwandspunkte
	.51 2485 bis 2760 Aufwandspunkte
8-98f.6	2761 bis 3680 Aufwandspunkte
	.60 2761 bis 3220 Aufwandspunkte

.61	3221 bis 3680 Aufwandspunkte
8-98f.7	3681 bis 4600 Aufwandspunkte
8-98f.8	4601 bis 5520 Aufwandspunkte
8-98f.9	5521 bis 7360 Aufwandspunkte
8-98f.a	7361 bis 9200 Aufwandspunkte
8-98f.b	9201 bis 11040 Aufwandspunkte
8-98f.c	11041 bis 13800 Aufwandspunkte
8-98f.d	13801 bis 16560 Aufwandspunkte
8-98f.e	16561 bis 19320 Aufwandspunkte
8-98f.f	19321 und mehr Aufwandspunkte

## **Zusatzinformationen zu nicht operativen therapeutischen Maßnahmen (8-99...8-99)**

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

### **8-99 Zusatzinformationen zu nicht operativen therapeutischen Maßnahmen**

#### **8-990 Anwendung eines Navigationssystems**

*Inkl.:* Remote Navigation

## 9 ERGÄNZENDE MASSNAHMEN

### 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)  
Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern (PKMS-K) (9-202)

*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 bis 71 Aufwandspunkte
9-200.1	72 bis 100 Aufwandspunkte
9-200.5	101 bis 129 Aufwandspunkte
9-200.6	130 bis 158 Aufwandspunkte
9-200.7	159 bis 187 Aufwandspunkte
9-200.8	188 bis 216 Aufwandspunkte
9-200.9	217 bis 245 Aufwandspunkte
9-200.a	246 bis 274 Aufwandspunkte
9-200.b	275 bis 303 Aufwandspunkte
9-200.c	304 bis 332 Aufwandspunkte
9-200.d	333 bis 361 Aufwandspunkte
9-200.e	362 und mehr Aufwandspunkte

**9-201 Hoचाufwendige Pflege von Kindern und Jugendlichen**

*Exkl.:* Hoचाufwendige Pflege von Erwachsenen (PKMS-E) (9-200)  
 Hoचाufwendige Pflege von Kleinkindern (PKMS-K) (9-202)

*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 bis 71 Aufwandspunkte
- 9-201.1 72 bis 100 Aufwandspunkte
- 9-201.5 101 bis 129 Aufwandspunkte
- 9-201.6 130 bis 158 Aufwandspunkte
- 9-201.7 159 bis 187 Aufwandspunkte
- 9-201.8 188 bis 216 Aufwandspunkte
- 9-201.9 217 bis 245 Aufwandspunkte
- 9-201.a 246 bis 274 Aufwandspunkte
- 9-201.b 275 bis 303 Aufwandspunkte
- 9-201.c 304 bis 332 Aufwandspunkte
- 9-201.d 333 bis 361 Aufwandspunkte
- 9-201.e 362 und mehr Aufwandspunkte

**9-202 Hoचाufwendige Pflege von Kleinkindern**

*Exkl.:* Hoचाufwendige Pflege von Erwachsenen (PKMS-E) (9-200)  
 Hoचाufwendige Pflege von Kindern und Jugendlichen (PKMS-J) (9-201)

*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

- 9-202.0 37 bis 71 Aufwandspunkte
  - .00 37 bis 42 Aufwandspunkte
  - .01 43 bis 56 Aufwandspunkte
  - .02 57 bis 71 Aufwandspunkte
- 9-202.1 72 bis 100 Aufwandspunkte
- 9-202.5 101 bis 129 Aufwandspunkte
- 9-202.6 130 bis 158 Aufwandspunkte

9-202.7	159 bis 187 Aufwandspunkte
9-202.8	188 bis 216 Aufwandspunkte
9-202.9	217 bis 245 Aufwandspunkte
9-202.a	246 bis 274 Aufwandspunkte
9-202.b	275 bis 303 Aufwandspunkte
9-202.c	304 bis 332 Aufwandspunkte
9-202.d	333 bis 361 Aufwandspunkte
9-202.e	362 und mehr Aufwandspunkte

## 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 Aufenthalts 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 Aufenthalts stattgefunden hat

#### **9-262** Postnatale Versorgung des Neugeborenen

9-262.0	Routineversorgung
9-262.1	Spezielle Versorgung (Risiko-Neugeborenes)
9-262.x	Sonstige
9-262.y	N.n.bez.

#### **9-263** Überwachung und Leitung der isolierten Geburt der Plazenta

*Hinw.:* Mit diesem Kode ist die Überwachung und Leitung der isolierten Geburt der Plazenta zu kodieren, wenn das Kind außerhalb des Krankenhauses spontan geboren wird und lediglich die Plazenta nach Aufnahme in das Krankenhaus geboren wird

#### **9-268** Überwachung und Leitung einer Geburt, n.n.bez.

### **9-27** Behandlung wegen Infertilität

#### **9-270** Künstliche Insemination

9-270.0	Intrauterine Insemination
9-270.1	Direkte intraperitoneale Insemination (DIPI)
9-270.x	Sonstige
9-270.y	N.n.bez.

#### **9-271** Follikelpunktion und Ovumaspiration, intratubärer Gametentransfer (GIFT)

9-271.0↔	Perkutane Follikelpunktion unter sonographischer Kontrolle
9-271.1↔	Laparoskopische Ovumaspiration
9-271.2↔	Transvaginale Ovumaspiration

9-271.3↔ Laparoskopische Ovumaspiration mit intratubärem Gametentransfer (GIFT)

9-271.x↔ Sonstige

9-271.y N.n.bez.

### **9-272 In-vitro-Fertilisation (IVF) und Embryotransfer**

9-272.0 Embryotransfer (ET)

9-272.1↔ Intratubärer Zygotentransfer (ZIFT)

9-272.x↔ Sonstige

9-272.y N.n.bez.

### **9-278 Andere Behandlung der weiblichen Infertilität**

9-278.0 Planung und Management einer Fertilitätsbehandlung

9-278.1 Monitoring des Ovulationszyklus

9-278.2 Begleitende Untersuchungen einer Fertilitätsbehandlung

*Inkl.:* Quantitative Hormonbestimmungen  
Konsultationen  
Ultraschalluntersuchungen

9-278.x Sonstige

9-278.y N.n.bez.

## **9-28 Behandlung während der Schwangerschaft**

### **9-280 Stationäre Behandlung vor Entbindung während desselben Aufenthalts**

*Hinw.:* Präpartale Behandlungsdauer vor Entbindung während desselben stationären Aufenthalts

9-280.0 Mindestens 3 bis höchstens 6 Tage

9-280.1 Mindestens 7 bis höchstens 13 Tage

9-280.2 Mindestens 14 bis höchstens 27 Tage

9-280.3 Mindestens 28 Tage bis höchstens 55 Tage

9-280.4 Mindestens 56 Tage

## **Phoniatriche und pädaudiologische Therapie (9-31...9-32)**

### **9-31 Phoniatriche und pädaudiologische Komplexbehandlung**

*Hinw.:* Ein Kode aus diesem Bereich ist jeweils nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben  
Operationalisierte, stationäre Therapie durch ein multidisziplinäres Team unter  
Behandlungsleitung eines Facharztes mit phoniatrich-pädaudiologischer Qualifikation  
Einsatz von mindestens drei Therapeutengruppen patientenbezogen in unterschiedlichen  
Kombinationen mit unterschiedlichem Zeitaufwand

**9-310 Phoniatriche Komplexbehandlung organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens**

**9-311 Integrierte phoniatrich-psycho-somatische Komplexbehandlung von Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme, des Schluckens und des Hörens**

*Hinw.:* Somatische und psycho-somatische Behandlung bei akuten und chronischen somatischen Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme, des Schluckens und des Hörens mit psychischer Komorbidität

- 9-312 Integrierte pädaudiologische Komplexbehandlung**  
*Inkl.:* Behandlung hörgestörter Kinder, ggf. mit konventionellen Hörhilfen  
 Behandlung von Kindern und Erwachsenen mit Cochlea-Implantaten  
 Behandlung von Kindern mit auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen  
*Hinw.:* Mit diesem Kode sind die Hör- und Sprachtherapie sowie die Anpassung von Hörhilfen und Cochlea-Implantaten mit Gebrauchsschulung, Erfolgskontrolle und funktionstechnischer Überprüfung unter Berücksichtigung entwicklungspsychologischer Bedingungen und der Koordination medizinisch-rehabilitativer bzw. pädagogisch-fördernder Maßnahmen zu kodieren
- 9-32 Therapie von Stimm-, Sprach-, Sprech-, Schluckstörungen und Hörstörungen**  
*Hinw.:* Ein Kode aus diesem Bereich ist jeweils nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben
- 9-320 Therapie organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens**  
*Inkl.:* Logopädische Therapie

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

- 9-40 Psychosoziale, psychosomatische und neuropsychologische Therapie**  
*Hinw.:* Ein Kode aus diesem Bereich ist jeweils nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben, es sei denn, beim jeweiligen Kode ist dies anders geregelt  
 Ein Kode aus diesem Bereich ist nur für Leistungen anzugeben, die in Einrichtungen im Geltungsbereich des § 17b KHG erbracht wurden
- 9-401 Psychosoziale Interventionen**  
*Hinw.:* Bei Durchführung mehrerer Beratungen, organisatorischer oder therapeutischer Maßnahmen sind die Zeiten jeweils zu addieren
- 9-401.0 Sozialrechtliche Beratung  
*Hinw.:* Information und Beratung zu Möglichkeiten sozialrechtlicher Unterstützungen, einschließlich organisatorischer Maßnahmen
- .00 Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden  
 .01 Mehr als 2 Stunden bis 4 Stunden  
 .02 Mehr als 4 Stunden
- 9-401.1 Familien-, Paar- und Erziehungsberatung  
*Exkl.:* Schwerpunktmäßig gezielte therapeutische Maßnahmen zur Veränderung von Erleben und Verhalten (9-402 ff.)  
*Hinw.:* Zielorientierte Beratung zu definierten Problemstellungen seitens der Familie oder einzelner Familienmitglieder
- .10 Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden  
 .11 Mehr als 2 Stunden bis 4 Stunden  
 .12 Mehr als 4 Stunden
- 9-401.2 Nachsorgeorganisation  
*Hinw.:* Beratung und organisatorische Maßnahmen hinsichtlich ambulanter und stationärer Nachsorge
- .22 Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden  
 .23 Mehr als 2 Stunden bis 4 Stunden  
 .25 Mehr als 4 Stunden bis 6 Stunden  
 .26 Mehr als 6 Stunden
- 9-401.3 Supportive Therapie  
*Hinw.:* Interventionen zur psychischen Verarbeitung somatischer Erkrankungen, ihrer Begleit- bzw. Folgeerscheinungen sowie resultierender interaktioneller Probleme
- .30 Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden  
 .31 Mehr als 2 Stunden bis 4 Stunden  
 .32 Mehr als 4 Stunden

9-401.4 **Künstlerische Therapie**

*Inkl.:* Kunst- und Musiktherapie u.a.

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

.40 Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden

.41 Mehr als 2 Stunden bis 4 Stunden

.42 Mehr als 4 Stunden

9-401.5 **Integrierte psychosoziale Komplexbehandlung**

*Hinw.:* Mindestmerkmale:

- Behandlung unter Leitung eines Facharztes, eines psychologischen Psychotherapeuten oder eines Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten auf einer somatischen Station
- Einsatz von mindestens 2 psychosozialen Berufsgruppen (Ärzte, psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten oder Psychologen, Pädagogen, Sozialarbeiter oder Künstlerische Therapeuten), davon mindestens die Hälfte der Behandlungszeit durch einen Arzt, psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten oder Psychologen
- Die psychosozialen Maßnahmen können je nach Bedarf im Einzelfall umfassen:
- Psychotherapeutische, psychologische oder neuropsychologische Diagnostik, Psychotherapie, supportive Therapie, Krisenintervention, künstlerische Therapie (Kunst- und Musiktherapie u.a.)
- Beratende Interventionen (Einzel-, Familien-, Paar-, Erziehungs- und sozialrechtliche Beratung)
- Nachsorgeorganisation und präventive Maßnahmen

.50 Mindestens 3 Stunden

.51 Mehr als 3 bis 5 Stunden

.52 Mehr als 5 bis 8 Stunden

.53 Mehr als 8 Stunden

**9-402 Psychosomatische Therapie**

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

9-402.0 **Psychosomatische und psychotherapeutische Komplexbehandlung**

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

9-402.1 **Integrierte klinisch-psychosomatische Komplexbehandlung**

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

9-402.2 **Psychosomatische und psychotherapeutische Krisenintervention als Komplexbehandlung**

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

- 9-403 Sozialpädiatrische, neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie**  
*Hinw.:* Operationalisierte individuelle Diagnostik und Therapie und Anleitung von Bezugspersonen durch ein multidisziplinäres Teams unter Leitung eines Kinder- und Jugendarztes bei drohender oder manifester Behinderung, Entwicklungs- und Verhaltensstörung sowie seelischen Störungen  
 Die Therapie erfolgt nach Diagnoseerstellung entsprechend der Mehrdimensionalen Bereichsdiagnostik der Sozialpädiatrie (MBS)/pädiatrischen Psychosomatik  
 Die Therapiedurchführung ist an den jeweiligen Standards der neuropädiatrischen oder sozialpädiatrischen Gesellschaft oder der pädiatrischen Psychosomatik orientiert. Folgende Therapeutengruppen sind dabei u.a. je nach Behandlungsplan einzubeziehen: Ärzte, Psychologen (Diplom/Master), Ergotherapeuten, (Heil)erzieher, (Heil)pädagogen, Kunsttherapeuten, Logopäden, Musiktherapeuten, Ökotrophologen/Ernährungsberater, Physiotherapeuten (inkl. physikalischer Therapie), Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, Schmerztherapeuten, Sozialpädagogen  
 Bei den Therapieformen 9-403.2, 9-403.4, 9-403.5, 9-403.6 und 9-403.7 sind die Mindestleistungen innerhalb des angegebenen Zeitraumes zu erbringen  
 Die jeweilige Therapieform ist so oft zu kodieren, wie sie erbracht wurde. Die Therapieformen dürfen nur nacheinander erbracht werden  
 Wochenendbeurlaubungen zur Unterstützung des Therapieerfolges sind möglich, wenn die Mindestleistungen im Restzeitraum erbracht werden
- 9-403.0 Begleitende Therapie**  
*Hinw.:* An 3 Tagen werden täglich mindestens zwei Therapieeinheiten von 45 Minuten durchgeführt. Davon müssen mindestens 3 Einheiten durch einen Arzt, Psychologen und/oder Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten geleistet werden
- 9-403.1 Therapie als Blockbehandlung**  
*Hinw.:* Über 5 Tage werden täglich mindestens zwei Therapieeinheiten von 45 Minuten durchgeführt. Davon müssen mindestens 5 Einheiten durch einen Arzt, Psychologen und/oder Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten geleistet werden. Es erfolgt eine zielorientierte Beratung zu definierten Problemstellungen seitens der Familie oder einzelner Familienmitglieder
- 9-403.2 Therapie als erweiterte Blockbehandlung**  
*Hinw.:* Über 12 Tage werden mindestens 20 Therapieeinheiten von 45 Minuten durchgeführt. Davon müssen mindestens 5 Therapieeinheiten durch einen Arzt, Psychologen und/oder Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten geleistet werden. Es müssen mindestens 3 Therapeutengruppen zum Einsatz kommen
- 9-403.3 Intensivtherapie**  
*Hinw.:* Über 5 Tage werden mindestens 15 Therapieeinheiten von 45 Minuten durchgeführt. Davon müssen mindestens 5 Therapieeinheiten durch einen Arzt, Psychologen und/oder Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten geleistet werden. Es müssen mindestens 3 Therapeutengruppen zum Einsatz kommen
- 9-403.4 Erweiterte Intensivtherapie**  
*Hinw.:* Über 12 Tage werden mindestens 30 Therapieeinheiten von 45 Minuten durchgeführt. Davon müssen mindestens 6 Therapieeinheiten durch einen Arzt, Psychologen und/oder Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten geleistet werden. Es müssen mindestens 3 Therapeutengruppen zum Einsatz kommen
- 9-403.5 Langzeit-Intensivtherapie**  
*Hinw.:* Über 7 Tage werden 15 Therapieeinheiten von 45 Minuten durchgeführt. Davon müssen mindestens 5 Therapieeinheiten durch einen Arzt, Psychologen und/oder Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten geleistet werden. Es müssen mindestens 3 Therapeutengruppen zum Einsatz kommen  
 Dieser Kode kann jeweils für eine Therapie über 7 Tage für die maximale Dauer von 8 Wochen pro Jahr angegeben werden
- 9-403.6 Langzeit-Intensivtherapie zum verhaltenstherapeutischen Training**  
*Hinw.:* Über 7 Tage werden 20 Therapieeinheiten von 45 Minuten durchgeführt. Davon müssen mindestens 5 Therapieeinheiten durch einen Arzt, 5 Therapieeinheiten durch einen Psychologen und 10 Therapieeinheiten durch unterstützende Physiotherapie und begleitende andere Therapieverfahren durch die oben angeführten Therapeutengruppen geleistet werden. Über den normalen Pflegebedarf hinaus werden mindestens 2 Stunden pro Tag für Trainingsmaßnahmen durch Pflegepersonal oder heilpädagogisches Personal eingesetzt  
 Dieser Kode kann jeweils für eine Therapie über 7 Tage für die maximale Dauer von 12 Wochen pro Jahr angegeben werden

- 9-403.7 **Therapie im Gruppen-Setting**  
*Hinw.:* Mehrpersonen-Interaktionsprozess, reflektiert und für jeweils 7 Tage geplant im heilpädagogisch orientierten Gruppen-Setting (max. 6 Kinder pro Gruppe), unter ärztlich-psychologischer Anleitung (mindestens 35 Stunden pro Woche), Einzel- oder Gruppentherapie (max. 5 Personen pro Gruppe), Psychotherapie einzeln oder in Gruppen unter Einsatz spezifischer psychotherapeutischer Technik, Beratung und Anleitung von Bezugspersonen (mindestens 180 Minuten pro Woche). Mindestens 1/3 der Therapieeinheiten sind im Gruppensetting zu erbringen. Ziel ist es, möglichst alltagsbezogen und wirklichkeitsnah Verhaltensbeobachtung, Verhaltensmodifikation, Selbständigkeitstraining, soziales Kompetenztraining und Training der Handlungsplanung durchzuführen. Die Maßnahmen erfolgen unabhängig von pädagogischen Fördermaßnahmen in Schule oder Kindergarten. In Abhängigkeit der zugrunde liegenden Erkrankung müssen ergänzend funktionelle Therapien eingesetzt werden, wie durch die Therapeutengruppen repräsentiert  
 Dieser Kode kann jeweils für eine Therapie über 7 Tage für die maximale Dauer von 8 Wochen pro Jahr angegeben werden
- 9-403.8 **Integrierte Blockbehandlung**  
*Hinw.:* Über 7 Tage werden mindestens 10 Therapieeinheiten von 45 Minuten durchgeführt. Davon müssen mindestens 3 Therapieeinheiten durch einen Arzt, Psychologen und/oder Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten geleistet werden. Es müssen mindestens 3 Berufsgruppen zum Einsatz kommen  
 Dieser Kode kann jeweils für eine Therapie über 7 Tage angegeben werden
- 9-403.x **Sonstige**
- 9-403.y **N.n.bez.**
- 9-404 Neuropsychologische Therapie**  
*Hinw.:* Therapie beeinträchtigter kognitiver, affektiver und verhaltensbezogener Funktionen (Orientierung, Aufmerksamkeit, Wahrnehmung, Lernen und Gedächtnis, Planen und Problemlösen, Affekt- und Verhaltenskontrolle, soziale Kompetenz) bei Patienten mit angeborenen oder erworbenen Hirnschädigungen, basierend auf kognitions-psychologischen, lerntheoretischen und funktional-neuroanatomischen Erkenntnissen
- 9-404.0 **Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden**
- 9-404.1 **Mehr als 2 Stunden bis 4 Stunden**
- 9-404.2 **Mehr als 4 Stunden**
- 9-41 Psychotherapie**  
*Hinw.:* Diese Codes sind für die psychotherapeutischen Maßnahmen anzuwenden, die nicht in 9-402 bis 9-404 definiert sind  
 Ein Kode aus diesem Bereich ist nur für Leistungen anzugeben, die in Einrichtungen im Geltungsbereich des § 17b KHG erbracht wurden
- 9-410 Einzeltherapie**  
*Hinw.:* Dauer der Therapie mindestens 1 Stunde pro Tag
- 9-410.0 **Kognitive Verhaltenstherapie**
- .04 An einem Tag
  - .05 An 2 bis 5 Tagen
  - .06 An 6 bis 10 Tagen
  - .07 An 11 und mehr Tagen
- 9-410.1 **Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie**
- .14 An einem Tag
  - .15 An 2 bis 5 Tagen
  - .16 An 6 bis 10 Tagen
  - .17 An 11 und mehr Tagen
- 9-410.2 **Gesprächspsychotherapie**
- .24 An einem Tag
  - .25 An 2 bis 5 Tagen
  - .26 An 6 bis 10 Tagen
  - .27 An 11 und mehr Tagen
- 9-410.x **Sonstige**
- 9-410.y **N.n.bez.**

**9-411 Gruppentherapie***Hinw.:* Dauer der Therapie mindestens 1 Stunde pro Tag**9-411.0 Kognitive Verhaltenstherapie**

- .04 An einem Tag
- .05 An 2 bis 5 Tagen
- .06 An 6 bis 10 Tagen
- .07 An 11 und mehr Tagen

**9-411.1 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie**

- .14 An einem Tag
- .15 An 2 bis 5 Tagen
- .16 An 6 bis 10 Tagen
- .17 An 11 und mehr Tagen

**9-411.2 Gesprächspsychotherapie**

- .24 An einem Tag
- .25 An 2 bis 5 Tagen
- .26 An 6 bis 10 Tagen
- .27 An 11 und mehr Tagen

**9-411.x Sonstige****9-411.y N.n.bez.****9-412 Multimodale psychotherapeutische Komplexbehandlung im Liaisondienst***Hinw.:* Mindestmerkmale:

- Behandlung im Liaisondienst durch einen Arzt mit der Gebietsbezeichnung Psychiatrie und Psychotherapie oder der Gebietsbezeichnung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder der Gebiets- und Bereichsbezeichnung Innere Medizin (bzw. andere klinische Fachärzte wie Dermatologen, Gynäkologen, Orthopäden u. a.) und Psychotherapie oder durch einen psychologischen Psychotherapeuten
- Anamnese (biographisch bzw. verhaltensanalytisch fundiert)
- Anwendung bzw. Einleitung folgender Verfahren patientenbezogen in unterschiedlichen Kombinationen: Einzel- oder Gruppenpsychotherapie, psychoedukative Verfahren, Entspannungs- oder imaginative Verfahren, psychologische Testdiagnostik, sozialpädagogische Beratung, Ergotherapie, künstlerische Therapie (Kunst- und Musiktherapie), supportive teambezogene Interventionen, Balintgruppen/Supervision

9-412.2 2 bis unter 5 Stunden

9-412.3 5 bis 10 Stunden

9-412.4 Mehr als 10 Stunden

**Präventive und ergänzende kommunikative Maßnahmen  
(9-50...9-51)****9-50 Präventive Maßnahmen***Hinw.:* Ein Kode aus diesem Bereich ist jeweils nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben**9-500 Patientenschulung****9-500.0 Basisschulung***Hinw.:* Dauer mindestens 2 Stunden

Sie beinhaltet themenorientierte Schulungen, z.B. für Antikoagulanzen-therapie, Eigeninjektion, häusliche Pflege eines venösen Verweilkatheters, Monitoring oder Reanimation, Apparat- und Prothesenbenutzung, intermittierenden sterilen Einmalkatheterismus, Anleitung zum Stillen

9-500.1 Grundlegende Patientenschulung

*Hinw.:* Dauer bis 5 Tage mit insgesamt mindestens 20 Stunden  
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

9-500.2 Umfassende Patientenschulung

*Hinw.:* Dauer 6 Tage und 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

**9-51 Ergänzende kommunikative Maßnahmen**

**9-510 Einsatz von Gebärdensprachdolmetschern**

*Hinw.:* Ein Kode aus diesem Bereich ist jeweils nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben  
Die Anzahl der Stunden ist über den gesamten stationären Aufenthalt zu addieren

9-510.0 Mindestens 2 bis 4 Stunden

9-510.1 Mehr als 4 bis 8 Stunden

9-510.2 Mehr als 8 bis 12 Stunden

9-510.3 Mehr als 12 bis 16 Stunden

9-510.4 Mehr als 16 bis 20 Stunden

9-510.5 Mehr als 20 bis 24 Stunden

9-510.6 Mehr als 24 Stunden

## Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-60...9-64)

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

Die Behandlung erfolgt als ärztlich indizierte Diagnostik und Therapie im therapeutischen Milieu mit Bezug auf das Lebensumfeld oder im Lebensumfeld des Patienten

Die Anwendung von Therapieverfahren erfolgt in individuell auf den Patienten abgestimmten Kombinationen und Dosierungen

Die gleichzeitige somatische Diagnostik und Behandlung sind gesondert zu kodieren

**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 (9-62)

Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-63)

*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.), der Einsatz von Gebärdensprachdolmetschern (9-510 ff.) und eine aufwendige Diagnostik bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (1-903) sind gesondert zu kodieren

Ein Kode aus diesem Bereich ist in der Regel einmal pro Woche anzugeben. Als erste Woche gilt die Zeitspanne vom Tag der Aufnahme bis zum Ablauf der ersten 7 Tage, usw. Erfolgt eine Versorgung an weniger als 7 Tagen (z.B. aufgrund einer Entlassung oder eines Wechsels zwischen Regelbehandlung, Intensivbehandlung oder psychotherapeutischer Komplexbehandlung), werden auch dann die Leistungen der jeweiligen Berufsgruppen berechnet und entsprechend der Anzahl der erreichten Therapieeinheiten kodiert. Sofern Therapieverfahren 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 2 ärztliche oder psychologische Therapeuten erforderlich.

Pro Einzel- oder Gruppentherapie dürfen Therapieeinheiten für maximal 2 Therapeuten pro Patient angerechnet werden.

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, hier spezifizierten Berufsgruppe abgeschlossen haben und in einem dieser Berufsgruppe entsprechenden, 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 zu addieren. Dann sind die Therapieeinheiten der Ärzte und Psychologen einerseits und der Spezialtherapeuten und Pflegefachpersonen andererseits jeweils in einer Gruppe zusammenzufassen und zu kodieren.

Ein Kode aus diesem Bereich 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 oder Diplom-Psychologe)
  - 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 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

**9-604 Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen ohne Therapieeinheiten pro Woche**

*Hinw.:* Dieser Kode ist nur anzuwenden, wenn im Rahmen der Regelbehandlung eines Patienten von keiner der 4 Berufsgruppen zusammenhängende Therapien von mindestens 25 Minuten durchgeführt wurden

**9-605 Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten**

9-605.0 Regelbehandlung mit bis 2 Therapieeinheiten pro Woche

9-605.1 Regelbehandlung mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche

- 9-605.2 Regelbehandlung mit mehr als 4 bis 6 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-605.3 Regelbehandlung mit mehr als 6 bis 8 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-605.4 Regelbehandlung mit mehr als 8 bis 10 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-605.5 Regelbehandlung mit mehr als 10 bis 12 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-605.6 Regelbehandlung mit mehr als 12 bis 14 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-605.7 Regelbehandlung mit mehr als 14 bis 16 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-605.8 Regelbehandlung mit mehr als 16 bis 18 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-605.9 Regelbehandlung mit mehr als 18 bis 20 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-605.a Regelbehandlung mit mehr als 20 Therapieeinheiten pro Woche

**9-606 Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten Therapieeinheiten**

- 9-606.0 Regelbehandlung mit bis 2 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-606.1 Regelbehandlung mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-606.2 Regelbehandlung mit mehr als 4 bis 6 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-606.3 Regelbehandlung mit mehr als 6 bis 8 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-606.4 Regelbehandlung mit mehr als 8 bis 10 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-606.5 Regelbehandlung mit mehr als 10 bis 12 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-606.6 Regelbehandlung mit mehr als 12 bis 14 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-606.7 Regelbehandlung mit mehr als 14 bis 16 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-606.8 Regelbehandlung mit mehr als 16 bis 18 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-606.9 Regelbehandlung mit mehr als 18 bis 20 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-606.a Regelbehandlung mit mehr als 20 bis 22 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-606.b Regelbehandlung mit mehr als 22 bis 24 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-606.c Regelbehandlung mit mehr als 24 bis 26 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-606.d Regelbehandlung mit mehr als 26 bis 28 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-606.e Regelbehandlung mit mehr als 28 bis 30 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-606.f Regelbehandlung mit mehr als 30 bis 32 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-606.g Regelbehandlung mit mehr als 32 bis 34 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-606.h Regelbehandlung mit mehr als 34 bis 36 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-606.j Regelbehandlung mit mehr als 36 bis 38 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-606.k Regelbehandlung mit mehr als 38 bis 40 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-606.m Regelbehandlung mit mehr als 40 bis 42 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-606.n Regelbehandlung mit mehr als 42 bis 44 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-606.p Regelbehandlung mit mehr als 44 bis 46 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-606.q Regelbehandlung mit mehr als 46 bis 48 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-606.r Regelbehandlung mit mehr als 48 Therapieeinheiten pro Woche

**9-61****Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen**

*Exkl.:* Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-60)

Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-62)

Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-63)

*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 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.), der Einsatz von Gebärdensprachdolmetschern (9-510 ff.) und eine aufwendige Diagnostik bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (1-903) sind gesondert zu kodieren

Ein Kode aus diesem Bereich ist in der Regel einmal pro Woche anzugeben. Als erste Woche gilt die Zeitspanne vom Tag der Aufnahme bis zum Ablauf der ersten 7 Tage, usw. Erfolgt eine Versorgung an weniger als 7 Tagen (z.B. aufgrund einer Entlassung oder eines Wechsels zwischen Regelbehandlung, Intensivbehandlung oder psychotherapeutischer Komplexbehandlung), werden auch dann die Leistungen der jeweiligen Berufsgruppen berechnet und entsprechend der Anzahl der erreichten Therapieeinheiten kodiert. Sofern Therapieverfahren 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 2 ärztliche oder psychologische Therapeuten erforderlich.

Pro Einzel- oder Gruppentherapie dürfen Therapieeinheiten für maximal 2 Therapeuten pro Patient angerechnet werden.

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, hier spezifizierten Berufsgruppe abgeschlossen haben und in einem dieser Berufsgruppe entsprechenden, 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 zu addieren. Dann sind die Therapieeinheiten der Ärzte und Psychologen einerseits und der Spezialtherapeuten und Pflegefachpersonen andererseits jeweils in einer Gruppe zusammenzufassen und zu kodieren.

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 oder Diplom-Psychologe)
  - 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 besonderen Sicherungsmaßnahmen
    - Dieses Merkmal ist erfüllt, wenn die Notwendigkeit des Einsatzes von individuellen besonderen Sicherungsmaßnahmen oder stete Bereitschaft dazu besteht. Diese Sicherungsmaßnahmen und die stete Bereitschaft dazu müssen von einer intensivierten Beziehungsarbeit begleitet werden
  - Akute Selbstgefährdung durch Suizidalität oder schwer selbstschädigendes Verhalten
    - Das Merkmal "Suizidalität" ist erfüllt, wenn die Gedanken des Patienten nur noch um Suizid kreisen oder der Patient seinen Plan durchführen möchte und der Patient nicht absprachefähig ist
  - 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 oder Realitätsverkennung
  - Entzugsbehandlung mit 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 jeweilige Behandlungsepisode (maximal eine Woche) zu addieren
- Die psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung umfasst ärztliche und 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

**9-614 Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen**

9-614.0 Intensivbehandlung ohne Therapieeinheiten pro Woche

*Hinw.:* Dieser Kode ist nur anzuwenden, wenn im Rahmen der Intensivbehandlung eines Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen von keiner der 4 Berufsgruppen zusammenhängende Therapien von mindestens 25 Minuten durchgeführt wurden

**9-614.1 Intensivbehandlung mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten**

- .10 Intensivbehandlung mit bis 2 Therapieeinheiten pro Woche
- .11 Intensivbehandlung mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche
- .12 Intensivbehandlung mit mehr als 4 bis 6 Therapieeinheiten pro Woche
- .13 Intensivbehandlung mit mehr als 6 bis 8 Therapieeinheiten pro Woche
- .14 Intensivbehandlung mit mehr als 8 bis 10 Therapieeinheiten pro Woche
- .15 Intensivbehandlung mit mehr als 10 bis 12 Therapieeinheiten pro Woche
- .16 Intensivbehandlung mit mehr als 12 bis 14 Therapieeinheiten pro Woche
- .17 Intensivbehandlung mit mehr als 14 bis 16 Therapieeinheiten pro Woche
- .18 Intensivbehandlung mit mehr als 16 bis 18 Therapieeinheiten pro Woche
- .19 Intensivbehandlung mit mehr als 18 bis 20 Therapieeinheiten pro Woche
- .1a Intensivbehandlung mit mehr als 20 Therapieeinheiten pro Woche

**9-614.2 Intensivbehandlung mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten Therapieeinheiten**

- .20 Intensivbehandlung mit bis 2 Therapieeinheiten pro Woche
- .21 Intensivbehandlung mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche
- .22 Intensivbehandlung mit mehr als 4 bis 6 Therapieeinheiten pro Woche
- .23 Intensivbehandlung mit mehr als 6 bis 8 Therapieeinheiten pro Woche
- .24 Intensivbehandlung mit mehr als 8 bis 10 Therapieeinheiten pro Woche
- .25 Intensivbehandlung mit mehr als 10 bis 12 Therapieeinheiten pro Woche
- .26 Intensivbehandlung mit mehr als 12 bis 14 Therapieeinheiten pro Woche
- .27 Intensivbehandlung mit mehr als 14 bis 16 Therapieeinheiten pro Woche
- .28 Intensivbehandlung mit mehr als 16 bis 18 Therapieeinheiten pro Woche
- .29 Intensivbehandlung mit mehr als 18 bis 20 Therapieeinheiten pro Woche
- .2a Intensivbehandlung mit mehr als 20 bis 22 Therapieeinheiten pro Woche
- .2b Intensivbehandlung mit mehr als 22 bis 24 Therapieeinheiten pro Woche
- .2c Intensivbehandlung mit mehr als 24 bis 26 Therapieeinheiten pro Woche
- .2d Intensivbehandlung mit mehr als 26 bis 28 Therapieeinheiten pro Woche
- .2e Intensivbehandlung mit mehr als 28 bis 30 Therapieeinheiten pro Woche
- .2f Intensivbehandlung mit mehr als 30 bis 32 Therapieeinheiten pro Woche
- .2g Intensivbehandlung mit mehr als 32 bis 34 Therapieeinheiten pro Woche
- .2h Intensivbehandlung mit mehr als 34 bis 36 Therapieeinheiten pro Woche
- .2j Intensivbehandlung mit mehr als 36 bis 38 Therapieeinheiten pro Woche
- .2k Intensivbehandlung mit mehr als 38 bis 40 Therapieeinheiten pro Woche
- .2m Intensivbehandlung mit mehr als 40 bis 42 Therapieeinheiten pro Woche
- .2n Intensivbehandlung mit mehr als 42 bis 44 Therapieeinheiten pro Woche
- .2p Intensivbehandlung mit mehr als 44 bis 46 Therapieeinheiten pro Woche
- .2q Intensivbehandlung mit mehr als 46 bis 48 Therapieeinheiten pro Woche
- .2r Intensivbehandlung mit mehr als 48 Therapieeinheiten pro Woche

**9-615 Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 3 bis 4 Merkmalen**

**9-615.0 Intensivbehandlung ohne Therapieeinheiten pro Woche**

*Hinw.:* Dieser Kode ist nur anzuwenden, wenn im Rahmen der Intensivbehandlung eines Patienten mit 3 bis 4 Merkmalen von keiner der 4 Berufsgruppen zusammenhängende Therapien von mindestens 25 Minuten durchgeführt wurden

**9-615.1 Intensivbehandlung mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten**

- .10 Intensivbehandlung mit bis 2 Therapieeinheiten pro Woche
- .11 Intensivbehandlung mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche
- .12 Intensivbehandlung mit mehr als 4 bis 6 Therapieeinheiten pro Woche
- .13 Intensivbehandlung mit mehr als 6 bis 8 Therapieeinheiten pro Woche
- .14 Intensivbehandlung mit mehr als 8 bis 10 Therapieeinheiten pro Woche
- .15 Intensivbehandlung mit mehr als 10 bis 12 Therapieeinheiten pro Woche
- .16 Intensivbehandlung mit mehr als 12 bis 14 Therapieeinheiten pro Woche
- .17 Intensivbehandlung mit mehr als 14 bis 16 Therapieeinheiten pro Woche

- .18 Intensivbehandlung mit mehr als 16 bis 18 Therapieeinheiten pro Woche
  - .19 Intensivbehandlung mit mehr als 18 bis 20 Therapieeinheiten pro Woche
  - .1a Intensivbehandlung mit mehr als 20 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-615.2 Intensivbehandlung mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten Therapieeinheiten
- .20 Intensivbehandlung mit bis 2 Therapieeinheiten pro Woche
  - .21 Intensivbehandlung mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche
  - .22 Intensivbehandlung mit mehr als 4 bis 6 Therapieeinheiten pro Woche
  - .23 Intensivbehandlung mit mehr als 6 bis 8 Therapieeinheiten pro Woche
  - .24 Intensivbehandlung mit mehr als 8 bis 10 Therapieeinheiten pro Woche
  - .25 Intensivbehandlung mit mehr als 10 bis 12 Therapieeinheiten pro Woche
  - .26 Intensivbehandlung mit mehr als 12 bis 14 Therapieeinheiten pro Woche
  - .27 Intensivbehandlung mit mehr als 14 bis 16 Therapieeinheiten pro Woche
  - .28 Intensivbehandlung mit mehr als 16 bis 18 Therapieeinheiten pro Woche
  - .29 Intensivbehandlung mit mehr als 18 bis 20 Therapieeinheiten pro Woche
  - .2a Intensivbehandlung mit mehr als 20 bis 22 Therapieeinheiten pro Woche
  - .2b Intensivbehandlung mit mehr als 22 bis 24 Therapieeinheiten pro Woche
  - .2c Intensivbehandlung mit mehr als 24 bis 26 Therapieeinheiten pro Woche
  - .2d Intensivbehandlung mit mehr als 26 bis 28 Therapieeinheiten pro Woche
  - .2e Intensivbehandlung mit mehr als 28 bis 30 Therapieeinheiten pro Woche
  - .2f Intensivbehandlung mit mehr als 30 bis 32 Therapieeinheiten pro Woche
  - .2g Intensivbehandlung mit mehr als 32 bis 34 Therapieeinheiten pro Woche
  - .2h Intensivbehandlung mit mehr als 34 bis 36 Therapieeinheiten pro Woche
  - .2j Intensivbehandlung mit mehr als 36 bis 38 Therapieeinheiten pro Woche
  - .2k Intensivbehandlung mit mehr als 38 bis 40 Therapieeinheiten pro Woche
  - .2m Intensivbehandlung mit mehr als 40 bis 42 Therapieeinheiten pro Woche
  - .2n Intensivbehandlung mit mehr als 42 bis 44 Therapieeinheiten pro Woche
  - .2p Intensivbehandlung mit mehr als 44 bis 46 Therapieeinheiten pro Woche
  - .2q Intensivbehandlung mit mehr als 46 bis 48 Therapieeinheiten pro Woche
  - .2r Intensivbehandlung mit mehr als 48 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-616 Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 5 und mehr Merkmalen**
- 9-616.0 Intensivbehandlung ohne Therapieeinheiten pro Woche  
*Hinw.:* Dieser Kode ist nur anzuwenden, wenn im Rahmen der Intensivbehandlung eines Patienten mit 5 und mehr Merkmalen von keiner der 4 Berufsgruppen zusammenhängende Therapien von mindestens 25 Minuten durchgeführt wurden
- 9-616.1 Intensivbehandlung mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten
- .10 Intensivbehandlung mit bis 2 Therapieeinheiten pro Woche
  - .11 Intensivbehandlung mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche
  - .12 Intensivbehandlung mit mehr als 4 bis 6 Therapieeinheiten pro Woche
  - .13 Intensivbehandlung mit mehr als 6 bis 8 Therapieeinheiten pro Woche
  - .14 Intensivbehandlung mit mehr als 8 bis 10 Therapieeinheiten pro Woche
  - .15 Intensivbehandlung mit mehr als 10 bis 12 Therapieeinheiten pro Woche
  - .16 Intensivbehandlung mit mehr als 12 bis 14 Therapieeinheiten pro Woche
  - .17 Intensivbehandlung mit mehr als 14 bis 16 Therapieeinheiten pro Woche
  - .18 Intensivbehandlung mit mehr als 16 bis 18 Therapieeinheiten pro Woche
  - .19 Intensivbehandlung mit mehr als 18 bis 20 Therapieeinheiten pro Woche
  - .1a Intensivbehandlung mit mehr als 20 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-616.2 Intensivbehandlung mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten Therapieeinheiten
- .20 Intensivbehandlung mit bis 2 Therapieeinheiten pro Woche
  - .21 Intensivbehandlung mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche
  - .22 Intensivbehandlung mit mehr als 4 bis 6 Therapieeinheiten pro Woche
  - .23 Intensivbehandlung mit mehr als 6 bis 8 Therapieeinheiten pro Woche
  - .24 Intensivbehandlung mit mehr als 8 bis 10 Therapieeinheiten pro Woche
  - .25 Intensivbehandlung mit mehr als 10 bis 12 Therapieeinheiten pro Woche
  - .26 Intensivbehandlung mit mehr als 12 bis 14 Therapieeinheiten pro Woche

- .27 Intensivbehandlung mit mehr als 14 bis 16 Therapieeinheiten pro Woche
- .28 Intensivbehandlung mit mehr als 16 bis 18 Therapieeinheiten pro Woche
- .29 Intensivbehandlung mit mehr als 18 bis 20 Therapieeinheiten pro Woche
- .2a Intensivbehandlung mit mehr als 20 bis 22 Therapieeinheiten pro Woche
- .2b Intensivbehandlung mit mehr als 22 bis 24 Therapieeinheiten pro Woche
- .2c Intensivbehandlung mit mehr als 24 bis 26 Therapieeinheiten pro Woche
- .2d Intensivbehandlung mit mehr als 26 bis 28 Therapieeinheiten pro Woche
- .2e Intensivbehandlung mit mehr als 28 bis 30 Therapieeinheiten pro Woche
- .2f Intensivbehandlung mit mehr als 30 bis 32 Therapieeinheiten pro Woche
- .2g Intensivbehandlung mit mehr als 32 bis 34 Therapieeinheiten pro Woche
- .2h Intensivbehandlung mit mehr als 34 bis 36 Therapieeinheiten pro Woche
- .2j Intensivbehandlung mit mehr als 36 bis 38 Therapieeinheiten pro Woche
- .2k Intensivbehandlung mit mehr als 38 bis 40 Therapieeinheiten pro Woche
- .2m Intensivbehandlung mit mehr als 40 bis 42 Therapieeinheiten pro Woche
- .2n Intensivbehandlung mit mehr als 42 bis 44 Therapieeinheiten pro Woche
- .2p Intensivbehandlung mit mehr als 44 bis 46 Therapieeinheiten pro Woche
- .2q Intensivbehandlung mit mehr als 46 bis 48 Therapieeinheiten pro Woche
- .2r Intensivbehandlung mit mehr als 48 Therapieeinheiten pro Woche

**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)

Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-61)

Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-63)

*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.), der Einsatz von Gebärdensprachdolmetschern (9-510 ff.) und eine aufwendige Diagnostik bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (1-903) sind gesondert zu kodieren

Ein Kode aus diesem Bereich ist in der Regel einmal pro Woche anzugeben. Als erste Woche gilt die Zeitspanne vom Tag der Aufnahme bis zum Ablauf der ersten 7 Tage, usw. Erfolgt eine Versorgung an weniger als 7 Tagen (z.B. aufgrund einer Entlassung oder eines Wechsels zwischen Regelbehandlung, Intensivbehandlung oder psychotherapeutischer Komplexbehandlung), werden auch dann die Leistungen der jeweiligen Berufsgruppen berechnet und entsprechend der Anzahl der erreichten Therapieeinheiten kodiert. Sofern Therapieverfahren 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 2 ärztliche oder psychologische Therapeuten erforderlich.

Pro Einzel- oder Gruppentherapie dürfen Therapieeinheiten für maximal 2 Therapeuten pro Patient angerechnet werden.

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, hier spezifizierten Berufsgruppe abgeschlossen haben und in einem dieser Berufsgruppe entsprechenden, 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 zu addieren. Dann sind die Therapieeinheiten der Ärzte und Psychologen einerseits und der Spezialtherapeuten und Pflegefachpersonen andererseits jeweils in einer Gruppe zusammenzufassen und zu kodieren.

Ein Kode aus diesem Bereich 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 ein Kode aus dem Bereich 9-60 (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 oder Diplom-Psychologe)
  - 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 Hilfefoordination 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

**9-624 Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten**

- 9-624.0 Psychotherapeutische Komplexbehandlung mit bis 4 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-624.1 Psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 4 bis 6 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-624.2 Psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 6 bis 8 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-624.3 Psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 8 bis 10 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-624.4 Psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 10 bis 12 Therapieeinheiten pro Woche

- 9-624.5 Psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 12 bis 14 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-624.6 Psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 14 bis 16 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-624.7 Psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 16 bis 18 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-624.8 Psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 18 bis 20 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-624.9 Psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 20 bis 22 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-624.a Psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 22 bis 24 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-624.b Psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 24 bis 26 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-624.c Psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 26 bis 28 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-624.d Psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 28 bis 30 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-624.e Psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 30 bis 32 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-624.f Psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 32 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-625 Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten Therapieeinheiten**
- 9-625.0 Psychotherapeutische Komplexbehandlung mit bis 2 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-625.1 Psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-625.2 Psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 4 bis 6 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-625.3 Psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 6 bis 8 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-625.4 Psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 8 bis 10 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-625.5 Psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 10 bis 12 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-625.6 Psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 12 bis 14 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-625.7 Psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 14 bis 16 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-625.8 Psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 16 bis 18 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-625.9 Psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 18 bis 20 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-625.a Psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 20 bis 22 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-625.b Psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 22 bis 24 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-625.c Psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 24 bis 26 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-625.d Psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 26 bis 28 Therapieeinheiten pro Woche

- 9-625.e Psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 28 bis 30 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-625.f Psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 30 bis 32 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-625.g Psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 32 bis 34 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-625.h Psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 34 bis 36 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-625.j Psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 36 bis 38 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-625.k Psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 38 bis 40 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-625.m Psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 40 bis 42 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-625.n Psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 42 bis 44 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-625.p Psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 44 bis 46 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-625.q Psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 46 bis 48 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-625.r Psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 48 Therapieeinheiten pro Woche

**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 (9-60)

Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-61)

Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-62)

*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.), der Einsatz von Gebärdensprachdolmetschern (9-510 ff.) und eine aufwendige Diagnostik bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (1-903) sind gesondert zu kodieren

Ein Kode aus diesem Bereich ist in der Regel einmal pro Woche anzugeben. Als erste Woche gilt die Zeitspanne vom Tag der Aufnahme bis zum Ablauf der ersten 7 Tage, usw. Erfolgt eine Versorgung an weniger als 7 Tagen (z.B. aufgrund einer Entlassung), werden auch dann die Leistungen der jeweiligen Berufsgruppen berechnet und entsprechend der Anzahl der erreichten Therapieeinheiten kodiert

Sofern Therapieverfahren 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 2 ärztliche oder psychologische Therapeuten erforderlich

Pro Einzel- oder Gruppentherapie dürfen Therapieeinheiten für maximal 2 Therapeuten pro Patient angerechnet werden

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, hier spezifizierten Berufsgruppe abgeschlossen haben und in einem dieser Berufsgruppe entsprechenden, 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 zu addieren. Es ist für jede Berufsgruppe gesondert der entsprechende Kode anzugeben  
Ein Kode aus diesem Bereich 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 ein Kode aus dem Bereich 9-60 (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 oder Diplom-Psychologe)
  - 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

**9-630 Anzahl der durch Ärzte erbrachten Therapieeinheiten im Rahmen der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen**

- 9-630.0 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung mit bis 2 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-630.1 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche

- 9-630.2 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 4 bis 6 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-630.3 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 6 bis 8 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-630.4 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 8 bis 10 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-630.5 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 10 bis 12 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-630.6 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 12 bis 14 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-630.7 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 14 bis 16 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-630.8 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 16 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-631 Anzahl der durch Psychologen erbrachten Therapieeinheiten im Rahmen der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen**
- 9-631.0 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung mit bis 2 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-631.1 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-631.2 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 4 bis 6 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-631.3 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 6 bis 8 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-631.4 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 8 bis 10 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-631.5 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 10 bis 12 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-631.6 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 12 bis 14 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-631.7 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 14 bis 16 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-631.8 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 16 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-632 Anzahl der durch Spezialtherapeuten erbrachten Therapieeinheiten im Rahmen der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen**
- 9-632.0 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung mit bis 2 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-632.1 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-632.2 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 4 bis 6 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-632.3 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 6 bis 8 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-632.4 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 8 bis 10 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-632.5 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 10 bis 12 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-632.6 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 12 bis 14 Therapieeinheiten pro Woche

- 9-632.7 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 14 bis 16 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-632.8 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 16 bis 18 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-632.9 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 18 bis 20 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-632.a Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 20 bis 22 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-632.b Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 22 bis 24 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-632.c Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 24 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-633 Anzahl der durch Pflegefachpersonen erbrachten Therapieeinheiten im Rahmen der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen**
- 9-633.0 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung mit bis 2 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-633.1 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-633.2 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 4 bis 6 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-633.3 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 6 bis 8 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-633.4 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 8 bis 10 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-633.5 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 10 bis 12 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-633.6 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 12 bis 14 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-633.7 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 14 bis 16 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-633.8 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 16 bis 18 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-633.9 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 18 bis 20 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-633.a Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 20 bis 22 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-633.b Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 22 bis 24 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-633.c Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mehr als 24 Therapieeinheiten pro Woche

**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 Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-60), 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) und der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-63) 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 Code ist 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 Code unter 9-640.0 oder 9-640.1 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 entsprechenden, vergüteten Beschäftigungsverhältnis stehen.

Die für diese Betreuung aufgewendete Zeit kann nicht für die Berechnung der Therapieeinheiten der Primärkodes (9-60 bis 9-63) oder anderer Zusatzcodes (9-641) angerechnet werden.

Mindestmerkmale:

- Multiprofessionelle Behandlung von Patienten, deren wesentliche Merkmale die akute Fremd- oder Selbstgefährdung infolge einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung sind
- Tägliche ärztliche Befunderhebung und ggf. ärztliche Anordnung zur Einleitung oder Fortführung der Betreuungsmaßnahmen

**9-640.0 1:1-Betreuung**

- .00 Mindestens 2 bis 6 Stunden pro Tag
- .01 Mehr als 6 bis 12 Stunden pro Tag
- .02 Mehr als 12 bis 18 Stunden pro Tag
- .03 Mehr als 18 Stunden pro Tag

**9-640.1 Betreuung in der Kleinstgruppe**

*Hinw.:* Zu einer Kleinstgruppe gehören bis zu 3 Patienten

- .10 Mindestens 2 bis 6 Stunden pro Tag
- .11 Mehr als 6 bis 12 Stunden pro Tag
- .12 Mehr als 12 Stunden pro Tag

**9-641 Kriseninterventionelle Behandlung 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), 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) und der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-63) angegeben werden  
Dieser Kode ist 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
- Die Dokumentation zeigt an, dass eine psychosoziale oder psychische Krise vorliegt
- 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 der Primärkodes (9-60 bis 9-63) oder anderer Zusatzcodes (9-640) angerechnet werden
- Tägliche ärztliche Befunderhebung und ggf. ärztliche Anordnung zur Einleitung oder Fortführung der Behandlungsmaßnahme. Dies ist Teil der therapeutischen Kontakte

**9-641.0 Kriseninterventionelle Behandlung durch Ärzte und/oder Psychologen**

- .00 Mehr als 1 bis 1,5 Stunden pro Tag
- .01 Mehr als 1,5 bis 3 Stunden pro Tag
- .02 Mehr als 3 bis 4,5 Stunden pro Tag
- .03 Mehr als 4,5 bis 6 Stunden pro Tag
- .04 Mehr als 6 Stunden pro Tag

**9-641.1 Kriseninterventionelle Behandlung durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen**

- .10 Mehr als 1 bis 1,5 Stunden pro Tag
- .11 Mehr als 1,5 bis 3 Stunden pro Tag
- .12 Mehr als 3 bis 4,5 Stunden pro Tag
- .13 Mehr als 4,5 bis 6 Stunden pro Tag
- .14 Mehr als 6 Stunden pro Tag

**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), 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) und der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-63). Solange die Mindestmerkmale dieses Kodes erfüllt sind, ist er jedes Mal bei der Verwendung eines Kodes aus den Bereichen 9-60, 9-61, 9-62 und 9-63 mit 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 geregelter Zugang zu einer Abteilung für Intensivmedizin und zu einer Klinik für Innere Medizin oder zu einer anderen somatischen Fachabteilung (z.B. Neurologie, Orthopädie, Gynäkologie, Hämatookologie)
- 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 Codes sind Zusatzcodes. Sie können nur in Kombination mit der Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-60), 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) und der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-63) 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 Primärkodes (9-60, 9-61, 9-62, 9-63) mitgerechnet werden

9-643.0	Mindestens 1 bis höchstens 7 Tage
9-643.1	Mindestens 8 bis höchstens 14 Tage
9-643.2	Mindestens 15 bis höchstens 21 Tage
9-643.3	Mindestens 22 bis höchstens 28 Tage
9-643.4	Mindestens 29 bis höchstens 35 Tage
9-643.5	Mindestens 36 bis höchstens 42 Tage
9-643.6	Mindestens 43 bis höchstens 49 Tage
9-643.7	Mindestens 50 Tage

**9-644 Erbringung von Behandlungsmaßnahmen im stationsersetzenden 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), der psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-62) und der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-63) 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, 9-62, 9-63 (u.a. Leistungserbringung durch ein multiprofessionelles, fachärztlich geleitetes Behandlungsteam) müssen erfüllt sein

**9-644.0 Ganztägiges Hometreatment**

*Hinw.:* Dieser Kode ist nur anzugeben für die Behandlung im Rahmen von Modellvorhaben nach § 64b SGB V

Die Behandlung des Patienten erfolgt im häuslichen Umfeld über mindestens 210 Minuten. Fahrzeiten werden dabei nicht angerechnet

**9-644.1 Halbtägiges Hometreatment**

*Hinw.:* Dieser Kode ist nur anzugeben für die Behandlung im Rahmen von Modellvorhaben nach § 64b SGB V

Die Behandlung des Patienten erfolgt im häuslichen Umfeld über mindestens 105 Minuten bis maximal 209 Minuten. Fahrzeiten werden dabei nicht angerechnet

**9-644.2 Halbtägige tagesklinische Behandlung**

*Hinw.:* Intermittierende Behandlung des Patienten in der Tagesklinik

Es werden mindestens eine Gruppentherapie über 90 Minuten und eine Einzeltherapie über 25 Minuten oder mindestens eine Einzeltherapie über 60 Minuten durchgeführt

**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), 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) und der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-63) angegeben werden. Codes aus den Bereichen 9-645.0 und 9-645.1 sind für jeden Tag, an dem Leistungen im Sinne dieser Codes erbracht wurden, gesondert anzugeben.

Die im Kontext der Entlassung im Sinne dieses Codes erbrachten Leistungen können nicht gleichzeitig bei der Berechnung der Therapieeinheiten für die Primärkodex (9-60 bis 9-63) oder Zusatzkodex (9-640, 9-641) 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
- Diese Codes können nur angegeben werden, wenn für den indizierten komplexen Entlassungsaufwand Leistungen durch mindestens 2 Berufsgruppen erbracht worden sind
- Anerkannt werden alle Leistungen, die durch Mitarbeiter erbracht werden, die eine Ausbildung in der jeweiligen spezifizierten Berufsgruppe abgeschlossen haben und in einem dieser Berufsgruppe entsprechenden, 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

**9-645.0 Indizierter komplexer Entlassungsaufwand, durch Spezialtherapeuten und/oder pflegerische Fachpersonen erbracht**

- .03 Mehr als 1 bis zu 2 Stunden (erhöhter Aufwand)
- .04 Mehr als 2 bis zu 4 Stunden (deutlich erhöhter Aufwand)
- .05 Mehr als 4 Stunden (stark erhöhter Aufwand)

**9-645.1 Indizierter komplexer Entlassungsaufwand, durch Ärzte und/oder Psychologen erbracht**

- .13 Mehr als 1 bis zu 2 Stunden (erhöhter Aufwand)
- .14 Mehr als 2 bis zu 4 Stunden (deutlich erhöhter Aufwand)
- .15 Mehr als 4 Stunden (stark erhöhter Aufwand)

**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 unmittelbar 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), 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) und der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-63) 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 unmittelbar drohender oder eingetretener Erwerbslosigkeit (z. B. Abmahnung, erfolgte Aussprache der Kündigung)
- Klärung und Regelung der Wohnsituation bei unmittelbar 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 unmittelbar fehlender Versorgung durch Dritte

- 9-646.0 Klärung und Regelung von 1 Mindestmerkmal
- 9-646.1 Klärung und Regelung von 2 Mindestmerkmalen
- 9-646.2 Klärung und Regelung von 3 Mindestmerkmalen
- 9-646.3 Klärung und Regelung von 4 Mindestmerkmalen

**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), 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) und der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-63) 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 multiplen 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 beim jeweiligen Primärkode (aus den Codebereichen 9-60, 9-61, 9-62 oder 9-63) angegeben

Mindestmerkmale:

- 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
- Leitlinienbasiertes, 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

9-647.0	1 Behandlungstag
9-647.1	2 Behandlungstage
9-647.2	3 Behandlungstage
9-647.3	4 Behandlungstage
9-647.4	5 Behandlungstage
9-647.5	6 Behandlungstage
9-647.6	7 Behandlungstage
9-647.7	8 Behandlungstage
9-647.8	9 Behandlungstage
9-647.9	10 Behandlungstage
9-647.a	11 Behandlungstage
9-647.b	12 Behandlungstage
9-647.c	13 Behandlungstage
9-647.d	14 Behandlungstage
9-647.e	15 Behandlungstage

9-647.f	16 Behandlungstage
9-647.g	17 Behandlungstage
9-647.h	18 Behandlungstage
9-647.j	19 Behandlungstage
9-647.k	20 Behandlungstage
9-647.m	21 Behandlungstage
9-647.n	22 Behandlungstage
9-647.p	23 Behandlungstage
9-647.q	24 Behandlungstage
9-647.r	25 Behandlungstage
9-647.s	26 Behandlungstage
9-647.t	27 Behandlungstage
9-647.u	28 Behandlungstage

**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 (9-60), 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) und der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-63) 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 bei einem anderen psychotherapeutisch tätigen Arzt oder Psychologen oder bei einem 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 entsprechenden, vergüteten Beschäftigungsverhältnis stehen

**9-648.0 Einzelsupervision**

*Hinw.:* Diese Codes sind für die Einzelsupervision eines mit der Behandlung des jeweiligen Patienten unmittelbar betrauten psychotherapeutisch tätigen Arztes oder Psychologen anzuwenden

.00 Mindestens 25 bis unter 50 Minuten pro Tag

.01 Mindestens 50 Minuten pro Tag

**9-648.1 Supervision eines Behandlungsteams**

*Hinw.:* Diese Codes sind für die Supervision eines Behandlungsteams anzuwenden. Das Behandlungsteam umfasst neben dem Supervisor mindestens 4 mit der Behandlung des benannten Patienten unmittelbar betraute Personen. Zu diesen Personen müssen entweder mindestens ein Arzt/Psychologe und ein Spezialtherapeut oder 2 Ärzte/Psychologen gehören und außerdem jeweils mindestens eine Pflegefachperson

.10 Mindestens 25 bis unter 50 Minuten pro Tag

.11 Mindestens 50 Minuten pro Tag

## Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-65...9-69)

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

Die gleichzeitige somatische Diagnostik und Behandlung sind gesondert zu kodieren

### **9-65** 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)

Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-67)

Psychiatrisch-psychosomatische Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-68)

*Hinw.:* Eine kriseninterventionelle Behandlung (9-690 ff.), die Erbringung von Behandlungsmaßnahmen im stationersetzenden 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.), der Einsatz von Gebärdensprachdolmetschern (9-510 ff.) und eine aufwendige Diagnostik bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (1-904) sind gesondert zu kodieren  
Ein Kode aus diesem Bereich ist für die Behandlung von Patienten anzuwenden, die bei stationärer Aufnahme das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben  
Ein Kode aus diesem Bereich ist sowohl für die voll- als auch die teilstationäre Behandlung zu verwenden

Ein Kode aus diesem Bereich ist in der Regel einmal pro Woche anzugeben. Als erste Woche gilt die Zeitspanne vom Tag der Aufnahme bis zum Ablauf der ersten 7 Tage, usw. Erfolgt eine Versorgung an weniger als 7 Tagen (z.B. aufgrund einer Entlassung oder eines Wechsels zwischen Regelbehandlung und Intensivbehandlung), werden auch dann die Leistungen der jeweiligen Berufsgruppen berechnet und entsprechend der Anzahl der erreichten Therapieeinheiten kodiert

Sofern Therapieverfahren 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 Gruppentherapien ist die Gruppengröße auf maximal 15 Patienten 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 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, hier spezifizierten Berufsgruppe abgeschlossen haben und in einem dieser Berufsgruppe entsprechenden, 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 zu addieren. Dann sind die Therapieeinheiten der Ärzte und Psychologen einerseits und der Spezialtherapeuten und pädagogisch-pflegerischen Fachpersonen andererseits jeweils in einer Gruppe zusammenzufassen und zu kodieren

Mindestmerkmale:

- Therapiezielorientierte Behandlung durch ein multiprofessionelles Team unter Leitung eines Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Wöchentliche multiprofessionelle Teambesprechung zur Beratung des weiteren Behandlungsverlaufs (bei Aufhalten von mehr als 6 Tagen) oder eine ausführliche multiprofessionelle Behandlungsplanung 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 entwicklungspezifischem 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 oder Diplom-Psychologe)
  - 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 Hilfekoordination hinsichtlich der geplanten Reintegration in Schule und soziales Umfeld, inklusive Behandlung als hometreatment
  - Gespräche mit Behördenvertretern
- Hierzu zählen auch syndromspezifische Module
- Es kommen pro Woche mindestens ein Therapieverfahren aus dem Bereich der ärztlich-psychologischen Behandlung und mindestens ein Therapieverfahren aus der pädagogisch-pflegerischen Behandlung oder aus den Therapieverfahren der Spezialtherapeuten zur Anwendung

**9-654 Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten**

- 9-654.0 Regelbehandlung mit bis 2 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-654.1 Regelbehandlung mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-654.2 Regelbehandlung mit mehr als 4 bis 6 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-654.3 Regelbehandlung mit mehr als 6 bis 8 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-654.4 Regelbehandlung mit mehr als 8 bis 10 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-654.5 Regelbehandlung mit mehr als 10 bis 12 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-654.6 Regelbehandlung mit mehr als 12 bis 14 Therapieeinheiten pro Woche

- 9-654.7 Regelbehandlung mit mehr als 14 bis 16 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-654.8 Regelbehandlung mit mehr als 16 bis 18 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-654.9 Regelbehandlung mit mehr als 18 bis 20 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-654.a Regelbehandlung mit mehr als 20 bis 22 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-654.b Regelbehandlung mit mehr als 22 bis 24 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-654.c Regelbehandlung mit mehr als 24 bis 26 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-654.d Regelbehandlung mit mehr als 26 bis 28 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-654.e Regelbehandlung mit mehr als 28 bis 30 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-654.f Regelbehandlung mit mehr als 30 bis 32 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-654.g Regelbehandlung mit mehr als 32 Therapieeinheiten pro Woche

**9-655 Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern mit durch Spezialtherapeuten und/oder pädagogisch-pflegerische Fachpersonen erbrachten Therapieeinheiten**

- 9-655.0 Regelbehandlung mit bis 2 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-655.1 Regelbehandlung mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-655.2 Regelbehandlung mit mehr als 4 bis 6 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-655.3 Regelbehandlung mit mehr als 6 bis 8 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-655.4 Regelbehandlung mit mehr als 8 bis 10 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-655.5 Regelbehandlung mit mehr als 10 bis 12 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-655.6 Regelbehandlung mit mehr als 12 bis 14 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-655.7 Regelbehandlung mit mehr als 14 bis 16 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-655.8 Regelbehandlung mit mehr als 16 bis 18 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-655.9 Regelbehandlung mit mehr als 18 bis 20 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-655.a Regelbehandlung mit mehr als 20 bis 22 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-655.b Regelbehandlung mit mehr als 22 bis 24 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-655.c Regelbehandlung mit mehr als 24 bis 26 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-655.d Regelbehandlung mit mehr als 26 bis 28 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-655.e Regelbehandlung mit mehr als 28 bis 30 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-655.f Regelbehandlung mit mehr als 30 bis 32 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-655.g Regelbehandlung mit mehr als 32 bis 34 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-655.h Regelbehandlung mit mehr als 34 bis 36 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-655.j Regelbehandlung mit mehr als 36 bis 38 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-655.k Regelbehandlung mit mehr als 38 bis 40 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-655.m Regelbehandlung mit mehr als 40 bis 42 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-655.n Regelbehandlung mit mehr als 42 bis 44 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-655.p Regelbehandlung mit mehr als 44 bis 46 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-655.q Regelbehandlung mit mehr als 46 bis 48 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-655.r Regelbehandlung mit mehr als 48 bis 50 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-655.s Regelbehandlung mit mehr als 50 bis 52 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-655.t Regelbehandlung mit mehr als 52 bis 54 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-655.u Regelbehandlung mit mehr als 54 bis 56 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-655.v Regelbehandlung mit mehr als 56 bis 58 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-655.w Regelbehandlung mit mehr als 58 Therapieeinheiten pro Woche

**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 (9-65)

Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-67)

Psychiatrisch-psychosomatische Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-68)

*Hinw.:* Eine kriseninterventionelle Behandlung (9-690 ff.), die Erbringung von Behandlungsmaßnahmen im stationersetzenden 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.), der Einsatz von Gebärdensprachdolmetschern (9-510 ff.) und eine aufwendige Diagnostik bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (1-904) sind gesondert zu kodieren. Ein Kode aus diesem Bereich 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).

Ein Kode aus diesem Bereich ist sowohl für die voll- als auch die teilstationäre Behandlung zu verwenden.

Ein Kode aus diesem Bereich ist in der Regel einmal pro Woche anzugeben. Als erste Woche gilt die Zeitspanne vom Tag der Aufnahme bis zum Ablauf der ersten 7 Tage, usw. Erfolgt eine Versorgung an weniger als 7 Tagen (z.B. aufgrund einer Entlassung oder eines Wechsels zwischen Regelbehandlung und Intensivbehandlung), werden auch dann die Leistungen der jeweiligen Berufsgruppen berechnet und entsprechend der Anzahl der erreichten Therapieeinheiten kodiert.

Sofern Therapieverfahren 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 Gruppentherapien ist die Gruppengröße auf maximal 15 Patienten 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 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, hier spezifizierten Berufsgruppe abgeschlossen haben und in einem dieser Berufsgruppe entsprechenden, 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 Diplompsychologe oder Diplom-(Sozial-)Pädagoge erhalten.

Für die Kodierung sind die durch die jeweilige Berufsgruppe erbrachten Therapieeinheiten zu addieren. Dann sind die Therapieeinheiten der Ärzte und Psychologen einerseits und der Spezialtherapeuten und pädagogisch-pflegerischen Fachpersonen andererseits jeweils in einer Gruppe zusammenzufassen und zu kodieren.

Mindestmerkmale:

- Therapiezielorientierte Behandlung durch ein multiprofessionelles Team unter Leitung eines Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Wöchentliche multiprofessionelle Teambesprechung zur Beratung des weiteren Behandlungsverlaufs (bei Aufhalten von mehr als 6 Tagen) oder eine ausführliche multiprofessionelle Behandlungsplanung 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 entwicklungspezifischem 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 oder Diplom-Psychologe)
  - 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 Selbständigkeit, 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 Hilfekoordination 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
- Hierzu zählen auch syndromspezifische Module
- Es kommen pro Woche mindestens ein Therapieverfahren aus dem Bereich der ärztlich-psychologischen Behandlung und mindestens ein Therapieverfahren aus der pädagogisch-pflegerischen Behandlung oder aus den Therapieverfahren der Spezialtherapeuten zur Anwendung

**9-664 Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten**

- 9-664.0 Regelbehandlung mit bis 2 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-664.1 Regelbehandlung mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-664.2 Regelbehandlung mit mehr als 4 bis 6 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-664.3 Regelbehandlung mit mehr als 6 bis 8 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-664.4 Regelbehandlung mit mehr als 8 bis 10 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-664.5 Regelbehandlung mit mehr als 10 bis 12 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-664.6 Regelbehandlung mit mehr als 12 bis 14 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-664.7 Regelbehandlung mit mehr als 14 bis 16 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-664.8 Regelbehandlung mit mehr als 16 bis 18 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-664.9 Regelbehandlung mit mehr als 18 bis 20 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-664.a Regelbehandlung mit mehr als 20 bis 22 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-664.b Regelbehandlung mit mehr als 22 bis 24 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-664.c Regelbehandlung mit mehr als 24 bis 26 Therapieeinheiten pro Woche

- 9-664.d Regelbehandlung mit mehr als 26 bis 28 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-664.e Regelbehandlung mit mehr als 28 bis 30 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-664.f Regelbehandlung mit mehr als 30 bis 32 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-664.g Regelbehandlung mit mehr als 32 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-665 Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen mit durch Spezialtherapeuten und/oder pädagogisch-pflegerische Fachpersonen erbrachten Therapieeinheiten**
- 9-665.0 Regelbehandlung mit bis 2 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-665.1 Regelbehandlung mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-665.2 Regelbehandlung mit mehr als 4 bis 6 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-665.3 Regelbehandlung mit mehr als 6 bis 8 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-665.4 Regelbehandlung mit mehr als 8 bis 10 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-665.5 Regelbehandlung mit mehr als 10 bis 12 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-665.6 Regelbehandlung mit mehr als 12 bis 14 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-665.7 Regelbehandlung mit mehr als 14 bis 16 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-665.8 Regelbehandlung mit mehr als 16 bis 18 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-665.9 Regelbehandlung mit mehr als 18 bis 20 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-665.a Regelbehandlung mit mehr als 20 bis 22 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-665.b Regelbehandlung mit mehr als 22 bis 24 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-665.c Regelbehandlung mit mehr als 24 bis 26 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-665.d Regelbehandlung mit mehr als 26 bis 28 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-665.e Regelbehandlung mit mehr als 28 bis 30 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-665.f Regelbehandlung mit mehr als 30 bis 32 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-665.g Regelbehandlung mit mehr als 32 bis 34 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-665.h Regelbehandlung mit mehr als 34 bis 36 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-665.j Regelbehandlung mit mehr als 36 bis 38 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-665.k Regelbehandlung mit mehr als 38 bis 40 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-665.m Regelbehandlung mit mehr als 40 bis 42 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-665.n Regelbehandlung mit mehr als 42 bis 44 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-665.p Regelbehandlung mit mehr als 44 bis 46 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-665.q Regelbehandlung mit mehr als 46 bis 48 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-665.r Regelbehandlung mit mehr als 48 bis 50 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-665.s Regelbehandlung mit mehr als 50 bis 52 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-665.t Regelbehandlung mit mehr als 52 bis 54 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-665.u Regelbehandlung mit mehr als 54 bis 56 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-665.v Regelbehandlung mit mehr als 56 bis 58 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-665.w Regelbehandlung mit mehr als 58 Therapieeinheiten pro Woche

**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 (9-65)

Psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen (9-66)

Psychiatrisch-psychosomatische Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-68)

*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.), der Einsatz von Gebärdensprachdolmetschern (9-510 ff.) und eine aufwendige Diagnostik bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (1-904) 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 in der Regel einmal pro Woche anzugeben. Als erste Woche gilt die Zeitspanne vom Tag der Aufnahme bis zum Ablauf der ersten 7 Tage, usw. Erfolgt eine Versorgung an weniger als 7 Tagen (z.B. aufgrund einer Entlassung oder eines Wechsels zwischen Regelbehandlung und Intensivbehandlung), wird auch dann dieser Kode angegeben

Die stundenweise Betreuung als Einzelbetreuung oder in der Kleinstgruppe ist gesondert zu kodieren (9-693 ff.)

Mindestmerkmale:

- Therapiezielorientierte Behandlung durch ein multiprofessionelles Team unter Leitung eines Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Multiprofessionelle Teambesprechung 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 oder Diplom-Psychologe, Psychologe mit Master-Abschluss)
  - 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)
- Es kommt mindestens ein Therapieverfahren aus dem Bereich der ärztlichen oder psychologischen Behandlung pro Woche zur Anwendung. Eine zeitlich aufwendige pflegerisch-erzieherische Begleitung findet statt. Sofern ärztlich indiziert kommen auch Therapieverfahren einzeln oder in der Kleinstgruppe (selten und nur bei stetiger Möglichkeit der Ablösung durch Einzelbetreuung) durch andere Berufsgruppen zur Anwendung
- 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

**9-672 Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen**

**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 (9-65)

Psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen (9-66)

Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-67)

Jugendliche mit der Fähigkeit zur Ablösung

*Hinw.:* Eine kriseninterventionelle Behandlung (9-690 ff.), die Erbringung von Behandlungsmaßnahmen im stationersetzenden Umfeld und als halbtägige tagesklinische Behandlung (9-691 ff.), der indizierte komplexe Entlassungsaufwand (9-692 ff.), der erhöhte therapieprozessorientierte patientenbezogene Supervisionsaufwand (9-695 ff.), der Einsatz von Gebärdensprachdolmetschern (9-510 ff.) und eine aufwendige Diagnostik bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (1-904) sind gesondert zu kodieren

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)

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

Ein Kode aus diesem Bereich ist sowohl für die voll- als auch die teilstationäre Behandlung zu verwenden

Ein Kode aus diesem Bereich ist in der Regel einmal pro Woche anzugeben. Als erste Woche gilt die Zeitspanne vom Tag der Aufnahme bis zum Ablauf der ersten 7 Tage, usw. Erfolgt eine Versorgung an weniger als 7 Tagen (z.B. aufgrund einer Entlassung oder eines Wechsels zwischen Regelbehandlung und Intensivbehandlung), werden auch dann die Leistungen der jeweiligen Berufsgruppen berechnet und entsprechend der Anzahl der erreichten Therapieeinheiten kodiert

Sofern Therapieverfahren 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 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 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, hier spezifizierten Berufsgruppe abgeschlossen haben und in einem dieser Berufsgruppe entsprechenden, 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 zu addieren. Dann sind die Therapieeinheiten der Ärzte und Psychologen einerseits und der Spezialtherapeuten und pädagogisch-pflegerischen Fachpersonen andererseits jeweils in einer Gruppe zusammenzufassen und zu kodieren

Mindestmerkmale:

- Therapiezielorientierte Behandlung durch ein multiprofessionelles Team unter Leitung eines Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Wöchentliche multiprofessionelle Teambesprechung zur Beratung des weiteren Behandlungsverlaufs (bei Aufhalten von mehr als 6 Tagen)

- Die Anwendung der unterschiedlichen Therapieverfahren erfolgt nach ärztlicher Indikation patientenbezogen in unterschiedlichen Kombinationen in einem kind- und familiengerechten, milieutherapeutischen Setting mit entwicklungsspezifischem Umgang und Anleitung
- Vorhandensein von Vertretern der folgenden Berufsgruppen in der Einrichtung:
  - Ärzte (Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie)
  - Psychologen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, psychologischer Psychotherapeut oder Diplom-Psychologe)
  - 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)
  - Gruppenpsychotherapie
  - Elterngespräche, Familiengespräche und Familientherapie und/oder Gespräche mit Bezugspersonen aus dem Herkunftsmilieu (z.B. Jugendhilfe, Pflegefamilie)
  - Elterngruppentherapie
  - 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 Selbständigkeit, 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-Kindergruppe
  - 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
- Es kommen pro Woche mindestens zwei Therapieverfahren aus dem Bereich der ärztlichen und psychologischen Behandlung und mindestens zwei Verfahren aus der pädagogisch-pflegerischen Betreuung und Behandlung oder aus den Therapieverfahren der Spezialtherapeuten zur Anwendung

**9-684      Behandlung im besonderen Setting bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten**

- 9-684.0    Behandlung im besonderen Setting mit bis 2 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-684.1    Behandlung im besonderen Setting mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-684.2    Behandlung im besonderen Setting mit mehr als 4 bis 6 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-684.3    Behandlung im besonderen Setting mit mehr als 6 bis 8 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-684.4    Behandlung im besonderen Setting mit mehr als 8 bis 10 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-684.5    Behandlung im besonderen Setting mit mehr als 10 bis 12 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-684.6    Behandlung im besonderen Setting mit mehr als 12 bis 14 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-684.7    Behandlung im besonderen Setting mit mehr als 14 bis 16 Therapieeinheiten pro Woche

- 9-684.8 Behandlung im besonderen Setting mit mehr als 16 bis 18 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-684.9 Behandlung im besonderen Setting mit mehr als 18 bis 20 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-684.a Behandlung im besonderen Setting mit mehr als 20 bis 22 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-684.b Behandlung im besonderen Setting mit mehr als 22 bis 24 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-684.c Behandlung im besonderen Setting mit mehr als 24 bis 26 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-684.d Behandlung im besonderen Setting mit mehr als 26 bis 28 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-684.e Behandlung im besonderen Setting mit mehr als 28 bis 30 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-684.f Behandlung im besonderen Setting mit mehr als 30 bis 32 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-684.g Behandlung im besonderen Setting mit mehr als 32 Therapieeinheiten pro Woche

**9-685 Behandlung im besonderen Setting bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen mit durch Spezialtherapeuten und/oder pädagogisch-pflegerische Fachpersonen erbrachten Therapieeinheiten**

- 9-685.0 Behandlung im besonderen Setting mit bis 2 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-685.1 Behandlung im besonderen Setting mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-685.2 Behandlung im besonderen Setting mit mehr als 4 bis 6 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-685.3 Behandlung im besonderen Setting mit mehr als 6 bis 8 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-685.4 Behandlung im besonderen Setting mit mehr als 8 bis 10 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-685.5 Behandlung im besonderen Setting mit mehr als 10 bis 12 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-685.6 Behandlung im besonderen Setting mit mehr als 12 bis 14 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-685.7 Behandlung im besonderen Setting mit mehr als 14 bis 16 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-685.8 Behandlung im besonderen Setting mit mehr als 16 bis 18 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-685.9 Behandlung im besonderen Setting mit mehr als 18 bis 20 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-685.a Behandlung im besonderen Setting mit mehr als 20 bis 22 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-685.b Behandlung im besonderen Setting mit mehr als 22 bis 24 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-685.c Behandlung im besonderen Setting mit mehr als 24 bis 26 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-685.d Behandlung im besonderen Setting mit mehr als 26 bis 28 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-685.e Behandlung im besonderen Setting mit mehr als 28 bis 30 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-685.f Behandlung im besonderen Setting mit mehr als 30 bis 32 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-685.g Behandlung im besonderen Setting mit mehr als 32 bis 34 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-685.h Behandlung im besonderen Setting mit mehr als 34 bis 36 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-685.j Behandlung im besonderen Setting mit mehr als 36 bis 38 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-685.k Behandlung im besonderen Setting mit mehr als 38 bis 40 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-685.m Behandlung im besonderen Setting mit mehr als 40 bis 42 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-685.n Behandlung im besonderen Setting mit mehr als 42 bis 44 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-685.p Behandlung im besonderen Setting mit mehr als 44 bis 46 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-685.q Behandlung im besonderen Setting mit mehr als 46 bis 48 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-685.r Behandlung im besonderen Setting mit mehr als 48 bis 50 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-685.s Behandlung im besonderen Setting mit mehr als 50 bis 52 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-685.t Behandlung im besonderen Setting mit mehr als 52 bis 54 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-685.u Behandlung im besonderen Setting mit mehr als 54 bis 56 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-685.v Behandlung im besonderen Setting mit mehr als 56 bis 58 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-685.w Behandlung im besonderen Setting mit mehr als 58 Therapieeinheiten pro Woche

**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 (9-65), der psychiatrisch-psychosomatischen Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen (9-66), der psychiatrisch-psychosomatischen Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-67) und der psychiatrisch-psychosomatischen Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-68) angegeben werden

Diese Codes sind für jeden Behandlungstag mit kriseninterventioneller Behandlung gesondert anzugeben

Mindestmerkmale:

- Multidisziplinäre 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
- Die Dokumentation zeigt an, dass eine psychosoziale oder psychische Krise vorliegt
- 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 der Primärkodes (9-65 bis 9-68) 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

**9-690.0****Kriseninterventionelle Behandlung durch Ärzte und/oder Psychologen**

- .00 Mehr als 1 bis 1,5 Stunden pro Tag
- .01 Mehr als 1,5 bis 3 Stunden pro Tag
- .02 Mehr als 3 bis 4,5 Stunden pro Tag
- .03 Mehr als 4,5 bis 6 Stunden pro Tag
- .04 Mehr als 6 Stunden pro Tag

**9-690.1****Kriseninterventionelle Behandlung durch Spezialtherapeuten und/oder pädagogisch-pflegerische Fachpersonen**

- .10 Mehr als 1 bis 1,5 Stunden pro Tag
- .11 Mehr als 1,5 bis 3 Stunden pro Tag
- .12 Mehr als 3 bis 4,5 Stunden pro Tag
- .13 Mehr als 4,5 bis 6 Stunden pro Tag
- .14 Mehr als 6 Stunden pro Tag

- 9-691 Erbringung von Behandlungsmaßnahmen im stationersetzendem 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 (9-65), der psychiatrisch-psychosomatischen Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen (9-66) und der psychiatrisch-psychosomatischen Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-68) angegeben werden  
Ein Kode aus diesem Bereich ist für jeden Tag, an dem die Leistung erbracht wird, gesondert anzugeben. Die Mindestvoraussetzungen der Codes 9-65 oder 9-66 (u.a. Leistungserbringung durch ein multiprofessionelles, fachärztlich geleitetes Behandlungsteam) müssen erfüllt sein
- 9-691.0 Ganztägiges Hometreatment**  
*Hinw.:* Dieser Kode ist nur anzugeben für die Behandlung im Rahmen von Modellvorhaben nach § 64b SGB V  
Die Behandlung des Patienten erfolgt im häuslichen Umfeld über mindestens 210 Minuten. Fahrzeiten werden dabei nicht angerechnet
- 9-691.1 Halbtägiges Hometreatment**  
*Hinw.:* Dieser Kode ist nur anzugeben für die Behandlung im Rahmen von Modellvorhaben nach § 64b SGB V  
Die Behandlung des Patienten erfolgt im häuslichen Umfeld über mindestens 105 Minuten bis maximal 209 Minuten. Fahrzeiten werden dabei nicht angerechnet
- 9-691.2 Halbtägige tagesklinische Behandlung**  
*Hinw.:* Intermittierende Behandlung des Patienten in der Tagesklinik  
Es werden mindestens eine Gruppentherapie über 60 Minuten und eine oder zwei Einzeltherapien über insgesamt mindestens 30 Minuten oder mindestens eine oder zwei Einzeltherapien über insgesamt mindestens 60 Minuten durchgeführt

**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 (9-65), der psychiatrisch-psychosomatischen Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen (9-66), der psychiatrisch-psychosomatischen Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-67) und der psychiatrisch-psychosomatischen Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-68) angegeben werden

Kodes aus den Bereichen 9-692.0 und 9-692.1 sind für jeden Tag, an dem die 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 für die Primärkodes (9-65 bis 9-68) oder Zusatzcodes (9-690, 9-691) 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 entsprechenden, 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 die neue Jugendhilfeeinrichtung, Pflegefamilie oder betreute Wohnform zur Entlassung
  - Begleiteter Einkauf einer Grundausrüstung
  - 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
- Es erfolgen geplante, zeitaufwendige Kontakte mit dem Patienten und/oder den Kontaktpersonen des Patienten (ggf. auch durch 2 Therapeuten), die sich auf die Reintegration in ein förderliches soziales Umfeld beziehen
- Fahrzeiten werden nicht angerechnet

**9-692.0 Indizierter komplexer Entlassungsaufwand, durch Spezialtherapeuten und/oder pflegerische Fachpersonen erbracht**

- .03 Mehr als 1 bis zu 2 Stunden (erhöhter Aufwand)
- .04 Mehr als 2 bis zu 4 Stunden (deutlich erhöhter Aufwand)
- .05 Mehr als 4 Stunden (stark erhöhter Aufwand)

**9-692.1 Indizierter komplexer Entlassungsaufwand, durch Ärzte und/oder Psychologen erbracht**

- .13 Mehr als 1 bis zu 2 Stunden (erhöhter Aufwand)
- .14 Mehr als 2 bis zu 4 Stunden (deutlich erhöhter Aufwand)
- .15 Mehr als 4 Stunden (stark erhöhter Aufwand)

### 9-693 Intensive Beaufsichtigung mit Überwachung in einer Kleinstgruppe oder Einzelbetreuung 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 (9-65), der psychiatrisch-psychosomatischen Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen (9-66) und der psychiatrisch-psychosomatischen Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-67) angegeben werden  
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 Codes sind für jeden Behandlungstag einzeln anzugeben  
Es können für einen Tag sowohl Codes aus dem Bereich 9-693.0 als auch aus dem Bereich 9-693.1 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, angeordnet ist  
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  
Mindestmerkmale:

- Therapiezielorientierte Behandlung durch ein multiprofessionelles Team unter Leitung eines Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Stundenweise Einzelbetreuung oder intensive Beaufsichtigung in Kleinstgruppe ("Sichtkontakt") durch pädagogisch-pflegerisches Personal
- Einzelbegleitung bei sozialen Aktivitäten in der Kleinstgruppe (z.B. Mahlzeiten, Freizeit) zur Vermeidung von Überforderung oder Konflikten
- Ggf. gezielte, indizierte störungsspezifische Interventionen
- Begleitung bei Ausgängen, sofern ärztlich vertretbar
- Angehörigengespräche und gezielte Anleitung der Bezugspersonen aus dem familiären oder sozialen Raum, Begleitung von Besucherkontakten auf der Station

#### 9-693.0 Intensive Beaufsichtigung mit Überwachung in einer Kleinstgruppe bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen

*Hinw.:* Zu einer Kleinstgruppe gehören bis zu 3 Kinder und/oder Jugendliche

- .00 Mindestens 1 bis zu 2 Stunden pro Tag
- .01 Mehr als 2 bis zu 4 Stunden pro Tag
- .02 Mehr als 4 bis zu 8 Stunden pro Tag
- .03 Mehr als 8 bis zu 12 Stunden pro Tag
- .04 Mehr als 12 bis zu 18 Stunden pro Tag
- .05 Mehr als 18 Stunden pro Tag

#### 9-693.1 Einzelbetreuung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen

- .10 Mindestens 1 bis zu 2 Stunden pro Tag
- .11 Mehr als 2 bis zu 4 Stunden pro Tag
- .12 Mehr als 4 bis zu 8 Stunden pro Tag
- .13 Mehr als 8 bis zu 12 Stunden pro Tag
- .14 Mehr als 12 bis zu 18 Stunden pro Tag
- .15 Mehr als 18 Stunden pro Tag

**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 (9-65), der psychiatrisch-psychosomatischen Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen (9-66) und der psychiatrisch-psychosomatischen Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-67) 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 beim jeweiligen Primärkode (aus den Codebereichen 9-65, 9-66 oder 9-67) angegeben  
 Mindestmerkmale:

- 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 entwicklungspezifischem 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
  - Differenzierte jugendpsychiatrische Befunderhebung
  - 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 entsprechend den Leitlinien der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachverbände einschließlich der Erhebung eines nicht substanzgebundenen Suchtverhaltens
  - Sofern erforderlich Begleitung bei Klärungen mit juristischen Instanzen
  - Ressourcen- und lösungsorientiertes Therapiemanagement unter Einsatz differenzierter Therapieelemente patientenbezogen in Kombination von Gruppen- und Einzeltherapie
  - 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

9-694.0	1 Behandlungstag
9-694.1	2 Behandlungstage
9-694.2	3 Behandlungstage
9-694.3	4 Behandlungstage
9-694.4	5 Behandlungstage
9-694.5	6 Behandlungstage
9-694.6	7 Behandlungstage
9-694.7	8 Behandlungstage
9-694.8	9 Behandlungstage

- 9-694.9 10 Behandlungstage
- 9-694.a 11 Behandlungstage
- 9-694.b 12 Behandlungstage
- 9-694.c 13 Behandlungstage
- 9-694.d 14 Behandlungstage
- 9-694.e 15 Behandlungstage
- 9-694.f 16 Behandlungstage
- 9-694.g 17 Behandlungstage
- 9-694.h 18 Behandlungstage
- 9-694.j 19 Behandlungstage
- 9-694.k 20 Behandlungstage
- 9-694.m 21 Behandlungstage
- 9-694.n 22 Behandlungstage
- 9-694.p 23 Behandlungstage
- 9-694.q 24 Behandlungstage
- 9-694.r 25 Behandlungstage
- 9-694.s 26 Behandlungstage
- 9-694.t 27 Behandlungstage
- 9-694.u 28 Behandlungstage

**9-695 Erhöhter therapieprozessorientierter patientenbezogener Supervisionsaufwand 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 (9-65), der psychiatrisch-psychosomatischen Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen (9-66), der psychiatrisch-psychosomatischen Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-67) und der psychiatrisch-psychosomatischen Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-68) angegeben werden

Diese Kodes 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 bei einem 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 entsprechenden, vergüteten Beschäftigungsverhältnis stehen

**9-695.0 Einzelsupervision**

*Hinw.:* Diese Kodes sind für die Einzelsupervision eines mit der Behandlung des jeweiligen Patienten unmittelbar betrauten psychotherapeutisch tätigen Arztes, Psychologen oder Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten anzuwenden

- .00 Mindestens 30 bis unter 60 Minuten pro Tag
- .01 Mindestens 60 Minuten pro Tag

- 9-695.1 Supervision eines Behandlungsteams  
*Hinw.:* Diese Codes sind für die Supervision eines Behandlungsteams anzuwenden. Das Behandlungsteam umfasst neben dem Supervisor mindestens 4 mit der Behandlung des benannten Patienten unmittelbar betraute Personen. Zu diesen Personen müssen mindestens ein Arzt/Psychologe/Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten und ein Spezialtherapeut oder die pädagogisch-pflegerische Bezugsperson oder 2 Ärzte/Psychologen/Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten gehören
- .10 Mindestens 30 bis unter 60 Minuten pro Tag  
.11 Mindestens 60 Minuten pro Tag

## Andere ergänzende Maßnahmen und Informationen (9-98...9-99)

### **9-98** Behandlung in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, und Pflegebedürftigkeit

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**9-984      Pflegebedürftigkeit**

*Hinw.:* Ein Kode aus diesem Bereich ist nur für Patienten anzugeben, die in Einrichtungen im Geltungsbereich des § 17d KHG behandelt werden  
Dieser Kode ist für Patienten anzugeben, die im Sinne des § 14 SGB XI pflegebedürftig und gemäß § 15 SGB XI einer Pflegestufe zugeordnet sind. Wechselt während des stationären Aufenthaltes die Pflegestufe, ist der Kode für die höhere Pflegebedürftigkeit anzugeben. Liegt noch keine Einstufung in eine Pflegestufe vor, ist diese aber bereits beantragt, ist der Kode 9-984.4 anzugeben. Wurde eine Höherstufung bei vorliegender Pflegestufe beantragt, ist neben dem zutreffenden Kode aus 9-984.0 bis 9-984.3 und 9-984.5 zusätzlich der Kode 9-984.4 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

**9-99      Obduktion**

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

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

## Anhang

DIMDI



## Berechnung der Aufwandspunkte für die Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Erwachsenen

Die Anzahl der Aufwandspunkte für die Intensivmedizinische Komplexbehandlung errechnet sich aus der Summe der täglichen SAPS II (ohne Glasgow-Coma-Scale) über die Verweildauer auf der Intensivstation (total SAPS II) und der Summe von 10 täglich ermittelten aufwendigen Leistungen aus dem TISS-Katalog über die Verweildauer auf der Intensivstation.

Der tägliche SAPS II (Simplified Acute Physiology Score) errechnet sich nach folgenden Tabellen. Erfasst werden die jeweils schlechtesten Werte innerhalb der vergangenen 24 Stunden.

Variablen	Punkte												
	0	1	2	3	4	5	6	7	9	10	11	12	13
Herzfrequenz [1/min]	70-119		40-69		120-159			≥160			<40		
Systolischer Blutdruck [mmHg]	100-199		≥200			70-99							<70
Körpertemperatur [°C]	<39			≥39									
PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> * [mmHg]							≥200		100-200		<100		
Ausfuhr Urin [l/d]	≥1,0				0,5-1,0						<0,5		
Harnstoff im Serum [g/l]	<0,6						0,6-1,8			≥1,8			
Leukozyten [10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> ]	1,0-20			≥20								<1,0	
Kalium im Serum [mmol/l]	3,0-5,0			≥5,0<3,0									
Natrium im Serum [mmol/l]	125-145	≥145				<125							
Bicarbonat im Serum [mmol/l]	≥20			15-20			<15						
Bilirubin im Serum [μmol/l]	<68,4				68,4-102,6				≥102,6				

\*Erhebung nur im Falle der maschinellen Beatmung

Variablen	Punkte					
	0	6	8	9	10	17
Chronische Leiden				Neoplasie mit Metastase	Hämatologische Neoplasie	AIDS*
Aufnahmestatus**	Geplant chirurgisch	Medizinisch	Nicht geplant chirurgisch			

*	Wertung bei positivem HIV-Test und entsprechenden klinischen Komplikationen
**	geplant chirurgisch: Operationstermin mindestens 24 Stunden vorher geplant
	nicht geplant chirurgisch: Operationstermin erst in den letzten 24 Stunden geplant
	medizinisch: mindestens eine Woche lang nicht operiert
Achtung! Bei den chronischen Leiden darf nur das mit der höchsten Punktzahl berechnet werden.	

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

Aus dem TISS-28 werden lediglich die 10 aufwendigsten Merkmale täglich erfasst:

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

## Berechnung der Aufwandspunkte für die Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (8-98d)

Nr.	Kriterien	Punkte		
1.	Alter			
	• mehr als 28 Tage, aber unter 1 Jahr (365 Tage)	15		
	• 1 Jahr bis unter 8 Jahre	7		
	• 8 Jahre bis unter 14 Jahre	0		
2.	Vorerkrankungen			
	Low-Risk-Diagnose <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asthma bronchiale</li> <li>• Bronchiolitis</li> <li>• Croup</li> <li>• diabetische Ketoazidose ohne Koma als Aufnahmegrund</li> </ul>	10		
	High-Risk-Diagnose <ul style="list-style-type: none"> <li>• aplastische Phase nach KMT/SZT</li> <li>• Herzstillstand oder Reanimation vor Aufnahme auf die ICU</li> <li>• HIV-Infektion</li> <li>• Immundefekt</li> <li>• Kardiomyopathie</li> <li>• Leberversagen als Aufnahmegrund</li> <li>• Leukämie oder Lymphom nach Induktionstherapie</li> <li>• Myokardits</li> <li>• spontane Hirnblutung</li> <li>• symptomatisches komplexes Herzvitium</li> <li>• symptomatische neurodegenerative Erkrankung</li> </ul>	17		
3.	Aufnahmestatus			
	• geplant chirurgisch oder nach anderer Prozedur	0		
	• medizinisch	6		
	• nicht geplant chirurgisch	8		
4.	Systolischer Blutdruck [mmHg] (invasiv oder nichtinvasiv gemessen)			
	<b>&gt; 28 Tage bis &lt; 1 Jahr</b>	<b>1 Jahr bis &lt; 8 Jahre</b>	<b>8 Jahre bis &lt; 14 Jahre</b>	
	≥ 65 bis < 130	≥ 75 bis < 140	≥ 90 bis < 150	0
	≥ 55 bis < 65	≥ 65 bis < 75	≥ 65 bis < 90	2
	≥ 130 bis < 160	≥ 140 bis < 180	≥ 150 bis < 200	2
	≥ 40 bis < 55	≥ 50 bis < 65	≥ 50 bis < 65	6
	≥ 160	≥ 180	≥ 200	6
	0 bis < 40	0 bis < 50	0 bis < 50	13
5.	Herzfrequenz [1/min]			
	<b>&gt; 28 Tage bis &lt; 1 Jahr</b>	<b>1 Jahr bis &lt; 8 Jahre</b>	<b>8 Jahre bis &lt; 14 Jahre</b>	
	≥ 90 bis < 160	≥ 70 bis < 150	≥ 55 bis < 140	0
	≥ 160	≥ 150	≥ 140	4
	< 90	< 70	< 55	6

Nr.	Kriterien	Punkte
6.	PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> (nur, wenn beatmet – inkl. Masken-, Helm-, mono-/binasales CPAP – oder unter Head-Box; PaO <sub>2</sub> in mmHg, FiO <sub>2</sub> als Fraktion)	
	≥ 300	0
	≥ 200 bis < 300	2
	≥ 100 bis < 200	8
	< 100	13
7.	PaCO <sub>2</sub> [mmHg]	
	< 80	0
	≥ 80	6
8.	Leukozyten [10 <sup>9</sup> /mm <sup>3</sup> ]	
	≥ 4 bis < 20	0
	≥ 20	3
	≥ 1 bis < 4	3
	< 1	12
9.	Thrombozyten [10 <sup>9</sup> /mm <sup>3</sup> ]	
	≥ 100	0
	≥ 50 bis 100	2
	< 50	6
10.	Standard Base Excess [SBE]	
	≥ -3,0 bis ≤ +3,0	0
	≥ -8,0 bis < -3,0	2
	> +3,0 bis ≤ +8,0	2
	≥ -13,0 bis < -8,0	6
	> +8,0	6
	< -13,0	10
11.	Kreatinin [µmol/l]	
	< 53	0
	≥ 53 bis < 159 ( <b>Alter ≥ 1 Jahr</b> )	4
	≥ 53 bis < 159 ( <b>Alter &lt; 1 Jahr</b> )	6
	≥ 159	10
12.	Prothrombinzeit nach Quick	
	≥ 60 %	0
	≥ 40 bis < 60 %	2
	< 40 %	6
13.	Glutamat-Oxalacetat-Transaminase (GOT) [U/l]	
	< 1.000	0
	≥ 1.000	4

Nr.	Kriterien	Punkte
14.	Pupillenreaktion	
	• bds. reagierend oder Größe < 3 mm Durchmesser	0
	• nur 1 Seite reagierend und Größe ≥ 3 mm Durchmesser	3
	• bds. lichtstarr und Größe ≥ 3 mm Durchmesser	8
15.	Glasgow Coma Scale	
	≥ 8	0
	≥ 4 bis < 8	6
	< 4	13
16.	Apparative Beatmung inklusive jeglicher Form von CPAP	5
17.	Infusion von > 1 Katecholamin oder PDE-III-Hemmer oder Vasopressor (Dopamin, Dobutamin, Adrenalin, Noradrenalin, Milrinon, Amrinon, Enoximon, Vasopressin, Terlipressin ...)	4
18.	Flüssigkeitersatz > 3.000 ml/m <sup>2</sup> KOF/24h	4
19.	Liegende Katheter Hierzu gehören z.B. arterieller Gefäßzugang, ZVK, Thorax-, Pricard-, Ascitesdrainage, Ureter-Splint, Katheter zur Messung des intraabdominellen Drucks. Hierzu gehören <b>nicht</b> transurethraler oder suprapubischer Blasenkatheter. Diese Punkte können nur einmal pro Tag angerechnet werden, auch wenn mehrere Katheter liegen!	4
20.	Invasives Kreislaufmonitoring HZV-Messungen mittels PiCCO oder PA-Katheter oder FATD (femoral artery thermodilution)	5
21.	Dialyse-Verfahren Hier sind alle Nierenersatzverfahren gemeint. Ein entsprechender OPS-Code muss gesondert angegeben werden.	6
22.	Intrakranielle Druckmessung (invasives Verfahren)	4
23.	Therapie einer Alkalose oder Azidose	4
24.	Spezielle Interventionen auf der Intensivstation z.B. Tracheotomie, Kardioversion Diese Punkte können nur einmal pro Tag angerechnet werden.	8
25.	Aktionen außerhalb der Intensivstation, für die ein Transport erforderlich ist Diese Punkte können nur einmal pro Tag angerechnet werden.	5
	<b>Maximal erreichbare Punktzahl</b>	<b>196</b>



## Therapieeinheiten Psych

Tabellen der anrechenbaren Therapieeinheiten pro Patient in Abhängigkeit von der Dauer der Therapie und von der Anzahl der Patienten, die an der Gruppentherapie teilgenommen haben.

Die anrechenbaren Therapieeinheiten werden wie folgt berechnet:

Die Gesamtanzahl der in einer Gruppentherapiesitzung erbrachten Therapieeinheiten (abhängig von der Dauer und der Anzahl der Therapeuten) wird durch die Anzahl der teilnehmenden Patienten geteilt. Dieser Anteil wird jedem teilnehmenden Patienten angerechnet.

Zur besseren Übersichtlichkeit dieser Tabellen und zur einfacheren Benutzung für die Kodierung wurden die Werte kaufmännisch gerundet und auf zwei Nachkommastellen begrenzt. Bei softwaretechnischer Bearbeitung müssen die kaufmännische Rundung und die Begrenzung auf zwei Nachkommastellen berücksichtigt werden.

<b>Anrechenbare Therapieeinheiten pro Patient für Erwachsene</b>				
<b>Anzahl der Patienten pro Gruppe</b>	<b>Therapiedauer (Mindestdauer in Minuten)</b>			
	<b>25 Min.</b>	<b>50 Min.</b>	<b>75 Min.</b>	<b>usw.</b>
Einzeltherapie	1,00 TE	2,00 TE	3,00 TE	
2	0,50 TE	1,00 TE	1,50 TE	
3	0,33 TE	0,67 TE	1,00 TE	
4	0,25 TE	0,50 TE	0,75 TE	
5	0,20 TE	0,40 TE	0,60 TE	
6	0,17 TE	0,33 TE	0,50 TE	
7	0,14 TE	0,29 TE	0,43 TE	
8	0,13 TE	0,25 TE	0,38 TE	
9	0,11 TE	0,22 TE	0,33 TE	
10	0,10 TE	0,20 TE	0,30 TE	
11	0,09 TE	0,18 TE	0,27 TE	
12	0,08 TE	0,17 TE	0,25 TE	
13	0,08 TE	0,15 TE	0,23 TE	
14	0,07 TE	0,14 TE	0,21 TE	
15	0,07 TE	0,13 TE	0,20 TE	
16	0,06 TE	0,13 TE	0,19 TE	
17	0,06 TE	0,12 TE	0,18 TE	
18	0,06 TE	0,11 TE	0,17 TE	

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

# Pflegekomplexmaßnahmen-Scores für Erwachsene (PKMS-E), Kinder und Jugendliche (PKMS-J) und Kleinkinder (PKMS-K) zum OPS 2015

## HINWEISE zur Nutzung:

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

Es wurden drei unterschiedliche PKMS entwickelt, da die hochaufwendige Pflege in den verschiedenen Altersstufen unterschiedlich operationalisiert ist:

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

Die Struktur und Logik der drei Scores sind gleich und bei der Anwendung ist Nachfolgendes grundsätzlich zu beachten.

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

### Damit ein Leistungsmerkmal zutrifft, muss

1. einer der Gründe für hochaufwendige Pflege in dem entsprechenden Leistungsbereich vorliegen **und**
2. ein entsprechend aufgeführtes Pflegeinterventionsprofil zutreffen.

Treffen auf den Patienten ein oder mehrere Leistungsmerkmale des PKMS zu, so werden die Punkte für den jeweiligen Tag (Kalendertag) über die Verweildauer addiert. Auch entstandene Aufwandspunkte am Aufnahme- und/oder Entlassungstag werden berücksichtigt. Pro Leistungsbereich kann die angegebene Punktzahl nur einmal pro Kalendertag vergeben werden. Die Gesamtpunktzahl der Aufwandspunkte führt zu einer OPS-Prozedur „9-20 ... - Hochaufwendige Pflege...“, wenn die entsprechende Punktzahl der jeweiligen Prozedur in den Altersgruppen (Kleinkinder, Kinder und Jugendliche, Erwachsene) erreicht ist.

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

Am Verlegungstag von einer „Normalstation“/IMC auf eine der oben genannten Einheiten oder am Tag, an dem die Zählung der Beatmungsstunden der jeweiligen Beatmungsperiode beginnt, wird der PKMS nicht kodiert. Am Tag der Rückverlegung auf die „Normalstation“ oder am Tag, an dem die Zählung der Beatmungsstunden der jeweiligen Beatmungsperiode endet, kann der PKMS ermittelt werden.

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

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

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

<b>In Anlehnung an die Definition der PPR-Stufe A3 wird die „volle Übernahme“ pflegerischer Leistungen in den Leistungsbereichen wie folgt definiert:</b>	
<i>Patienten brauchen ein hohes Maß an Unterstützung, Aktivierung, Motivation und Zuwendung, denn sie sind durch Immobilität, eingeschränkte Körperfunktionen oder durch ihre Erkrankung an der eigenständigen Erfüllung ihrer Grundbedürfnisse gehindert.</i>	
<b>Körperpflege</b>	<b>Überwiegende oder vollständige Übernahme der Körperpflege</b>
	Der Patient kann sich nicht selbstständig waschen, die Zähne putzen, rasieren und die Haare pflegen. Dies muss von den Pflegenden ausgeführt oder der Patient muss helfend und aktivierend unterstützt werden.
<b>Ernährung</b>	<b>Hilfe bei der Nahrungsaufnahme</b>
	Der Patient ist nicht in der Lage, allein zu essen oder zu trinken, auch wenn die Nahrung mundgerecht zubereitet ist. <i>Essen oder Trinken muss dem Patienten verabreicht werden oder das Kind muss gefüttert werden oder ihm muss während des Essens geholfen werden.</i> Außerdem muss der Patient aktivierend unterstützt werden.
<b>Ausscheidung</b>	<b>Versorgen bei unkontrollierter Blasen- oder Darmentleerung und/oder volle Abhängigkeit bei den Ausscheidungsaktivitäten</b>
	Der inkontinente Patient muss <i>mit frischen Inkontinenzmaterialien versorgt</i> oder <i>das Kind muss regelmäßig gewickelt</i> und gereinigt werden (dazu gehört auch – soweit erforderlich – die Reinigung des Bettes). Dieses Merkmal umfasst auch das Kontinenztraining.
<b>Bewegung und Lagerung</b>	<b>Häufiges (zwei- bis vierstündliches) Körperlagern oder Mobilisieren</b>
	Der Patient wird aufgrund seiner Immobilität häufig gelagert oder mobilisiert. Dies kann therapeutisch erforderlich sein oder seinen persönlichen Bewegungs- und Lagerungsbedürfnissen entsprechen.

#### **HINWEISE ZUR PFLEGEDOKUMENTATION zur Vermeidung eines unnötigen Dokumentationsaufwandes:**

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

Die Pflegeinterventionen sind durch eine tägliche (Kalendertag) Leistungsdokumentation nachzuweisen.

Ist bei einem Patienten bereits absehbar, dass er trotz des Zutreffens eines oder mehrerer Leistungsmerkmale nicht eine entsprechende Anzahl von Tagen (z.B. bei 4 Leistungsmerkmalen an weniger als 4 Tage) in der Klinik verweilt, um die Mindestpunktzahl für den OPS-Kode zu erreichen, so ist keine Dokumentation im Sinne des PKMS durchzuführen.

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

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

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

**PKMS-E-Matrix**

Leistungsbereich PKMS-E	1. Tag	2. Tag	3. Tag	4. Tag	5. Tag	6. Tag	7. Tag	8. Tag	
Körperpflege	3	3	3	3	3	3	3	3	
Ernährung	4	4	4	4	4	4	4	4	
Ausscheidung	2	2	2	2	2	2	2	2	
Bewegen/Lagern/Mobilisation	3	3	3	3	3	3	3	3	
Kommunizieren/Beschäftigen	1	1	1	1	1	1	1	1	
Kreislauf	2	2	2	2	2	2	2	2	
Wundmanagement	2	2	2	2	2	2	2	2	
Summe pro Tag:	17	17	17	17	17	17	17	17	Gesamtsumme

**PKMS-J-Matrix**

Leistungsbereich PKMS-J	1. Tag	2. Tag	3. Tag	4. Tag	5. Tag	6. Tag	7. Tag	8. Tag	
Körperpflege	2	2	2	2	2	2	2	2	
Ernährung	4	4	4	4	4	4	4	4	
Ausscheidung	3	3	3	3	3	3	3	3	
Bewegen/Lagern/Mobilisation	3	3	3	3	3	3	3	3	
Kommunizieren/Beschäftigen	2	2	2	2	2	2	2	2	
Wund- und Hautbehandlung	2	2	2	2	2	2	2	2	
Summe pro Tag:	16	16	16	16	16	16	16	16	Gesamtsumme

**PKMS-K-Matrix**

Leistungsbereich PKMS-K	1. Tag	2. Tag	3. Tag	4. Tag	5. Tag	6. Tag	7. Tag	8. Tag	
Körperpflege	2	2	2	2	2	2	2	2	
Ernährung	4	4	4	4	4	4	4	4	
Ausscheidung	2	2	2	2	2	2	2	2	
Bewegen/Lagern/Mobilisation	2	2	2	2	2	2	2	2	
Kommunizieren/Beschäftigen	2	2	2	2	2	2	2	2	
Wund- und Hautbehandlung	2	2	2	2	2	2	2	2	
Summe pro Tag:	14	14	14	14	14	14	14	14	Gesamtsumme

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

**Abkürzungsverzeichnis**

- ASE Atemstimulierende Einreibung
- BMI Body-Mass-Index
- DNQP Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
- GKW Ganzkörperwaschung
- MRP Motor relearning programme
- NDT Neuro-Developmental Treatment
- PPR Pflege-Personalregelung
- tägl. täglich

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

**Hinweise:** Es gibt folgende Gründe bei den Erwachsenen, die in den Tabellen zu den Leistungsbereichen weiter spezifiziert werden (s. Spalte 1 oder s.a. Formularblatt zum Dokumentationsbogen PKMS-E):

- G1 Qualitative Bewusstseinsveränderung,
- G2 Quantitative Bewusstseinsveränderung,
- G3 Beeinträchtigte Anpassung,
- G4 Extreme Schmerzzustände/Lebenskrise,
- G5 Immobilität,
- G6 Beeinträchtigte Geh- und Transferfähigkeit,
- G7 Beeinträchtigte Mobilität/körperliche Einschränkung,
- G8 Beeinträchtigt Schlucken,
- G9 Veränderte/beeinträchtigte Ausscheidung,
- G10 bis G12 Weitere Gründe 1, 2 und 3

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

## 1.1 Allgemeine Pflege

### Mindestmerkmale: Leistungsbereich A: Körperpflege

(Altersgruppe E: 3 Punkte)

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

Es liegt mindestens einer der Gründe für eine hochaufwendige Pflege vor:	
G1	<p><b>Abwehrverhalten/Widerstände bei der Körperpflege</b>  <u>Kennzeichen:</u> Setzt (Mobilisierungs-)Maßnahmen bei der Körperpflege Widerstände entgegen; schreit, schlägt, beschimpft das Pflegepersonal bei der Ganzkörperwaschung, lehnt die Körperpflege verbal/nonverbal ab</p> <p><b>ODER</b>  <b>Ablauf der Körperpflege ist dem Patienten nicht bekannt</b>  <u>Kennzeichen:</u> Unfähigkeit, die Körperpflege selbstständig und strukturiert durchzuführen; Trugwahrnehmungen, Gebrauchsgegenstände der Körperpflege können nicht adäquat eingesetzt werden, fehlende Eigeninitiative, die Körperpflege durchzuführen</p>
G4	<p><b>Extreme Schmerzzustände, die sich auf die Körperpflegeaktivitäten auswirken</b>  <u>Kennzeichen:</u> Stöhnt, weint, jammert, grimassiert, wehrt ab bei der Körperpflege, äußert verbal stärkste Schmerzen</p>
G5	<p><b>Verlust der Fähigkeit, den Positionswechsel im Bett durchzuführen</b>  <u>Kennzeichen:</u> Fehlende Fähigkeit, sich selbstständig im Bett zu drehen, aktiv zu verrutschen, aufzusetzen</p> <p><b>UND ein</b> vorliegender <b>Erschwernisfaktor:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mindestens 3 unterschiedliche Zu- und/oder Ableitungssysteme (inkl. Beatmung)</li> <li>• BMI von mindestens 35 kg/m<sup>2</sup></li> <li>• krankheitsbedingte Risiken wie Wirbelsäuleninstabilität</li> <li>• Extensionsbehandlung und/oder Behandlung mit Körpergipsschale, die eine extreme Bewegungseinschränkung mit sich bringen</li> <li>• Rumpforthese/Fixateur/Armaduktionsschiene bei Querschnittlähmung</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ruhigstellung von mindestens zwei Extremitäten</li> <li>• ausgeprägte Spastik/Kontrakturen/Rumpfataxien</li> <li>• ausgeprägte Lähmung (Hemiplegie, Paraplegie/-parese, Tetraplegie/-parese und ggf. damit verbundene fehlende Stütz- und Haltefunktion im Kopf- und Rumpfbereich),</li> <li>• fehlende Kraft zur Eigenbewegung im Rumpf und Beckenbereich</li> <li>• mindestens 3 sekundär heilende Wunden (z.B. Dekubitus Grad 3) und/oder großflächige Wunde(n) (<math>\geq 40 \text{ cm}^2</math>)</li> </ul>
G7	<b>Weitere Gründe für eine Ganzkörperwaschung mit zwei Pflegepersonen</b> Kann/darf sich bei verminderter/instabiler Herz-/Kreislauf- und/oder Atemsituation bei der Körperpflege nicht anstrengen
G9	<b>Starkes Schwitzen</b> und/oder <b>Erbrechen</b> und/oder <b>Einnässen/-stuhlen und/oder Kot schmieren/-essen</b> , das eine(n) Wäschewechsel/Körperpflege erfordert
G10	<b>Anlässe für eine therapeutische Ganzkörperwaschung bei einem Selbstfürsorgedefizit, Körperpflege in Verbindung mit einem der aufgeführten Punkte:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• beeinträchtigte Orientierung/Wahrnehmung</li> <li>• pathologische Bewegungsabläufe, Freezing (motorische Blockade)</li> <li>• vorhandene Spastik, Rumpfataxien</li> </ul>
G11	<b>Volle Abhängigkeit bei der Körperpflege</b> <u>Kennzeichen:</u> Fehlende Fähigkeit, den Körper selbstständig zu waschen, abzutrocknen und die Mund-, Haar-, Hautpflege durchzuführen. <b>UND ein Grund für hohen pflegerischen Aufwand:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pflegemaßnahmen im Rahmen der (Umkehr-)Isolierung <b>ODER</b></li> <li>• massive Veränderungen der Mundschleimhaut <b>ODER</b></li> <li>• hohes Pneumonierisiko ermittelt durch systematische Einschätzung <b>ODER</b></li> <li>• aufwendiges Tracheostoma</li> </ul>
G12	<b>Tetraplegie mit fehlender Körperbalance/fehlender Rumpfstabilität</b> <u>Kennzeichen:</u> kippt beim Sitzen zur Seite/nach vorne

<b>Pflegeinterventionen sind:</b> (Die zugehörigen Gründe sind in einer separaten Spalte aufgeführt)		
G1 G5	<b>A1</b>	<b>Maßnahmen zum Erlernen/Wiedererlangen/zur Motivation einer selbstständigen Körperpflege</b> In der Pflegedokumentation sind die individuellen pflegerischen Zielsetzungen der Maßnahmen auszuweisen, ebenso die auf den Patienten abgestimmte Vorgehensweise. ☞
G9	<b>A2</b>	<b>Mehrfachwaschungen:</b> Durchführung von Waschungen in voller Übernahme 4 x tägl., davon mindestens 2 Ganzkörperwaschungen
G1 G4 G10	<b>A3</b>	<b>Therapeutische Ganzkörperpflege nach folgenden Konzepten:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• NDT-Konzept (Neuro-Developmental Treatment)</li> <li>• MRP (Motor Relearning Programme)</li> <li>• Bobath-Konzept</li> <li>• Bag-bath/Towelbath</li> <li>• Basalstimulierende GWK z.B. beruhigende/belebende</li> <li>• GWK nach dem Aktivitas-Konzept</li> <li>• Gespürte Interaktionstherapie nach Affolter</li> <li>• andere neurologische, rehabilitative Konzepte oder Konzepte aus psychologischer Perspektive zur Ganzkörperwaschung ☞</li> </ul>
G4 G5 G7	<b>A4</b>	<b>Ganzkörperwaschung mit zwei Pflegepersonen pflegfachlich erforderlich</b>
G11	<b>A5</b>	<b>Volle Übernahme der Ganzkörperwaschung</b> <b>UND</b> Übernahme der speziellen/therapeutischen Mundpflege mindestens 4 x tägl. <b>UND</b> (ASE (atemstimulierende Einreibung) mindestens 1 x tägl. <b>ODER</b> Atemübungen mindestens 4 x tägl. <b>ODER</b> Atemübungen mit Atemtrainer mindestens 4 x tägl.) <b>UND</b> (volle Übernahme beim mindestens 2 x tägl. An-/Auskleiden <b>ODER</b> mindestens 1 x tägl. Anziehtraining, Anleitung zum selbstständigen Umkleiden)
G11	<b>A6</b>	<b>Volle Übernahme der Ganzkörperwaschung</b> <b>UND</b> mindestens 8 x tägl. <b>Maßnahmen im Rahmen eines aufwendigen</b>

		<b>Tracheostomamanagements</b> (hierzu zählen eine oder mehrere Maßnahmen wie z.B. Verbinden, Absaugen, Wechseln, Spülen)
G11	A7	<b>Volle Übernahme der Ganzkörperwaschung UND Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe bei Umkehr-/Schutzisolation</b> , beim Betreten/Verlassen des Zimmers
G12	A8	<b>Volle Übernahme der Ganzkörperwaschung UND An- und Auskleiden 2 x tägl.</b>

## Mindestmerkmale: Leistungsbereich B: Ernährung

(Altersgruppe E: 4 Punkte)

Die Unterstützung bei Nahrungs-/Flüssigkeitszufuhr ist hochaufwendig und geht **deutlich** über das normale Maß einer vollen Übernahme der Nahrungs-/Flüssigkeitszufuhr hinaus (vgl. PPR-E Stufe A3). Bei diesem Leistungsmerkmal ist es wichtig zu beachten, dass die zutreffenden Interventionen bei allen Nahrungs-/Flüssigkeitsaufnahmen des Patienten (mindestens 4 Mahlzeiten) durchzuführen sind.

Es liegt mindestens einer der Gründe für eine hochaufwendige Pflege vor:	
G1	<p><b>Kontinuierliche/massive Nahrungsverweigerung</b>, Risiko der Mangelernährung  <u>Kennzeichen:</u> Schiebt angebotene Nahrung weg, lehnt Nahrung verbal/nonverbal ab, fehlende(r) Wille/Einsicht, Nahrung zu sich zu nehmen, Mundschluss, Abwenden des Kopfes, Wegschlagen der Nahrung beim Versuch der Nahrungsverabreichung, extrem langsames Essen als Strategie der verminderten Nahrungsaufnahme, schluckt den Nahrungsbrei nicht selbstständig, Ausspucken von Nahrung</p> <p><b>ODER</b></p> <p><b>Massives Verkennen der Nahrungssituation</b>, Risiko der Mangelernährung  <u>Kennzeichen:</u> Fehlender Impuls zur Nahrungsaufnahme, kann Aufforderungen/ Erklärungen im Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme nicht verstehen, Trugwahrnehmungen, schluckt den Nahrungsbrei nicht selbstständig</p>
G2	<p><b>Massiv verlangsamte/erschwerzte Nahrungsaufnahme bei quantitativen Bewusstseinsveränderungen</b>  <u>Kennzeichen:</u> Zeitverzögerte Reaktion auf Ansprache, schläft zwischen der Nahrungsverabreichung immer wieder ein, Verlust der Fähigkeit, Nahrung selbstständig aufzunehmen</p>
G5	<p><b>Unfähigkeit, eine Sitzposition bei der Nahrungsaufnahme einzunehmen</b>  <u>Kennzeichen:</u> Fehlende Fähigkeit, selbstständig in die Sitzposition zu gelangen, rutscht im Bett/Rollstuhl nach unten, asymmetrische Sitzhaltung, kippt beim Sitzen nach vorne (instabile Sitzhaltung)</p> <p><b>UND ein</b> vorliegender <b>Erschwerisfaktor:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mindestens 3 unterschiedliche Zu- und/oder Ableitungssysteme (inkl. Beatmung)</li> <li>• BMI von mindestens 35 kg/m<sup>2</sup></li> <li>• krankheitsbedingte Risiken wie Wirbelsäuleninstabilität</li> <li>• Extensionsbehandlung und/oder Behandlung mit Körpergipsschale, die eine extreme Bewegungseinschränkung mit sich bringen</li> <li>• Rumpforthese/Fixateur/Armbduktionsschiene bei Querschnittlähmung</li> <li>• Ruhigstellung von mindestens zwei Extremitäten</li> <li>• ausgeprägte Spastik/Kontrakturen/Rumpfataxien</li> <li>• ausgeprägte Lähmung (Hemiplegie, Paraplegie/-parese, Tetraplegie/-parese und ggf. damit verbundene fehlende Stütz- und Haltefunktion im Kopf- und Rumpfbereich)</li> <li>• fehlende Kraft zur Eigenbewegung im Rumpf und Beckenbereich</li> <li>• mindestens 3 sekundär heilende Wunden (z.B. Dekubitus Grad 3) und/oder großflächige Wunde(n) (≥ 40 cm<sup>2</sup>)</li> <li>• Prothesen-/Orthesenversorgung der unteren Extremitäten/Stützkorsagen</li> </ul>
G6	<p><b>Fehlende Fähigkeit, sich zur Nahrungsaufnahme an den Tisch zu setzen</b>  <u>Kennzeichen:</u> Schwere Beeinträchtigung, von liegender Körperposition zum Sitzen zu gelangen <b>UND</b> vom Sitzen zum Stand zu gelangen, <b>UND</b> erhebliche Beeinträchtigung des Gehens auf ebener Fläche wie: Unfähigkeit/Unsicherheit, das Körpergewicht im Stand selbstständig zu tragen, Veränderungen des Gangbildes</p>
G8	<p><b>Kau-/Schluckstörungen mit starken Auswirkungen auf die Nahrungsaufnahme</b>  <u>Kennzeichen:</u> Hustet nach dem Schlucken, Nahrungsreste verbleiben nach dem</p>

	Schlucken in der Wangentasche, Zungenstoß, Gefühl, dass Nahrung im Schlund hängen bleibt, Regurgitation von Speisebrei, veränderte Schluckphasen, inkompletter/fehlender Lippen-/Mundschluss, pathologische Kau-/Kieferbewegung, herabgesetzte Sensibilität im Mund- und Rachenbereich, beeinträchtigter Schluckreflex, Funktionsstörung der Kehlkopfhebung, Nahrungsreste dringen aus dem Tracheostoma
G10	<b>Vorliegende schwere Mangelernährung</b> Kennzeichen: Gewichtsverlust größer 5% innerhalb von 1 Monat, BMI kleiner 18,5 kg/m <sup>2</sup> bei Erwachsenen bis 65 Jahre und kleiner 20 kg/m <sup>2</sup> bei Erwachsenen über 65 Jahre, Sakropenie, hervortretende Knochen
G11	<b>Fehlende Fähigkeit, selbstständig Nahrung/Flüssigkeit aufzunehmen, da die Abläufe der Nahrungsaufnahme nicht bekannt sind</b> Kennzeichen: Kann die Gebrauchsgegenstände zur Nahrungsaufnahme nicht nutzen
G12	<b>Volle Abhängigkeit bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme bei Tetraplegie</b> , die ein häufiges Angebot von Nahrung und Flüssigkeit erfordert Kennzeichen: Kann keine Nahrung selbstständig in den Mund nehmen, zum Mund führen <b>UND</b> kann die Flüssigkeit nicht mit dem Trinkhalm/anderen Hilfsmitteln selbstständig aufnehmen

Pflegeinterventionen sind: (Die zugehörigen Gründe sind in einer separaten Spalte aufgeführt)		
G1 G2 G10 G12	<b>B1</b>	<b>Volle Übernahme der Nahrungsverabreichung und/oder Anleitung/Aktivierung zur Nahrungsaufnahme</b> (mindestens 4 Mahlzeiten oder mindestens 7 x tägl. Snacks/Zwischenmahlzeiten) <b>UND</b> mindestens <b>7 orale Flüssigkeitsverabreichungen</b> zu unterschiedlichen Zeitpunkten bei einer Gesamttagesmenge von mindestens <b>1500 ml gemäß Flüssigkeitsprotokoll</b> ✎ <b>ODER</b> mindestens <b>9 orale Flüssigkeitsverabreichungen</b> zu unterschiedlichen Zeitpunkten bei einer Gesamttagesmenge von mindestens <b>1000 ml gemäß Flüssigkeitsprotokoll</b> ✎
G8	<b>B2</b>	<b>Orale/basale Stimulation</b> ✎ vorbereitend auf die Nahrungsverabreichung und/oder zur Förderung des Schluckreflexes und/oder Einüben von Kompensationsmechanismen beim Schlucken vor/während jeder Mahlzeit (mindestens 4 Mahlzeiten) <b>UND</b> anschließender Unterstützung/Anleitung zur Nahrungsaufnahme
G5 G6	<b>B3</b>	<b>Volle Übernahme der Nahrungsverabreichung und/oder Anleitung/Aktivierung zur Nahrungsaufnahme (mindestens 4 Mahlzeiten)</b> <b>UND</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• aufwendiger Transfer in den Rollstuhl/auf den Stuhl <b>UND/ODER</b></li> <li>• aufwendiges Anlegen von Stützkorsage/-hose/Orthese/Rumpfwickel <b>UND/ODER</b></li> <li>• aufwendiges Aufsetzen im Bett in den stabilen Sitz in Neutralstellung, stabilen Sitz nach Bobath, asymmetrischer Sitz an der Bettkante bei Hemi-, Para- oder Tetraplegie</li> </ul>
G1 G8 G11 G12	<b>B4</b>	<b>Trink- und Esstraining nach individuell aufgestellter Maßnahmenplanung (mindestens 4 Mahlzeiten) bei jeder Mahlzeit.</b> Die Maßnahmenplanung ist explizit zu dokumentieren ✎. Maßnahmen können sein: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anleitung zum Schlucken/Schlucktechniken</li> <li>• Einüben kompensatorischer Maßnahmen</li> <li>• Unterstützung bei der Kopf-/Kiefer-/Lippenkontrolle</li> <li>• Einüben von physiologischen Bewegungsabläufen bei der Nahrungsaufnahme durch z.B. passives Führen der Hand bei der Nahrungsaufnahme</li> <li>• Fazilitation/Inhibition von Bewegungsabläufen/des Schluckaktes</li> <li>• Einüben von Essritualen</li> </ul>
G2 G8 G10 G12	<b>B5</b>	<b>Bolusapplikation von Sondennahrung</b> , mindestens <b>7 Boli tägl.</b> von mindestens 100 ml Sondennahrung je Bolus, portionsweise über eine großvolumige Spritze verabreicht

## Mindestmerkmale: Leistungsbereich C: Ausscheidung

(Altersgruppe E: 2 Punkte)

Die pflegerische Unterstützung geht bei der Ausscheidung **deutlich** über das normale Maß der vollen Übernahme/besonderen Leistungen bei der Ausscheidungsunterstützung hinaus.

Es liegt mindestens einer der Gründe für eine hochaufwendige Pflege vor:	
G1	<p><b>Verkennt die Ausscheidungssituation infolge massiver kognitiver Beeinträchtigungen</b>  <u>Kennzeichen:</u> Trugwahrnehmungen, ins Zimmer urinieren, Kotschmier/-essen, versteckt Ausscheidungen, kennt die normalen Abläufe, die zur Ausscheidung auf der Toilette erforderlich sind, nicht</p>
G4	<p><b>Extreme Schmerzzustände bei voller Unterstützung im Rahmen der Ausscheidungsaktivitäten</b>  <u>Kennzeichen:</u> Stöhnt, weint, jammert, grimassiert, wehrt ab beim Lagern/Mobilisieren, äußert verbal stärkste Schmerzen</p>
G5	<p><b>Unfähigkeit, das Gesäß zum Unterschieben der Bettschüssel/des Steckbeckens anzuheben</b>  <u>Kennzeichen:</u> Fehlende Fähigkeit, eine Brücke zu machen oder sich auf die Seite zu drehen,  <b>UND ein vorliegender Erschwernisfaktor:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mindestens 3 unterschiedliche Zu- und/oder Ableitungssysteme (inkl. Beatmung)</li> <li>• BMI von mindestens 35 kg/m<sup>2</sup></li> <li>• krankheitsbedingte Risiken wie Wirbelsäuleninstabilität</li> <li>• Extensions- und/oder Behandlung mit Körpergipsschale, die eine extreme Bewegungseinschränkung mit sich bringen</li> <li>• Rumpforthese/Fixateur/Armabduktionsschiene bei Querschnittlähmung</li> <li>• Ruhigstellung von mindestens zwei Extremitäten</li> <li>• ausgeprägte Spastik/Kontrakturen/Rumpfataxien</li> <li>• ausgeprägte Lähmung (Hemiplegie, Paraplegie/-parese, Tetraplegie/-parese und ggf. damit verbundene fehlende Stütz- und Haltefunktion im Kopf- und Rumpfbereich)</li> <li>• fehlende Kraft zur Eigenbewegung im Rumpf und Beckenbereich</li> <li>• mindestens 3 sekundär heilende Wunden (z.B. Dekubitus Grad 3) und/oder großflächige Wunde(n) (<math>\geq 40 \text{ cm}^2</math>)</li> <li>• Prothesen-/Orthesenversorgung der unteren Extremitäten/Stützkorsagen</li> </ul>
G6	<p><b>Fehlende Fähigkeit, selbstständig auf die Toilette zu gehen oder mit dem Rollstuhl zur Toilette zu fahren</b>  <u>Kennzeichen:</u> Schwere Beeinträchtigung, von liegender Körperposition zum Sitzen zu gelangen <b>UND</b> vom Sitzen zum Stand zu gelangen, <b>UND</b> erhebliche Beeinträchtigung des Gehens auf ebener Fläche wie Unfähigkeit/Unsicherheit, das Körpergewicht im Stand selbstständig zu tragen, Veränderungen des Gangbildes</p>
G9	<p><b>Vorliegen einer Harninkontinenz</b>  <u>Kennzeichen</u> für die verschiedenen Inkontinenzformen sind dem Expertenstandard (DNQP 2007) zu entnehmen und zu dokumentieren ✍</p>
G10	<p><b>Veränderte Miktions-/Defäkationsfrequenz und Beeinträchtigung in der Selbstständigkeit der Miktion/Defäkation</b>  <u>Kennzeichen:</u> Fehlende Fähigkeit, selbstständig zur Toilette zu gehen, den Toilettenstuhl zu benutzen, die Bettschüssel/das Steckbecken/die Urinflasche selbstständig zu benutzen</p>
G11	<p><b>Ausgeprägte Obstipation</b> oder andere Gründe, die einen <b>Einlauf UND/ODER rektales Ausräumen</b> erfordern</p>
G12	<p><b>Neurogene Darmfunktionsstörungen</b>, die ein spezielles Darmmanagement erfordern</p>

Pflegeinterventionen sind: (Die zugehörigen Gründe sind in einer separaten Spalte aufgeführt)	
G1 G4 G6	<p><b>C1</b> <b>Volle Unterstützung bei der Ausscheidung mit Transfer auf die Toilette</b> mindestens 4 x tägl.</p>
G9	<p><b>C2</b> <b>Unterstützung bei der Ausscheidung und geeignete Maßnahmen zur Kontinenzförderung</b> entsprechend dem nationalen Expertenstandard (DNQP)</p>

		<p><b>2007); hierzu gehören</b> ⚡:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• differenzierte Einschätzung der Kontinenzsituation</li> <li>• Planung der Maßnahmen zum Erhalt oder Erreichen des angestrebten Kontinenzprofils</li> <li>• Durchführung der Maßnahmen entsprechend der Maßnahmenplanung</li> </ul>
G4 G5 G6 G10 G11	<b>C3</b>	<p><b>Volle Unterstützung bei der Ausscheidung</b> (mindestens 4 x tägl.) Hierzu zählen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausscheidungsunterstützung auf der Toilette/dem Toilettenstuhl <b>UND/ODER</b></li> <li>• Ausscheidungsunterstützung im Bett mit z.B. Steckbecken <b>UND/ODER</b></li> <li>• (intermittierender) Katheterismus <b>UND/ODER</b></li> <li>• Wechsel von Stomabeuteln <b>UND/ODER</b></li> <li>•</li> </ul> <p><b>UND einer der zusätzlichen Aspekte</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 x tägl. digitales rektales Ausräumen und/oder 1 x tägl. Reinigungseinlauf oder Irrigation</li> <li>• erhöhte Frequenz der Ausscheidungsunterstützung: zusätzlich 3 weitere Unterstützungen bei der Ausscheidung</li> <li>•</li> <li>• intermittierender Fremdkatheterismus zusätzlich 1 x tägl. (gesamt 5 x tägl.)</li> <li>• volle Übernahme der Ausscheidungsunterstützungen mit 2 Pflegepersonen mindestens 1 x tägl.</li> </ul>
G12	<b>C4</b>	<p><b>Volle Unterstützung bei der Ausscheidung (mindestens 4 x tägl.) durch</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stuhlausscheidung im Bett mit aufwendiger Positionierung des Patienten durch stabilisierende Lagerungsmaßnahmen</li> <li>• Übernahme des Darmmanagements durch intermittierendes digitales Stimulieren, Kolonmassage.</li> </ul>

## Mindestmerkmale: Leistungsbereich D: Bewegen/Sicherheit (Altersgruppe E: 3 Punkte)

Die Maßnahmen im Bereich Bewegen/Sicherheit sind hochaufwendig und gehen **deutlich** über das normale Maß der vollen Übernahme im Bereich Bewegen/Sicherheit hinaus.

Es liegt mindestens einer der Gründe für eine hochaufwendige Pflege vor:	
G1	<p><b>Abwehrverhalten/Widerstände beim Lagern/Mobilisieren</b> <u>Kennzeichen:</u> Setzt (Mobilisierungs-)Maßnahmen Widerstände entgegen; schreit, schlägt, beschimpft das Personal bei der Lagerung, lehnt die Lagerungs-/Mobilisierungsmaßnahmen verbal/nonverbal ab <b>ODER</b> <b>Weglaufverhalten/Hinlauftendenz</b> <u>Kennzeichen:</u> Verlässt die Station/das Zimmer ständig; findet nicht mehr in das Zimmer zurück, Umtriebigkeit und psychomotorische Unruhe; <b>ODER</b> <b>hohes Selbstgefährdungs-/Selbstverletzungsrisiko</b> <u>Kennzeichen:</u> Trugwahrnehmung, erkennt Gefahren nicht, kann selbstgefährdende Situationen nicht einschätzen, steht trotz hoher Sturzgefährdung ohne Unterstützung selbstständig auf, Selbstverletzungsrisiko durch fehlende Lebensperspektive</p>
G4	<p><b>Extreme Schmerzzustände beim Lagern/Mobilisieren</b> <u>Kennzeichen:</u> Stöhnt, weint, jammert, grimassiert, wehrt ab beim Lagern/Mobilisieren, äußert verbal stärkste Schmerzen</p>
G5	<p><b>Verlust der Fähigkeit, den Positionswechsel im Bett durchzuführen</b> <u>Kennzeichen:</u> Fehlende Fähigkeit, sich selbstständig im Bett zu drehen, aktiv zu verrutschen, aufzusetzen <b>UND ein vorliegender Erschwernisfaktor:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mindestens 3 unterschiedliche Zu- und/oder Ableitungssysteme (inkl. Beatmung)</li> <li>• BMI von mindestens 35 kg/m<sup>2</sup></li> <li>• krankheitsbedingte Risiken wie Wirbelsäuleninstabilität</li> <li>• Extensions- und/oder Behandlung mit Körpergipsschale, die eine extreme Bewegungseinschränkung mit sich bringen</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rumpforthese/Fixateur/Armbduktionsschiene bei Querschnittlähmung</li> <li>• Ruhigstellung von mindestens zwei Extremitäten</li> <li>• ausgeprägte Spastik/Kontrakturen/Rumpftaxien</li> <li>• ausgeprägte Lähmung (Hemiplegie, Paraplegie/-parese, Tetraplegie/-parese und ggf. damit verbundene fehlende Stütz- und Haltefunktion im Kopf- und Rumpfbereich)</li> <li>• fehlende Kraft zur Eigenbewegung im Rumpf und Beckenbereich</li> <li>• mindestens 3 sekundär heilende Wunden (z.B. Dekubitus Grad 3) und/oder großflächige Wunde(n) (<math>\geq 40 \text{ cm}^2</math>)</li> </ul>
G6	<b>Fehlende Fähigkeit, einen Transfer durchzuführen UND/ODER zu gehen</b> <u>Kennzeichen:</u> Schwere Beeinträchtigung, von liegender Körperposition zum Sitzen zu gelangen <b>UND</b> vom Sitzen zum Stand zu gelangen, <b>UND</b> Unfähigkeit/Unsicherheit, das Körpergewicht im Stand selbstständig zu tragen
G7	<b>Prothesen-/Orthesenversorgung der unteren Extremitäten</b> <b>ODER</b> <b>Stützkorsagen bei Wirbelsäuleninstabilität</b>
G10	<b>Hohes Dekubitusrisiko</b> <u>Kennzeichen:</u> hohes Dekubitusrisiko durch systematische Einschätzung nach nationalem Expertenstandard (DNQP 2010) ✎

Pflegeinterventionen sind: (Die zugehörigen Gründe sind in einer separaten Spalte aufgeführt)		
G10	D1	<b>Lagerungswechsel/Positionswechsel und/oder Mobilisation mindestens 12 x tägl.</b> (davon maximal 4 <b>Mikrolagerungen</b> ), Dekubitusprophylaxe, therapeutische Lagerung ✎
G1 G4 G5	D2	<b>Mindestens 8 x tägl. Lagerungswechsel und/oder Mobilisation, davon mindestens 4 x tägl. mit 2 Pflegepersonen (ohne Mikrolagerung)</b> ✎
G1 G5 G6 G7	D4	<b>Aufwendige Mobilisation aus dem Bett</b> <b>UND</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gehtraining unter Anwendung von Techniken wie Fazilitation, Inhibition, Kinästhetik <b>ODER</b></li> <li>• Gehtraining nach verschiedenen therapeutischen Konzepten wie NDT, MRP, Bobath <b>ODER</b></li> <li>• Gehtraining mit Gehhilfen wie Unterarmgehstützen, verschiedene Gehwagen <b>ODER</b></li> <li>• aufwendiges Anlegen von Prothesen/Orthesen/Stützkorsage vor/nach der Mobilisation <b>ODER</b></li> <li>• mindestens 4 x tägl. Spastik des Patienten lösen und Anbahnung normaler Bewegungsabläufe durch Fazilitation, Inhibition mindestens 2 x tägl.</li> </ul>
G5 G6 G10	D5	<b>Lagerungs-/Positionswechsel mindestens 7 x tägl.</b> (keine Mikrolagerungen) <b>UND</b> eine der aufgeführten <b>zusätzlichen Aktivitäten:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobilisation mindestens 2 x tägl. in den Roll-/Lehnstuhl <b>ODER</b></li> <li>• ausgiebige Kontrakturenprophylaxe an allen gefährdeten großen Gelenken mindestens 1 x tägl. <b>UND</b> Thromboseprophylaxe durch Anlegen eines Medizinischen Thromboseprophylaxestumpfes <b>ODER</b> Kompressionsverbandes</li> </ul>
G1	D6	<b>Mindestens 4 x tägl. Suchen und/oder Rückbegleiten des Patienten</b> auf die Station/in das Zimmer <b>ODER</b> <b>aufwendige Sicherheitsmaßnahmen</b> zur Verhinderung von Selbst- oder Fremdgefährdung ✎

## Mindestmerkmale: Leistungsbereich E: Kommunikation

(Altersgruppe E: 1 Punkt)

Deutlicher Mehraufwand in der Kommunikation (**mindestens 30 Minuten oder 2 x 15 Minuten pro Tag, Ausnahmen sind in den Pflegeinterventionen formuliert**) mit den Patienten und/oder Angehörigen in den Bereichen Kompetenzerwerb zur Sicherstellung der Therapie und/oder zur situativen Krisenbewältigung sowie Sekundärprävention als normalerweise erforderlich. Die kommunikativen Pflegemaßnahmen werden **nicht im Rahmen der Erbringung anderer Pflegeleistungen erbracht**.

Es liegt mindestens einer der Gründe für eine hochaufwendige Pflege vor:	
G1	<b>Massive Beeinträchtigung der Informationsverarbeitung</b> <u>Kennzeichen:</u> Neue Informationen werden wieder vergessen, Konzentrations-/Wahrnehmungsschwierigkeiten, reduzierte Aufmerksamkeitsspanne, Überforderung
G3	<b>Beeinträchtigte Anpassungsfähigkeit von Patient und/oder Angehörigen</b> <u>Kennzeichen:</u> Leugnet den veränderten Gesundheitszustand und Notwendigkeit der Anpassung, verschiebt Entscheidungen, unzureichende Problem-/Zielerfassung, äußert Ängste, bagatellisiert, fehlende Krankheitseinsicht, Körperbildstörung, fehlende Compliance, fehlende Zukunftsperspektive
G4	<b>Aus dem Gleichgewicht geratenes Selbstkonzept durch Sinn-/Lebenskrisen</b> <u>Kennzeichen:</u> Äußert Hoffnungslosigkeit, fehlende Zukunftsperspektive, fehlenden Lebensmut, zeigt Gefühle wie Trauer, Zorn, Wut, Bitterkeit
G7	<b>Beeinträchtigte Fähigkeit, Kompetenzen im Rahmen der Selbstpflegefähigkeit zu erwerben</b> <u>Kennzeichen:</u> Ausgeprägte sensomotorische Einschränkungen infolge von Hemi-, Para- oder Tetraplegie, fehlende Fingerfertigkeit, eingeschränkte Sehfähigkeit
G10	<b>Beeinträchtigte Kommunikation durch Sprach-/Kommunikationsbarrieren</b> <u>Kennzeichen:</u> Kann sich nicht verständlich machen, reagiert auf Ansprache trotz normaler Vigilanz nicht, versteht die Landessprache nicht, kann verbal nicht antworten, kann nichts hören

Pflegeinterventionen sind: (Die zugehörigen Gründe sind in einer separaten Spalte aufgeführt)		
G1 G3 G4	<b>E1</b>	<b>Eins-zu-eins-Betreuung:</b> Einen Patienten kontinuierlich über einen längeren Zeitraum in Präsenz betreuen. Die Betreuung findet gesondert/getrennt von anderen Interventionen statt ☞
G3 G4 G10	<b>E2</b>	<b>Problemlösungsorientierte Gespräche</b> mit Betroffenen und/oder Angehörigen/Bezugspersonen ☞ <ul style="list-style-type: none"> <li>zur Krisenbewältigung/Vertrauensbildung/Anpassung an veränderte Lebensbedingungen <b>ODER</b></li> <li>Gespräche zur Vorbereitung auf die Entlassung <b>ODER</b></li> <li>Gespräche mit Dolmetscher</li> </ul>
G1 G7	<b>E3</b>	<b>Maßnahmen zum Kompetenzerwerb des Patienten und/oder der Angehörigen und/oder der poststationären Pflegeeinrichtung</b> durch Informationsgespräch, Beratungsgespräch, Anleitung ☞
G7 G10	<b>E4</b>	<b>Maßnahmen zur Überwindung von Kommunikationsbarrieren/Einstellung von Kommunikationshilfen</b> (In der Summe aller Einzelmaßnahmen müssen 30 Minuten erreicht werden. Die Einzelmaßnahme muss keine 15 Minuten dauern) <b>wie:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sensorklingel</li> <li>Umweltkontrollgerät</li> <li>Lesegerät</li> <li>Computer mit Sprachsteuerung</li> <li>Mundsteuerung justieren vom E-Rollstuhl</li> <li>Einsatz von Kommunikationstafeln</li> <li>Einsatz eine Sprachgenerators</li> </ul>

## 1.2 Spezielle Pflege

### Mindestmerkmale: Leistungsbereich F: Kreislauf für Patienten mit Hemi-, Para- oder Tetraplegie

(Altersgruppe E: 2 Punkte)

Im Rahmen des Bereiches Kreislauf sind Pflegemaßnahmen erforderlich, die den hochaufwendigen Patienten ausweisen.

Es liegt mindestens einer der Gründe für eine hochaufwendige Pflege vor:	
G10	<b>Bluthochdruckkrise</b> infolge einer autonomen Dysreflexie mindestens einmal tägl., Risiko von Komplikationen <u>Kennzeichen:</u> Kopfschmerzen, heiße Ohren, schwitzen, Pupillenerweiterung, Gänsehaut, Blässe und danach Gesichtsrötung, Bradykardie
G11	<b>Orthostatische Hypotonie</b> , Risiko von Komplikationen <u>Kennzeichen:</u> Schwindel, Augenflimmern, Bewusstlosigkeit etc., tritt im Zusammenhang mit Lagewechsel und/oder Mobilisation auf, Angstzustände

Pflegeinterventionen sind: (Die zugehörigen Gründe sind in einer separaten Spalte aufgeführt)		
G10	<b>F1</b>	<b>Maßnahmen bei autonomer Dysreflexie durchführen</b> , diese sind: <ul style="list-style-type: none"> <li>• im 5-Minuten-Intervall RR-Kontrolle bis zur Stabilisierung des Blutdrucks</li> <li>• Kontrolle der Blasenfüllung und/oder Entleerung</li> <li>• Kontrolle der Darmfüllung und/oder Entleerung</li> <li>• Suche nach Schmerzreiz und, wenn möglich, reduzieren bzw. beseitigen</li> </ul>
G11	<b>F2</b>	<b>Maßnahmen bei orthostatischer Hypotonie durchführen</b> , mindestens <b>6 x tägl.</b> (z.B. kreislaufstabilisierende Lagerung, Beine hoch lagern, Rollstuhl ankippen, vor jeder Mobilisation kreislaufstabilisierende Interventionen durchführen)

### Mindestmerkmale: Leistungsbereich G: Wundmanagement

(Altersgruppe E: 2 Punkte)

Im Rahmen der Wundversorgung sind Pflegemaßnahmen erforderlich, die den hochaufwendigen Patienten ausweisen.

Es liegt mindestens einer der Gründe für eine hochaufwendige Pflege vor:	
G10	<b>Hochaufwendiges Wundmanagement</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mindestens 3 sekundär heilende Wunden (z.B. Dekubitus Grad 3)</li> <li>• UND/ODER großflächige Wunde(n) (<math>\geq 40 \text{ cm}^2</math>)</li> <li>• UND/ODER Wunde mit großen Taschenbildungen/Unterminierungen <math>\geq 4 \text{ cm}^2</math> oder einem Raum <math>\geq 1 \text{ cm}^3</math>, durchblutende oder exulzierende Wunde(n), oder offene Wunddrainagen; Wunde(n) bei beeinträchtiger Compliance, welche zu einem häufigen Wundverbandwechsel (mindestens 5 x tägl.) führen; Verbände an komplizierten Hautarealen (Kopf, Hand, Fuß, Intimbereich)</li> </ul>
G11	<b>Großflächige und schwerwiegende Hauterkrankungen</b> <u>Kennzeichen:</u> Großflächige Hauterkrankungen von mindestens 36% der Körperoberfläche bei z.B. Infektionen der Haut/Unterhaut, Dermatitis, Ekzemen, papulosquamösen Hautkrankheiten, Urtikaria, Erythem oder sonstigen Hauterkrankungen

G12	<p><b>Stoma-Anlage mit Komplikationen, bei vorliegendem Selbstfürsorgedefizit</b></p> <p><u>Kennzeichen:</u> Stoma-Prolaps, Retraktion, Nekrosen, Hernie, erschwerte Versorgung bei massiver Ausscheidung <math>\geq 500</math> ml/h, Hautschädigungen im Bereich der Stoma-Anlage, Wundheilungsstörungen im Bereich des Stomas (z.B. Stomaausriss, Nahtdehiszenz, Nekrose)</p>
-----	---

**Pflegeinterventionen sind:** (Die zugehörigen Gründe sind in einer separaten Spalte aufgeführt)

G10	G1	<p><b>Systematisches Wundmanagement</b> von mindestens 60 Minuten pro Tag, bestehend aus:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• spezifische Wundbeschreibung z.B., Rezidivzahl, Wunddauer, -lokalisierung, -größe, -rand, -umgebung, -grund, Entzündungszeichen und mögliche Wundheilungsstörungen</li> <li>• Wundbehandlung, bestehend aus:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wundreinigung und/oder Wunddesinfektion <b>UND</b></li> <li>○ Wundaufgaben und/oder Auflagenfixierung</li> </ul> </li> <li>• Systematische Evaluation des Wundheilungsprozesses</li> </ul> <p><b>ODER</b></p> <p><b>Wundverband mindestens 5 x tägl.</b></p> <p><b>ODER</b></p> <p><b>Wundverband mit zwei Pflegepersonen</b> (mindestens 60 Minuten pro Tag Gesamtzeit beider Pflegepersonen)</p>
G11	G2	<p><b>Aufwendiger Verband und/oder Behandlung bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen</b> mindestens 60 Minuten pro Tag</p>
G12	G3	<p><b>Hochaufwendiges Stomamanagement</b> mindestens 60 Minuten pro Tag <math>\approx</math> z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Individuelle Anpassung der Stomaversorgung an die vorliegende Stomakomplikation UND/ODER</li> <li>• Haut- und Stomainspektion UND/ODER</li> <li>• Stomareinigung/-pflege UND/ODER</li> <li>• Stomaversorgung/Leeren des Beutels mehrmals täglich UND/ODER</li> <li>• Stomaversorgung mit 2 Personen notwendig UND/ODER</li> <li>• Anlegen von Stomamieder, Gürtel etc.</li> </ul>

## 2. PKMS-J für Kinder und Jugendliche: ab dem Beginn des 7. Lebensjahres bis zum Ende des 18. Lebensjahres (Der PKMS-J kann in Ausnahmefällen auch für Erwachsene angegeben werden, wenn deren Behandlung in einer Abteilung oder Klinik für Kinder- und Jugendmedizin erforderlich ist)

### 2.1 Allgemeine Pflege

#### Mindestmerkmale: Leistungsbereich A: Körperpflege

(Altersgruppe J: 2 Punkte)

Die Unterstützung bei Körperpflege ist hochaufwendig und geht deutlich über das normale Maß einer vollen Übernahme der Körperpflege (vergleichbar mit PPR-J Stufe A3) hinaus.

Es liegt mindestens einer der Gründe für eine hochaufwendige <b>Körperpflege bei Kindern und Jugendlichen</b> vor:	
G1	<p><b>Abwehrverhalten/Widerstände</b> bei der Körperpflege  <u>Kennzeichen</u>: Setzt den Pflegemaßnahmen bei der Körperpflege Widerstände entgegen; schreit, schlägt, beschimpft das Personal, lehnt die Körperpflege verbal/nonverbal ab  <b>ODER</b>  <b>Massive Angst</b> bei der Körperpflege <b>vor Berührung und Bewegung</b>  <u>Kennzeichen</u>: Äußert, nicht berührt werden zu wollen, Rückzugsverhalten, weint, nestelt, zeigt ausgeprägte Scham</p>
G2	<p><b>Fehlende Fähigkeit, den Positionswechsel im Bett durchzuführen</b>  <u>Kennzeichen</u>: Fehlende Fähigkeit, sich selbstständig im Bett zu drehen, aktiv zu verrutschen, aufzusetzen  <b>UND</b>  <b>ein vorliegender Erschwernisfaktor</b>: mindestens 3 Zu- und/oder Ableitungssysteme (inkl. Beatmung), Tracheostoma, extremste Adipositas (Perzentile größer 99,5), krankheitsbedingte Risiken (z.B. Wirbelsäuleninstabilität, Schienung bei beidseitiger Verletzung der Extremitäten, Halo-Fixateur, Extensionsbehandlung), Spastik, Kontrakturen, Parese, Plegie, fehlende Kraft zur Eigenbewegung, starke Schmerzen trotz Schmerzmanagement <del>☒</del>, beeinträchtigte Orientierung/Wahrnehmung</p>
G3	<p><b>Volle Abhängigkeit bei der Körperpflege bei bestehender Beeinträchtigung der Atemsituation und/oder Herz-Kreislauf-Situation</b>  <u>Kennzeichen</u>: Fehlende Fähigkeit, den Körper selbstständig zu waschen, abzutrocknen und die Mund-, Haar-, Hautpflege durchzuführen, Kind/Jugendlicher kann/darf sich bei verminderter/instabiler Herz-Kreislauf- und/oder Atemsituation bei der Körperpflege nicht anstrengen, Belastungsintoleranz bei der Körperpflege</p>
G4	<p><b>Volle Abhängigkeit bei der Körperpflege bei einem vorliegenden Erschwernisfaktor</b>  <u>Kennzeichen</u>: Fehlende Fähigkeit, den Körper selbstständig zu waschen, abzutrocknen und die Mund-, Haar-, Hautpflege durchzuführen.  <b>UND</b> ein Grund/Erschwernisfaktor für hohen pflegerischen Aufwand:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (Umkehr-)Isolierung <b>ODER</b></li> <li>• Massive Veränderungen der Mundschleimhaut <b>ODER</b></li> <li>• Hohes Pneumonierisiko (gemäß Assessmentergebnis<del>☒</del>) <b>ODER</b></li> <li>• Aufwendiges Tracheostoma</li> </ul>

<b>Pflegeinterventionen sind:</b> (Die zugehörigen Gründe sind in einer separaten Spalte aufgeführt)		
G1 G2 G3	<b>A1</b>	<b>Vollkompensatorische Übernahme der Körperpflege UND/ODER</b> Anleitung zur selbstständigen Körperpflege inkl. Anleitung/Unterstützung von Eltern/Bezugspersonen
G1 G2	<b>A2</b>	Mindestens 1 x tägl. <b>therapeutische Körperpflege</b> wie: <ul style="list-style-type: none"> <li>• GWK basalstimulierend, belebend und/oder beruhigend</li> <li>• GWK nach Bobath</li> <li>• GWK unter kinästhetischen Gesichtspunkten</li> <li>• GWK nach Inhester und Zimmermann</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>andere neurologische oder rehabilitative Konzepte zur Ganzkörperpflege mit Fazilitation/Inhibition von normalen Bewegungsabläufen oder kompensatorischen Fähigkeiten ☞</li> <li>Konzepte aus psychologischer Perspektive ☞</li> </ul>
G1 G2 G3	<b>A3</b>	<b>Ganzkörperwaschung/-pflege mit zwei Pflegepersonen</b> pflegefachlich erforderlich
G3 G4	<b>A4</b>	<b>Volle Übernahme der Körperwaschung</b> <b>UND</b> Übernahme der speziellen/therapeutischen <b>Mundpflege</b> mindestens 4 x tägl. <b>UND</b> (ASE mindestens 1 x tägl. <b>ODER</b> mindestens 4 x tägl. <b>Atemübungen ODER</b> Atemübungen mit Atemtrainer mindestens 4 x tägl.) <b>UND</b> (volle Übernahme bei mindestens 2 x tägl. <b>An-/Auskleiden ODER</b> mindestens 1 x tägl. Anziehtraining, Anleitung zum selbstständigen Umkleiden)
G4	<b>A5</b>	<b>Volle Übernahme der Körperwaschung</b> <b>UND</b> mindestens 8 x tägl. Maßnahmen im Rahmen eines <b>aufwendigen Tracheostomamanagements</b> (hierzu zählen eine oder mehrere Maßnahmen wie z.B. Verbinden, Absaugen, Wechseln, Spülen)
G4	<b>A6</b>	<b>Volle Übernahme der Körperwaschung</b> <b>UND Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe bei Umkehr-/Schutzisolation</b> beim Betreten/Verlassen des Zimmers

## Mindestmerkmale: Leistungsbereich B: Ernährung

(Altersgruppe J: 4 Punkte)

Die orale Nahrungs-/Flüssigkeitsaufnahme bei den Haupt-/Zwischenmahlzeiten ist hochaufwendig und verlängert und geht **deutlich** über das normale Maß der Unterstützung mit besonderen Leistungen (vergleichbar mit PPR-J Stufe A3) hinaus. Die verabreichten Mahlzeiten/Trinkmengen sind zu dokumentieren. Es ist zu beachten, dass die zutreffenden Interventionen bei allen Nahrungs-/Flüssigkeitsaufnahmen des Patienten (3 Hauptmahlzeiten (H) und mindestens 2 Zwischenmahlzeiten (Z)) durchzuführen sind.

Es liegt mindestens einer der Gründe für eine hochaufwendige/verlängerte <b>orale Nahrungs-/Flüssigkeitsaufnahme bei Kindern und Jugendlichen</b> vor:	
G1	<b>Kontinuierliche/massive Nahrungsverweigerung</b> <u>Kennzeichen:</u> Schiebt angebotene Nahrung weg, lehnt Nahrung verbal/nonverbal ab, fehlende(r) Wille/Einsicht, Nahrung zu sich zu nehmen, Mundschluss, Abwenden des Kopfes, Wegschlagen der Nahrung beim Versuch der Nahrungsverabreichung, extrem langsames Essen als Strategie der verminderten Nahrungsaufnahme, schluckt den Nahrungsbrei nicht selbstständig, Ausspucken von Nahrung
G2	<b>Massiv verlangsamte/erschwerzte Nahrungsaufnahme</b> <u>Kennzeichen:</u> Wahrnehmungseinschränkung/-beeinträchtigung, deutlich verlängerter Zeitbedarf bei der Verabreichung/Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit
G3	<b>Kau-/Schluckstörungen mit starken Auswirkungen auf die Nahrungsaufnahme</b> <u>Kennzeichen:</u> Hustet nach dem Schlucken, Nahrungsreste verbleiben nach dem Schlucken in der Wangentasche, Zungenstoß, Gefühl, dass Nahrung im Schlund hängen bleibt, Regurgitation von Speisebrei, veränderte Schluckphasen, inkompletter/fehlender Lippen-/Mundschluss, pathologische Kau-/Kieferbewegung, Schmerzen bei der Nahrungsaufnahme, Nahrungsreste dringen durch das Tracheostoma
G4	<b>Vorliegende Fehl-/Mangelernährung</b> <u>Kennzeichen:</u> extrem starkes Untergewicht (Perzentile kleiner 5), Erschöpfungszustände, reduzierter Muskeltonus, Teilnahmslosigkeit, beeinträchtigte körperliche Entwicklung, häufig Müdigkeit, hervortretende Knochen, schwindende Muskelmasse
G5	<b>Fehlende Fähigkeit, sich zur Nahrungsaufnahme an den Tisch zu setzen</b> <u>Kennzeichen:</u> Schwere Beeinträchtigung, von liegender Körperposition zum Sitzen zu gelangen und vom Sitzen in den Stand zu gelangen, und erhebliche Beeinträchtigung des Gehens auf ebener Fläche wie Unfähigkeit/Unsicherheit, das Körpergewicht im Stand selbstständig zu tragen, Veränderungen des Gangbildes

Pflegeinterventionen sind: (Die zugehörigen Gründe sind in einer separaten Spalte aufgeführt)		
G1 G4	B1	<b>Fraktionierte Applikation von Nahrung/Sondennahrung</b> mindestens 5 x tägl. in altersgerechter Form bzw. den Fähigkeiten des Kindes/Jugendlichen entsprechend angeboten <b>UND</b> zu den Verabreichungszeiträumen Stimulation zur Nahrungsaufnahme <b>ODER</b> Verabreichung von Nahrung immer begleiten/beaufsichtigen, <b>verbunden mit der Notwendigkeit der Applikation von Restnahrung via Sonde</b>
G2 G3	B2	<b>Orale/basale Stimulation</b> ☞, vorbereitend auf die Nahrungsverabreichung oder zur Förderung des Schluckreflexes oder zur Förderung der Mundmotorik, oder Einüben von Kompensationstechniken <b>vor jeder Mahlzeit (3 H und mindestens 2 Z)</b> mit anschließender Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme
G1 G2 G3	B3	<b>Trink- und Esstraining nach individuell aufgestellter Maßnahmenplanung</b> bei jeder Mahlzeit (3 H und mindestens 2 Z) Diese ist explizit zu dokumentieren ☞. Maßnahmen können sein: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anleitung zum Schlucken/Schlucktechniken</li> <li>• Einüben kompensatorischer Maßnahmen</li> <li>• Unterstützung bei der Kopf-/Kiefer-/Lippenkontrolle</li> <li>• Einüben von physiologischen Bewegungsabläufen bei der Nahrungsaufnahme durch z.B. passives Führen der Hand bei der Nahrungsaufnahme</li> <li>• Faszilitieren/Inhibieren von Bewegungsabläufen/des Schluckaktes</li> <li>• Einüben von Essritualen</li> </ul>
G1 G2 G4	B4	<b>Nahrungsverabreichung/Anleitung mit der Besonderheit</b> des Zuredens und Anleitens des Patienten bei der versuchten selbstständigen Nahrungsaufnahme, bei der Willensbildung zum Einhalten einer speziellen Diät oder beim Überwinden einer Nahrungsverweigerung bei jeder Mahlzeit und Flüssigkeitsverabreichung (3 H und mindestens 2 Z)
G5	B5	<b>Maßnahmen zur Vorbereitung der Nahrungsaufnahme</b> vor jeder Mahlzeit (3 H und mindestens 2 Z) mit Nahrungsverabreichung und/oder Anleitung/Aktivierung zur Nahrungsaufnahme <ul style="list-style-type: none"> <li>• aufwendiger Transfer in den Rollstuhl/auf den Stuhl <b>UND/ODER</b></li> <li>• aufwendiges Anlegen von Stützkorsagen/-hosen/Orthesen <b>UND/ODER</b></li> <li>• aufwendiges Aufsetzen im Bett in den stabilen Sitz in Neutralstellung bei Hemi-, Para- oder Tetraplegie</li> </ul>

## Mindestmerkmale: Leistungsbereich C: Ausscheidung

(Altersgruppe J: 3 Punkte)

Die pflegerische Unterstützung bei/infolge der Ausscheidung ist hochaufwendig und geht **deutlich** über das normale Maß der Ausscheidungsunterstützung bei besonderen Leistungen (vergleichbar mit PPR-J Stufe A3) hinaus.

Es liegt mindestens einer der Gründe für eine hochaufwendige/verlängerte <b>Ausscheidungsunterstützung bei Kindern und Jugendlichen</b> vor:	
G1	<b>Zeigt keinen adäquaten Umgang mit Ausscheidungen</b> <u>Kennzeichen:</u> Stuhlschmierer, ins Zimmer urinieren, Kot essen, versteckt Ausscheidungen, findet sich in der Umgebung nicht zurecht
G2	<b>Fehlende Fähigkeiten bei der Ausscheidung</b> <u>Kennzeichen:</u> Schwere Beeinträchtigung bei der Bewegung, beim Aufstehen, beim Brückemachen für ein Steckbecken, beim Gehen, Unsicherheit, Orientierungsbeeinträchtigung, Schwindel <b>UND ein vorliegender Erschwernisfaktor</b> <b>Erschwernisfaktoren sind:</b> Gehbeeinträchtigung, Spastik, doppelseitige Extremitätenverletzung, starke Schmerzen trotz Schmerzmanagement ☞, extremste Adipositas (Perzentile größer 99,5), beeinträchtigte Orientierung/Wahrnehmung
G3	<b>Fehlende Selbstständigkeit beim Erbrechen</b> <u>Kennzeichen:</u> Magen-/Darminhalt wird nach oben aus dem Mund befördert, kann sich nicht selbstständig versorgen

	<b>ODER</b> <b>Fehlende Selbstständigkeit beim Schwitzen</b> <u>Kennzeichen:</u> Nasse Kleidung infolge des Schwitzens, Schweißausbrüche, kann Kleidung und Bettwäsche nicht selbst wechseln
G4	<b>Veränderte Miktions-/Defäkationsfrequenz und fehlende Selbstständigkeit bei der Miktions/Defäkation</b> <u>Kennzeichen:</u> Fehlende Fähigkeit, selbstständig zur Toilette zu gehen, den Toilettenstuhl zu benutzen, Bettschüssel/Steckbecken/Urinflasche/Stomabeutel selbstständig zu benutzen
G5	<b>Ausgeprägte Obstipation ODER andere Gründe, die einen tägl. Einlauf UND/ODER rektales Ausräumen UND/ODER spezielles Darmmanagement erfordern</b>

<b>Pflegeinterventionen sind:</b> (Die zugehörigen Gründe sind in einer separaten Spalte aufgeführt)		
G2	<b>C1</b>	<b>Ausscheidungsunterstützung mit Transfer auf die Toilette</b> mindestens 4 x tägl.
G1 G3 G4	<b>C2</b>	<b>Wäschewechsel</b> (Kleidung und Bettwäsche) <b>UND Teilkörperwaschungen</b> mindestens 2 x tägl.
G4 G5	<b>C3</b>	<b>Volle Übernahme der Ausscheidungsunterstützung</b> (Steckbecken, Toilettenstuhl, Transfer zur Toilette, Wickeln, AP-Versorgung) <b>UND einer der zusätzlichen Aspekte</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 x tägl. digitales rektales Ausräumen <b>UND/ODER</b> 1 x tägl. Reinigungseinlauf</li> <li>• Erhöhte Frequenz der Ausscheidungsunterstützung bei voller Übernahme mindestens 5 x tägl.</li> <li>• Übernahme des Darmmanagement durch intermittierendes digitales Stimulieren, Kolonmassage</li> <li>• Volle Übernahme der Ausscheidungsunterstützungen mit 2 Pflegepersonen</li> </ul>

## Mindestmerkmale: Leistungsbereich D: Bewegen/Lagern/Mobilisation

(Altersgruppe J: 3 Punkte)

Bewegen/Lagern/Mobilisation ist hochaufwendig und geht **deutlich** über das normale Maß der vollen Übernahme bei besonderen Leistungen (vergleichbar mit PPR-J Stufe 3) hinaus.

Es liegt mindestens einer der Gründe für ein(e) hochaufwendige(s)/verlängerte(s) <b>Bewegen/Lagern/Mobilisation bei Kindern und Jugendlichen</b> vor:	
G1	<b>Abwehrverhalten/Widerstände</b> <u>Kennzeichen:</u> Setzt den Pflegemaßnahmen bei der Mobilisation Widerstände entgegen; schreit, schlägt, beschimpft das Personal, lehnt die Pflegemaßnahmen verbal/nonverbal ab <b>ODER</b> <b>Massive Angst bei der Pflegemaßnahme vor Berührung und Bewegung</b> <u>Kennzeichen:</u> Äußert, nicht berührt werden zu wollen, Rückzugsverhalten, weint, nestelt, zeigt ausgeprägte Scham
G2	<b>Fehlende Fähigkeit, den Positionswechsel im Bett durchzuführen</b> <u>Kennzeichen:</u> Fehlende Fähigkeit, sich selbstständig im Bett zu drehen, zu verrutschen, aufzusetzen <b>UND</b> <b>ein vorliegender Erschwernisfaktor:</b> extremste Adipositas (Perzentile größer als 99,5), mindestens 3 Zu-und/oder Ableitungen, Spastik, Kontrakturen, Parese, Plegie, fehlende Kraft zur Eigenbewegung, instabile Wirbelsäule, häufige Schwindelanfälle, beeinträchtigte Orientierung/Wahrnehmung, medizinische Gründe für Bewegungsverbot/-einschränkung, hohes Dekubitusrisiko gemäß Assessmentergebnis ⚡, starke Schmerzen trotz Schmerzmanagement ⚡
G3	<b>Fehlende Fähigkeit, einen Transfer durchzuführen UND/ODER zu gehen</b> <u>Kennzeichen:</u> Schwere Beeinträchtigung, von liegender Körperposition zum Sitzen zu gelangen und vom Sitzen zum Stand zu gelangen, Unfähigkeit/Unsicherheit, das Körpergewicht im Stand selbstständig zu tragen

Pflegeinterventionen sind: (Die zugehörigen Gründe sind in einer separaten Spalte aufgeführt)		
G1 G2	D1	<b>Lagerungswechsel (bzw. Mikrolagerung)</b> mindestens 10 x tägl. bedingt durch zutreffenden Grund/Erschwerisfaktor $\approx$
G1 G2	D2	<b>Mindestens 8 x tägl. Lagerungs-/Positionswechsel und/oder Mobilisation, davon mindestens 4 x tägl. mit 2 Pflegepersonen <math>\approx</math></b>
G2 G3	D3	<b>Unterstützung bei der Mobilisation aus dem Bett mit zusätzlich erforderlichen Aktivitäten</b> wie: <ul style="list-style-type: none"> <li>aufwendiges Anlegen von z.B. Stützkorsage/-hose vor/nach der Mobilisation <b>ODER</b></li> <li>mindestens 4 x tägl. Spastik des Patienten lösen und Anbahnung normaler Bewegungsabläufe durch Fazilitation, Inhibition mindestens 2 x tägl.</li> </ul>
G2 G3	D4	<b>Aufwendige Mobilisation aus dem Bett UND</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Gehtraining unter Anwendung von Techniken wie Fazilitation, Inhibition, Kinästhetik <b>ODER</b></li> <li>Gehtraining nach verschiedenen therapeutischen Konzepten wie NDT, MRP, Bobath <b>ODER</b></li> <li>Gehtraining mit Gehhilfen wie Unterarmgehstützen, verschiedene Gehwagen</li> </ul>
G2 G3	D5	<b>Lagerungs-/Positionswechsel mindestens 7 x tägl. (keine Mikrolagerungen) UND</b> eine der aufgeführten zusätzlichen Aktivitäten: Mobilisation mindestens 2 x tägl. in den Roll-/Lehnstuhl <b>ODER</b> ausgiebige Kontrakturrephylaxe an allen gefährdeten großen Gelenken <u>mindestens 1 x tägl. UND Thrombosephylaxe durch Anlegen eines Medizinischen Thrombosephylaxestumpfes ODER Kompressionsverbandes</u>

## Mindestmerkmale: Leistungsbereich E: Kommunizieren/Beschäftigen

(Altersgruppe J: 2 Punkte)

Deutlicher Mehraufwand beim Kommunizieren/Beschäftigen (mindestens 60 Minuten tägl.) mit den Kindern und Jugendlichen und/oder Angehörigen/Bezugspersonen in den Bereichen Entwicklungsförderung, Kompetenzerwerb, Prävention zur Sicherstellung der Therapie und/oder situativer Krisenbewältigung. Diese Pflegemaßnahmen werden nicht im Rahmen der Erbringung anderer Pflegeleistungen durchgeführt. Sie können in kleinen Einheiten unterschiedlicher Dauer über den Tag verteilt erbracht werden.

Es liegt mindestens einer der Gründe für Mehraufwendungen im Bereich <b>Kommunizieren und Beschäftigen bei Kindern und Jugendlichen</b> vor:	
G1	<b>Massive Beeinträchtigung der Informationsverarbeitung</b> des Kindes/Jugendlichen und/oder seiner Angehörigen/Bezugspersonen <u>Kennzeichen:</u> Neue Informationen werden wieder vergessen, Konzentrations-/Wahrnehmungsschwierigkeiten, reduzierte Aufmerksamkeitsspanne, Überforderung, Orientierungsbeeinträchtigung
G2	<b>Sprach-/Kommunikationsbarrieren</b> <u>Kennzeichen:</u> Kind/Jugendlicher und/oder Angehörige/Bezugsperson können sich nicht verständlich machen, reagieren auf Ansprache trotz normaler Vigilanz nicht, verstehen die Landessprache nicht
G3	<b>Beeinträchtigte Anpassungsfähigkeit</b> und/oder <b>Nichteinhaltung von Therapieabsprachen</b> durch das/den Kind/Jugendlichen und/oder seine Angehörigen/Bezugspersonen <u>Kennzeichen:</u> Leugnet den veränderten Gesundheitszustand und Notwendigkeit der Anpassung, verschiebt Entscheidungen, unzureichende Problem-/Zielerfassung, äußert Ängste, bagatellisiert, fehlende Krankheitseinsicht, Körperbildstörung, fehlende Motivation
G4	<b>Extreme Krisensituation</b> des Kindes/Jugendlichen und/oder der Angehörigen/Bezugspersonen <u>Kennzeichen:</u> Äußert Hoffnungslosigkeit, fehlende Zukunftsperspektive, fehlender Lebensmut, zeigt Gefühle wie Trauer, Zorn, Wut, Bitterkeit <b>ODER</b>

	<b>Lustlosigkeit/Motivationslosigkeit/Resignation durch fehlende Ablenkung und Beschäftigung</b> Kennzeichen: Kind/Jugendlicher grübelt, resignative Grundstimmung, äußert Langeweile
G5	<b>Körperliche Einschränkungen, die den erforderlichen Kompetenzerwerb erschweren</b> Kennzeichen: kann verbal nicht antworten, kann nichts hören, kann nichts sehen, fehlende Fingerfertigkeit

Der <b>Zeitbedarf</b> bei hochaufwendigen Patienten beträgt im Leistungsbereich <b>Kommunizieren/Beschäftigen</b> mindestens <b>60 Min. tägl. und kann in mehreren Einheiten unterschiedlicher Dauer erbracht werden</b> <b>Pflegeinterventionen sind:</b> (Die zugehörigen Gründe sind in einer separaten Spalte aufgeführt)		
G4	<b>E1</b>	<b>Eins-zu-eins-Betreuung:</b> Einen Patienten kontinuierlich über einen längeren Zeitraum in Präsenz betreuen. Die Betreuung findet gesondert/getrennt von anderen Interventionen statt. ☞
G1 G2 G3 G4 G5	<b>E2</b>	<b>Problemlösungsorientierte Gespräche</b> (mit Kindern/Jugendlichen und/oder Angehörigen/Bezugspersonen) ☞ <ul style="list-style-type: none"> <li>• zur Krisenbewältigung/Vertrauensbildung/Anpassung <b>ODER</b></li> <li>• Gespräche zur Vorbereitung auf die Entlassung <b>ODER</b></li> <li>• Gespräche mit Dolmetscher</li> </ul>
G1 G2 G3 G5	<b>E3</b>	<b>Anleitungssituation</b> mit Kind/Jugendlichem und/oder Angehörigen/Bezugspersonen ☞
G2 G4 G5	<b>E4</b>	<b>Kommunikative Stimulation</b> , Förderung der spielerischen Interaktion, Bereitstellung und Nachbereitung von Lektüre, Spiel-, Mal- und Bastelmaterial ☞

## 2.2 Spezielle Pflege

### Mindestmerkmale: Leistungsbereich G: Wund- und Hautbehandlung

(Altersgruppe J: 2 Punkte)

Im Rahmen der Behandlungspflege von Kindern und Jugendlichen (J) sind Pflegemaßnahmen notwendig, die hochaufwendige Patienten ausweisen.

Es liegt mindestens einer der Gründe für eine hochaufwendige <b>Behandlungspflege im Bereich Wund- und Hautbehandlung bei Kindern und Jugendlichen</b> vor:	
G1	<b>Aufwendige Versorgung von Wunden</b> Hierzu zählen: <b>Große sekundär heilende Wunde</b> (Länge > 3 cm und/oder Fläche > 4 cm <sup>2</sup> und/oder Raum > 1 cm <sup>3</sup> ), <b>sekundär heilende Wunde an Hand oder Kopf, Dekubitus</b> (ab 2. Grades oder Stadium B gemäß Assessmentergebnis ☞ ), Kennzeichen: Wunde mit Keimbesiedelung, Wunde mit Wundtasche, Wunde mit Belegen, stark sezernierende Wunde <b>ODER</b> <b>Verbrennung/Verbrühung</b> (ab 2. Grades bei mindestens 9% der KOF und/oder an einer der folgenden Lokalisationen: Gesicht/Hals, Hand, Fuß, Intimbereich) <b>ODER</b> <b>Aufwendige Wunde nach OP bei einem vorliegenden Erschwernisfaktor:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kompartmentsyndrom</li> <li>• offene Fraktur</li> <li>• Hydrozephalus mit externer Ableitung</li> <li>• künstlicher Darmausgang</li> <li>• künstlicher Blasenausgang</li> <li>• OP im Anal-/Urogenitalbereich (z.B. bei Hypospadie, Adrenogenitales Syndrom, anorektale Malformation (exkl. OP bei Phimose))</li> </ul>

G2	<p><b>Aufwendige Hautbehandlung und/oder aufwendiger Verband UND ein vorliegender Erschwernisfaktor:</b> Abwehr/Widerstand trotz Zureden/ Motivation und Schmerzmanagement, Gefahr der Selbstverletzung, abnorme Blasenbildung der Haut, reißgefährdete Haut, Pergamenthaut, sensorische Neuropathie, multiple Hämatome/Prellungen, Gips bei vorher vorhandenen Sensibilitätsstörungen, Fixateur externe</p>
----	--

Pflegeinterventionen sind: (Die zugehörigen Gründe sind in Spalte 1 aufgeführt.)		
G1 G2	G1	<p>Mindestens <b>2 x tägl.</b> Behandlungspflege <b>ODER 1 x tägl.</b> Behandlungspflege durch <b>2 Pflegepersonen</b> von insgesamt 30 Minuten pro Tag wie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vor- und Nachbereiten und Assistieren bei aufwendigem Verbandwechsel <b>ODER</b></li> <li>• Vor- und Nachbereiten und Assistieren beim Versorgen einer lokalen Verbrennung oder einer Verbrühung mindestens 2. Grades <b>ODER</b></li> <li>• Auftragen oder Einreiben von Salben oder Tinkturen auf eine große Hautregion <b>ODER</b></li> <li>• Anleiten von Patient und Angehörigen im Umgang mit dem Material und der Pflege (z.B. Fixateur externe mit Pin-Pflege)</li> </ul>
G1	G2	<p>Systematisches <b>Wundmanagement von Wunden</b> bestehend aus:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Spezifische Wunddiagnose, Rezidivzahl, Wunddauer, -lokalisierung, -größe, -rand, -umgebung, -grund, Entzündungszeichen und mögliche Wundheilungsstörungen <b>UND</b></li> <li>• Wundbehandlung bestehend aus Wundreinigung und/oder Wunddesinfektion sowie Wundauflagen und/oder Auflagenfixierung von mindestens 30 Minuten pro Tag <b>UND</b></li> <li>• Systematische Evaluation des Wundheilungsprozesses (☞)</li> </ul>

### 3. PKMS-K für Kleinkinder: ab dem Beginn des 2. Lebensjahres bis zum Ende des 6. Lebensjahres

#### 3.1 Allgemeine Pflege

#### Mindestmerkmale: Leistungsbereich A: Körperpflege

(Altersgruppe K: 2 Punkte)

Die Unterstützung bei Körperpflege ist hochaufwendig und geht deutlich über das normale Maß einer vollen Übernahme der Körperpflege (vergleichbar mit PPR-K Stufe A3) hinaus.

Es liegt mindestens einer der Gründe für eine hochaufwendige Körperpflege bei Kleinkindern vor:	
G1	<b>Abwehrverhalten/Widerstände</b> bei der Körperpflege <u>Kennzeichen:</u> Setzt den Pflegemaßnahmen bei der Körperpflege Widerstände entgegen; schreit, strampelt, dreht sich weg, wendet sich ab <b>ODER</b> <b>Massive Angst</b> bei der Körperpflege <b>vor Berührung und Bewegung</b> <u>Kennzeichen:</u> Äußert, nicht berührt werden zu wollen, Rückzugsverhalten, weint, nestelt, dreht sich weg, zieht die Decke über den Kopf
G2	<b>Fehlende Fähigkeit, den Positionswechsel im Bett durchzuführen</b> <u>Kennzeichen:</u> Fehlende Fähigkeit, sich selbstständig im Bett zu drehen, aktiv zu verrutschen, aufzusetzen <b>UND</b> <b>ein vorliegender Erschwernisfaktor:</b> mindestens 3 Zu- und/oder Ableitungssysteme (inkl. Beatmung), Tracheostoma, extremste Adipositas (Perzentile größer 99,5), krankheitsbedingte Risiken (z.B. Wirbelsäuleninstabilität, Schienung bei beidseitiger Verletzung der Extremitäten, Halo-Fixateur, Extensionsbehandlung), Spastik, Kontrakturen, Parese, Plegie, fehlende Kraft zur Eigenbewegung, starke Schmerzen trotz Schmerzmanagement ✎, beeinträchtigte Orientierung/Wahrnehmung
G3	<b>Volle Abhängigkeit bei der Körperpflege bei bestehender Beeinträchtigung der Atemsituation und/oder Herz-Kreislauf-Situation</b> <u>Kennzeichen:</u> Fehlende Fähigkeit, den Körper selbstständig zu waschen, abzutrocknen und die Mund-, Haar-, Hautpflege durchzuführen, Kleinkind kann/darf sich bei verminderter/instabiler Herz-/Kreislauf- und/oder Atemsituation bei der Körperpflege nicht anstrengen, Belastungsintoleranz bei der Körperpflege
G4	<b>Volle Abhängigkeit bei der Körperpflege bei (Umkehr-)Isolierung</b> <u>Kennzeichen:</u> Fehlende Fähigkeit, den Körper selbstständig zu waschen, abzutrocknen und die Mund-, Haar-, Hautpflege durchzuführen.

Pflegeinterventionen sind: (Die zugehörigen Gründe sind in einer separaten Spalte aufgeführt)		
G1 G2 G3	<b>A1</b>	<b>Vollkompensatorische Übernahme der Körperpflege</b> und/oder Anleitung zur selbstständigen Körperpflege (inkl. Anleitung/Unterstützung von Eltern/Bezugspersonen)
G1 G2	<b>A2</b>	Mindestens 1 x tägl. <b>therapeutische Körperpflege</b> wie: <ul style="list-style-type: none"> <li>• GKW basalstimulierend, Körperwaschung belebend und/oder beruhigend</li> <li>• GKW nach Bobath</li> <li>• GKW unter kinästhetischen Gesichtspunkten</li> <li>• GKW nach Inhester und Zimmermann</li> <li>• andere neurologische oder rehabilitative Konzepte zur Ganzkörperpflege mit Fazilitation/Inhibition von normalen Bewegungsabläufen oder kompensatorischen Fähigkeiten ✎</li> <li>• Konzepte aus psychologischer Perspektive ✎</li> </ul>
G1 G2 G3	<b>A3</b>	<b>Ganzkörperwaschung/-pflege mit zwei Pflegepersonen</b> pflegfachlich erforderlich
G4	<b>A4</b>	<b>Volle Übernahme der Körperpflege</b>

	<b>UND</b> mindestens <b>2 körperbezogene Angebote</b> zur Förderung der Wahrnehmung und des Wohlbefindens (z.B. Massage, Ausstreichen)
--	---

## Mindestmerkmale: Leistungsbereich B: Ernährung

(Altersgruppe K: 4 Punkte)

Die orale Nahrungs-/Flüssigkeitsaufnahme bei den Haupt-/Zwischenmahlzeiten ist hochaufwendig und verlängert und geht deutlich über das normale Maß der Unterstützung mit besonderen Leistungen (vergleichbar mit PPR-K Stufe A3) hinaus. Die verabreichten Mahlzeiten/Trinkmengen sind zu dokumentieren. Es ist zu beachten, dass die zutreffenden Interventionen bei allen Nahrungs-/Flüssigkeitsaufnahmen des Patienten (3 Hauptmahlzeiten (H) und mindestens 3 Zwischenmahlzeiten (Z)) durchzuführen sind.

Es liegt mindestens einer der Gründe für eine hochaufwendige/verlängerte <b>orale Nahrungs-/Flüssigkeitsaufnahme bei Kleinkindern</b> vor:	
G1	<b>Kontinuierliche/massive Nahrungsverweigerung</b> <u>Kennzeichen:</u> Schiebt angebotene Nahrung weg, lehnt Nahrung verbal/nonverbal ab, fehlende(r) Wille/Einsicht, Nahrung zu sich zu nehmen, Mundschluss, Abwenden des Kopfes, Wegschlagen der Nahrung beim Versuch der Nahrungsverabreichung, extrem langsames Essen bei Trotzverhalten, schluckt den Nahrungsbrei nicht selbstständig, Ausspucken von Nahrung
G2	<b>Massiv verlangsamte/erschwerete Nahrungsaufnahme</b> <u>Kennzeichen:</u> deutlich verlängerter Zeitbedarf bei der Verabreichung/Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit, lässt sich ständig bei der Nahrungsaufnahme ablenken, zappelt bei der Nahrungsaufnahme herum, spielt mit dem Essen, versucht, bei der Nahrungsaufnahme aufzustehen, wegzulaufen, zu spielen
G3	<b>Kau-/Schluckstörungen mit starken Auswirkungen auf die Nahrungsaufnahme</b> <u>Kennzeichen:</u> Hustet nach dem Schlucken, Nahrungsreste verbleiben nach dem Schlucken in der Wangentasche, Zungenstoß, Gefühl, dass Nahrung im Schlund hängen bleibt, Regurgitation von Speisebrei, veränderte Schluckphasen, inkompletter/fehlender Lippen-/Mundschluss, pathologische Kau-/Kieferbewegung, Schmerzen bei der Nahrungsaufnahme, Nahrungsreste dringen durch das Tracheostoma
G4	<b>Vorliegende Fehl-/Mangelernährung</b> <u>Kennzeichen:</u> extrem starkes Untergewicht (Perzentile kleiner 5), Erschöpfungszustände, reduzierter Muskeltonus, Teilnahmslosigkeit, beeinträchtigte körperliche Entwicklung, häufig Müdigkeit, hervortretende Knochen, schwindende Muskelmasse

<b>Pflegeinterventionen sind:</b> (Die zugehörigen Gründe sind in einer separaten Spalte aufgeführt)	
G1 G4	<b>B1</b> <b>Fraktionierte Applikation von Nahrung/Sondennahrung</b> mindestens 8 x tägl. in altersgerechter Form bzw. den Fähigkeiten des Kleinkindes entsprechend angeboten <b>UND</b> zu den Verabreichungszeiträumen Stimulation zur Nahrungsaufnahme <b>ODER</b> Verabreichung von Nahrung immer begleiten/beaufsichtigen, <b>verbunden mit der Notwendigkeit der Applikation von Restnahrung via Sonde</b>
G2 G3	<b>B2</b> <b>Orale/basale Stimulation</b> ☞, vorbereitend auf die Nahrungsverabreichung oder zur Förderung des Schluckreflexes oder zur Förderung der Mundmotorik, <b>vor jeder Mahlzeit (3 H und mindestens 3 Z)</b> mit anschließender Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme
G1 G2 G3	<b>B3</b> <b>Trink- und Esstraining nach individuell aufgestellter Maßnahmenplanung</b> bei mindestens 4 Mahlzeiten tägl. Dieses ist explizit zu dokumentieren ☞. Maßnahmen können sein: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anleitung zum Schlucken/Schlucktechniken</li> <li>• Einüben kompensatorischer Maßnahmen</li> <li>• Unterstützung bei der Kopf-/Kiefer-/Lippenkontrolle</li> <li>• Einüben von physiologischen Bewegungsabläufen bei der Nahrungsaufnahme durch z.B. passives Führen der Hand bei der Nahrungsaufnahme</li> <li>• Faszilitieren/Inhibieren von Bewegungsabläufen/des Schluckaktes</li> <li>• Einüben von Essritualen</li> </ul>
G1 G2	<b>B4</b> <b>Nahrungsverabreichung/Anleitung</b> mit der Besonderheit des Zuredens und Anleitens des Patienten bei der versuchten selbstständigen Nahrungsaufnahme, bei der

G4	Willensbildung zum Einhalten einer speziellen Diät oder beim Überwinden einer Nahrungsverweigerung bei jeder Mahlzeit und Flüssigkeitsverabreichung und/oder Begleitung der Bezugsperson bei der Umstellung auf orale Kost in Verbindung mit dem Durchsetzen der oralen Nahrungsaufnahme (3 H und mindestens 3 Z)
----	---

## Mindestmerkmale: Leistungsbereich C: Ausscheidung

(Altersgruppe K: 2 Punkte)

Die pflegerische Unterstützung geht bei der Ausscheidung deutlich über das normale Maß der Ausscheidungsunterstützung hinaus (geht über das Maß eines PPR-K-Stufe-A3-Patienten hinaus) und ist kennzeichnend für hochaufwendige Patienten.

Es liegt mindestens einer der Gründe für eine hochaufwendige/verlängerte <b>Ausscheidungsunterstützung bei Kleinkindern</b> vor:	
G1	<b>Zeigt keinen adäquaten Umgang mit Ausscheidungen</b> <u>Kennzeichen:</u> Stuhlschmierer, ins Zimmer urinieren, Kot essen, versteckt Ausscheidungen, findet sich in der Umgebung nicht zurecht <b>ODER</b> <b>Beeinträchtigung der altersentsprechenden Kontinenz</b> <u>Kennzeichen:</u> Rückfall in ein früheres Entwicklungsstadium der Kontinenz
G2	<b>Fehlende Fähigkeiten bei der Ausscheidung</b> <u>Kennzeichen:</u> Schwere Beeinträchtigung bei der Bewegung, beim Aufstehen, beim Topfen/Wickeln, beim Gehen, Unsicherheit, Orientierungsbeeinträchtigung, Schwindel <b>UND ein vorliegender Erschwernisfaktor</b> <b>Erschwernisfaktoren sind:</b> Gehbeeinträchtigung, Spastik, doppelseitige Extremitätenverletzung, starke Schmerzen trotz Schmerzmanagement $\neq$ , extremste Adipositas (Perzentile größer 99,5), beeinträchtigte Orientierung/Wahrnehmung
G3	<b>Fehlende Selbstständigkeit beim Erbrechen</b> <u>Kennzeichen:</u> Magen-/Darminhalt wird nach oben aus dem Mund befördert, kann sich nicht selbstständig versorgen <b>ODER</b> <b>Fehlende Selbstständigkeit beim Schwitzen</b> <u>Kennzeichen:</u> Nasse Kleidung infolge des Schwitzens, Schweißausbrüche, kann Kleidung und Bettwäsche nicht selbst wechseln
G4	<b>Veränderte Miktions-/Defäkationsfrequenz UND fehlende Selbstständigkeit bei der Miktions/Defäkation</b> <u>Kennzeichen:</u> Fehlende Fähigkeit, selbstständig zur Toilette zu gehen, den Toilettenstuhl zu benutzen, Bettschüssel/Steckbecken/Urinflasche/Stomabeutel selbstständig zu benutzen, häufig volle Windeln
G5	<b>Ausgeprägte Obstipation ODER</b> andere Gründe, die <b>einen tägl. Einlauf ODER rektales Ausräumen</b> erfordern

<b>Pflegeinterventionen sind:</b> (Die zugehörigen Gründe sind in einer separaten Spalte aufgeführt)		
G2	<b>C1</b>	<b>Ausscheidungsunterstützung mit Transfer auf die Toilette</b> mindestens 4 x tägl.
G1 G3 G4	<b>C2</b>	<b>Wäschewechsel</b> (Kleidung und Bettwäsche) <b>UND Teilkörperwaschungen</b> mindestens 3 x tägl.
G4 G5	<b>C3</b>	<b>Volle Übernahme der Ausscheidungsunterstützung</b> (Steckbecken, Toilettenstuhl, Transfer zur Toilette, Wickeln) <b>UND einer der zusätzlichen Aspekte</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 x tägl. digitales rektales Ausräumen und/oder 1 x tägl. Reinigungseinlauf</li> <li>• erhöhte Frequenz der Ausscheidungsunterstützung bei voller Übernahme mindestens 6 x tägl.</li> <li>• volle Übernahme der Ausscheidungsunterstützungen mit 2 Pflegepersonen</li> </ul>

## Mindestmerkmale: Leistungsbereich D: Bewegen/Lagern/Mobilisation

(Altersgruppe K: 2 Punkte)

Bewegen/Lagern/Mobilisation ist hochaufwendig und geht **deutlich** über das normale Maß der vollen Übernahme bei besonderen Leistungen (vergleichbar mit PPR-K Stufe 3) hinaus.

Es liegt mindestens einer der Gründe für ein(e) hochaufwendige(s)/verlängerte(s) <b>Bewegen/Lagern/Mobilisation bei Kleinkindern</b> vor:	
G1	<p><b>Abwehr/Widerstände</b>  <u>Kennzeichen:</u> Setzt den Pflegemaßnahmen bei der Mobilisation Widerstände entgegen; schreit, schlägt, beschimpft das Personal, lehnt die Pflegemaßnahmen verbal/nonverbal ab <b>ODER</b>  <b>Massive Angst</b> bei der Pflegemaßnahme <b>vor Berührung und Bewegung</b>  <u>Kennzeichen:</u> Äußert, nicht berührt werden zu wollen, Rückzugsverhalten, weint, nestelt, dreht sich weg, zieht die Decke über den Kopf</p>
G2	<p><b>Fehlende Fähigkeit, den Positionswechsel im Bett durchzuführen</b>  <u>Kennzeichen:</u> Fehlende Fähigkeit, sich selbstständig im Bett zu drehen, zu verrutschen, aufzusetzen <b>UND</b>  <b>ein vorliegender Erschwernisfaktor:</b> extremste Adipositas (Perzentile größer 99,5), mindestens 3 Zu- und/oder Ableitungen, Spastik, Kontrakturen, Parese, Plegie, instabile Wirbelsäule, häufige Schwindelanfälle, beeinträchtigte Orientierung/Wahrnehmung, medizinische Gründe für Bewegungsverbot/-einschränkung, fehlende Kraft zur Eigenbewegung, hohes Dekubitusrisiko gemäß Assessmentergebnis ☹, starke Schmerzen trotz Schmerzmanagement ☹</p>
G3	<p><b>Fehlende Fähigkeit, einen Transfer durchzuführen und/oder zu gehen</b>  <u>Kennzeichen:</u> Schwere Beeinträchtigung, von liegender Körperposition zum Sitzen zu gelangen und vom Sitzen in den Stand zu gelangen, Unfähigkeit/Unsicherheit, das Körpergewicht im Stand selbstständig zu tragen</p>

Pflegeinterventionen sind: (Die zugehörigen Gründe sind in einer separaten Spalte aufgeführt)		
G1 G2	D1	<b>Lagerungswechsel (bzw. Mikrolagerung)</b> mindestens 10 x tägl. bedingt durch zutreffenden Grund/Erschwernisfaktor ☹
G1 G2	D2	<b>Mindestens 8 x tägl. Lagerungs-/Positionswechsel (bzw. Mikrolagerung) und/oder Mobilisation, davon mindestens 4 x tägl. mit 2 Pflegepersonen ☹</b>
G2 G3	D3	<p><b>Unterstützung bei der Mobilisation aus dem Bett mit zusätzlich erforderlichen Aktivitäten</b>, wie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• aufwendiges Anlegen von z.B. Stützkorsage/-hose vor/nach der Mobilisation <b>ODER</b></li> <li>• mindestens 4 x tägl. Spastik des Patienten lösen und Anbahnung normaler Bewegungsabläufe durch Fazilitation, Inhibition mindestens 2 x tägl.</li> </ul>
G2 G3	D4	<p><b>Aufwendige Mobilisation aus dem Bett</b>  <b>UND</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• kleinkindgerechtes Gehtraining unter Anwendung von Techniken wie Fazilitation, Inhibition, Kinästhetik <b>ODER</b></li> <li>• kleinkindgerechtes Gehtraining nach verschiedenen therapeutischen Konzepten wie NDT, MRP, Bobath <b>ODER</b></li> <li>• kleinkindgerechtes Gehtraining mit Gehhilfen wie Unterarmgehstützen, verschiedene Gehwagen</li> </ul>

## Mindestmerkmale: Leistungsbereich E: Kommunizieren/Beschäftigen

(Altersgruppe K: 2 Punkte)

Deutlicher Mehraufwand bei dem Kommunizieren/Beschäftigen (mindestens 60 Minuten tägl.) mit den Kleinkindern und/oder Angehörigen/Bezugspersonen in den Bereichen Entwicklungsförderung, Kompetenzerwerb, Prävention zur Sicherstellung der Therapie und/oder situativer Krisenbewältigung. Diese Pflegemaßnahmen werden nicht im Rahmen der Erbringung anderer Pflegeleistungen erbracht. Sie können in kleinen Einheiten unterschiedlicher Dauer über den Tag verteilt erbracht werden.

Es liegt mindestens einer der Gründe für Mehraufwendungen im Bereich <b>Kommunizieren und Beschäftigen bei Kleinkindern</b> vor:	
G1	<b>Massive Beeinträchtigung der Informationsverarbeitung</b> des Kleinkindes und/oder seiner Angehörigen/Bezugspersonen <u>Kennzeichen:</u> Neue Informationen werden wieder vergessen, Konzentrations-/Wahrnehmungsschwierigkeiten, reduzierte Aufmerksamkeitsspanne, Überforderung, Orientierungsbeeinträchtigung <b>ODER</b> <b>Extreme Verhaltensweisen, die kontraproduktiv für die Therapie sind</b> <u>Kennzeichen:</u> Negativismus, Abwehr/Widerstände, Trotzverhalten
G2	<b>Sprach-/Kommunikationsbarrieren</b> <u>Kennzeichen:</u> Kann sich nicht verständlich machen, reagiert auf Ansprache trotz normaler Vigilanz nicht, versteht die Landessprache nicht
G3	<b>Beeinträchtigte Anpassungsfähigkeit UND/ODER Nichteinhaltung von Therapieabsprachen</b> des Kleinkindes und/oder seiner Angehörigen/Bezugspersonen <u>Kennzeichen:</u> Verleugnet den veränderten Gesundheitszustand und Notwendigkeit der Anpassung, verschiebt Entscheidungen, unzureichende Problem-/Zielerfassung, äußert Ängste, bagatellisiert, fehlende Krankheitseinsicht, Körperbildstörung, fehlende Motivation
G4	<b>Extreme Krisensituation</b> des Kleinkindes und/oder der Angehörigen/Bezugspersonen <u>Kennzeichen:</u> Äußert Hoffnungslosigkeit, fehlende Zukunftsperspektive, fehlender Lebensmut, zeigt Gefühle wie Trauer, Zorn, Wut, Bitterkeit <b>ODER</b> <b>Lustlosigkeit/Motivationslosigkeit/Resignation durch fehlende Ablenkung und Beschäftigung</b> <u>Kennzeichen:</u> Kleinkind grübelt, resignative Grundstimmung, beobachtbare Langeweile, Rückzug
G5	<b>Körperliche Einschränkungen, die den erforderlichen Kompetenzerwerb erschweren</b> <u>Kennzeichen:</u> kann verbal nicht antworten, kann nichts hören, kann nichts sehen, fehlende Fingerfertigkeit

Der <b>Zeitbedarf</b> bei hochaufwendigen Patienten beträgt im Leistungsbereich <b>Kommunizieren/Beschäftigen</b> mindestens <b>60 Min. tägl. und kann in mehreren Einheiten unterschiedlicher Dauer erbracht werden</b> <b>Pflegeinterventionen sind:</b> (Die zugehörigen Gründe sind in einer separaten Spalte aufgeführt)	
G4	<b>E1</b> <b>Eins-zu-eins-Betreuung:</b> Einen Patienten kontinuierlich über einen längeren Zeitraum in Präsenz betreuen. Die Betreuung findet gesondert/getrennt von anderen Interventionen statt. ☞
G1 G2 G3 G4 G5	<b>E2</b> <b>Problemlösungsorientierte Gespräche</b> (mit Kleinkind und/oder Angehörigen/Bezugspersonen) ☞ <ul style="list-style-type: none"> <li>• zur Krisenbewältigung/Vertrauensbildung/Anpassung <b>ODER</b></li> <li>• Gespräche zur Vorbereitung auf die Entlassung <b>ODER</b></li> <li>• Gespräche mit Dolmetscher</li> </ul>
G1 G2 G3 G5	<b>E3</b> <b>Anleitungssituation mit Kleinkind</b> und/oder Angehörigen/Bezugspersonen ☞
G2 G4 G5	<b>E4</b> <b>Kommunikative Stimulation</b> , Förderung der spielerischen Interaktion, Bereitstellen und Nachbereitung von Lektüre, Spiel-, Mal- und Bastelmaterial ☞

### 3.2 Spezielle Pflege

## Mindestmerkmale: Leistungsbereich G: Wund- und Hautbehandlung

(Altersgruppe K: 2 Punkte)

Im Rahmen der Behandlungspflege von Kleinkindern (K) sind Pflegemaßnahmen notwendig, die hochaufwendige Patienten ausweisen.

<p>Es liegt mindestens einer der Gründe für eine hochaufwendige <b>Behandlungspflege im Bereich Wund- und Hautbehandlung bei Kleinkindern</b> vor:</p>	
G1	<p><b>Aufwendige Versorgung von Wunden</b>                  Hierzu zählen:  <b>sekundär heilende Wunde, Dekubitus</b> (gemäß Assessmentergebnis <math>\neq</math>),  <u>Kennzeichen</u>: Wunde mit Keimbesiedelung, Wunde mit Wundtasche, Wunde mit Belegen, stark sezernierende Wunde  <b>ODER</b>  <b>Verbrennung/Verbrühung</b> (ab 2. Grades bei mindestens 9% der KOF und/oder an einer der folgenden Lokalisationen: Gesicht/Hals, Hand, Fuß, Intimbereich)  <b>ODER</b>  <b>Aufwendige Wunde nach OP bei einem vorliegenden Erschwernisfaktor:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kompartmentsyndrom</li> <li>• offene Fraktur</li> <li>• Hydrozephalus mit externer Ableitung</li> <li>• künstlicher Darmausgang</li> <li>• künstlicher Blasenausgang</li> <li>• OP im Anal-/Urogenitalbereich (z.B. bei Hypospadie, Adrenogenitales Syndrom, anorektale Malformation (exkl. OP bei Phimose))</li> </ul>
G2	<p><b>Aufwendige Hautbehandlung und/oder aufwendiger Verband UND</b>  <b>ein vorliegender Erschwernisfaktor:</b> Abwehr/Widerstand trotz Zureden/Motivation und Schmerzmanagement, Gefahr des Herausreißen von Zu- und/oder Ableitungssystemen, Gefahr der Selbstverletzung, abnorme Blasenbildung der Haut, reißgefährdete Haut, sensorische Neuropathie, multiple Hämatome/Prellungen, Gips bei vorher vorhandenen Sensibilitätsstörungen, Fixateur externe</p>

<p><b>Pflegeinterventionen sind:</b> (Die zugehörigen Gründe sind in Spalte 1 aufgeführt.)</p>		
G1 G2	G1	<p>Mindestens <b>2 x tägl.</b> Behandlungspflege <b>ODER 1 x tägl.</b> Behandlungspflege durch <b>2 Pflegepersonen</b> von insgesamt 30 Minuten pro Tag wie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vor- und Nachbereiten und Assistieren bei aufwendigem Verbandwechsel <b>ODER</b></li> <li>• Vor- und Nachbereiten und Assistieren beim Versorgen einer lokalen Verbrennung oder einer Verbrühung mindestens 2. Grades <b>ODER</b></li> <li>• Auftragen oder Einreiben von Salben oder Tinkturen auf eine große Hautregion <b>ODER</b></li> <li>• Anleiten von Patient und Angehörigen im Umgang mit dem Material und der Pflege (z.B. Fixateur externe mit Pin-Pflege)</li> </ul>
G1	G2	<p>Systematisches <b>Wundmanagement von Wunden</b> bestehend aus:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Spezifische Wunddiagnose, Rezidivzahl, Wunddauer, -lokalisierung, -größe, -rand, -umgebung, -grund, Entzündungszeichen und mögliche Wundheilungsstörungen <b>UND</b></li> <li>• Wundbehandlung bestehend aus Wundreinigung und/oder Wunddesinfektion sowie Wundaufgaben und/oder Auflagenfixierung von mindestens 30 Minuten pro Tag <b>UND</b></li> <li>• Systematische Evaluation des Wundheilungsprozesses (<math>\neq</math>)</li> </ul>