

Aktualisierungsliste zur Endfassung des OPS Version 2018

Diese Aktualisierungsliste enthält die Änderungen des
OPS Version 2018 gegenüber dem OPS Version 2017.

Einfügungen sind rot und unterstrichen,
Löschungen blau und durchgestrichen.

Das DIMDI übernimmt keine Gewähr für Vollständigkeit und Fehlerfreiheit
dieser Aktualisierungsliste. Verbindliche Referenzfassung ist die vollständi-
ge amtliche Endfassung des OPS Version 2018 als PDF.

Stand: 18. Oktober 2017

DIMDI
Waisenhausgasse 36-38a
50676 Köln

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

Medizinische Begriffssysteme
klassi@dimdi.de

Im Geschäftsbereich des



Bundesministerium
für Gesundheit

Kapitel 1

DIAGNOSTISCHE MASSNAHMEN

(1-10...1-99)

Untersuchung einzelner Körpersysteme

(1-20...1-33)

1-20	Neurologische Untersuchungen
1-202	Diagnostik zur Feststellung des <u>irreversiblen Hirntodes</u> <u>funktionsausfalls</u> Hinw.: Diese Codes sind nur zu verwenden bei Diagnostik nach der jeweils gültigen Fortschreibung der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Feststellung des <u>irreversiblen Hirntodes</u> <u>funktionsausfalls</u> (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 <u>Hirntoddiagnostik</u> <u>Diagnostik des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls</u> 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 <u>irreversiblen Hirntodes</u> <u>funktionsausfalls</u>
.01	Mit Feststellung des <u>irreversiblen Hirntodes</u> <u>funktionsausfalls</u>
1-209	Komplexe Diagnostik bei Spina bifida Inkl.: Sozialanamnese, Schul- und Arbeitsplatzanamnese, neuropsychologische und psychiatrische Diagnostik Hinw.: Mit diesem Code 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- <u>ff.</u>), invasive funktionelle Diagnostik (Kap.1) und EEG-Diagnostik (1-207 <u>ff.</u>) sind gesondert zu kodieren
1-21	Epilepsiediagnostik
1-211	Invasive Video-EEG-Intensivdiagnostik bei Epilepsie zur Klärung einer epilepsiechirurgischen Operationsindikation Hinw.: Dieser Code umfasst: <ul style="list-style-type: none"> • 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 Epilepsie therapie Die Implantation der Elektroden ist gesondert zu kodieren (5-014.9 <u>ff.</u> , 5-028.20, 5-028.21) Der Zugang ist gesondert zu kodieren (5-010 <u>ff.</u> , 5-011 <u>ff.</u>)
1-213	Syndromdiagnose bei komplizierten Epilepsien Inkl.: Sozialanamnese, Arbeitsplatzanamnese, neuropsychologische und psychiatrische Diagnostik Exkl.: EEG-Diagnostik (1-207 <u>ff.</u>)

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)

1-24 Untersuchungen im HNO-Bereich

1-242 Audiometrie

Inkl.: Pädaudiometrie

Exkl.: Registrierung evozierter Potentiale (1-208 [ff.](#))

1-247 Olfaktometrie und Gustometrie

Exkl.: Registrierung evozierter Potentiale (1-208 [ff.](#))

1-31 Funktionsuntersuchungen des Verdauungstraktes

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

Biopsie ohne Inzision

(1-40...1-49)

1-43 Biopsie ohne Inzision an respiratorischen Organen

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

Exkl.: Endoskopische Biopsie an respiratorischen Organen (1-430 [ff.](#))

1-44 Biopsie ohne Inzision an den Verdauungsorganen

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

Exkl.: Endoskopische Biopsie an Gallengängen und Pankreas (1-440 [ff.](#))

1-48 Biopsie ohne Inzision an Knochen und Gelenken

1-482 Arthroskopische Biopsie an Gelenken

Hinw.: Die Arthroskopie ist gesondert zu kodieren (1-697 [ff.](#))

1-49 Biopsie ohne Inzision an anderen Organen und Geweben

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

1-494.0 Myokard

Exkl.: Transvenöse und transarterielle Biopsie (1-497 [ff.](#))

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

1-50	Biopsie an Mamma, Knochen und Muskeln durch Inzision
1-503	Biopsie an Knochen durch Inzision <i>Exkl.:</i> Biopsie an Schädelknochen durch Inzision (1-510 ff.)
1-51	Biopsie an Nervengewebe, Hypophyse, Corpus pineale durch Inzision und Trepanation von Schädelknochen
1-510	Biopsie an intrakraniellm Gewebe durch Inzision und Trepanation von Schädelknochen <i>Hinw.:</i> Der Zugang ist gesondert zu kodieren (5-010 ff. , 5-011 ff.)
1-56	Biopsie an Harnwegen und männlichen Geschlechtsorganen durch Inzision
1-562	Biopsie an anderen Harnorganen durch Inzision <i>Exkl.:</i> Endoskopische Biopsie (1-46 ff.)
1-57	Biopsie an weiblichen Geschlechtsorganen durch Inzision
1-571	Biopsie an Uterus und Cervix uteri durch Inzision <i>Exkl.:</i> Endoskopische Biopsie (1-47 ff.)

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

1-61	Diagnostische Endoskopie der oberen Atemwege <i>Hinw.:</i> Eine durchgeführte endoskopische Biopsie ist gesondert zu kodieren (1-414 ff. , 1-421 ff. , 1-422 ff.)
1-62	Diagnostische Tracheobronchoskopie <i>Hinw.:</i> Eine durchgeführte endoskopische Biopsie ist gesondert zu kodieren (1-430 ff.)
1-64	Diagnostische Endoskopie der Gallen- und Pankreaswege
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
<u>1-643.2</u>	<u>Cholangioskopie der Gallenwege distal der Hepatikusgabel</u> <i>Inkl.:</i> Cholangioskopie der extrahepatischen Gallenwege
<u>1-643.3</u>	<u>Cholangioskopie der Gallenwege proximal der Hepatikusgabel</u> <i>Inkl.:</i> Cholangioskopie der intrahepatischen Gallenwege
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 <i>Hinw.:</i> Dieser Code ist ein Zusatzcode. Er ist nur anzugeben, wenn eine retrograde Endoskopie als Zugang für eines der unter 1-640 bis 1-644 ff. aufgeführten Verfahren eingesetzt wurde Mit diesem Code soll ausschließlich die aufgrund von Voroperationen (z.B. nach partieller Pankreatoduodenektomie, bei Roux-Y-Anastomose nach totaler oder partieller Gastrektomie) retrograd (von weiter aboral gelegenen Darmabschnitten in Richtung weiter oral gelegener Darmabschnitte)

durchgeführte Endoskopie zur diagnostischen Untersuchung der Gallen- oder Pankreaswege
verschlüsselt werden

1-66	Diagnostische Endoskopie der Harnwege <i>Hinw.:</i> Eine durchgeführte endoskopische Biopsie ist gesondert zu kodieren (1-46- ff)
1-665	Diagnostische Ureterorenoskopie <i>Hinw.:</i> <u>Die Anwendung eines flexiblen Ureterorenoskops ist gesondert zu kodieren (1-999.2 ff.)</u>
1-668	Diagnostische Endoskopie der Harnwege über ein Stoma <i>Hinw.:</i> <u>Die Anwendung eines flexiblen Ureterorenoskops ist gesondert zu kodieren (1-999.2 ff.)</u>
1-67	Diagnostische Endoskopie der weiblichen Geschlechtsorgane <i>Hinw.:</i> Eine durchgeführte endoskopische Biopsie ist gesondert zu kodieren (1-47- ff)
1-69	Diagnostische Endoskopie durch Inzision und intraoperativ
1-693	Diagnostische Endoskopie der Harnwege durch Inzision und intraoperativ <i>Hinw.:</i> <u>Die Anwendung eines flexiblen Ureterorenoskops ist gesondert zu kodieren (1-999.2 ff.)</u>
1-695	Diagnostische Endoskopie des Verdauungstraktes durch Inzision und intraoperativ
1-695.4	Gallenwege
.40	Perkutan
.41	Perkutan-transhepatisch
.43	Perkutan-transhepatisch mit normalkalibrigem Cholangioskop <i>Hinw.:</i> <u>Der Außendurchmesser eines normalkalibrigen Cholangioskops beträgt mehr als 4 mm</u>
.44	Perkutan-transhepatisch mit kleinkalibrigem Cholangioskop <i>Hinw.:</i> <u>Der Außendurchmesser eines kleinkalibrigen Cholangioskops beträgt 4 mm oder weniger</u>
1-697	Diagnostische Arthroskopie <i>Inkl.:</i> Diagnostische Endoskopie periartikulär <i>Exkl.:</i> Therapeutische arthroskopische Gelenkspülung (5-810.0 <u>ff.</u> , 5-810.1 <u>ff.</u>) Therapeutische Spülung eines Gelenkes (8-178 <u>ff.</u>) <i>Hinw.:</i> Die Gelenkspülung im Rahmen der diagnostischen Arthroskopie ist im Code enthalten

Funktionstests

(1-70...1-79)

1-77	Palliativmedizinische, geriatrische und frührehabilitative Funktionsuntersuchung
1-770	Multidimensionales geriatrisches Screening und Minimalassessment <i>Exkl.:</i> Standardisiertes geriatrisches Basisassessment (1-771) Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (8-550 ff.) <i>Hinw.:</i> Hier soll die Kurzform des Basisassessments kodiert werden Die Anwendung dieses Codes 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) <i>Exkl.:</i> Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (8-550 ff.) <i>Hinw.:</i> Die Anwendung dieses Codes 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 <i>Exkl.:</i> Standardisiertes palliativmedizinisches Basisassessment (1-774) Palliativmedizinische Komplexbehandlung (8-982 ff.) Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung (8-98e ff.) <i>Hinw.:</i> Dieser Code ist nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben Hier soll die Kurzform des Basisassessments kodiert werden Die Anwendung dieses Codes setzt die Untersuchung von mindestens drei Bereichen der Palliativversorgung (z.B. Schmerzanamnese, Symptomintensität, Lebensqualität, psychosoziale Belastetheit, Alltagskompetenz) voraus, die mit standardisierten Messverfahren untersucht werden

Explorative diagnostische Maßnahmen

(1-84...1-85)

1-85	Andere diagnostische Punktion und Aspiration
1-852	Diagnostische Amniozentese [Amnionpunktion] <i>Exkl.:</i> Therapeutische Amniozentese (5-753 ff.)

Andere diagnostische Maßnahmen

(1-90...1-99)

1-99	Andere diagnostische Maßnahmen
1-999	Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen
1-999.2	Diagnostische Anwendung eines flexiblen Ureterorenoskops
.20	Einmal-Ureterorenoskop
.2x	Sonstige

Kapitel 3

BILDGEBENDE DIAGNOSTIK

(3-03...3-99)

Ultraschalluntersuchungen

(3-03...3-05)

3-05	Endosonographie
3-05e	Endosonographie der Blutgefäße
	<i>Hinw.:</i> Für die Zuordnung einzelner Gefäße zu den Gruppen siehe auch Liste der Gefäße vor 5-38
<u>3-05e.0↔</u>	<u>Gefäße Schulter und Oberarm</u>
<u>3-05e.1↔</u>	<u>Gefäße Unterarm</u>
<u>3-05e.2</u>	<u>Aorta</u>
<u>3-05e.3</u>	<u>V. cava</u>
<u>3-05e.4↔</u>	<u>Andere Gefäße abdominal und pelvin</u>
<u>3-05e.5</u>	<u>Gefäße viszeral</u>
<u>3-05e.6↔</u>	<u>Gefäße Oberschenkel</u>
<u>3-05e.7↔</u>	<u>Gefäße Unterschenkel</u>
<u>3-05e.x↔</u>	<u>Sonstige</u>

Optische Verfahren

(3-30...3-31)

3-30	Optische laserbasierte Verfahren
3-300	Optische Kohärenztomographie [OCT]
<u>3-300.3</u>	<u>Periphere Gefäße</u>

Darstellung des Gefäßsystems

(3-60...3-69)

3-60	Arteriographie
<i>Inkl.:</i>	Digitale Subtraktionsangiographie
<i>Exkl.:</i>	Koronarangiographie (1-275 <u>ff.</u>)
	Ventrikulographie (1-276.2 <u>ff.</u>)

Nuklearmedizinische diagnostische Verfahren

(3-70...3-76)

3-70	Szintigraphie
3-704	Radionuklidventrikulographie des Herzens
	<i>Exkl.:</i> Myokardszintigraphie (3-721 <u>ff.</u>)
3-708	Szintigraphie der Blutgefäße
3-708.1	Intravenöse Applikation
	<i>Inkl.:</i> Szintigraphie zur Hinterdiagnostik <u>Diagnostik des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls</u>

Kapitel 5

OPERATIONEN

(5-01...5-99)

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 ff.)
- Die Anwendung von minimalinvasiver Technik ist, sofern nicht als eigener Kode angegeben, zusätzlich zu kodieren (5-986 ff.)
- Die Anwendung eines OP-Roboters ist, sofern nicht als eigener Kode angegeben, zusätzlich zu kodieren (5-987 ff.)
- Die Anwendung eines Navigationssystems ist, sofern nicht als eigener Kode angegeben, zusätzlich zu kodieren (5-988 ff.)
- Die Durchführung der Operation im Rahmen der Versorgung einer Mehrfachverletzung ist zusätzlich zu kodieren (5-981)
- Die Durchführung der Operation im Rahmen der Versorgung eines Polytraumas ist zusätzlich zu kodieren (5-982 ff.)
- Die Durchführung einer Reoperation ist, sofern nicht als eigener Kode angegeben, zusätzlich zu kodieren (5-983)
- Der vorzeitige Abbruch einer Operation ist zusätzlich zu kodieren (5-995)
- Die 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
5-012	Inzision der Schädelknochen [Kraniotomie und Kraniektomie] Hinw.: Mit einem Kode aus diesem Bereich ist nur die isolierte Kraniotomie oder Kraniektomie zu kodieren. Die Kraniotomie oder Kraniektomie als Zugang im Rahmen einer Operation ist gesondert zum jeweiligen Eingriff zu kodieren (5-010 ff.)
5-015	Exzision und Destruktion von erkranktem intrakraniellm Gewebe Exkl.: Stereotaktische Operationen (5-014 ff.) Exzision und Destruktion von intrakraniellen Gefäßen (5-025 ff.) Exzision und Destruktion von intrakraniellen Anteilen von Hirnnerven und Ganglien (5-017 ff.) Hinw.: Der Zugang ist gesondert zu kodieren (5-010 ff., 5-011 ff.)
5-016	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Schädelknochen Inkl.: Gleichzeitige Exzision von Schädelknochen und Hirnhäuten Exkl.: Behandlung einer Impressionsfraktur (5-020.1 ff.) Exzision von erkranktem Gewebe der Gesichtsschädelknochen (5-770 ff.) Hinw.: Der Zugang ist gesondert zu kodieren (5-010 ff., 5-011 ff.)
5-017	Inzision, Resektion und Destruktion an intrakraniellen Anteilen von Hirnnerven und Ganglien Hinw.: Der Zugang ist gesondert zu kodieren (5-010 ff., 5-011 ff.)
5-018	Mikrovaskuläre Dekompression von intrakraniellen Nerven Hinw.: Der Zugang ist gesondert zu kodieren (5-010 ff., 5-011 ff.)

5-02	Andere Operationen an Schädel, Gehirn und Hirnhäuten
5-020	Kranioplastik Hinw.: Die Entnahme eines Knochentransplantates ist gesondert zu kodieren (5-783 ff.)

- 5-020.1 Behandlung einer Impressionsfraktur
Exkl.: Reposition einer Stirnhöhlenwandfraktur (5-767 [ff.](#))
- 5-020.6 Rekonstruktion von Hirn- und Gesichtsschädel oder Gesichtsschädel, allein
~~.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~~
.6b Rekonstruktion des Gesichtsschädels ohne Beteiligung des Hirnschädels bis zu 2 Regionen mit computerassistent vorgefertigtem Implantat, mit nicht resorbierbarem, mikroporösem Material mit fibrovaskulärer Integration
.6c Rekonstruktion des Gesichtsschädels ohne Beteiligung des Hirnschädels ab 3 Regionen mit computerassistent vorgefertigtem Implantat, mit nicht resorbierbarem, mikroporösem Material mit fibrovaskulärer Integration
.6d Rekonstruktion des Gehirnschädels mit Beteiligung von Orbita, Temporalregion oder frontalem Sinus (bis zu 2 Regionen) mit computerassistent vorgefertigtem Implantat, mit nicht resorbierbarem, mikroporösem Material mit fibrovaskulärer Integration
.6e Rekonstruktion des Gehirnschädels mit Beteiligung multipler Regionen des Gesichtsschädels (ab 3 Regionen) mit computerassistent vorgefertigtem Implantat, mit nicht resorbierbarem, mikroporösem Material mit fibrovaskulärer Integration
- 5-020.7 Rekonstruktion des Hirnschädels ohne Beteiligung des Gesichtsschädels, mit alloplastischem Material
~~.73 Mit nicht resorbierbarem, mikroporösem Material mit fibrovaskulärer Integration~~
.74 Mit computerassistent vorgefertigtem Implantat [CAD-Implantat], einfacher Defekt, mit nicht resorbierbarem, mikroporösem Material mit fibrovaskulärer Integration
.75 Mit computerassistent vorgefertigtem Implantat [CAD-Implantat], großer oder komplexer Defekt, mit nicht resorbierbarem, mikroporösem Material mit fibrovaskulärer Integration
- 5-021 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 [ff.](#))
- 5-022 Inzision am Liquorsystem**
Exkl.: Stereotaktische Operationen (5-014 [ff.](#))
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)
- 5-027 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
- 5-028 Funktionelle Eingriffe an Schädel, Gehirn und Hirnhäuten**
5-028.9 Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Hirnstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode
.92 Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbar em Akkumulator
5-028.a Wechsel eines Neurostimulators zur Hirnstimulation ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode
.a2 Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbar em Akkumulator
5-028.c Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode
.c2 Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbar em Akkumulator
- 5-029 Andere Operationen an Schädel, Gehirn und Hirnhäuten**
Exkl.: Stereotaktische Operationen (5-014 [ff.](#))
Leukotomie und Traktotomie (5-013.7 [ff.](#))

5-03	Operationen an Rückenmark, Rückenmarkshäuten und Spinalkanal
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.)
5-039	Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen
5-039.3 .39	Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode zur Rückenmarkstimulation <u>Implantation oder Wechsel einer permanenten Elektrode zur epiduralen Stimulation mit einem extrakorporalen Neurostimulator, perkutan</u>
5-039.e	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode Inkl.: Ersteinstellung
	Exkl.: Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode (5-039.f ff.) Implantation eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode (5-039.n ff.) <u>Anlegen oder Wechsel eines extrakorporalen Neurostimulators (8-631.5)</u>
	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
.e2	Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, <u>mit</u> wiederaufladbar <u>em Akkumulator</u>
5-039.f	Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode
.f2	Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, <u>mit</u> wiederaufladbar <u>em Akkumulator</u>
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.) <u>Implantation eines Neurostimulators zur Stimulation von Spinalganglien ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode (5-039.q ff.)</u>
	Hinw.: Die Implantation oder der Wechsel von Neurostimulationselektroden zur Stimulation von Spinalganglien sind gesondert zu kodieren (5-039.j ff.)
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.) <u>Implantation eines Neurostimulators zur Stimulation von Spinalganglien ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode (5-039.q ff.)</u>
5-039.n .n2	Implantation eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, <u>mit</u> wiederaufladbar <u>em Akkumulator</u>
<u>5-039.q</u>	<u>Implantation eines Neurostimulators zur Stimulation von Spinalganglien ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode</u> Inkl.: <u>Ersteinstellung</u>
	Exkl.: <u>Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation von Spinalganglien mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode (5-039.k ff.)</u>

Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation von Spinalganglien ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode (5-039.m ff.)

Hinw.: Der Zugang ist hier nicht gesondert zu kodieren
 Ein Kode aus diesem Bereich ist zu verwenden bei zweizeitiger Implantation einer Neurostimulationselektrode und eines Neurostimulators zur Stimulation von Spinalganglien für die Implantation des Neurostimulators während des zweiten stationären Aufenthaltes

.q0 Einkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar
.q1 Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar

5-04 Operationen an Nerven und Nervenganglien

5-048 Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transplantation

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

5-049 Interfaszikuläre Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transplantation

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

5-05 Andere Operationen an Nerven und Nervenganglien

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5-059 Andere Operationen an Nerven und Ganglien

5-059.8 Implantation oder Wechsel von Neurostimulationselektroden zur Stimulation des peripheren Nervensystems

.88 Implantation oder Wechsel einer Elektrode zur Stimulation mit einem extrakorporalen Neurostimulator, perkutan

5-059.c Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode

Inkl.: Ersteinstellung

Exkl.: Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode (5-059.d ff.)

Implantation eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode (5-059.g ff.)

Anlegen oder Wechsel eines extrakorporalen Neurostimulators (8-631.5)

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

~~.c2 Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, wiederaufladbar~~

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

.cc Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator

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

- .cd Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit induktiver Energieübertragung
Exkl.: Implantation oder Wechsel spezieller Neurostimulationssysteme (5-059.c4 bis 5-059.cb)
- 5-059.d Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode
.d2 Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, wiederaufladbar
Exkl.: Wechsel spezieller Neurostimulationssysteme (5-059.d4 bis 5-059.db)
.dc Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator
Exkl.: Wechsel spezieller Neurostimulationssysteme (5-059.d4 bis 5-059.db)
.dd Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit induktiver Energieübertragung
Exkl.: Wechsel spezieller Neurostimulationssysteme (5-059.d4 bis 5-059.db)
- 5-059.g Implantation eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode
.g2 Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, wiederaufladbar
.g3 Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator
.g4 Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit induktiver Energieübertragung

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

5-07	Operationen an anderen endokrinen Drüsen
5-075	Exzision und Resektion von erkranktem Gewebe der Hypophyse Hinw.: Der Zugang ist gesondert zu kodieren (5-010 <u>ff.</u> , 5-011 <u>ff.</u>) Die Anwendung eines Endoskopiesystems ist gesondert zu kodieren (5-059.b)
5-079	Operationen an anderen endokrinen Drüsen Exkl.: Operation an Glomus caroticum und anderen Paraganglien (5-398 <u>ff.</u>) Operationen am Pankreas (5-52 <u>ff.</u>) Operationen am Hoden (5-62 <u>ff.</u>) Operationen am Ovar (5-65 <u>ff.</u>)

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

- Hinw.:** Die Anwendung mikrochirurgischer Technik ist, sofern nicht als eigener Code angegeben, zusätzlich zu kodieren (5-984)
Die Anwendung von Lasertechnik ist, sofern nicht als eigener Code angegeben, zusätzlich zu kodieren (5-985 ff.)
Die Anwendung eines OP-Roboters ist, sofern nicht als eigener Code angegeben, zusätzlich zu kodieren (5-987 ff.)
Die Anwendung eines Navigationssystems ist, sofern nicht als eigener Code angegeben, zusätzlich zu kodieren (5-988 ff.)
Die Durchführung der Operation im Rahmen der Versorgung einer Mehrfachverletzung ist zusätzlich zu kodieren (5-981)
Die Durchführung der Operation im Rahmen der Versorgung eines Polytraumas ist zusätzlich zu kodieren (5-982 ff.)
Die Durchführung einer Reoperation ist, sofern nicht als eigener Code angegeben, zusätzlich zu kodieren (5-983)
Der vorzeitige Abbruch einer Operation ist zusätzlich zu kodieren (5-995)

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 ff.)
 Die Anwendung eines Navigationssystems ist, sofern nicht als eigener Code angegeben, zusätzlich zu kodieren (5-988 ff.)
 Die Durchführung der Operation im Rahmen der Versorgung einer Mehrfachverletzung ist zusätzlich zu kodieren (5-981)
 Die Durchführung der Operation im Rahmen der Versorgung eines Polytraumas ist zusätzlich zu kodieren (5-982 ff.)
 Die Durchführung einer Reoperation ist, sofern nicht als eigener Code angegeben, zusätzlich zu kodieren (5-983)
 Der vorzeitige Abbruch einer Operation ist zusätzlich zu kodieren (5-995)
 Der Einsatz der pESS-Technik ist, sofern nicht als eigener Code angegeben, zusätzlich zu kodieren (5-98f)

5-21 Operationen an der Nase

5-210 Operative Behandlung einer Nasenblutung

5-210.6 Endonasales Clippen einer Arterie

5-22 Operationen an den Nasennebenhöhlen

5-222 Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle

5-222.9↔ Einlegen oder Wechsel eines medikamentenfreisetzenen selbstexpandierenden bioresorbierbaren Nasennebenhöhlen-Implantates

Inkl.: Einlegen oder Wechsel eines Mometasonfuroat freisetzenen selbstexpandierenden bioresorbierbaren Implantates

Operationen an Mundhöhle und Gesicht

(5-23...5-28)

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

5-26 Operationen an Speicheldrüsen und Speicheldrüsenausführungsgängen

5-262 Resektion einer Speicheldrüse

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

5-262.0 Parotidektomie, partiell

.00↔ Ohne intraoperatives Fazialismonitoring

.01↔ Mit intraoperativem Fazialismonitoring

.02↔ Ohne intraoperatives Fazialismonitoring, ohne Entfernung von erkranktem Gewebe im oberen Parapharyngeal- und/oder Infratemporalraum

.03↔ Ohne intraoperatives Fazialismonitoring, mit Entfernung von erkranktem Gewebe im oberen Parapharyngeal- und/oder Infratemporalraum

.04↔ Mit intraoperativem Fazialismonitoring, ohne Entfernung von erkranktem Gewebe im oberen Parapharyngeal- und/oder Infratemporalraum

- [.05↔](#) [Mit intraoperativem Fazialismonitoring, mit Entfernung von erkranktem Gewebe im oberen Parapharyngeal- und/oder Infratemporalraum](#)
- [.0x↔](#) [Sonstige](#)
- 5-262.1 Parotidektomie, komplett mit Erhalt des N. facialis
- [.10↔](#) [Ohne intraoperatives Fazialismonitoring](#)
- [.11↔](#) [Mit intraoperativem Fazialismonitoring](#)
- [.12↔](#) [Ohne intraoperatives Fazialismonitoring, ohne Entfernung von erkranktem Gewebe im oberen Parapharyngeal- und/oder Infratemporalraum](#)
- [.13↔](#) [Ohne intraoperatives Fazialismonitoring, mit Entfernung von erkranktem Gewebe im oberen Parapharyngeal- und/oder Infratemporalraum](#)
- [.14↔](#) [Mit intraoperativem Fazialismonitoring, ohne Entfernung von erkranktem Gewebe im oberen Parapharyngeal- und/oder Infratemporalraum](#)
- [.15↔](#) [Mit intraoperativem Fazialismonitoring, mit Entfernung von erkranktem Gewebe im oberen Parapharyngeal- und/oder Infratemporalraum](#)
- [.1x↔](#) [Sonstige](#)
- 5-262.2 Parotidektomie, komplett mit Resektion des N. facialis
- [.20↔](#) [Mit Teilresektion des N. facialis](#)
- [.21↔](#) [Mit Resektion des N. facialis](#)
- [.22↔](#) [Mit Teilresektion des N. facialis, ohne Entfernung von erkranktem Gewebe im oberen Parapharyngeal- und/oder Infratemporalraum](#)
- [.23↔](#) [Mit Teilresektion des N. facialis, mit Entfernung von erkranktem Gewebe im oberen Parapharyngeal- und/oder Infratemporalraum](#)
- [.24↔](#) [Mit Resektion des N. facialis, ohne Entfernung von erkranktem Gewebe im oberen Parapharyngeal- und/oder Infratemporalraum](#)
- [.25↔](#) [Mit Resektion des N. facialis, mit Entfernung von erkranktem Gewebe im oberen Parapharyngeal- und/oder Infratemporalraum](#)
- 5-269 Andere Operationen an Speicheldrüse und Speicheldrüsenausführungsgang**
- [5-269.4](#) [Entfernung von erkranktem Gewebe im oberen Parapharyngeal- und/oder Infratemporalraum mit Verlagerung der Glandula parotis](#)
- [.40↔](#) [Ohne intraoperatives Fazialismonitoring](#)
- [.41↔](#) [Mit intraoperativem Fazialismonitoring](#)

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

5-31	Andere Larynxoperationen und Operationen an der Trachea
5-312	Permanente Tracheostomie
	Exkl.: Erweiterungsplastik eines Tracheostomas (5-316.3)
	Sternale Tracheostomie bei Resektion der Trachea (5-314.1 ff.)
5-314	Exzision, Resektion und Destruktion (von erkranktem Gewebe) der Trachea
5-314.1	Resektion
.12	Mit Anlegen eines Tracheostomas
5-314.3	Resektion, krikotracheal
.30	Mit End-zu-End-Anastomose
.31	Mit Anlegen eines Tracheostomas
.32	Mit Plastik (Stent)
.3x	Sonstige
5-316	Rekonstruktion der Trachea
	Exkl.: Dilatation der Trachea (5-319.1 ff.)
5-316.1	Verschluss einer Fistel
	Exkl.: Verschluss einer erworbenen Ösophagotrachealfistel (5-429.4 ff.)
5-316.2	Verschluss eines Tracheostomas
5-316.3	Erweiterungsplastik eines Tracheostomas

5-319 Andere Operationen an Larynx und Trachea

5-319.1 Dilatation der Trachea (endoskopisch)

Hinw.: Die Anwendung von Lasertechnik ist gesondert zu kodieren (5-985 ff.)5-319.c Plastische laryngotracheale Rekonstruktion mit Rippenknorpel*Inkl.:* End-zu-End-Anastomose*Hinw.:* Die Entnahme von Rippenknorpel ist gesondert zu kodieren (5-349.4)**Operationen an Lunge und Bronchus****(5-32...5-34)****5-32 Exzision und Resektion an Lunge und Bronchus****5-320 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe eines Bronchus**

5-320.0↔ Durch Bronchoskopie

Inkl.: Bronchoskopische Blutstillung*Hinw.:* Die Anwendung von Lasertechnik ist gesondert zu kodieren (5-985 ff.)**5-33 Andere Operationen an Lunge und Bronchus****5-335 Lungentransplantation***Exkl.:* Herz-Lungen-Transplantation (5-375 ff.)*Hinw.:* Eine normotherme Organkonservierung liegt vor, wenn das Organ normotherm beatmet und perfundiert wirdDie Art der Konservierung von Organtransplantaten ist gesondert zu kodieren (5-939 ff.)

5-335.2 Transplantation

.20↔ Komplet (gesamtes Organ).21↔ Partiell (Lungenlappen)~~.22↔ Komplet (gesamtes Organ), ohne normotherme Organkonservierung~~~~.23↔ Komplet (gesamtes Organ), mit normothermer Organkonservierung~~~~.24↔ Partiell (Lungenlappen), ohne normotherme Organkonservierung~~~~.25↔ Partiell (Lungenlappen), mit normothermer Organkonservierung~~

5-335.3 Retransplantation während desselben stationären Aufenthaltes

.30↔ Komplet (gesamtes Organ).31↔ Partiell (Lungenlappen)~~.32↔ Komplet (gesamtes Organ), ohne normotherme Organkonservierung~~~~.33↔ Komplet (gesamtes Organ), mit normothermer Organkonservierung~~~~.34↔ Partiell (Lungenlappen), ohne normotherme Organkonservierung~~~~.35↔ Partiell (Lungenlappen), mit normothermer Organkonservierung~~**5-339 Andere Operationen an Lunge und Bronchien**

5-339.0 Dilatation eines Bronchus, bronchoskopisch

.06 Mit Einlegen oder Wechsel eines Bifurkationsstents*Hinw.:* Die Dilatation der Trachea ist im Kode enthalten**5-34 Operationen an Brustwand, Pleura, Mediastinum und Zwerchfell****5-340 Inzision von Brustwand und Pleura**

5-340.8↔ Osteotomie der Rippe mit Osteosynthese

Hinw.: Eine durchgeführte Osteosynthese ist gesondert zu kodieren (5-786 ff.)**5-342 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Mediastinums**

5-342.0 Exzision

.02 Durch Mediastinoskopie

Exkl.: Mediastinoskopische Exzision einzelner mediastinaler Lymphknoten (5-401.7 [ff.](#))
Mediastinoskopische regionale mediastinale Lymphadenektomie (5-402.d)

5-343 Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Brustwand

5-343.1 Destruktion von Weichteilen

Exkl.: Destruktion von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut (5-915 [ff.](#))

5-343.6 Komplette Resektion am knöchernen Thorax, Sternum

Exkl.: Thorakoplastik (5-346.9 [ff.](#))
Komplette Resektion am Sternum mit Rekonstruktion (5-346.63)

5-344 Pleurektomie

Exkl.: Pleurektomie im Rahmen von Lungenresektion oder in Kombination mit Pneum(on)ektomie (5-32 [ff.](#))

5-347 Operationen am Zwerchfell

Exkl.: Verschluss einer Hernia diaphragmatica (5-538 [ff.](#))

**Operationen am Herzen
(5-35...5-37)**

Exkl.: (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention (8-836 ff.)
Perkutan-transluminale Koronarangioplastie (8-837.0 ff., 8-837.1 ff.)
Shuntoperationen zwischen großem und kleinem Kreislauf (5-390 ff.)

Hinw.: Die Anwendung mikrochirurgischer Technik ist, sofern nicht als eigener Code angegeben, zusätzlich zu kodieren (5-984)
Die Anwendung von Lasertechnik ist, sofern nicht als eigener Code angegeben, zusätzlich zu kodieren (5-985 ff.)
Anwendung von minimalinvasiver Technik ist, sofern nicht als eigener Code angegeben, zusätzlich zu kodieren (5-986 ff.)
Die Anwendung eines OP-Roboters ist, sofern nicht als eigener Code angegeben, zusätzlich zu kodieren (5-987 ff.)
Die Anwendung eines Navigationssystems ist, sofern nicht als eigener Code angegeben, zusätzlich zu kodieren (5-988 [ff.](#))
Die Durchführung der Operation im Rahmen der Versorgung einer Mehrfachverletzung ist zusätzlich zu kodieren (5-981)
Die Durchführung der Operation im Rahmen der Versorgung eines Polytraumas ist zusätzlich zu kodieren (5-982 ff.)
Die Durchführung einer Reoperation ist, sofern nicht als eigener Code angegeben, zusätzlich zu kodieren (5-983)
Der vorzeitige Abbruch einer Operation ist zusätzlich zu kodieren (5-995)
Eine Volumenreduktion im Rahmen der Anwendung der Herz-Lungen-Maschine ist nicht gesondert zu kodieren
Eine durchgeführte Osteosynthese (außer Drahtcerclagen) ist gesondert zu kodieren (5-786 ff.)

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

5-350 Valvulotomie

Exkl.: Valvulotomie bei kongenitalen Klappenanomalien (5-358 [ff.](#))
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 Code enthalten
Wenn der Einsatz der Herz-Lungen-Maschine bei der offenen Valvulotomie 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

5-353 Valvuloplastik

Exkl.: Valvuloplastik bei kongenitalen Klappenanomalien (5-358 [ff.](#))

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 ff.)

5-353.0 Aortenklappenff. Raffung

5-353.6 Aortenklappe, Anuloplastik mit Implantat

5-353.7 Aortenklappe, Taschenrekonstruktion

5-357 Operationen bei kongenitalen Gefäßanomalien

5-357.3 A. pulmonalis (Schlingen)

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

5-35a Minimalinvasive Operationen an Herzklappen

5-35a.0 Implantation eines Aortenklappenersatzes

.00 Endovaskulär

.03 Endovaskulär, mit primär ballonexpandierbarem Implantat

.04 Endovaskulär, mit primär selbstexpandierendem Implantat

5-35a.2 Endovaskuläre Mitralklappenanuloplastik

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

.20 Perkutane Mitralklappenanulorrhaphie mit Spange

.21 Perkutane Mitralklappenanulorrhaphie mit Band

.2x Sonstige

5-35a.4 Mitralklappenrekonstruktion

.40 Mitralklappensegelplastik, ~~T~~ransarteriell

Inkl.: Transarterielle ventrikuläre Mitralklappenrekonstruktion

.41 Mitralklappensegelplastik, ~~T~~ransvenös

Inkl.: Transvenöse Clip-Rekonstruktion der Mitralklappe

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

.42 Mitralklappensegelplastik, ~~T~~ransapikal

Inkl.: Implantation von Neochordae (PTFE)

.43 Mitralklappenanuloplastik, transarteriell

Inkl.: Mitralklappenanulorrhaphie mit Naht

.44 Mitralklappenanuloplastik, transvenös

Inkl.: Mitralklappenanulorrhaphie mit Band

.45 Mitralklappenanuloplastik, über den Koronarsinus

Inkl.: Mitralklappenanulorrhaphie mit Spange

.4x Sonstige

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

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

5-37 Rhythmuschirurgie und andere Operationen an Herz und Perikard

5-371 Chirurgische ablativ Maßnahmen bei ~~Tachyarrhythmie~~ Herzrhythmusstörungen

5-373 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Herzens

5-373.7 Destruktion am Reizleitungssystem, am Vorhof

Exkl.: Radiofrequenzablation durch Katheterisierung (8-835 ff.)

5-373.8 Destruktion am Reizleitungssystem, am Ventrikel

Exkl.: Radiofrequenzablation durch Katheterisierung (8-835 ff.)

5-374 Rekonstruktion des Perikardes und des Herzens

Exkl.: Plastische Rekonstruktion des Herzseptums bei angeborenen Herzfehlern (5-356 ff.)

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 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

5-374.8 Plastische Rekonstruktion des Myokardes mit myokardialem Verankerungssystem

Exkl.: Minimalinvasive plastische Rekonstruktion des Myokardes mit myokardialem Verankerungssystem, Hybrideingriff (5-37a.1)

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 ff. zusätzlich anzugeben

Die Art der Konservierung von Organtransplantaten ist gesondert zu kodieren (5-939 ff.)

5-375.0 Herztransplantation, orthotop

~~.00 Ohne normotherme und pulsatile Organkonservierung~~

~~.04 Mit normothermer und pulsatiler Organkonservierung~~

5-375.1 Herztransplantation, heterotop (Assistenzherz)

~~.10 Ohne normotherme und pulsatile Organkonservierung~~

~~.14 Mit normothermer und pulsatiler Organkonservierung~~

5-375.3 Herz-Retransplantation während desselben stationären Aufenthaltes

~~.30 Ohne normotherme und pulsatile Organkonservierung~~

~~.34 Mit normothermer und pulsatiler Organkonservierung~~

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

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

.20 Implantation mit Sternotomie

.21 Entfernung mit Sternotomie

.23 Implantation, transapikal

.24 Entfernung, transapikal

5-379 Andere Operationen an Herz und Perikard

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

.80 Implantation oder Wechsel eines Systems mit Vorhofelektrode

.81 Revision eines Systems mit Vorhofelektrode

.82 Implantation oder Wechsel eines Systems ohne Vorhofelektrode

.83 Revision eines Systems ohne Vorhofelektrode

5-37a Minimalinvasive Rekonstruktion des Perikardes und des Herzens

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

Exkl.: Plastische Rekonstruktion des Myokardes mit myokardialem Verankerungssystem (5-374.8)

Hinw.: Die Mini-Thorakotomie ist im Kode enthalten

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

Operationen an den Blutgefäßen

(5-38...5-39)

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

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

Operationen an intraspinalen Blutgefäßen (5-037 ff.)

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

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

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

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

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

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

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

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

Die Implantation von Stents (8-84) und die Angioplastie (8-836.0 ff.) sind gesondert zu kodieren

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

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

Die Art der Beschichtung von Gefäßprothesen ist gesondert zu kodieren (5-938 ff.)

5-38 Inzision, Exzision und Verschluss von Blutgefäßen

5-383 Resektion und Ersatz (Interposition) von (Teilen von) Blutgefäßen

Inkl.: Resektion eines Aneurysmas

Exkl.: Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta (5-384 ff.)

Ausschaltungsoperation bei Aneurysmen (Bypass-Anastomose) (5-393 ff.)

Endovaskuläre Implantationen von Stent-Prothesen zur Ausschaltung von Aneurysmen (5-38a ff.)

Hinw.: Die nähere Lokalisationsangabe ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-38 zu kodieren

5-387 Ligatur und Teilverschluss der Vena cava

5-387.2 Einführung eines Antiembolie-Schirmes, offen chirurgisch

Exkl.: Perkutan-transluminale Einführung eines Antiembolie-Schirmes (8-839.1 ff.)

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 mit Ausnahme der iliakalen Stent-Prothesen ohne Seitenarm. Hier ist die Anzahl der Stent-Prothesen zu verschlüsseln
Die zusätzliche Verwendung von nicht großlumigen Stent-Prothesen zur Versorgung thorakaler oder abdominaler Gefäßabgänge ist gesondert zu kodieren (8-842 ff.)

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

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

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

5-38a.4 Arterien Becken

~~.40 Stent-Prothese, iliakal ohne Seitenarm~~

.41 ↔ Stent-Prothese, iliakal mit Seitenarm

Exkl.: Versorgung eines iliakalen Gefäßabganges in Chimney-Technik (5-38a.42)

Aktualisierungsliste OPS Version 2018

- .42↔ Stent-Prothese, mit Versorgung eines Gefäßabganges in Chimney-Technik
Inkl.: Stent-Prothese mit Versorgung eines Gefäßabganges in Schnorchel-Technik, in Periskop-Technik, in Sandwich-Technik oder in Parallelgraft-Technik
Hinw.: Dieser Kode ist für die gleichzeitige Implantation einer Stent-Prothese in die A. iliaca communis und einer kleinklumigen Stent-Prothese in die A. iliaca interna zu verwenden
- .43 1 Stent-Prothese, iliakal ohne Seitenarm
.44 2 Stent-Prothesen, iliakal ohne Seitenarm
.45 3 oder mehr Stent-Prothesen, iliakal ohne Seitenarm
- 5-38a.8 Aorta thoracoabdominalis
Hinw.: Die Verwendung von mehreren aortalen Stent-Prothesen ist gesondert zu kodieren (5-38a.v ff.)
Die zusätzliche Verwendung von iliakalen ~~Stent~~-Prothesen ist ~~mit dem Kode 5-38a.41 (ggf. für beide Seiten)~~ gesondert zu kodieren (5-38a.4 ff.)
Die Art des Endes der untersten aortalen Prothese ist gesondert zu kodieren (5-38a.u ff.)
- 5-38a.c Aorta abdominalis
Hinw.: Reicht die aortale Stent-Prothese kranial über den Truncus coeliacus hinaus und wird dieser mit einer Stent-Prothese versorgt, ist eine thorakoabdominale Stent-Prothese zu kodieren (5-38a.8 ff.)
Die Verwendung von mehreren aortalen Stent-Prothesen ist gesondert zu kodieren (5-38a.v ff.)
Die zusätzliche Verwendung von iliakalen ~~Stent~~-Prothesen ist ~~mit dem Kode 5-38a.41 (ggf. für beide Seiten)~~ gesondert zu kodieren (5-38a.4 ff.)
Die Art des Endes der untersten aortalen Prothese ist gesondert zu kodieren (5-38a.u ff.)
- 5-38a.u Art des Endes der untersten Stent-Prothese
Hinw.: Diese Codes sind Zusatzcodes. Die durchgeführten Eingriffe sind gesondert zu kodieren
Mit diesen Codes ist zu dokumentieren, wie die unterste Stent-Prothese in der Aorta endet
Die zusätzliche Verwendung von iliakalen ~~Stent~~-Prothesen ist ~~mit dem Kode 5-38a.41 (ggf. für beide Seiten)~~ gesondert zu kodieren (5-38a.4 ff.)

5-39 Andere Operationen an Blutgefäßen

5-392 Anlegen eines arteriovenösen Shunt

5-392.8 Verwendung eines extraluminalen adaptierbaren Anastomosenstabilisators

Hinw.: Dieser Kode ist ein Zusatzkode. Die jeweilige Gefäßoperation ist gesondert zu kodieren
Ein externer (extraluminale) adaptierbarer Anastomosenstabilisator wird zur geometrischen Korrektur, zur Stabilisierung des Anastomosierungswinkels und zur Flussoptimierung der AV-Fistel verwendet

5-393 Anlegen eines anderen Shunt und Bypasses an Blutgefäßen

5-393.0 Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals

.01↔ A. carotis - A. carotis

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 ff.)
 Die Anwendung minimalinvasiver Technik ist, sofern nicht als eigener Kode angegeben, zusätzlich zu kodieren (5-986 ff.)
 Die Durchführung der Operation im Rahmen der Versorgung einer Mehrfachverletzung ist zusätzlich zu kodieren (5-981)
 Die Durchführung der Operation im Rahmen der Versorgung eines Polytraumas ist zusätzlich zu kodieren (5-982 ff.)
 Die Durchführung einer Reoperation ist, sofern nicht als eigener Kode angegeben, zusätzlich zu kodieren (5-983)
 Der vorzeitige Abbruch einer Operation ist zusätzlich zu kodieren (5-995)
Die Verwendung von Membranen oder sonstigen Materialien zur Prophylaxe von Adhäsionen ist gesondert zu kodieren (5-933 ff.)

5-42	Operationen am Ösophagus
5-420	Inzision des Ösophagus
	Inkl.: Entfernung eines Fremdkörpers
	Exkl.: Endoskopische Entfernung eines Fremdkörpers (8-100 <u>ff.</u>)
5-422	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Ösophagus
5-422.2	Exzision, endoskopisch
	Hinw.: <u>Die Blutstillung durch einen auf ein Endoskop aufgesteckten ringförmigen Clip (5-429.u) oder durch Auftragen absorbierender Substanzen (5-429.v) ist gesondert zu kodieren</u>
5-429	Andere Operationen am Ösophagus
5-429.r	Implantation eines Antireflux-Stimulationssystems
	Inkl.: <u>Ersteinstellung</u>
5-429.s	(Teil-)Wechsel eines Antireflux-Stimulationssystems
	Inkl.: <u>Ersteinstellung</u>
5-43	Inzision, Exzision und Resektion am Magen
5-431	Gastrostomie
5-431.2	Perkutan-endoskopisch (PEG)
	Exkl.: Wechsel und Entfernung einer PEG (8-123 <u>ff.</u>)
<u>5-431.3</u>	<u>Freilegung und Entfernung einer eingewachsenen PEG-Halteplatte</u>
<u>.30</u>	<u>Offen chirurgisch</u>
<u>.31</u>	<u>Endoskopisch</u>
<u>.3x</u>	<u>Sonstige</u>
5-433	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens
	Inkl.: Destruktion zur Blutstillung
	Exkl.: Injektion zur Blutstillung (5-449.e <u>ff.</u>)
5-433.0	Exzision, offen chirurgisch
	Inkl.: Exzision eines Ulkus
	Exkl.: Exzision eines Ulcus ad pylorum bei Pyloroplastik (5-432.1) Exzision eines Ulkus im Rahmen einer Vagotomie (5-444.1 <u>ff.</u> , 5-444.2 <u>ff.</u>) Übernähung eines Ulcus duodeni (5-469.7 <u>ff.</u>) Umstechung eines Ulcus duodeni (5-469.8 <u>ff.</u>) Umstechung eines Ulcus ventriculi (5-449.5 <u>ff.</u>)

5-433.2 Exzision, endoskopisch

Hinw.: Die Blutstillung durch einen auf ein Endoskop aufgesteckten ringförmigen Clip (5-429.u) oder durch Auftragen absorbierender Substanzen (5-429.v) ist gesondert zu kodieren

5-44 Andere Operationen am Magen

5-445 Gastroenterostomie ohne Magenresektion [Bypassverfahren]

Hinw.: Die Verwendung von selbstexpandierenden Stents ist gesondert zu kodieren (z.B. 5-449.h3 ff.)

5-448 Andere Rekonstruktion am Magen

5-448.f Magenplikatur

.f0 Offen chirurgisch

.f1 Laparoskopisch

.f2 Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch

.f3 Endoskopisch

.fx Sonstige

5-45 Inzision, Exzision, Resektion und Anastomose an Dünn- und Dickdarm

5-450 Inzision des Darmes

5-450.3 Perkutan-endoskopische Jejunostomie (PEJ)

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

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

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

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

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

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

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

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

5-452.6 Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik)

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

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

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

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

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 ff.)
Die Anlage eines Enterostomas ist gesondert zu kodieren (5-462.0, 5-462.1)

5-455 Partielle Resektion des Dickdarmes

Hinw.: Das Anlegen eines protektiven Enterostomas ist gesondert zu kodieren (5-462 ff.)
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, [5-406.a](#), [5-406.b](#))

Die radikale Lymphadenektomie ist gesondert zu kodieren (5-407.2, 5-407.3, 5-407.4, [5-407.6](#), [5-407.7](#))

Die Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz oder Gewebeverstärkung ist gesondert zu kodieren (5-932 ff.)

5-456 (Totale) Kolektomie und Proktokolektomie

Hinw.: Das Anlegen eines protektiven Enterostomas ist gesondert zu kodieren (5-462 [ff.](#))

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, [5-406.a](#), [5-406.b](#))

Die radikale Lymphadenektomie ist gesondert zu kodieren (5-407.2, 5-407.3, 5-407.4, [5-407.6](#), [5-407.7](#))

Die Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz oder Gewebeverstärkung ist gesondert zu kodieren (5-932 ff.)

5-46 Andere Operationen an Dünn- und Dickdarm

5-464 Revision und andere Eingriffe an einem Enterostoma

5-464.5** Korrektur einer parastomalen Hernie

Hinw.: ~~Die Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz oder Gewebeverstärkung ist gesondert zu kodieren (5-932 ff.)~~

5-469 Andere Operationen am Darm

Hinw.: Die Durchführung der endoskopischen Verfahren in Push-and-pull-back-Technik ist gesondert zu kodieren (5-469.v**3**)

5-48 Operationen am Rektum

5-482 Perianale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums

Inkl.: Eingriffe in der Perirektalregion
Blutstillung

Hinw.: [Die Blutstillung durch einen auf ein Endoskop aufgesteckten ringförmigen Clip \(5-489.j\) oder durch Auftragen absorbierender Substanzen \(5-489.k\) ist bei endoskopischen Verfahren gesondert zu kodieren](#)

5-50 Operationen an der Leber

5-504 Lebertransplantation

Exkl.: Allogene Hepatozytentransplantation (8-862 ff.)

Hinw.: Bei AB0-nichtkompatibler Transplantation ist der Kode 5-930.21 zusätzlich anzugeben

[Die Art der Konservierung von Organtransplantaten ist gesondert zu kodieren \(5-939 ff.\)](#)

5-51 Operationen an Gallenblase und Gallenwegen

5-510 Cholezystotomie und Cholezystostomie

5-510.4 Cholezystostomie
.43 Endoskopisch

Hinw.: Die Verwendung von selbstexpandierenden Stents ist gesondert zu kodieren (5-449.h3, 5-469.k3)

[Die Verwendung von auf ein Kauterisierungssystem vorgeladenen selbstexpandierenden Stents ist gesondert zu kodieren \(5-549.a\)](#)

5-512 Biliodigestive Anastomose (von Ductus hepaticus, Ductus choledochus und Leberparenchym)

Inkl.: Operationen bei kongenitaler Gallengangsatresie
Einlage einer Gallengangs-/T-Drainage

Hinw.: Die Resektion von Gallengangsgewebe ist gesondert zu kodieren (5-515 ff.)
Eine intraoperative Cholangiographie durch Zugang im Rahmen einer Laparotomie oder Laparoskopie ist gesondert zu kodieren (3-13c.3)
Die Verwendung von selbstexpandierenden Stents ist gesondert zu kodieren (5-449.h ff., 5-469.k ff.)
Die Verwendung von auf ein Kauterisierungssystem vorgeladenen selbstexpandierenden Stents ist gesondert zu kodieren (5-549.a)

5-513 Endoskopische Operationen an den Gallengängen

5-513.3 Exzision

Exkl.: Endoskopische Biopsie an den Gallengängen oder an Sphincter Oddi und Papilla duodeni major (1-440.6, 1-440.7)
Biopsie durch Inzision an den Gallengängen oder an Sphincter Oddi und Papilla duodeni major (1-552.1, 1-552.2)

.30 Exzision an der Papille

.31 Papillektomie

Exkl.: Exzision der Papilla duodeni major mit Replantation des Ductus choledochus (5-518.4 ff.)

.32 Exzision am Gallengang

5-513.q Therapeutische direkte Endoskopie der Gallenwege [duktale Endoskopie]

Hinw.: Diese Codes sind Zusatzcodes. Sie sind nur anzugeben, wenn eine duktale Endoskopie der Gallenwege als Zugang für eines der unter 5-513.1 bis 5-513.h ff. und 5-513.m ff. bis 5-513.n ff. aufgeführten Verfahren eingesetzt wurde

.q0 Cholangioskopie der Gallenwege distal der Hepatikusgabel

Inkl.: Cholangioskopie der extrahepatischen Gallenwege

.q1 Cholangioskopie der Gallenwege proximal der Hepatikusgabel

Inkl.: Cholangioskopie der intrahepatischen Gallenwege

5-514 Andere Operationen an den Gallengängen

5-514.u Therapeutische perkutan-transhepatische Endoskopie der Gallenwege

Hinw.: Diese Codes sind Zusatzcodes. Sie sind nur anzugeben, wenn eine perkutan-transhepatische Endoskopie der Gallenwege als Zugang für eines der unter 5-514.0 ff. bis 5-514.t ff. aufgeführten Verfahren eingesetzt wurde

.u0 Normalkalibriges Cholangioskop

Hinw.: Der Außendurchmesser eines normalkalibrigen Cholangioskops beträgt mehr als 4 mm

.u1 Kleinkalibriges Cholangioskop

Hinw.: Der Außendurchmesser eines kleinkalibrigen Cholangioskops beträgt 4 mm oder weniger

5-515 Exzision und Resektion von erkranktem Gewebe der Gallengänge

5-515.2 Resektion, mit biliodigestiver Anastomose

Hinw.: Die biliodigestive Anastomose ist gesondert zu kodieren (5-512. ff.)

5-518 Operationen an Sphincter Oddi und Papilla duodeni major

Exkl.: Papillotomie, endoskopisch (ERCP) (5-513.1)

Papillektomie, endoskopisch (5-513.31)

Endoskopische Operationen an den Gallengängen (5-513 ff.)

Endoskopische Eingriffe am Pankreasgang (5-526. ff.)

Hinw.: Eine intraoperative Cholangiographie durch Zugang im Rahmen einer Laparotomie oder Laparoskopie ist gesondert zu kodieren (3-13c.3)

5-52 Operationen am Pankreas

5-521 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Pankreas

5-521.0 Exzision

Exkl.: Endoskopische transgastrale Entfernung von Pankreasnekrosen (5-529.p ff.)

- 5-521.4 [Destruktion durch Radiofrequenzablation](#)
 .40 [Offen chirurgisch](#)
 .41 [Endoskopisch transgastral oder endoskopisch transduodenal](#)
 .4x [Sonstige](#)

5-526 Endoskopische Operationen am Pankreasgang

5-526.j [Therapeutische Endoskopie des Pankreasganges \[duktale Endoskopie\]](#)

Hinw.: [Dieser Kode ist ein Zusatzkode. Er ist nur anzugeben, wenn eine duktale Endoskopie des Pankreasganges als Zugang für eines der unter 5-526.1 bis 5-526.f ff. aufgeführten Verfahren eingesetzt wurde](#)

5-529 Andere Operationen am Pankreas und am Pankreasgang

5-529.n Transgastrale Drainage einer Pankreaszyste
 .n4 Endoskopisch mit Einlegen eines selbstexpandierenden Stents

Exkl.: Einlegen einer selbstexpandierenden Prothese in den Pankreasgang (5-526.e0)

Hinw.: [Die Verwendung von auf ein Kauterisierungssystem vorgeladenen selbstexpandierenden Stents ist gesondert zu kodieren \(5-549.a\)](#)

5-529.p Endoskopische transgastrale Entfernung von Pankreasnekrosen

Inkl.: Drainage

Entfernung von [intra-/retroperitonealen postpankreatitischen Nekrosen/Flüssigkeitsansammlungen](#)

.p2 Mit Einlegen eines selbstexpandierenden Stents

Exkl.: Einlegen einer selbstexpandierenden Prothese in den Pankreasgang (5-526.e0)

Hinw.: [Die Verwendung von auf ein Kauterisierungssystem vorgeladenen selbstexpandierenden Stents ist gesondert zu kodieren \(5-549.a\)](#)

5-529.r Transduodenale Drainage einer Pankreaszyste
 .r3 Endoskopisch mit Einlegen eines selbstexpandierenden Stents

Exkl.: Einlegen einer selbstexpandierenden Prothese in den Pankreasgang (5-526.e0)

Hinw.: [Die Verwendung von auf ein Kauterisierungssystem vorgeladenen selbstexpandierenden Stents ist gesondert zu kodieren \(5-549.a\)](#)

5-529.s Endoskopische transduodenale Entfernung von Pankreasnekrosen

Inkl.: Drainage

Entfernung von [intra-/retroperitonealen postpankreatitischen Nekrosen/Flüssigkeitsansammlungen](#)

.s2 Mit Einlegen eines selbstexpandierenden Stents

Exkl.: Einlegen einer selbstexpandierenden Prothese in den Pankreasgang (5-526.e0)

Hinw.: [Die Verwendung von auf ein Kauterisierungssystem vorgeladenen selbstexpandierenden Stents ist gesondert zu kodieren \(5-549.a\)](#)

5-53 Verschluss abdominaler Hernien

5-530 Verschluss einer Hernia inguinalis

5-530.8↔ Bei Rezidiv, offen-[chirurgisch](#), mit Darmresektion, ohne zusätzliche Laparotomie

[5-530.9 Laparoskopisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss](#)

[.90↔ Mit hoher Bruchsackunterbindung und Teilresektion](#)

[.91↔ Ohne weitere Maßnahmen](#)

[.9x↔ Sonstige](#)

5-531 Verschluss einer Hernia femoralis

5-531.8↔ Bei Rezidiv, offen-[chirurgisch](#), mit Darmresektion, ohne zusätzliche Laparotomie

5-54 Andere Operationen in der Bauchregion

5-545 Verschluss von Bauchwand und Peritoneum

Exkl.: Anlegen eines temporären [Bauchdeckenverschlusses \(5-541.4\)](#)
[Bauchdeckenverschlusses \(5-541.4\)](#)

5-549 Andere Bauchoperationen

5-549.a Verwendung von auf ein Kauterisierungssystem vorgeladenen selbstexpandierenden Prothesen/Stents

Hinw.: Dieser Kode ist ein Zusatzkode. Die durchgeführten Eingriffe sind gesondert zu kodieren

Operationen an den Harnorganen

(5-55...5-59)

5-55 Operationen an der Niere

5-550 Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung

Exkl.: Perkutan-transrenale (antegrad-ureterskopische) Steinentfernung aus dem Ureter (5-562.6)
 Diagnostische Ureterorenoskopie (1-665)

Hinw.: Perkutan-transrenale Operationen entsprechen den antegrad-nephroskopischen Operationen
Die Anwendung eines flexiblen Ureterorenoskops ist gesondert zu kodieren (5-98b ff.)

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

Hinw.: Die Anwendung eines flexiblen Ureterorenoskops ist gesondert zu kodieren (5-98b ff.)

5-555 Nierentransplantation

Hinw.: Bei AB0-nichtkompatibler Transplantation ist der Kode 5-930.21 zusätzlich anzugeben
Die Art der Konservierung von Organtransplantaten ist gesondert zu kodieren (5-939 ff.)

5-555.1 Allogen, Leichenniere

~~-10~~ ~~Ohne hypotherme und pulsatile Organkonservierung~~

~~-11~~ ~~Mit hypothermer und pulsatiler Organkonservierung~~

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

~~-70~~ ~~Ohne hypotherme und pulsatile Organkonservierung~~

~~-71~~ ~~Mit hypothermer und pulsatiler Organkonservierung~~

5-56 Operationen am Ureter

5-560 Transurethrale und perkutan-transrenale Erweiterung des Ureters

Inkl.: Erweiterung des pyeloureteralen Überganges

Hinw.: Die Anwendung eines flexiblen Ureterorenoskops ist gesondert zu kodieren (5-98b ff.)

5-562 Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung

Inkl.: Ureterolithotomie

Hinw.: Die Anwendung eines flexiblen Ureterorenoskops ist gesondert zu kodieren (5-98b ff.)

5-563 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Ureters, Ureterresektion und Ureterektomie

Exkl.: Ureterresektion bei Nephrektomie (5-554 ff.)

Hinw.: Die Anwendung eines flexiblen Ureterorenoskops ist gesondert zu kodieren (5-98b ff.)

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

5-60 Operationen an Prostata und Vesiculae seminales

5-601 Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe

5-601.3 Destruktion durch Hitze (~~Thermotherapie~~)

~~Inkl.: Radiofrequenzablation, Mikrowellenablation~~

.30 Radiofrequenzablation

.31 Mikrowellenablation

.32 Wasserdampfablation

.33 Thermotherapie

.34 Hyperthermie

.3x Sonstige

5-601.7 Exzision durch Laser

.72 Thulium-Laser-Enukleation

.73 Thulium-Laser-Resektion

5-601.a Destruktion durch Magnetresonanz-gesteuerten Ultraschall

5-602 Transrektale und perkutane Destruktion von Prostatagewebe

5-602.2 Durch Strahlenträger

Hinw.: Die genaue Form der Brachytherapie ist gesondert zu kodieren (8-524 ff., 8-525 ff.)

Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (5-65...5-71)

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

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

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

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

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

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

Die Verwendung von Membranen oder sonstigen Materialien zur Prophylaxe von Adhäsionen ist gesondert zu kodieren (5-933 ff.)

5-65 Operationen am Ovar

Hinw.: Der Zugang ist für die Codes 5-651 ff., 5-652 ff., 5-656 ff. und 5-659 ff. 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

5-657 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)~~

5-68 Inzision, Exzision und Exstirpation des Uterus

Inkl.: Exenteration des kleinen Beckens

Hinw.: Die Durchführung einer spezifischen Scheidenstumpffixation im Rahmen einer Vorder- und/oder Hinterwandplastik ist gesondert zu kodieren (5-704.46 bis 5-704.4p)
Die Durchführung einer spezifischen Zervixstumpffixation im Rahmen einer Vorder- und/oder Hinterwandplastik ist gesondert zu kodieren (5-704.56 bis 5-704.5p)
~~Die Verwendung einer Kunststoff- oder biologischen Membran zur Prophylaxe von Adhäsionen ist gesondert zu kodieren (5-933)~~

5-681 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus

5-681.6 Destruktion
~~.66 Radiofrequenzablation~~
.67 Radiofrequenzablation, ohne intrauterine Ultraschallführung
.68 Radiofrequenzablation, mit intrauteriner Ultraschallführung

5-683 Uterusexstirpation [Hysterektomie]

5-683.4** Zur Transplantation, Lebendspenderin

5-69 Andere Operationen am Uterus und Operationen an den Parametrien

5-692 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Parametrien

Exkl.: Exzision einer Parovarialzyste (5-659.2 ff.)

Hinw.: ~~Die Verwendung einer Kunststoff- oder biologischen Membran zur Prophylaxe von Adhäsionen ist gesondert zu kodieren (5-933)~~

5-699 Andere Operationen an Uterus und Parametrien

5-699.0 Uterustransplantation

5-699.x Sonstige

5-70 Operationen an Vagina und Douglasraum

5-704 Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik

Exkl.: Urethrokolposuspension (5-595.1 ff.)
 Transvaginale Suspensionsoperation bei Inkontinenz (5-593 ff.)

Hinw.: Bei gleichzeitiger Vorder- und Hinterwandplastik sind beide gesondert zu kodieren
 Eine ggf. durchgeführte Zervixamputation ist gesondert zu kodieren (5-673)
Die Durchführung einer spezifischen Scheidenstumpffixation im Rahmen einer Vorder- und/oder Hinterwandplastik ist gesondert zu kodieren (5-704.46 bis 5-704.4p)
Die Durchführung einer spezifischen Zervixstumpffixation im Rahmen einer Vorder- und/oder Hinterwandplastik ist gesondert zu kodieren (5-704.56 bis 5-704.5p)

Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen

(5-76...5-77)

- Hinw.:** Die Anwendung mikrochirurgischer Technik ist, sofern nicht als eigener Code angegeben, zusätzlich zu kodieren (5-984)
- Die Anwendung von Lasertechnik ist, sofern nicht als eigener Code angegeben, zusätzlich zu kodieren (5-985 ff.)
- Die Anwendung eines OP-Roboters ist, sofern nicht als eigener Code angegeben, zusätzlich zu kodieren (5-987 ff.)
- Die Anwendung eines Navigationssystems ist, sofern nicht als eigener Code angegeben, zusätzlich zu kodieren (5-988 ff.)
- Die Durchführung der Operation im Rahmen der Versorgung einer Mehrfachverletzung ist zusätzlich zu kodieren (5-981)
- Die Durchführung der Operation im Rahmen der Versorgung eines Polytraumas ist zusätzlich zu kodieren (5-982 ff.)
- Die Durchführung einer Reoperation ist, sofern nicht als eigener Code angegeben, zusätzlich zu kodieren (5-983)
- Der vorzeitige Abbruch einer Operation ist zusätzlich zu kodieren (5-995)

Operationen an den Bewegungsorganen

(5-78...5-86)

- Hinw.:** Die Anwendung mikrochirurgischer Technik ist, sofern nicht als eigener Code angegeben, zusätzlich zu kodieren (5-984)
- Die Anwendung von Lasertechnik ist, sofern nicht als eigener Code angegeben, zusätzlich zu kodieren (5-985 ff.)
- Die Anwendung von minimalinvasiver Technik ist, sofern nicht als eigener Code angegeben, zusätzlich zu kodieren (5-986 ff.)
- Die Durchführung der Operation im Rahmen der Versorgung einer Mehrfachverletzung ist zusätzlich zu kodieren (5-981)
- Die Durchführung der Operation im Rahmen der Versorgung eines Polytraumas ist zusätzlich zu kodieren (5-982 ff.)
- Die Durchführung einer Reoperation ist, sofern nicht als eigener Code 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 ff.)
- Die Anwendung eines Navigationssystems ist zusätzlich zu kodieren (5-988 ff.)
- Die Anwendung von hypoallergenem Material ist zusätzlich zu kodieren (5-931.0)

5-78 Operationen an anderen Knochen

5-784 Knochentransplantation und -transposition

Inkl.: Planung und Zurichtung

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

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

Eine (Kortiko-)Spongiosaplastik ist bei einer therapeutischen Transposition oder Transplantation von Knochengewebe zu kodieren. Diese Codes sind nicht anzugeben bei Verschluss oder Verfüllung von iatrogen geschaffenen oder zugangsbedingten Knochendefekten (inkl. Markräumen) mit ortsständigem Gewebe. ~~Die Bezeichnung "ortsständig"~~ Ortsständiges Gewebe wird im Bereich des Operationsgebietes ohne zusätzlichen Zugang gewonnen und bezieht sich bei Gelenkeingriffen auf alle gelenkbildenden Flächen ~~mit ein~~

Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Code 5-780 zu kodieren

- 5-784.0** Transplantation von Spongiosa, autogen, offen chirurgisch
- 5-784.1** Transplantation eines kortikospongiösen Spanes, autogen, offen chirurgisch
- 5-784.7** Transplantation von Spongiosa, allogen, offen chirurgisch
- 5-784.8** Transplantation eines kortikospongiösen Spanes, allogen, offen chirurgisch
- 5-784.c** Transplantation von Spongiosa, autogen, endoskopisch
- 5-784.d** Transplantation eines kortikospongiösen Spanes, autogen, endoskopisch
- 5-784.e** Transplantation von Spongiosa, allogen, endoskopisch

5-784.f** Transplantation eines kortikospongiösen Spanes, allogen, endoskopisch

5-786 Osteosyntheseverfahren

Exkl.: Osteosynthese einer Fraktur (5-79)
Osteosynthese an der Wirbelsäule (5-83b ff.)
Einbringen von ~~Osteosynthese~~ Fixationsmaterial ~~in~~ am Knochen bei Operationen am 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 ff.)
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)
Die Augmentation von Osteosynthesematerial ist gesondert zu kodieren (5-86a.3)

5-788 Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes

5-788.5 Osteotomie

.5f↔ Os metatarsale I, distal, Reoperation bei Rezidiv

.5g↔ Os metatarsale I, proximal, Reoperation bei Rezidiv

Hinw.: Mindestens die Hälfte der Osteotomielänge muss proximal der Schaftmitte liegen

.5h↔ Os metatarsale I, Doppelosteotomie, Reoperation bei Rezidiv

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

.5j↔ Os metatarsale I, mehrdimensionale Osteotomie, Reoperation bei Rezidiv

Hinw.: Eine mehrdimensionale Osteotomie liegt vor, wenn eine Korrektur in der sagittalen, frontalen und transversalen Ebene erfolgt

5-79 Reposition von Fraktur und Luxation

5-790 Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese

Inkl.: Versorgung kindlicher Frakturen
Reposition einer Luxationsfraktur

Exkl.: Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese (5-79a ff.)
~~Fixateur externe am Becken (5-798.6)~~
~~Fixateur externe am Hüftgelenk (5-799.8)~~

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

5-799 Offene Reposition einer Azetabulum- und Hüftkopffraktur mit Osteosynthese

Inkl.: Versorgung kindlicher Frakturen

Exkl.: Offene Reposition einer Hüftgelenkluxation (5-79b ff.)

Hinw.: Eine durchgeführte Knochentransplantation ist gesondert zu kodieren (5-784 ff.)
Eine durchgeführte Implantation einer Endoprothese ist gesondert zu kodieren (5-82 ~~ff.~~)

5-80 Offen chirurgische und andere Gelenkoperationen

Exkl.: Offene Reposition von Gelenkfrakturen (5-793 ff.)
Offene Reposition von Gelenkluxationen (5-79b ff.)
Arthroskopische Gelenkoperationen (5-81)

Hinw.: Das Einbringen von ~~Osteosynthese~~ Fixationsmaterial ~~in~~ am Knochen bei Operationen am Weichteilgewebe ist gesondert zu kodieren (5-869.2)
Aufwendige Gipsverbände sind gesondert zu kodieren (8-310 ff.)

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

5-805.b↔ Obere Kapselplastik

Inkl.: Fixation durch Knochenanker

Hinw.: Die Art des Transplantates ist gesondert zu kodieren (5-930 ff.)

5-806 Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Sprunggelenkes

Hinw.: Das Einbringen von ~~Osteosynthese~~ Fixationsmaterial ~~in~~ am Knochen bei Operationen am Weichteilgewebe ist gesondert zu kodieren (5-869.2)

5-808 Offen chirurgische Arthrodesen

Inkl.: Planung
Korrekturarthrodesen

Exkl.: Arthrodesen an kleinen Gelenken der Hand (5-846 ff.)
Temporäre Fixation eines Gelenkes (5-809.2 ff.)
Temporäre Fixation an kleinen Gelenken der Hand (5-849.1)

Hinw.: Eine durchgeführte Knochentransplantation ist gesondert zu kodieren (5-784 ff.)
Eine durchgeführte Osteosynthese ist gesondert zu kodieren (5-786 ff.)
Eine (Keil-)Resektion/(Keil-)Osteotomie der Gelenkflächenanteile zur Achsenkorrektur ist nicht gesondert zu kodieren

5-808.a Fußwurzel und/oder Mittelfuß

.a9↔ Ein Gelenkfach, Reoperation bei Rezidiv
.aa↔ Zwei Gelenkfächer, Reoperation bei Rezidiv
.ab↔ Drei Gelenkfächer, Reoperation bei Rezidiv
.ac↔ Vier Gelenkfächer, Reoperation bei Rezidiv
.ad↔ Fünf oder mehr Gelenkfächer, Reoperation bei Rezidiv

Inkl.: Komplette Lisfranc-Arthrodesen

.ae↔ Ein Gelenkfach, Reoperation bei Rezidiv mittels eines kortikospongiösen Spanes

Hinw.: Dieser Code ist im Geltungsbereich des G-DRG-Systems (§ 17b KHG) nicht zu verwenden. Dafür sind bei einer Reoperation bei Rezidiv an einem Gelenkfach mittels eines kortikospongiösen Spanes der Code 5-808.a9 und ein Code aus 5-784 ff. zu verwenden

.af↔ Zwei oder mehr Gelenkfächer, Reoperation bei Rezidiv mittels eines kortikospongiösen Spanes

Hinw.: Dieser Code ist im Geltungsbereich des G-DRG-Systems (§ 17b KHG) nicht zu verwenden. Dafür sind bei einer Reoperation bei Rezidiv an zwei oder mehr Gelenkfächern mittels eines kortikospongiösen Spanes ein Code aus 5-808.aa bis 5-808.ad und ein Code aus 5-784 ff. zu verwenden

5-808.b Zehengelenk

.b7↔ Großzehengrundgelenk, Reoperation bei Rezidiv
.b8↔ Großzehengrundgelenk, Reoperation bei Rezidiv mittels eines kortikospongiösen Spanes

Hinw.: Dieser Code ist im Geltungsbereich des G-DRG-Systems (§ 17b KHG) nicht zu verwenden. Dafür sind bei einer Reoperation bei Rezidiv am Großzehengrundgelenk mittels eines kortikospongiösen Spanes der Code 5-808.b7 und ein Code aus 5-784 ff. zu verwenden

5-809 Andere ~~offen chirurgische~~ Gelenkoperationen

Hinw.: Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Code 5-800 zu kodieren

5-809.0** Durchtrennung eines Bandes, offen chirurgisch [Subklassifikation - 6. Stelle: 0,1,3-9,e-t,x]

Exkl.: Durchtrennung des Lig. carpi transversum, Ringbandspaltung (5-841.1 ff.)

5-809.1** Arthrorise, offen chirurgisch

Exkl.: Arthrorise an Gelenken der Hand (5-849.6)

5-809.2** Temporäre Fixation eines Gelenkes, offen chirurgisch [Subklassifikation - 6. Stelle: 0,2-9,e-t,x]

Exkl.: Temporäre Fixation an Gelenken der Hand (5-849.1)
Temporäre Fixation des Akromioklavikulargelenkes (5-807.5, 5-807.6)

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

5-809.3** Einbringen einer Entlastungsfeder, offen chirurgisch [Subklassifikation - 6. Stelle: h]

5-809.4** Temporäre Fixation eines Gelenkes, perkutan

Exkl.: [Temporäre Fixation an Gelenken der Hand \(5-849.1\)](#)

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

5-81 Arthroskopische Gelenkoperationen

5-812 Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken

~~5-812.4** Subchondrale Spongiosaplastik~~
~~[Subklassifikation — 6. Stelle: 0,1,3-0,e-t,x]~~

5-813 Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes

[5-813.j↔ Augmentation des vorderen Kreuzbandes](#)

Inkl.: [Naht, dynamische intraligamentäre Stabilisierung](#)

[5-813.k↔ Augmentation des hinteren Kreuzbandes](#)

Inkl.: [Naht, dynamische intraligamentäre Stabilisierung](#)

5-814 Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes

[5-814.e↔ Obere Kapselplastik](#)

Inkl.: [Fixation durch Knochenanker](#)

Hinw.: [Die Art des Transplantates ist gesondert zu kodieren \(5-930 ff.\)](#)

5-82 Endoprothetischer Gelenk- und Knochenersatz

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

Exkl.: [Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation in gesonderter Sitzung \(5-820 ff. mit 5-829.n\)](#)

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

5-823 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk

Exkl.: [Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation in gesonderter Sitzung \(5-822 ff. mit 5-829.n\)](#)

Hinw.: Eine durchgeführte Spongiosaplastik ist gesondert zu kodieren (5-784 ff.)
 Die zusätzliche Verwendung von Osteosynthesematerial ist gesondert zu kodieren (5-786 ff.)
 Komplexe Wechseloperationen z.B. mit Knochenersatz oder mit Ersatz benachbarter Gelenke sind gesondert zu kodieren (5-829.b)
 Die Verwendung einer Tumorendoprothese ist gesondert zu kodieren (5-829.c)
 Die Verwendung einer hypoallergenen Prothese ist gesondert zu kodieren (5-829.e)
~~[Die Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation ist gesondert zu kodieren \(5-829.n\)](#)~~
 Ein durchgeführter alloplastischer Knochenersatz ist gesondert zu kodieren (5-785 ff.)
 Der (Teil-)Wechsel in eine CAD-CAM-Prothese ist mit dem jeweiligen Code für den (Teil-)Wechsel der Endoprothese und den Zusatzcodes 5-829.m oder 5-829.p zu kodieren

Die Verwendung einer beschichteten Endoprothese ist gesondert zu kodieren (5-829.j ff.)

Die Verwendung einer vollkeramischen Endoprothese ist gesondert zu kodieren (5-829.q)

5-824 Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität

Exkl.: Implantation eines Humerusersatzes (5-828 ff.)

Hinw.: Eine durchgeführte Spongiosaplastik ist gesondert zu kodieren (5-784 ff.)

Die zusätzliche Verwendung von Osteosynthesematerial ist gesondert zu kodieren (5-786 ff.)

Die komplexe Erstimplantation einer Endoprothese z.B. mit Knochenersatz oder mit Ersatz benachbarter Gelenke ist gesondert zu kodieren (5-829.a)

Die Verwendung einer Tumorendoprothese ist gesondert zu kodieren (5-829.c)

Die Verwendung einer hypoallergen Prothese ist gesondert zu kodieren (5-829.e)

Die Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation ist gesondert zu kodieren (5-829.n)

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

Eine durchgeführte Rekonstruktion eines knöchernen Glenoiddefektes ist gesondert zu kodieren (5-829.r)

5-825 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität

Exkl.: Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation in gesonderter Sitzung (5-824 ff. mit 5-829.n)

Hinw.: Eine durchgeführte Spongiosaplastik ist gesondert zu kodieren (5-784 ff.)

Die zusätzliche Verwendung von Osteosynthesematerial ist gesondert zu kodieren (5-786 ff.)

Komplexe Wechseloperationen z.B. mit Knochenersatz oder mit Ersatz benachbarter Gelenke sind gesondert zu kodieren (5-829.b)

Die Verwendung einer Tumorendoprothese ist gesondert zu kodieren (5-829.c)

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

Eine durchgeführte Rekonstruktion eines knöchernen Glenoiddefektes ist gesondert zu kodieren (5-829.r)

5-829 Andere gelenkplastische Eingriffe

5-829.h↔ Pfannenbodenplastik am Hüftgelenk

Hinw.: Dieser Kode ist anzugeben bei Augmentation des Pfannenlagers und dadurch erfolgter Rekonstruktion des Drehzentrums (z.B. bei Protrusionskoxarthrose) unter Verwendung von Knochen(ersatz)gewebe anzugeben. Dieser Kode ist nicht anzugeben bei Verschluss oder Verfüllung von iatrogen geschaffenen Knochendefekten mit ortsständigem Gewebe, ausschließlicher Verfüllung von Geröllzysten, Verwendung von zementierten Pfannenprothesen oder ausschließlicher Vertiefungsfräsung zur Schaffung eines Prothesenbettes

Eine durchgeführte Spongiosaplastik ist gesondert zu kodieren (5-784.0 ff., 5-784.7 ff.)

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

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 Codes ist einzeln Zusatzcodes. 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

.k0 Pfannenkomponente

.k1 Schaftkomponente ohne eine dem Knochendefekt entsprechende Länge und Dicke

Hinw.: Bei zweiseitiger Schaftverankerung ist der Kode nur einmal anzugeben

.k2 Schaftkomponente mit einer dem Knochendefekt entsprechenden Länge und Dicke

Inkl.: Mega-Endoprothese

Hinw.: Bei zweiseitiger Schaftverankerung ist der Kode nur einmal anzugeben

.k3 Pfannen- und Schaftkomponente, Schaft ohne eine dem Knochendefekt entsprechende Länge und Dicke

Hinw.: Dieser Kode ist nur zu verwenden, wenn beide gelenkbildende Implantatkomponenten der Endoprothese modular sind

.k4 Pfannen- und Schaftkomponente, Schaft mit einer dem Knochendefekt entsprechenden Länge und Dicke

Inkl.: Mega-Endoprothese

Hinw.: Dieser Kode ist nur zu verwenden, wenn beide gelenkbildende Implantatkomponenten der Endoprothese modular sind

5-829.r↔ Rekonstruktion eines knöchernen Glenoiddefektes

Hinw.: Dieser Kode ist anzugeben bei Augmentation eines knöchernen glenoidalen Defektes und dadurch erfolgter Rekonstruktion des Drehzentrums bzw. Wiederherstellung des ursprünglichen Gelenkniveaus unter Verwendung von Knochen(ersatz)gewebe

Dieser Kode ist nicht anzugeben bei Verschluss oder Verfüllung von iatrogen geschaffenen Knochendefekten mit ortsständigem Gewebe, ausschließlicher Verfüllung von Geröllzysten, Verwendung von zementierten Pfannenprothesen oder ausschließlicher Vertiefungsfräsung zur Schaffung eines Prothesenbettes

Eine durchgeführte Spongiosaplastik ist gesondert zu kodieren (5-784.0 ff., 5-784.7 ff.)

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

5-83 Operationen an der Wirbelsäule

5-838 Andere komplexe Rekonstruktionen der Wirbelsäule

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

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

5-83b.7** Durch intervertebrale Cages

Inkl.: (Stufenlos) Distrahierbare intervertebrale Cages, intervertebrale Cages mit osteosynthetischer Fixierung

5-85 Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln

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 ff.)

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

Das Einbringen von ~~Osteosynthese~~ Fixationsmaterial in am Knochen bei Operationen am Weichteilgewebe ist gesondert zu kodieren (5-869.2)

Die Deckung des Entnahmedefektes ist gesondert zu kodieren (5-90)

5-86 Replantation, Exartikulation und Amputation von Extremitäten und andere Operationen an den Bewegungsorganen

5-869 Andere Operationen an den Bewegungsorganen

5-869.2 Einbringen von ~~Osteosynthese~~ Fixationsmaterial am Knochen bei Operationen am Weichteilgewebe

Inkl.: Stabilisierung durch Fixationsverfahren bei Syndesmosenverletzung am Sprunggelenk (z.B. Stellschraube)

Fadenanker

Exkl.: Osteosynthese von Knochen (5-786 ff.)

Hinw.: Durchgeführte Weichteileingriffe sind gesondert zu kodieren

Die ausschließliche Verwendung von Fäden bei einer Naht ist hier nicht zu kodieren

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 [ff.](#))
- Die Durchführung der Operation im Rahmen der Versorgung einer Mehrfachverletzung ist zusätzlich zu kodieren (5-981)
- Die Durchführung der Operation im Rahmen der Versorgung eines Polytraumas ist zusätzlich zu kodieren (5-982 [ff.](#))
- Die Durchführung einer Reoperation ist, sofern nicht als eigener Kode angegeben, zusätzlich zu kodieren (5-983)
- Der vorzeitige Abbruch einer Operation ist zusätzlich zu kodieren (5-995)

5-87	Exzision und Resektion der Mamma
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
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.)
5-874	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.)
5-877	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

Operationen an Haut und Unterhaut (5-89...5-92)

5-92 Operationen an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen

Exkl.: Operationen am Nagelorgan bei Verbrennungen (5-898 [ff.](#))

Hinw.: Die Lokalisation ist für die Kodes 5-920 [ff.](#), 5-921 [ff.](#) und 5-923 [ff.](#) bis 5-929 [ff.](#) 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 [ff.](#))

Hinw.: Das Anlegen eines Verbandes ist gesondert zu kodieren (8-191 [ff.](#))

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

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 [ff.](#))

Schichtenübergreifendes Wunddebridement bei Verbrennungen (5-922.3)

Hinw.: Das Anlegen eines Verbandes ist gesondert zu kodieren (8-191 [ff.](#))

Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-920 zu kodieren

5-922 Wunddebridement an Muskel, Sehne und Faszie bei Verbrennungen und Verätzungen

Hinw.: Das Anlegen eines Verbandes ist gesondert zu kodieren (8-191 [ff.](#))

5-922.0 Debridement eines Muskels

Exkl.: Debridement eines Muskels bei anderen Ursachen (5-850.b [ff.](#))

5-922.1 Debridement einer Sehne

Exkl.: Debridement einer Sehne bei anderen Ursachen (5-850.c [ff.](#))

5-922.2 Debridement einer Faszie

Exkl.: Debridement einer Faszie bei anderen Ursachen (5-850.d [ff.](#))

- 5-923 Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen**
Exkl.: Temporäre Weichteildeckung bei anderen Ursachen (5-916.0-9 [5-916.b-c](#))
Hinw.: Kleinflächig entspricht einer Fläche bis 3 % der Körperoberfläche
 Das Anlegen eines Verbandes ist gesondert zu kodieren (8-191 [ff.](#))
 Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach der Liste vor 5-920 zu kodieren
- 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 [ff.](#))
 Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-920 zu kodieren
- 5-925 Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle**
Inkl.: Narbenkorrektur
Exkl.: Rekonstruktion des Skrotums (5-613 [ff.](#))
 Plastische Rekonstruktion des Mundwinkels (5-908.3)
 Plastische Rekonstruktion der Lippen (5-908.1, 5-908.2)
 Haartransplantation (5-912 [ff.](#))
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 [ff.](#))
 Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-920 zu kodieren
- 5-925.7** Mikrograft-Spalthautdeckung (nach Meek)
Hinw.: Eine ergänzend durchgeführte Spalthautdeckung ist gesondert zu kodieren (5-925.0 [ff.](#))
- 5-926 Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen**
Inkl.: Narbenkorrektur
Exkl.: Rekonstruktion des Skrotums (5-613 [ff.](#))
 Plastische Rekonstruktion des Mundwinkels (5-908.3)
 Plastische Rekonstruktion der Lippen (5-908.1, 5-908.2)
 Haartransplantation (5-912 [ff.](#))
Hinw.: Das Anlegen eines Verbandes ist gesondert zu kodieren (8-191 [ff.](#))
 Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-920 zu kodieren
- 5-927 Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen**
Inkl.: Durchtrennung von Synechien
Exkl.: Rekonstruktion des Skrotums (5-613 [ff.](#))
 Plastische Rekonstruktion des Mundwinkels (5-908.3)
 Plastische Rekonstruktion der Lippen (5-908.1, 5-908.2)
 Haartransplantation (5-912 [ff.](#))
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 [ff.](#))
 Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-920 zu kodieren
- 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 [ff.](#))
 Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-920 zu kodieren

5-929 Andere Operationen bei Verbrennungen und Verätzungen

Hinw.: Das Anlegen eines Verbandes ist gesondert zu kodieren (8-191 [ff.](#))
Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-920 zu kodieren

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

5-93 Angaben zum Transplantat und zu verwendeten Materialien

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

5-931.1 ~~(Teil-)r~~ [Resorbierbares Material](#)

Inkl.: [Magnesium, Composite-Material](#)

5-932 Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung

Hinw.: Die durchgeführten organspezifischen Eingriffe sind gesondert zu kodieren

[Die Fläche des verwendeten Materials ist auf der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:](#)

- [0 Weniger als 10 cm²](#)
- [1 10 cm² bis unter 50 cm²](#)
- [2 50 cm² bis unter 100 cm²](#)
- [3 100 cm² bis unter 200 cm²](#)
- [4 200 cm² bis unter 300 cm²](#)
- [5 300 cm² bis unter 400 cm²](#)
- [6 400 cm² bis unter 500 cm²](#)
- [7 500 cm² bis unter 750 cm²](#)
- [8 750 cm² bis unter 1.000 cm²](#)
- [9 1.000 cm² oder mehr](#)

~~5-932.0 Nicht resorbierbares Material~~

~~**Inkl.:** Polypropylen, Polyester, ePTFE, PVDF~~

~~.00 Ohne Beschichtung~~

~~.04 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

[5-932.4** Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung](#)

Inkl.: [Polypropylen, Polyester, ePTFE, PVDF](#)

[5-932.5** Nicht resorbierbares Material, mit antimikrobieller Beschichtung](#)

Inkl.: [Polypropylen, Polyester, ePTFE, PVDF](#)
[Chlorhexidindiacetat, Silbercarbonat](#)

[5-932.6** Nicht resorbierbares Material, mit Titanbeschichtung](#)

Inkl.: [Polypropylen, Polyester, ePTFE, PVDF](#)

[5-932.7** Nicht resorbierbares Material, mit sonstiger Beschichtung](#)

Inkl.: [Polypropylen, Polyester, ePTFE, PVDF](#)

5-933	Verwendung einer Kunststoff- von Membranen oder biologischen Membran sonstigen Materialien zur Prophylaxe von Adhäsionen
<u>5-933.0</u>	<u>Nicht resorbierbar</u>
<u>5-933.1</u>	<u>(Teil-)resorbierbar</u>
5-938	Art der Beschichtung von Gefäßprothesen
<u>5-938.0</u>	<u>Bioaktive Oberfläche</u>
<u>5-938.x</u>	<u>Sonstige</u>
5-939	Art der Konservierung von Organtransplantaten
	Hinw.: <u>Die jeweilige Organtransplantation ist gesondert zu kodieren</u> <u>Eine Organkonservierung kann normotherm oder hypotherm erfolgen. Eine Ex-vivo-Perfusion kann pulsatil oder nicht pulsatil angewendet werden</u>
<u>5-939.0</u>	<u>Organkonservierung, ohne Anwendung einer Ex-vivo-Perfusion</u>
<u>5-939.1</u>	<u>Organkonservierung, mit Anwendung einer kontinuierlichen Ex-vivo-Perfusion und ohne Organfunktionsüberwachung</u>
<u>5-939.2</u>	<u>Organkonservierung, mit Anwendung einer kontinuierlichen Ex-vivo-Perfusion und mit Organfunktionsüberwachung</u>
<u>5-939.x</u>	<u>Sonstige</u>
5-98	Spezielle Operationstechniken und Operationen bei speziellen Versorgungssituationen
5-985	Lasertechnik
<u>5-985.8</u>	<u>Thulium-Laser</u>
<u>5-985.9</u>	<u>Holmium-Laser</u>
5-987	Anwendung eines OP-Roboters
<u>5-987.1</u>	<u>Roboterarm</u>
	Hinw.: <u>Ein Roboterarm-gestütztes chirurgisches Assistenzsystem ist gekennzeichnet durch die aktive Limitierung durch den Roboterarm bei Überschreitung der geplanten Interventionsgrenzen unter Navigation</u> <u>Der Roboterarm verfügt über mindestens 6 Freiheitsgrade</u>
5-988	Anwendung eines Navigationssystems
<u>5-988.0</u>	<u>Radiologisch</u>
<u>5-988.1</u>	<u>Elektromagnetisch</u>
<u>5-988.2</u>	<u>Sonographisch</u>
<u>5-988.3</u>	<u>Optisch</u>
<u>5-988.x</u>	<u>Sonstige</u>
5-98b	Anwendung eines flexiblen Ureterorenoskops
<u>5-98b.0</u>	<u>Einmal-Ureterorenoskop</u>
<u>5-98b.x</u>	<u>Sonstige</u>
5-98c	Anwendung eines Klammernahtgerätes <u>und sonstiger Nahtsysteme</u>
	Exkl.: <u>Wundverschluss an Haut und Unterhaut</u> <u>Clippen von Blutgefäßen</u>
<u>5-98c.5</u>	<u>Endoskopisches Nahtsystem</u>

Kapitel 6

MEDIKAMENTE

(6-00...6-00)

Applikation von Medikamenten

(6-00...6-00)

6-00	Applikation von Medikamenten
6-005	Applikation von Medikamenten, Liste 5
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 245 µg
.1e	245 µg bis unter 260 µg
.1f	260 µg bis unter 275 µg
.1g	275 µg bis unter 290 µg
.1h	290 µg oder mehr
6-006	Applikation von Medikamenten, Liste 6
6-006.0	Eltrombopag, oral
<u>.00</u>	<u>150 mg bis unter 300 mg</u>
	<u>Hinw.: Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben</u>
<u>.01</u>	<u>300 mg bis unter 450 mg</u>
<u>.02</u>	<u>450 mg bis unter 600 mg</u>
<u>.03</u>	<u>600 mg bis unter 750 mg</u>
<u>.04</u>	<u>750 mg bis unter 900 mg</u>
<u>.05</u>	<u>900 mg bis unter 1.050 mg</u>
<u>.06</u>	<u>1.050 mg bis unter 1.200 mg</u>
<u>.07</u>	<u>1.200 mg bis unter 1.350 mg</u>
<u>.08</u>	<u>1.350 mg bis unter 1.500 mg</u>
<u>.09</u>	<u>1.500 mg bis unter 1.800 mg</u>
<u>.0a</u>	<u>1.800 mg bis unter 2.100 mg</u>
<u>.0b</u>	<u>2.100 mg bis unter 2.400 mg</u>
<u>.0c</u>	<u>2.400 mg bis unter 2.700 mg</u>
<u>.0d</u>	<u>2.700 mg bis unter 3.000 mg</u>
<u>.0e</u>	<u>3.000 mg bis unter 3.600 mg</u>
<u>.0f</u>	<u>3.600 mg bis unter 4.200 mg</u>
<u>.0g</u>	<u>4.200 mg bis unter 4.800 mg</u>
<u>.0h</u>	<u>4.800 mg bis unter 5.400 mg</u>
<u>.0i</u>	<u>5.400 mg bis unter 6.000 mg</u>
<u>.0k</u>	<u>6.000 mg bis unter 6.600 mg</u>
<u>.0m</u>	<u>6.600 mg bis unter 7.200 mg</u>
<u>.0n</u>	<u>7.200 mg bis unter 7.800 mg</u>
<u>.0p</u>	<u>7.800 mg bis unter 8.400 mg</u>
<u>.0q</u>	<u>8.400 mg oder mehr</u>

6-006.b Brentuximabvedotin, 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.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 175 mg.b6 175 mg bis unter 200 mg.b7 200 mg bis unter 225 mg.b8 225 mg bis unter 250 mg.b9 250 mg bis unter 300 mg.ba 300 mg bis unter 350 mg.bb 350 mg bis unter 400 mg.bc 400 mg bis unter 450 mg.bd 450 mg bis unter 500 mg.be 500 mg bis unter 550 mg.bf 550 mg bis unter 600 mg.bg 600 mg bis unter 650 mg.bh 650 mg bis unter 700 mg.bj 700 mg oder mehr**6-007 Applikation von Medikamenten, Liste 7**

6-007.3 Aflibercept, intravenös

.30 150 mg bis unter 250 mg.31 250 mg bis unter 350 mg.32 350 mg bis unter 450 mg.33 450 mg bis unter 550 mg.34 550 mg bis unter 650 mg.35 650 mg bis unter 750 mg.36 750 mg bis unter 850 mg.37 850 mg bis unter 950 mg.38 950 mg bis unter 1.150 mg.39 1.150 mg bis unter 1.350 mg.3a 1.350 mg bis unter 1.550 mg.3b 1.550 mg bis unter 1.750 mg.3c 1.750 mg bis unter 1.950 mg.3d 1.950 mg bis unter 2.150 mg.3e 2.150 mg bis unter 2.550 mg.3f 2.550 mg bis unter 2.950 mg.3g 2.950 mg bis unter 3.350 mg.3h 3.350 mg bis unter 3.750 mg.3j 3.750 mg bis unter 4.150 mg.3k 4.150 mg bis unter 4.550 mg.3m 4.550 mg oder mehr

6-007.6 Enzalutamid, oral

.60 480 mg bis unter 960 mg.61 960 mg bis unter 1.440 mg.62 1.440 mg bis unter 1.920 mg.63 1.920 mg bis unter 2.400 mg.64 2.400 mg bis unter 2.880 mg.65 2.880 mg bis unter 3.360 mg.66 3.360 mg bis unter 3.840 mg.67 3.840 mg bis unter 4.320 mg.68 4.320 mg bis unter 4.800 mg.69 4.800 mg bis unter 5.280 mg.6a 5.280 mg bis unter 5.760 mg.6b 5.760 mg bis unter 6.240 mg.6c 6.240 mg bis unter 6.720 mg.6d 6.720 mg bis unter 7.200 mg

Aktualisierungsliste OPS Version 2018

.6e	7.200 mg bis unter 7.680 mg
.6f	7.680 mg bis unter 8.160 mg
.6g	8.160 mg oder mehr
6-007.e	Ibrutinib, oral
.e0	1.400 mg bis unter 2.100 mg
.e1	2.100 mg bis unter 2.800 mg
.e2	2.800 mg bis unter 3.500 mg
.e3	3.500 mg bis unter 4.200 mg
.e4	4.200 mg bis unter 4.900 mg
.e5	4.900 mg bis unter 5.600 mg
.e6	5.600 mg bis unter 6.300 mg
.e7	6.300 mg bis unter 7.000 mg
.e8	7.000 mg bis unter 8.400 mg
.e9	8.400 mg bis unter 9.800 mg
.ea	9.800 mg bis unter 11.200 mg
.eb	11.200 mg bis unter 12.600 mg
.ec	12.600 mg bis unter 14.000 mg
.ed	14.000 mg bis unter 16.800 mg
.ee	16.800 mg bis unter 19.600 mg
.ef	19.600 mg bis unter 22.400 mg
.eg	22.400 mg bis unter 25.200 mg
.eh	25.200 mg oder mehr
6-007.j	Obinutuzumab, parenteral
.j0	1.000 mg bis unter 2.000 mg
.j1	2.000 mg bis unter 3.000 mg
.j2	3.000 mg bis unter 4.000 mg
.j3	4.000 mg bis unter 5.000 mg
.j4	5.000 mg bis unter 6.000 mg
.j5	6.000 mg bis unter 7.000 mg
.j6	7.000 mg bis unter 8.000 mg
.j7	8.000 mg bis unter 9.000 mg
.j8	9.000 mg bis unter 10.000 mg
.j9	10.000 mg oder mehr
6-007.m	Ramucirumab, parenteral
.m0	300 mg bis unter 450 mg
.m1	450 mg bis unter 600 mg
.m2	600 mg bis unter 750 mg
.m3	750 mg bis unter 900 mg
.m4	900 mg bis unter 1.050 mg
.m5	1.050 mg bis unter 1.200 mg
.m6	1.200 mg bis unter 1.500 mg
.m7	1.500 mg bis unter 1.800 mg
.m8	1.800 mg bis unter 2.100 mg
.m9	2.100 mg bis unter 2.400 mg
.ma	2.400 mg bis unter 2.700 mg
.mb	2.700 mg bis unter 3.000 mg
.mc	3.000 mg bis unter 3.600 mg
.md	3.600 mg bis unter 4.200 mg
.me	4.200 mg bis unter 4.800 mg
.mf	4.800 mg bis unter 5.400 mg
.mg	5.400 mg bis unter 6.000 mg
.mh	6.000 mg bis unter 6.600 mg
.mj	6.600 mg bis unter 7.200 mg
.mk	7.200 mg bis unter 7.800 mg
.mm	7.800 mg bis unter 8.400 mg
.mn	8.400 mg oder mehr

6-009 Applikation von Medikamenten, Liste 9

6-009.9	Daclizumab, subkutan
6-009.a	Daratumumab, parenteral

6-009.b	Dinutuximab beta, parenteral
6-009.c	Elbasvir-Grazoprevir, oral
6-009.d	Elotuzumab, parenteral
6-009.e	Liposomales Irinotecan, parenteral
6-009.f	Migalastat, oral
6-009.g	Necitumumab, parenteral
6-009.h	Olaratumab, parenteral
6-009.j	Palbociclib, oral
6-009.k	Selexipag, oral
6-009.m	Sofosbuvir-Velpatasvir, oral
6-009.n	Trifluridin-Tipiracil, oral

Kapitel 8

NICHT OPERATIVE THERAPEUTISCHE MASSNAHMEN

(8-01...8-99)

Applikation von Medikamenten und Nahrung und therapeutische Injektion

(8-01...8-02)

8-01	Applikation von Medikamenten und Nahrung <i>Exkl.:</i> Applikation von Medikamenten zur Schmerztherapie (8-91) Applikation von Medikamenten Liste 1-3 (Kap. 6) <i>Hinw.:</i> 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 <i>Exkl.:</i> Parenterale Ernährung als medizinische Hauptbehandlung (8-016) Komplette parenterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung (8-018 ff.) Infusion von Volumenersatzmitteln bei Neugeborenen (8-811 ff.) <i>Hinw.:</i> Ein Kode aus diesem Bereich wird ist nur angegeben anzugeben , wenn Medikamente und Elektrolytlösungen kontinuierlich mehr als 24 Stunden über das Gefäßsystem verabreicht werden Ein Kode aus diesem Bereich ist nicht anzugeben, wenn diese Verfahren Bestandteil der Wiederbelebung bei der Geburt sind oder als Komponente in einem bereits dokumentierten Kode enthalten sind

Manipulationen an Verdauungstrakt und Harntrakt (8-12...8-13)

8-12 Manipulationen am Verdauungstrakt

8-123 Wechsel und Entfernung eines Gastrostomiekatheters

Inkl.: Wechsel und Entfernung einer PEG

Exkl.: Anlegen einer Gastrostomie oder PEG (5-431 [ff.](#))

[Freilegung und Entfernung einer eingewachsenen PEG-Halteplatte \(5-431.3 ff.\)](#)

Verbände (8-19...8-19)

8-19 Verbände und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut

8-191 Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen

[8-191.7 Okklusivverband mit enzymatischem Wunddebridement bei Verbrennungen](#)

Hinw.: [Wird ein enzymatisches Wunddebridement an mehreren Lokalisationen durchgeführt, sind die Flächen zu addieren und entsprechend zu kodieren](#)

[.70 Bis unter 500 cm² der Körperoberfläche](#)

[.71 500 cm² bis unter 1.000 cm² der Körperoberfläche](#)

[.72 1.000 cm² bis unter 1.500 cm² der Körperoberfläche](#)

[.73 1.500 cm² bis unter 2.000 cm² der Körperoberfläche](#)

[.74 2.000 cm² bis unter 2.500 cm² der Körperoberfläche](#)

[.75 2.500 cm² bis unter 3.000 cm² der Körperoberfläche](#)

[.76 3.000 cm² bis unter 3.500 cm² der Körperoberfläche](#)

[.77 3.500 cm² bis unter 4.000 cm² der Körperoberfläche](#)

[.78 4.000 cm² bis unter 4.500 cm² der Körperoberfläche](#)

[.79 4.500 cm² oder mehr der Körperoberfläche](#)

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

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

8-211↔ 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 [ff.](#))

8-212↔ Quengelbehandlung

Hinw.: Die durchgeführte Immobilisation (Gipsverband, andere Stützverbände oder Schienen) ist im Kode enthalten. Aufwendige Gipsverbände sind gesondert zu kodieren (8-310 [ff.](#))

8-213↔ Osteoklasie

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

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.)**Strahlentherapie, nuklearmedizinische Therapie und Chemotherapie****(8-52...8-54)****8-54 Zytostatische Chemotherapie, Immuntherapie und antiretrovirale Therapie****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, Cisplatin/VCR/CCNU oder CYC/VCR 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-BU-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, ~~Doxa-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, Ifosfamid sequentiell bei Sarkom
- FOLFIRI, FOLFOX, Raltrited/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, Histiozytose, 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 ff.)

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 Folinsäure-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 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

Bei Gabe von Hochdosis-Methotrexat zählen die Tage mit Spiegelmessung zur Chemotherapie

8-549 Perkutane geschlossene Organperfusion mit Chemotherapeutika

~~Inkl.:~~ ~~Perkutane Chemosaturation~~

8-549.0 Leber

.00 Ohne externen Blutfilter

.01 Mit externem Blutfilter

~~Inkl.:~~ ~~Perkutane Chemosaturation~~

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

8-63 Elektrostimulation des Nervensystems

8-631 Neurostimulation

8-631.5 Anlegen oder Wechsel eines extrakorporalen Neurostimulators

Inkl.: Ersteinstellung

Anlegen eines teilimplantierbaren Neurostimulators

Hinw.: Bei extrakorporalen (teilimplantierbaren) Systemen wird nur die Neurostimulationselektrode implantiert. Impulsgenerator und Energieversorgung sind extrakorporal

Die Implantation oder der Wechsel der Neurostimulationselektrode zur epiduralen Stimulation mit einem extrakorporalen Neurostimulator sind gesondert zu kodieren (5-039.39)

Die Implantation oder der Wechsel der Neurostimulationselektrode zur Stimulation des peripheren Nervensystems mit einem extrakorporalen Neurostimulator sind gesondert zu kodieren (5-059.88)

8-65 Elektrotherapie

8-651 Thermotherapie mit magnetischen Nanopartikeln

Hinw.: Dieser Code 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.~~)

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

8-83 Therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Gefäße

8-835 Ablative Maßnahmen bei ~~Tachyarrhythmie~~ Herzrhythmusstörungen

Hinw.: Eine durchgeführte kathetergestützte elektrophysiologische Untersuchung des Herzens ist gesondert zu kodieren (1-265 ff.)

Eine durchgeführte transseptale Punktion des Herzens ist gesondert zu kodieren (1-274 ff.)

Die Anwendung eines Navigationssystems ist gesondert zu kodieren (8-990)

Der endovaskuläre Zugang ist im Code enthalten. Ein perkutaner epikardialer Zugang ist gesondert zu kodieren (8-835.f)

8-835.2 Konventionelle Radiofrequenzablation

Hinw.: Die Verwendung eines Drahtgeflechtkatheters (MESH-Radiofrequenzablation) ist gesondert zu kodieren (8-835.9)

.23 Linker Vorhof

~~Exkl.:~~ ~~Konventionelle Radiofrequenzablation mit Drahtgeflechtkatheter an den Pulmonalvenen (8-835.9)~~

Isolierte Ablation an den Pulmonalvenen (8-835.25)

Aktualisierungsliste OPS Version 2018

- Hinw.:** Dieser Code 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
- 8-835.4 Ablation mit anderen Energiequellen
Inkl.: Ultraschall, Mikrowelle, Laser ~~ohne endovaskuläre endoskopische Steuerung~~
Hinw.: Die Anwendung einer endovaskulären endoskopischen Steuerung bei einer Laserablation ist gesondert zu kodieren (8-835.e)
- 8-835.8 ~~Ablation mit Hilfe~~ **Anwendung** dreidimensionaler, elektroanatomischer Mappingverfahren
Inkl.: CARTO-System, EnSite Array, EnSite NavX, EPLogix, Rhythmia
Hinw.: Dieser Code ist ein Zusatzcode. Er ist nur anzugeben, wenn bei einem der unter 8-835.2 ff. bis 8-835.4 ff., 8-835.a oder 8-835.b aufgeführten Verfahren die Ablation mit Hilfe dreidimensionaler, elektroanatomischer Mappingverfahren durchgeführt wurde
- ~~-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~~ **Verwendung eines** Drahtgeflechtkatheters ~~an den Pulmonalvenen (MESH-Radiofrequenzablation)~~
Hinw.: Dieser Code ist ein Zusatzcode. Er ist nur anzugeben, wenn die konventionelle Radiofrequenzablation (8-835.2 ff.) mit Hilfe eines Drahtgeflechtkatheters (MESH-Radiofrequenzablation) durchgeführt wurde
- ~~8-835.e Gekühlte Radiofrequenzablation mit Messung des Anpressdruckes~~
~~-e0 Rechter Vorhof~~
Inkl.: ~~Venae cavae und Koronarsinus~~
Exkl.: ~~AV-Knoten (8-835.e1)~~
- ~~-e1 AV-Knoten~~
~~-e2 Rechter Ventrikel~~
~~-e3 Linker Vorhof~~
Exkl.: ~~Isolierte Ablation an den Pulmonalvenen (8-835.e5)~~
Hinw.: ~~Dieser Code 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~~
- ~~-e4 Linker Ventrikel~~
~~-e5 Pulmonalvenen~~
Hinw.: ~~Mit diesem Code 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~~ **Anwendung einer** endovaskulären ~~en~~ endoskopischen ~~en~~ Steuerung
Inkl.: ~~Laserablation an den Pulmonalvenen mit endovaskulärer endoskopischer Steuerung~~
Hinw.: Dieser Code ist ein Zusatzcode. Er ist nur anzugeben, wenn die Laserablation (8-835.4 ff.) mit Hilfe einer endovaskulären endoskopischen Steuerung durchgeführt wurde

- 8-835.f Perkutaner epikardialer Zugang für eine Ablation
Hinw.: Dieser Kode ist ein Zusatzkode. Er ist nur anzugeben, wenn bei einem der unter 8-835.2 ff. bis 8-835.4 ff., 8-835.a oder 8-835.b aufgeführten Verfahren die Ablation über einen perkutanen epikardialen Zugang durchgeführt wurde
- 8-835.g ~~Ablation mit Hilfe elektroanatomischer rotordetektierender~~ Anwendung rotordetektierender, elektroanatomischer Mappingverfahren
Inkl.: Focal Impulse and Rotor Modulation [FIRM]
Hinw.: Dieser Kode ist ein Zusatzkode. Er ist nur anzugeben, wenn bei einem der unter 8-835.2 ff. bis 8-835.4 ff., 8-835.a oder 8-835.b aufgeführten Verfahren die Ablation mit Hilfe rotordetektierender, elektroanatomischer Mappingverfahren durchgeführt wurde
 Die Anwendung ~~einer Ablation mit Hilfe~~ dreidimensionaler, elektroanatomischer Mappingverfahren ist gesondert zu kodieren (8-835.8 ff., ~~8-835.d ff.~~)
- ~~-g0 Rechter Vorhof~~
Inkl.: ~~Venae cavae und Koronarsinus~~
Exkl.: ~~AV-Knoten (8-835.g1)~~
- ~~-g1 AV-Knoten~~
~~-g2 Rechter Ventrikel~~
~~-g3 Linker Vorhof~~
Inkl.: ~~Pulmonalvenen~~
- ~~-g4 Linker Ventrikel~~
- 8-835.h Messung des Anpressdruckes
Hinw.: Dieser Kode ist ein Zusatzkode. Er ist nur anzugeben, wenn bei einem der unter 8-835.2 ff. bis 8-835.4 ff., 8-835.a oder 8-835.b aufgeführten Verfahren die Ablation mit Messung des Anpressdruckes durchgeführt wurde
- 8-835.j Anwendung hochauflösender, multipolarer, dreidimensionaler, elektroanatomischer Kontaktmappingverfahren
Inkl.: IntellaMap Orion, PentaRay, Ensite HD Grid
Hinw.: Dieser Kode ist ein Zusatzkode. Er ist nur anzugeben, wenn bei einem der unter 8-835.2 ff. bis 8-835.4 ff., 8-835.a oder 8-835.b aufgeführten Verfahren die Ablation mit Hilfe hochauflösender, multipolarer, dreidimensionaler, elektroanatomischer Kontaktmappingverfahren durchgeführt wurde
Hochauflösende, multipolare, dreidimensionale, elektroanatomische Kontaktmappingverfahren ermöglichen die Erfassung von mindestens 1.000 Mapping-Punkten pro untersuchter Herzhöhle
- 8-836 (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention**
Exkl.: (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention an Gefäßen des Lungenkreislaufes (8-838 ff.)
 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen (8-837 ff.)
 Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen (5-38a ff.)
 (Perkutan-)transluminale Stentimplantation (8-84)
Hinw.: Die Anwendung eines Embolieprotektionssystems ist gesondert zu kodieren (8-83b.9)
 Die Verwendung von mehr als einem Mikrokatheter system ist gesondert zu kodieren (8-83b.7 ff.)
 Die Verwendung von Rekanalisationssystemen zur perkutanen Passage organisierter Verschlüsse ist gesondert zu kodieren (8-83b.a ff.)
 Weitere (perkutan-)transluminale Gefäßinterventionen sind unter 8-83c ff. zu finden
 Ein Kode aus diesem Bereich ist auch zu verwenden, wenn eine der aufgeführten Prozeduren im Rahmen einer Hybridchirurgie eingesetzt wird. Es ist dann zusätzlich zu dem jeweiligen Operationskode aus dem Bereich 5-38 bis 5-39 der Zusatzkode 5-98a.0 anzugeben
 Für die Zuordnung einzelner Gefäße zu den Gruppen siehe auch Liste der Gefäße vor 5-38
 Die A. uterina sowie die arteriellen Gefäße der Prostata sind mit dem Kode h Andere Arterien abdominal und pelvin zu verschlüsseln
- 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 medikamentenfreisetzen Ballons sind gesondert zu kodieren (8-83b.b ff.)
 Die Art der verwendeten antikörperbeschichteten Ballons ist gesondert zu kodieren (8-83b.b1)

Aktualisierungsliste OPS Version 2018

- 8-836.1** Blade-Angioplastie (Scoring- oder Cutting-balloon)
Hinw.: Die Art und die Anzahl der verwendeten medikamentefreisetzenden Ballons sind gesondert zu kodieren (8-83b.b ff.)
- 8-836.3** Atherektomie
Hinw.: Die Verwendung der optischen Kohärenztomographie ist gesondert zu kodieren (3-300 ff.)
- 8-836.8** Thrombektomie
Exkl.: Rotationsthrombektomie (8-836.p ff.)
Hinw.: Die Verwendung eines hydrodynamischen Thrombektomiesystems ist gesondert zu kodieren (8-83b.4)
Die Verwendung eines Mikrodrahtretriever- oder Stentretreiver-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 ff.)
Die Menge der verwendeten embolisierenden Flüssigkeiten ist gesondert zu kodieren (8-83b.n ff.)
- 8-836.b** Selektive Embolisation mit ablösbaren Ballons
Hinw.: Die Anzahl der ablösbaren Ballons ist gesondert zu kodieren (8-83b.6 ff.)
- 8-837 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen**
Hinw.: Die Anwendung eines Embolieprotektionssystems ist gesondert zu kodieren (8-83b.9)
Ein Kode aus diesem Bereich ist auch zu verwenden, wenn eine der aufgeführten Prozeduren im Rahmen einer Hybridchirurgie eingesetzt wird
Die Anwendung der Hybridchirurgie ist gesondert zu kodieren (5-98a.0)
Die Verwendung von mehr als einem Mikrokathetersystem ist gesondert zu kodieren (8-83b.7 ff.)
Die Verwendung von Rekanalisationssystemen zur perkutanen Passage organisierter Verschlüsse ist gesondert zu kodieren (8-83b.a ff.)
- 8-837.0 Angioplastie (Ballon)
Inkl.: Bypassgefäß
Hinw.: Die Art und die Anzahl der verwendeten medikamentefreisetzenden Ballons sind gesondert zu kodieren (8-83b.b ff.)
Die Art der verwendeten antikörperbeschichteten Ballons ist gesondert zu kodieren (8-83b.b1)
- 8-837.k Einlegen eines nicht medikamentefreisetzenden Stents
Inkl.: Bypassgefäß
- 8-837.m Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents
Inkl.: Bypassgefäß
Hinw.: Die Art der medikamentefreisetzenden Stents ist gesondert zu kodieren (8-83b.0 ff.)
- 8-837.p Einlegen eines nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft)
- 8-837.q Blade-Angioplastie (Scoring- oder Cutting-balloon)
Hinw.: Die Art und die Anzahl der verwendeten medikamentefreisetzenden Ballons sind gesondert zu kodieren (8-83b.b ff.)
- 8-837.u Einlegen eines nicht medikamentefreisetzenden 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 medikamentefreisetzenden Bifurkationsstents
Inkl.: OPD-System [Ostium-Protection-Device-System]
Hinw.: Die Art der medikamentefreisetzenden 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

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

8-838.4** Einlegen mehrerer Stents

Exkl.: Einlegen von 2 ~~und~~oder mehr großlumigen Stents (8-838.f ff., 8-838.h ff.)

8-838.8** Selektive Embolisation mit embolisierenden Flüssigkeiten

Hinw.: Die Art der verwendeten embolisierenden Flüssigkeiten ist gesondert zu kodieren (8-83b.2 ff.)

8-838.a** Selektive Embolisation mit ablösbaren Ballons

Hinw.: Die Anzahl der ablösbaren Ballons ist gesondert zu kodieren (8-83b.6 ff.)**8-839 Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße**

8-839.1 Perkutane Einführung eines Antiembolie-Schirmes

Inkl.: ~~Perkutane Einführung eines Vena-cava-Filters~~.10 Antiembolie-Schirm, nicht integriert in zentralen Venenkatheter**Inkl.:** Perkutane Einführung eines Vena-cava-Filters.11 Antiembolie-Schirm, integriert in zentralen Venenkatheter**Inkl.:** Perkutane Einführung eines rückholbaren Vena-cava-inferior-Filters

8-839.8 Portosystemischer Shunt (TIPSS)

8-839.9 Rekanalisation eines Koronargefäßes unter Verwendung spezieller Techniken

.92 Mit retrograder Sondierung über die Kollateralgefäße, ohne Externalisation.93 Mit retrograder Sondierung über die Kollateralgefäße, mit Externalisation**Hinw.:** Mit diesem Kode ist die Externalisation (Herausführen auf der kontralateralen Seite) eines retrograden Drahtes bei Zugang über die Kollateralgefäße zu kodieren**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.0f Biolimus-A9-freisetzende Stents oder OPD-Systeme ohne Polymer

8-83b.1 Art der Partikel zur selektiven Embolisation

.13 Sonstige sphärische Partikel**Exkl.:** Medikamentenbeladene Partikel (8-83b.10)

Radioaktive Partikel (8-83b.11)

Röntgengedichte medikamentenbeladene Partikel (8-83b.14).14 Röntgengedichte medikamentenbeladene Partikel

8-83b.2 Art der Flüssigkeiten zur selektiven Embolisation

.24 Triiodophenol-(Lactid-Co-Glykolid-)Acrylat

8-83b.3 Art der Metall- oder Mikrospiralen zur selektiven Embolisation

.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.:** Die Art der verwendeten Metall- oder Mikrospiralen ist gesondert zu kodieren (8-83b.30 bis 8-83b.35, 8-83b.38 bis 8-83b.3a)

Der Ablösmechanismus kann z.B. elektrolytisch, mechanisch oder hydraulisch sein

.3b Besonders kleine Metallspiralen**Hinw.:** Die Art der verwendeten Metallspiralen ist gesondert zu kodieren (8-83b.30 bis 8-83b.33, 8-83b.3a)
Besonders kleine Metallspiralen können in Mikrokathetern eingesetzt werden, die weniger als 0,42 mm Innendurchmesser aufweisen

8-83b.9 Einsatz eines Embolieprotektionssystems

Exkl.: Perkutane Einführung eines Vena-cava-Filters (8-839.1 ff.)

Maßnahmen zur Embolieprotektion am linken Herzohr (8-837.s ff.)

8-83b.b Art der verwendeten Ballons

.b6 Ein medikamentenfreisetzender Ballon an Koronargefäßen.b7 Zwei medikamentenfreisetzende Ballons an Koronargefäßen

Aktualisierungsliste OPS Version 2018

- .b8 Drei medikamentenfreisetzende Ballons an Koronargefäßen
.b9 Vier oder mehr medikamentenfreisetzende Ballons an Koronargefäßen
.ba Ein medikamentenfreisetzender Ballon an anderen Gefäßen
.bb Zwei medikamentenfreisetzende Ballons an anderen Gefäßen
.bc Drei medikamentenfreisetzende Ballons an anderen Gefäßen
.bd Vier oder mehr medikamentenfreisetzende Ballons an anderen Gefäßen
- 8-83b.e Art der Beschichtung von Stents
.e2 Antikörperbeschichtete Stents mit Freisetzung von antiproliferativen Medikamenten
Hinw.: Die Art der medikamentenfreisetzenden Stents ist nicht gesondert zu kodieren
- 8-83b.m Art der verwendeten bioresorbierbaren Stents
.m0 Polymer-basiert
.m1 Metallisch
.mx Sonstige
- 8-83b.n Menge der Flüssigkeiten zur selektiven Embolisation
.n0 Bis unter 3 ml
.n1 3 ml bis unter 6 ml
.n2 6 ml bis unter 9 ml
.n3 9 ml bis unter 12 ml
.n4 12 ml bis unter 15 ml
.n5 15 ml bis unter 20 ml
.n6 20 ml bis unter 25 ml
.n7 25 ml bis unter 30 ml
.n8 30 ml oder mehr
- 8-83c Andere (perkutan-)transluminale Gefäßintervention**
- 8-83c.d** Endovaskuläre Anlage einer AV-Fistel durch Gleichstrom
[Subklassifikation - 6. Stelle: 2,3.b,c,x]
- 8-83c.e** Endovaskuläre Anlage einer AV-Fistel mit nahtlosem Nitinolkoppler
[Subklassifikation - 6. Stelle: b,x]
- 8-83d Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen**
- 8-83d.0 Einlegen eines medikamentenfreisetzenden bioresorbierbaren Stents
Inkl.: Bypassgefäß
Hinw.: Die Art der medikamentenfreisetzenden Stents ist gesondert zu kodieren (8-83b.0 ff.)
Die Art der bioresorbierbaren Stents ist gesondert zu kodieren (8-83b.m ff.)
Wenn nur die Polymerbeschichtung, nicht aber der Stent selbst biologisch abbaubar ist, kann ein Kode aus diesem Bereich nicht verwendet werden
- 8-83d.1 Einlegen eines nicht medikamentenfreisetzenden selbstexpandierenden Stents
Inkl.: Bypassgefäß
Exkl.: Einlegen eines nicht medikamentenfreisetzenden Bifurkationsstents (8-837.u)
- 8-83d.2 Einlegen eines medikamentenfreisetzenden selbstexpandierenden Stents
Inkl.: Bypassgefäß
Exkl.: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Bifurkationsstents (8-837.v)
Hinw.: Die Art der medikamentenfreisetzenden Stents ist gesondert zu kodieren (8-83b.0 ff.)

8-84 (Perkutan-)transluminale Stentimplantation

- Exkl.:** (Perkutan-)transluminale Stentimplantation an Gefäßen des Lungenkreislaufes (8-838 ff.)
Perkutan-transluminale Stentimplantation an Herz und Koronargefäßen (8-837 ff.)
Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen (5-38a ff.)
(Perkutan-)transluminale Gefäßinterventionen (8-836 ff.)
Andere (perkutan-)transluminale Gefäßinterventionen (8-83c ff.)
- Hinw.:** Die Anwendung eines Embolieprotektionssystems ist gesondert zu kodieren (8-83b.9)
Ein Kode aus diesem Bereich ist auch zu verwenden, wenn eine der aufgeführten Prozeduren im

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

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

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

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

8-840 (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents

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

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

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~~oder 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 (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~~oder 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 (Perkutan-)transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents

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

Die Art der bioresorbierbaren Stents ist gesondert zu kodieren (8-83b.m ff.)

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

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

8-84d (Perkutan-)transluminale Implantation von aus Einzeldrähten verwobenen Nitinolstents

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

8-84d.0** Ein Stent
[Subklassifikation - 6. Stelle: 2.8.c.e.q.s.x]

8-84d.1** Zwei Stents
[Subklassifikation - 6. Stelle: 2.8.c.e.q.s.x]

8-84d.2** Drei Stents
[Subklassifikation - 6. Stelle: 2.8.c.e.q.s.x]

8-84d.3** Vier Stents
[Subklassifikation - 6. Stelle: 2.8.c.e.q.s.x]

8-84d.4** Fünf Stents
[Subklassifikation - 6. Stelle: 2.8.c.e.q.s.x]

8-84d.5** Sechs oder mehr Stents
[Subklassifikation - 6. Stelle: 2.8.c.e.q.s.x]

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

8-97 Multimodale Komplexbehandlung

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~~ **irreversiblen Hirnfunktionsausfalls** bei einem potenziellen Organspender entsprechend 1-202.01 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~~ **irreversiblen Hirnfunktionsausfalls** (1-202.01) führenden ~~Hirntode~~ Diagnostik anfallende Dauer der maschinellen Beatmung darf bei der im Rahmen der Datenübermittlung nach § 301 SGB V / § 21 KHEntgG zu ~~übermittelten~~ **übermittelnden** Beatmungsstundenzahl nicht berücksichtigt werden
Als Datum der Leistungserbringung ist dasselbe Datum wie bei der Leistung 1-202.01 anzugeben

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. Der Arzt der Intensivstation kann zu einem kurzfristigen Notfalleinsatz innerhalb des Krankenhauses (z.B. Reanimation) hinzugezogen werden

- Die Anzahl der Aufwandspunkte errechnet sich aus der Summe des täglichen SAPS II (ohne Glasgow Coma Scale) über die Verweildauer auf der Intensivstation (total SAPS II) plus der Summe von 10 täglich ermittelten aufwendigen Leistungen aus dem TISS-Katalog über die Verweildauer auf der Intensivstation
- Die zu verwendenden Parameter des SAPS II und des TISS sind im Anhang zum OPS zu finden
- Spezielle intensivmedizinische Prozeduren, wie Transfusion von Plasma und Plasmabestandteilen, Plasmapherese und Immunadsorption, Maßnahmen im Rahmen der Reanimation u.a. sind gesondert zu kodieren
- Diese Codes sind für Patienten, die bei stationärer Aufnahme das 14. Lebensjahr vollendet haben, anzugeben

8-981

Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls**Exkl.:** Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls (8-98b ff.)**Hinw.:** Diese Codes können auch beim Vorliegen einer TIA angegeben werden

Besteht über die Therapiemöglichkeiten der vorhandenen Schlaganfalleinheit hinaus die Indikation zu einer Behandlung auf der Intensivstation, kann, wenn die Mindestmerkmale dieses OPS-Kodes erfüllt sind, die dortige Behandlungszeit auch für die Kodierung der neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls berücksichtigt werden, auch wenn auf der Intensivstation nicht ausschließlich Patienten mit einem akuten Schlaganfall behandelt werden

Mindestmerkmale: Behandlung auf einer spezialisierten Einheit durch ein multidisziplinäres, auf die Schlaganfallbehandlung spezialisiertes Team unter fachlicher Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Neurologie mit:

- 24-stündiger ärztlicher Anwesenheit (Von Montag bis Freitag wird tagsüber eine mindestens 12-stündige ärztliche Anwesenheit (Der Arzt kann ein Facharzt für Neurologie oder ein Assistenzarzt in der Weiterbildung zum Facharzt für Neurologie sein.) gefordert, bei der sich der jeweilige Arzt auf der Spezialeinheit für Schlaganfallpatienten ausschließlich um diese Patienten kümmert und keine zusätzlichen Aufgaben zu erfüllen hat. Er kann sich in dieser Zeit nur von der Spezialeinheit entfernen, um Schlaganfallpatienten zum Beispiel zu untersuchen, zu übernehmen und zu versorgen. Während der 12-stündigen ärztlichen Anwesenheit in der Nacht sowie während der 24-stündigen ärztlichen Anwesenheit an Wochenenden und an Feiertagen ist es zulässig, dass der Arzt der Spezialeinheit noch weitere Patienten mit neurologischer Symptomatik versorgt, sofern sich diese in räumlicher Nähe befinden, so dass er jederzeit für die Schlaganfallpatienten der Spezialeinheit zur Verfügung steht)
- 24-Stunden-Monitoring von mindestens 6 der folgenden Parameter: Blutdruck, Herzfrequenz, EKG, Atmung, Sauerstoffsättigung, Temperatur, intrakranieller Druck, EEG, evozierte Potentiale. Blutdruck, Temperatur und evozierte Potentiale können auch nichtautomatisiert bestimmt werden. Das Monitoring darf nur zur Durchführung spezieller Untersuchungen oder Behandlungen unterbrochen werden. Alle Parameter müssen im Abstand von 4 Stunden oder häufiger erhoben und dokumentiert werden
- 6-stündlicher (maximaler Abstand nachts 8 Stunden) Überwachung und Dokumentation des neurologischen Befundes durch den Arzt zur Früherkennung von Schlaganfallprogression, -rezidiv und anderen Komplikationen
- Durchführung einer Computertomographie oder Kernspintomographie, bei Lyseindikation innerhalb von 60 Minuten, ansonsten innerhalb von 6 Stunden nach der Aufnahme, sofern diese Untersuchung nicht bereits extern zur Abklärung des akuten Schlaganfalls durchgeführt wurde
- Durchführung der neurosonologischen Untersuchung der extra- und intrakraniellen hirnversorgenden Gefäße zur Abklärung des akuten Schlaganfalls. Diese muss obligatorisch in der Zeit vor oder während des Aufenthaltes auf der spezialisierten Einheit durchgeführt werden, sofern nicht eine andere Methode der Darstellung dieser Gefäße (CT-, Kernspin- oder digitale Subtraktionsangiographie) seit Beginn der akuten Symptomatik angewandt wurde. Sie ist bei nachgewiesener primärer Blutung entbehrlich
- ätiologischer Diagnostik und Differenzialdiagnostik des Schlaganfalls (z.B. transösophageale Echokardiographie, Hämostaseologie, Angiitisdiagnostik, EEG und andere Verfahren) im eigenen Klinikum. Sie ist bei bekannter Ätiologie entbehrlich. Spezialisierte Labordiagnostik darf auch in Fremdlabors erfolgen
- 24-Stunden-Verfügbarkeit der zerebralen Angiographie, der digitalen Subtraktionsangiographie, der CT-Angiographie oder der MR-Angiographie
- kontinuierlicher Möglichkeit zur Fibrinolysetherapie des Schlaganfalls
- Beginn von Maßnahmen der Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie spätestens am Tag nach der Aufnahme in die Schlaganfalleinheit mit mindestens einer Behandlungseinheit pro Tag pro

genannten Bereich bei Vorliegen eines entsprechenden Defizits und bestehender Behandlungsfähigkeit

- unmittelbarem Zugang zu neurochirurgischen Notfalleingriffen sowie zu gefäßchirurgischen und interventionell-neuroradiologischen Behandlungsmaßnahmen (Es gibt jeweils eine eigene Abteilung im Hause oder einen Kooperationspartner in höchstens halbstündiger Transportentfernung (Zeit zwischen Rettungstransportbeginn und Rettungstransportende). Das Strukturmerkmal ist erfüllt, wenn die halbstündige Transportentfernung unter Verwendung des schnellstmöglichen Transportmittels (z.B. Hubschrauber) grundsätzlich erfüllbar ist. Wenn der Transport eines Patienten erforderlich ist und das Zeitlimit nur mit dem schnellstmöglichen Transportmittel eingehalten werden kann, muss dieses auch tatsächlich verwendet werden. Wenn ein Patient transportiert wurde und die halbe Stunde nicht eingehalten werden konnte, darf der Kode nicht angegeben werden.)

8-982 Palliativmedizinische Komplexbehandlung

Exkl.: Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung (8-98e ff.)
Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst (8-98h ff.)

Hinw.: Mindestmerkmale:

- Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Behandlung
- Ganzheitliche Behandlung unter Leitung eines Facharztes mit der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin zur Symptomkontrolle und psychosozialen Stabilisierung ohne kurative Intention und im Allgemeinen ohne Beeinflussung der Grunderkrankung von Patienten mit einer progredienten, fortgeschrittenen Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung, ggf. unter Einbeziehung ihrer Angehörigen
- 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 pro vollständiger Woche
- Einsatz von mindestens zwei der folgenden Therapiebereiche: Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Psychologie, Physiotherapie/Ergotherapie, künstlerische Therapie (Kunst- und Musiktherapie), Entspannungstherapie und Durchführung von Patienten-, Angehörigen- und/oder Familiengesprächen mit insgesamt mindestens 6 Stunden pro Patient und vollständiger Woche patientenbezogen in unterschiedlichen Kombinationen (Die Patienten-, Angehörigen- und/oder Familiengespräche können von allen Berufsgruppen des Behandlungsteams durchgeführt werden.)

8-98b Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls

Exkl.: Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls (8-981 ff.)

Hinw.: Diese Codes können auch beim Vorliegen einer TIA angegeben werden

Besteht über die Therapiemöglichkeiten der vorhandenen Schlaganfalleinheit hinaus die Indikation zu einer Behandlung auf der Intensivstation, kann, wenn die Mindestmerkmale dieses OPS-Kodes erfüllt sind, die dortige Behandlungszeit auch für die Kodierung der neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls berücksichtigt werden, auch wenn auf der Intensivstation nicht ausschließlich Patienten mit einem akuten Schlaganfall behandelt werden

Mindestmerkmale: Behandlung auf einer spezialisierten Einheit durch ein multidisziplinäres, auf die Schlaganfallbehandlung spezialisiertes Team unter fachlicher Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Neurologie oder einen Facharzt für Innere Medizin (in diesem Fall muss im Team der neurologische Sachverstand kontinuierlich eingebunden sein) mit:

- 24-stündiger ärztlicher Anwesenheit (auch als Bereitschaftsdienst)
- 24-Stunden-Monitoring von mindestens 6 der folgenden Parameter: Blutdruck, Herzfrequenz, EKG, Atmung, Sauerstoffsättigung, Temperatur, intrakranieller Druck, EEG, evozierte Potentiale. Blutdruck, Temperatur und evozierte Potentiale können auch nichtautomatisiert bestimmt werden. Das Monitoring darf nur zur Durchführung spezieller Untersuchungen oder Behandlungen unterbrochen werden. Alle Parameter müssen im Abstand von 4 Stunden oder häufiger erhoben und dokumentiert werden
- 6-stündlicher (maximaler Abstand nachts 8 Stunden) Überwachung und Dokumentation des neurologischen Befundes durch einen Arzt zur Früherkennung von Schlaganfallprogression, -rezidiv und anderen Komplikationen
- Durchführung einer Computertomographie oder Kernspintomographie, bei Lyseindikation innerhalb von 60 Minuten, ansonsten innerhalb von 6 Stunden nach der Aufnahme, sofern diese

- Untersuchung nicht bereits extern zur Abklärung des akuten Schlaganfalls durchgeführt wurde
- Durchführung der neurosonologischen Untersuchung der extra- und intrakraniellen hirnversorgenden Gefäße zur Abklärung des akuten Schlaganfalls. Diese muss obligatorisch vor oder während des Aufenthaltes auf der spezialisierten Einheit durchgeführt werden, sofern nicht eine andere Methode der Darstellung dieser Gefäße (CT-, Kernspin- oder digitale Subtraktionsangiographie) seit Beginn der akuten Symptomatik angewandt wurde. Sie ist bei nachgewiesener primärer Blutung entbehrlich
- ätiologischer Diagnostik und Differenzialdiagnostik des Schlaganfalls (z.B. transösophageale Echokardiographie, Hämostaseologie, Angiitidiagnostik, EEG und andere Verfahren) im eigenen Klinikum. Sie ist bei bekannter Ätiologie entbehrlich. 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.)

8-98d

Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur)

Hinw.: Diese Codes gelten für Patienten, die bei stationärer Aufnahme älter als ~~28~~ 27 Tage und ~~schwerer als 2500 Gramm~~ mindestens 2.500 Gramm schwer sind und das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Sie können in Ausnahmefällen auch für Erwachsene angegeben werden, wenn deren Behandlung in einer Abteilung oder Klinik für Kinder- und Jugendmedizin erforderlich ist

Die Anzahl der Aufwandspunkte errechnet sich aus der Summe der Punktzahlen pro Tag für die einzelnen Kriterien im Anhang zum OPS (Berechnung der Aufwandspunkte für die intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter)

Mindestmerkmale:

- Die patientennahe Pflege erfolgt durch Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen mit einer Fachweiterbildungsquote im Bereich Pädiatrische Intensivpflege von 40 %. Sofern die Fachweiterbildung für die Pflege noch nicht vorliegt, ist zur Aufrechterhaltung bereits bestehender Versorgungsangebote übergangsweise bis zum Jahresende 201~~7~~8 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 Plasmapbestandteilen, Plasmapherese und Immunadsorption, Maßnahmen im Rahmen der Reanimation u.a. sind gesondert zu kodieren

8-98e Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung

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

Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst (8-98h ff.)

Hinw.: Mindestmerkmale:

- Kontinuierliche, 24-stündige Behandlung auf einer eigenständigen Palliativeinheit (mindestens 5 Betten) durch ein multidisziplinäres und multiprofessionelles, auf die besonders aufwendige und komplexe Palliativbehandlung spezialisiertes Team. Fachliche Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin und mindestens 6-monatiger Erfahrung in der Behandlung von Palliativpatienten auf einer Palliativstation oder in einer anderen Einrichtung der spezialisierten Palliativversorgung. Die 24-stündige fachliche Behandlungsleitung kann durch Rufbereitschaft gewährleistet werden
- Von Montag bis Freitag tagsüber eine mindestens 7-stündige ärztliche Anwesenheit auf der Palliativeinheit
- Pflegerische Leitung mit Nachweis einer anerkannten curricularen palliativpflegerischen Zusatzqualifikation von mindestens 160 Stunden sowie mit mindestens 6-monatiger Erfahrung in einer Einrichtung der spezialisierten Palliativversorgung
- Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Behandlung
- Tägliche multiprofessionelle Fallbesprechung mit **Anwesenheitsdokumentation**
- Erstellung und Dokumentation eines individuellen Behandlungsplans bei Aufnahme
- Begleitung des Patienten durch einen fallbezogenen Koordinator
- Ganzheitliche Behandlung zur Symptomkontrolle und psychosozialen Stabilisierung, ohne kurative Intention und im Allgemeinen ohne Beeinflussung der Grunderkrankung von Patienten mit einer progredienten, fortgeschrittenen Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung, ggf. unter Einbeziehung ihrer Angehörigen
- Bedarfsgerechte Anwendung spezialisierter apparativer palliativmedizinischer Behandlungsverfahren und deren kontinuierliche Überwachung, z.B. Schmerzpumpen und weitere kontinuierliche parenterale Therapien zur Symptomkontrolle
- Aktivierend- oder begleitend-therapeutische Pflege durch besonders in diesem Bereich geschultes Pflegepersonal
- Wöchentliche multidisziplinäre Teambesprechung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele **pro vollständiger Woche**
- Einsatz von mindestens zwei der folgenden Therapiebereiche: Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Psychologie, Physiotherapie/Ergotherapie, künstlerische Therapie (Kunst- und Musiktherapie), Entspannungstherapie und Durchführung von Patienten-, Angehörigen- und/oder Familiengesprächen mit insgesamt mindestens 6 Stunden pro Patient und **vollständiger Woche** patientenbezogen in unterschiedlichen Kombinationen (Die Patienten-, Angehörigen- und/oder Familiengespräche können von allen Berufsgruppen des Behandlungsteams durchgeführt werden.)
- Ggf. bedarfsgerechte Vermittlung zu qualifizierten und kontinuierlichen Unterstützungsangeboten für Angehörige (auch über den Tod des Patienten hinaus)
- Bedarfsgerechte Vermittlung und Überleitung zu nachfolgenden Betreuungsformen der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung unter besonderer Berücksichtigung von Notfallvorausplanung, strukturierter Anleitung von Angehörigen, sozialrechtlicher Beratung und bedarfsgerechter Zuweisung

8-98f Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)

Exkl.: Intensivüberwachung ohne akute Behandlung lebenswichtiger Organsysteme oder kurzfristige (< 24 Stunden) Intensivbehandlung

Kurzfristige (< 24 Stunden) Stabilisierung von Patienten nach operativen Eingriffen

Hinw.: Mindestmerkmale:

- Kontinuierliche, 24-stündige Überwachung und akute Behandlungsbereitschaft durch ein Team von Pflegepersonal und Ärzten, die in der Intensivmedizin erfahren sind und die aktuellen Probleme ihrer Patienten kennen
- Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzweiterbildung "Intensivmedizin", der den überwiegenden Teil seiner ärztlichen Tätigkeit auf der Intensivstation ausübt
- **Ein Facharzt mit der Zusatzweiterbildung "Intensivmedizin" (die Behandlungsleitung oder ein**

- anderer Facharzt mit der Zusatzweiterbildung "Intensivmedizin") muss werktags (Montag bis Freitag) zwischen 8 und 18 Uhr mindestens 7 Stunden auf der Intensivstation anwesend sein. Außerhalb dieser Anwesenheitszeit muss ein Facharzt mit der Zusatzweiterbildung "Intensivmedizin" innerhalb von 30 Minuten am Patienten verfügbar sein
- Ein Facharzt mit der Zusatzweiterbildung "Intensivmedizin" (die Behandlungsleitung oder ein anderer Facharzt mit der Zusatzweiterbildung "Intensivmedizin") muss täglich mindestens eine Visite durchführen
 - Eine ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation muss gewährleistet sein. Der Arzt der Intensivstation kann zu einem kurzfristigen Notfalleinsatz innerhalb des Krankenhauses (z.B. Reanimation) hinzugezogen werden
 - 24-stündige Verfügbarkeit folgender Verfahren im eigenen Klinikum:
 - Apparative Beatmung
 - Nicht invasives und invasives Monitoring
 - Kontinuierliche ~~oder und~~ intermittierende Nierenersatzverfahren
 - ~~Radiologische Diagnostik mittels CT, DSA oder MRT~~
 - ~~Interventionelle Kardiologie mit Akut-PTCA~~
 - Endoskopie des Gastrointestinaltraktes und des Tracheobronchialsystems
 - Intrakranielle Druckmessung oder Hybrid-Operationssaal für kardiovaskuläre Eingriffe
 - Transösophageale Echokardiographie
 - 24-stündige Verfügbarkeit von ~~einem~~drei der folgenden ~~drei~~vier Verfahren im eigenen Klinikum:
 - Radiologische Diagnostik mittels CT und MRT
 - Interventionelle Kardiologie mit Akut-PTCA
 - Interventionelle (Neuro)radiologie mit akuter endovaskulärer Therapie von Gefäß- und Organverletzungen und/oder zerebralen Gefäßverschlüssen
 - Laborleistungen
 - ~~Intrakranielle Druckmessung~~
 - ~~Transösophageale Echokardiographie~~
 - ~~Mikrobiologische Diagnostik~~
 - Mindestens ~~7,6~~ von den ~~9,8~~ 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
 - Diese Codes sind für Patienten, die bei stationärer Aufnahme das 14. Lebensjahr vollendet haben, anzugeben

Kapitel 9

ERGÄNZENDE MASSNAHMEN

(9-20...9-99)

Pflege und Versorgung von Patienten

(9-20...9-20)

9-20	Hochaufwendige Pflege von Patienten
9-201	<p>Hochaufwendige Pflege von Kindern und Jugendlichen</p> <p>Exkl.: Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen (PKMS-E) (9-200 ff.) Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern (PKMS-K) (9-202 ff.) Hochaufwendige Pflege von Frühgeborenen, Neugeborenen und Säuglingen (PKMS-F) (9-203 ff.)</p> <p>Hinw.: <u>Ein Kode aus diesem Bereich ist nur für Leistungen anzugeben, die in Einrichtungen im Geltungsbereich des § 17b KHG erbracht wurden</u></p> <p>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</p> <p>Mindestmerkmale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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
9-202	<p>Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern</p> <p>Exkl.: Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen (PKMS-E) (9-200 ff.) Hochaufwendige Pflege von Kindern und Jugendlichen (PKMS-J) (9-201 ff.) Hochaufwendige Pflege von Frühgeborenen, Neugeborenen und Säuglingen (PKMS-F) (9-203 ff.)</p> <p>Hinw.: <u>Ein Kode aus diesem Bereich ist nur für Leistungen anzugeben, die in Einrichtungen im Geltungsbereich des § 17b KHG erbracht wurden</u></p> <p>Ein Kode aus diesem Bereich ist für Patienten ab dem Beginn des 2. Lebensjahres bis zum Ende des 6. Lebensjahres anzugeben</p> <p>Mindestmerkmale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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
9-203	<p>Hochaufwendige Pflege von Frühgeborenen, Neugeborenen und Säuglingen</p> <p>Exkl.: Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen (PKMS-E) (9-200 ff.) Hochaufwendige Pflege von Kindern und Jugendlichen (PKMS-J) (9-201 ff.) Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern (PKMS-K) (9-202 ff.)</p>

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 bis zum Ende des 1. Lebensjahres anzugeben

Mindestmerkmale:

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

Präventive und ergänzende kommunikative Maßnahmen (9-50...9-51)

9-50 Präventive Maßnahmen

9-502 Präventive familienzentrierte multimodale Komplexbehandlung bei Frühgeborenen, Neugeborenen und Säuglingen

Hinw.: Ein Kode aus diesem Bereich ist für die psychosoziale und bindungsunterstützende familienzentrierte Versorgung während des stationären Aufenthaltes zu verwenden bei Frühgeborenen, Neugeborenen und Säuglingen, die aufgrund von Unreife, Störungen der Vitalfunktionen z.B. nach Infektionen, Störungen der Wahrnehmung, neuromuskulären Erkrankungen oder neurologischen Einschränkungen z.B. nach intrazerebralen Blutungen sich ihren Bezugspersonen nicht adäquat mitteilen oder die nicht sensomotorisch auf diese reagieren können. Das Risiko einer Bindungsstörung soll minimiert werden
Ein Kode aus diesem Bereich ist nur für Leistungen anzugeben, die in Einrichtungen im Geltungsbereich des § 17b KHG erbracht wurden

Mindestmerkmale:

- Multiprofessionelles Team unter Leitung eines Facharztes für Kinder- und Jugendmedizin oder eines Facharztes für Kinderchirurgie
- Das multiprofessionelle Team besteht mindestens aus den folgenden 3 Berufsgruppen:
 - Ärzte
 - Psychologen oder Pädagogen
 - Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekräfte
- Vorhandensein und bedarfsgerechter Einsatz (mindestens in Kooperation) von weiteren Therapeuten wie Ökotrophologen/Ernährungsberater, Physio-/Ergotherapeuten, Sozialarbeiter/-therapeuten
- Assessment durch ein Mitglied des multiprofessionellen Teams zu individuellen Schwerpunkten der Belastungsbewältigung durch eine spezielle psychisch-sozialmedizinische Anamnese mit Dokumentation folgender Bereiche (Das Assessment ist nicht auf die Anzahl der Stunden anrechenbar.):
 - individuelle Ressourcen
 - familiäre Ressourcen
 - soziale Ressourcen
 - lokale/kommunale Ressourcen
- Einsatz von mindestens 2 der folgenden Leistungen (von jeweils mindestens 30 Minuten Dauer, Leistungserbringung durch mindestens 1 Mitglied des multiprofessionellen Teams):
 - Beratung der Eltern/Sorgeberechtigten zu sozialen Aspekten und Entwicklungsaspekten bei drohender Bindungsstörung sowie zur Mobilisierung von Unterstützungsressourcen
 - Anleitung der Eltern/Sorgeberechtigten in bindungsförderndem Verhalten durch:
 - theoretische Unterweisung im Einzel- oder Gruppensetting und/oder
 - praktische Unterweisung im Einzelsetting und/oder
 - Übung wiederkehrender allgemeiner und spezifischer Pflege- und Versorgungshandlungen am eigenen Kind
 - Krisenintervention bei kurzfristiger Zustandsverschlechterung des Kindes
- Fallbesprechung von mindestens 10 Minuten Dauer (bei einer Aufenthaltsdauer von mehr als einer

Woche erfolgt die Fallbesprechung mindestens wöchentlich) unter Beteiligung aller 3 Berufsgruppen des multiprofessionellen Teams mit Dokumentation der Anwesenheit der beteiligten Berufsgruppen sowie der bisherigen Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele. Diese Fallbesprechung ist auf die Anzahl der Stunden anzurechnen, z.B. 30 Minuten Gesamtzeit bei 3 teilnehmenden Teammitgliedern mit jeweils 10 Minuten

- Mindestens eine Fallkonferenz unter Beteiligung von mindestens 2 Berufsgruppen des multiprofessionellen Teams sowie der Eltern/Sorgeberechtigten von mindestens 15 Minuten Dauer. Sie dient der Planung von geeigneten Leistungen gemeinsam mit den Eltern/Sorgeberechtigten, der Evaluation in Anspruch genommener Versorgung und Betreuung, der Zusammenarbeit mit weiteren medizinischen Versorgungseinrichtungen zur psychiatrischen oder psychologischen Versorgung der Eltern/Sorgeberechtigten sowie der Vorbereitung von im Einzelfall erforderlichen amtlichen Entscheidungen beispielsweise durch das Sozial- oder Jugendamt. Die Anwesenheit der beteiligten Berufsgruppen und die Inhalte der Konferenz sind zu dokumentieren. Diese Fallkonferenz ist auf die Anzahl der Stunden anzurechnen, z.B. 30 Minuten Gesamtzeit bei 2 teilnehmenden Teammitgliedern mit jeweils 15 Minuten

9-502.0	<u>Mindestens 2 bis unter 5 Stunden</u>
9-502.1	<u>Mindestens 5 bis unter 15 Stunden</u>
9-502.2	<u>Mindestens 15 bis unter 25 Stunden</u>
9-502.3	<u>Mindestens 25 bis unter 35 Stunden</u>
9-502.4	<u>Mindestens 35 oder mehr Stunden</u>

Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-60...9-64)

9-60	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
Exkl.:	<p>Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-61)</p> <p>Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-626)</p> <p>Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-634)</p>
Hinw.:	<p>Eine kriseninterventionelle Behandlung (9-641 ff.), die integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-642), die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen Setting (Mutter/Vater-Kind-Setting) (9-643 ff.), die Erbringung von Behandlungsmaßnahmen im stationärsersetzenden Umfeld und als halbtägige tagesklinische Behandlung (9-644 ff.), der indizierte komplexe Entlassungsaufwand (9-645 ff.), der erhöhte Aufwand bei drohender oder bestehender psychosozialer Notlage (9-646 ff.), die spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker (9-647 ff.), der erhöhte therapieprozessorientierte patientenbezogene Supervisionsaufwand (9-648 ff.) und der Einsatz von Gebärdensprachdolmetschern (9-510 ff.) sind gesondert zu kodieren</p> <p>Dieser Kode ist zu Beginn der Behandlung und bei jedem Wechsel der Behandlungsart anzugeben</p> <p>Die Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche ist für jede Berufsgruppe getrennt nach Einzel- und Gruppentherapie gesondert zu kodieren (9-649 ff.)</p> <p>Dieser Kode ist sowohl für die voll- als auch die teilstationäre Behandlung zu verwenden</p> <p><u>Die psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung umfasst ärztliche und/oder psychologische Gespräche (z.B. Visiten) und die Basisversorgung durch weitere Berufsgruppen. Ein weiterer Schwerpunkt liegt in der Anwendung der unten genannten Verfahren der ärztlichen, psychologischen und anderen Berufsgruppen</u></p> <p>Mindestmerkmale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Therapiezielorientierte Behandlung durch ein multiprofessionelles Team unter Leitung eines Facharztes (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie)

- Vorhandensein von Vertretern der folgenden Berufsgruppen in der Einrichtung:
 - Ärzte (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie)
 - Psychologen (Psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe oder Master of Science in Psychologie)
 - Spezialtherapeuten (z.B. Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter, Logopäden, Kreativtherapeuten)
 - Pflegefachpersonen (z.B. Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger)
- Als angewandte Verfahren der ärztlichen und psychologischen Berufsgruppen gelten folgende Verfahren oder im Aufwand vergleichbare Verfahren:
 - Supportive Einzelgespräche
 - Einzelpsychotherapie
 - Gruppenpsychotherapie, ~~Psychoedukation~~
 - 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:
 - Beratung, Adhärenz-Förderung und Monitoring im Rahmen der ärztlich indizierten Psychopharmakotherapie
 - Psychoedukation
 - 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 Hilfskoordination zur Reintegration in den individuellen psychosozialen Lebensraum
 - ~~Beratung, Adhärenz-Förderung und Monitoring im Rahmen der ärztlich indizierten Psychopharmakotherapie~~
 - ~~Psychoedukation~~
- ~~Die psychiatrisch psychosomatische Regelbehandlung umfasst ärztliche und/oder psychologische Gespräche (z.B. Visite) und die Basisversorgung durch weitere Berufsgruppen. Ein weiterer Schwerpunkt liegt in der Anwendung der genannten Verfahren der ärztlich psychologischen Berufsgruppen und der anderen Berufsgruppen~~

- Exkl.:** Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-607)
- Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-626)
- Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-634)

Hinw.: Ein Kode aus diesem Bereich ist nur so lange anzugeben, wie Intensivbehandlungsbedarf besteht
Ein erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-640 ff.), eine kriseninterventionelle Behandlung (9-641 ff.), die integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-642), die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen Setting (Mutter/Vater-Kind-Setting) (9-643 ff.), die Erbringung von Behandlungsmaßnahmen im stationersetzenden Umfeld und als halbtägige tagesklinische Behandlung (9-644 ff.), der indizierte komplexe Entlassungsaufwand (9-645 ff.), ~~der erhöhte Aufwand bei drohender oder bestehender psychosozialer Notlage (9-646 ff.),~~ die spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker (9-647 ff.), ~~der erhöhte therapieprozessorientierte patientenbezogene Supervisionsaufwand (9-648 ff.)~~ und der Einsatz von Gebärdensprachdolmetschern (9-510 ff.) sind gesondert zu kodieren

Ein Kode aus diesem Bereich ist zu Beginn der Behandlung, bei jedem Wechsel der Behandlungsart und bei jeder Änderung der Anzahl der Patientenmerkmale anzugeben

Die Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche ist für jede Berufsgruppe getrennt nach Einzel- und Gruppentherapie gesondert zu kodieren (9-649 ff.)

Die psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung umfasst ärztliche und/oder psychologische Gespräche (z.B. Visiten) und/oder 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

Mindestmerkmale:

- Therapiezielorientierte Behandlung durch ein multiprofessionelles Team unter Leitung eines Facharztes (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie)
- Vorhandensein von Vertretern der folgenden Berufsgruppen in der Einrichtung:
 - Ärzte (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie)
 - Psychologen (Psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe oder Master of Science in Psychologie)
 - Spezialtherapeuten (z.B. Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter, Logopäden, Kreativtherapeuten)
 - Pflegefachpersonen (z.B. Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger)
- Als angewandte Verfahren der ärztlichen und psychologischen Berufsgruppen gelten folgende Verfahren oder im Aufwand vergleichbare Verfahren:
 - Supportive Einzelgespräche
 - Angehörigengespräche (z.B. Psychoedukation, Angehörigengruppen, Gespräche mit Betreuern)
 - Gespräche mit Richtern oder Behördenvertretern
 - Somato-psychosomatisches ärztliches Gespräch
 - Aufklärung, Complianceförderung und Monitoring im Rahmen der ärztlich indizierte Psychopharmakotherapie
- Als angewandte Verfahren der Spezialtherapeuten und Pflegefachpersonen gelten folgende Verfahren oder im Aufwand vergleichbare Verfahren:
 - Beratung, Adhärenz-Förderung und Monitoring im Rahmen der ärztlich indizierten Psychopharmakotherapie
 - Psychoedukation
 - Behandlung und spezielle Interventionen durch Pflegefachpersonen (z.B. alltagsbezogenes Training, Aktivierungsbehandlung)
 - Ergotherapeutische Behandlungsverfahren
 - Physiotherapeutische Behandlungsverfahren
 - Gespräche mit Behördenvertretern
 - Angehörigengespräche, Gespräche mit Betreuern
 - Spezielle psychosoziale Interventionen (z.B. Selbstsicherheitstraining, soziales Kompetenztraining)
 - Physio- oder Bewegungstherapie (z.B. Sporttherapie)
 - Logopädie (z.B. bei Schluckstörungen)
 - Beratung, Adhärenz-Förderung und Monitoring im Rahmen der ärztlich indizierten Psychopharmakotherapie
 - Psychoedukation

- Bezugstherapeutengespräche, supportive Einzelgespräche
- Die Patienten weisen mindestens eines der nachfolgenden Merkmale auf:
 - Anwendung von Sicherungsmaßnahmen
 - Dieses Merkmal ist erfüllt, wenn die Notwendigkeit des Einsatzes von individuellen präventiven (nur personellen) Sicherungsmaßnahmen oder stete Bereitschaft dazu besteht und/oder individuellen reaktiven (personellen, räumlichen, mechanischen und/oder medikamentösen) Sicherungsmaßnahmen besteht und diese ärztlich angeordnet sind
 - Akute Selbstgefährdung durch Suizidalität oder schwer selbstschädigendes Verhalten
 - Unter selbstschädigendem Verhalten versteht man z.B. häufige Selbstverletzungen von Borderline-Patienten oder durchgängige Nahrungsverweigerung bei Essstörungen oder Demenz oder Verweigerung vital notwendiger medizinischer Maßnahmen (z.B. Insulintherapie bei Diabetes mellitus)
 - 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 Flüssigkeit und/oder Nahrung vollständig von Dritten verabreicht oder die Ernährung vollkommen Flüssigkeits-/Nahrungsaufnahme vollständig von Dritten übernommen begleitet werden muss (nicht bei alleiniger Sondenernährung oder alleiniger parenteraler Ernährung)
 - Akute Selbstgefährdung durch fehlende Orientierung (z.B. Stürze ohne Fremdeinfluss) oder Realitätsverkennung
 - Vitalgefährdung durch somatische Komplikationen
 - Dieses Merkmal ist erfüllt, wenn eine Überwachung der Vitalparameter und der Vigilanz engmaschig erfolgt
 - Die für den jeweiligen Patienten zutreffenden unterschiedlichen Merkmale sind für die einzelnen Tage, an denen sie zutreffen, jeweils zu addieren. Ändert sich die Anzahl der Patientenmerkmale pro Tag, ist der entsprechende neue Kode anzugeben. Für den Nachweis der Merkmale ist die Regeldokumentation in der Patientenakte ausreichend
- ~~Die psychiatrisch psychosomatische Intensivbehandlung umfasst ärztliche und/oder psychologische Gespräche (z.B. Visiten), sozialarbeiterische Interventionen und die Basisversorgung durch weitere Berufsgruppen. Der Schwerpunkt der Behandlung liegt zumeist bei häufigen, nicht planbaren und zeitlich begrenzten Einzelkontakten, da die Patienten meistens nicht gruppenfähig sind~~

Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen

- Exkl.:** Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-607)
 Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-61)
 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-634)
- Hinw.:** Ein erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-640 ff.), eine kriseninterventionelle Behandlung (9-641 ff.), die integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-642), die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen Setting (Mutter/Vater-Kind-Setting)

(9-643 ff.), die Erbringung von Behandlungsmaßnahmen im stationersetzenden Umfeld und als halbtägige tagesklinische Behandlung (9-644 ff.), der indizierte komplexe Entlassungsaufwand (9-645 ff.), ~~der erhöhte Aufwand bei drohender oder bestehender psychosozialer Notlage (9-646 ff.),~~ die spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker (9-647 ff.), ~~der erhöhte therapieprozessorientierte patientenbezogene Supervisionsaufwand (9-648 ff.)~~ und der Einsatz von Gebärdensprachdolmetschern (9-510 ff.) sind gesondert zu kodieren

Dieser Kode ist zu Beginn der Behandlung und bei jedem Wechsel der Behandlungsart anzugeben

Die Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche ist für jede Berufsgruppe getrennt nach Einzel- und Gruppentherapie gesondert zu kodieren (9-649 ff.)

Dieser Kode ist sowohl für die voll- als auch die teilstationäre Behandlung zu verwenden

Mindestmerkmale:

- 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 der Kode 9-607 (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 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, ~~oder~~ Facharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie)
 - Psychologen (Psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe oder Master of Science in Psychologie)
 - Spezialtherapeuten (z.B. Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter, Logopäden, Kreativtherapeuten)
 - Pflegefachpersonen (z.B. Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger)
- Als angewandte Verfahren der ärztlichen und psychologischen Berufsgruppen gelten folgende Verfahren oder im Aufwand vergleichbare Verfahren:
 - Supportive Einzelgespräche
 - Einzelpsychotherapie
 - Gruppenpsychotherapie, ~~Psychoedukation~~
 - 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:
 - Beratung, Adhärenz-Förderung und Monitoring im Rahmen der ärztlich indizierten Psychopharmakotherapie
 - Psychoedukation
 - Bezugstherapeutengespräche, supportive Einzelgespräche
 - Behandlung und spezielle Interventionen durch Pflegefachpersonen (z.B. alltagsbezogenes Training, Aktivierungsbehandlung)
 - Ergotherapeutische Behandlungsverfahren
 - ~~Physiotherapeutische Behandlungsverfahren~~
 - Übende Verfahren und Hilfeoordination zur Reintegration in den individuellen

- psychosozialen Lebensraum
- Gespräche mit Behördenvertretern
- Angehörigengespräche, Gespräche mit Betreuern
- Spezielle psychosoziale Interventionen (z.B. Selbstsicherheitstraining, soziales Kompetenztraining)
- Kreativtherapien (z.B. Tanztherapie, Kunsttherapie, Musiktherapie)
- Physio- oder Bewegungstherapie (z.B. Sporttherapie)
- Entspannungsverfahren (z.B. progressive Muskelrelaxation nach Jacobson)
- [Beratung, Adhärenz Förderung und Monitoring im Rahmen der ärztlich indizierten Psychopharmakotherapie](#)
- [Psychoedukation](#)

9-63 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen

Exkl.: Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-607)

Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-61)

Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-626)

Hinw.: Ein erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-640 ff.), eine kriseninterventionelle Behandlung (9-641 ff.), die integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-642), die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen Setting (Mutter/Vater-Kind-Setting) (9-643 ff.), die Erbringung von Behandlungsmaßnahmen im stationärsersetzenden Umfeld und als halbtägige tagesklinische Behandlung (9-644 ff.), der indizierte komplexe Entlassungsaufwand (9-645 ff.), ~~der erhöhte Aufwand bei drohender oder bestehender psychosozialer Notlage (9-646 ff.),~~ die spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker (9-647 ff.), ~~der erhöhte therapieprozessorientierte patientenbezogene Supervisionsaufwand (9-648 ff.)~~ und der Einsatz von Gebärdensprachdolmetschern (9-510 ff.) sind gesondert zu kodieren

Dieser Kode ist zu Beginn der Behandlung und bei jedem Wechsel der Behandlungsart anzugeben

Die Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche ist für jede Berufsgruppe getrennt nach Einzel- und Gruppentherapie gesondert zu kodieren (9-649 ff.)

Dieser Kode ist sowohl für die voll- als auch die teilstationäre Behandlung zu verwenden

Mindestmerkmale:

- 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 der Kode 9-607 (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
- ~~Eine Fachärztliche Visite von mindestens 10 Minuten~~ pro Woche pro Patient
- Vorhandensein von Vertretern der folgenden Berufsgruppen in der Einrichtung:
 - Ärzte (Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie)
 - Psychologen (Psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe oder Master of Science in Psychologie)
 - Spezialtherapeuten (z.B. Ergotherapeuten, Sozialarbeiter, Kreativtherapeuten, Physiotherapeuten, Ökotrophologen, Sportlehrer)
 - Pflegefachpersonen (z.B. Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger)
- Als angewandte Verfahren der ärztlichen und psychologischen Berufsgruppen gelten folgende Verfahren oder im Aufwand vergleichbare Verfahren:
 - Supportive Einzelgespräche
 - Einzelpsychotherapie
 - Gruppenpsychotherapie, ~~Psychoedukation~~
 - 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:
 - Beratung, Adhärenz-Förderung und Monitoring im Rahmen der ärztlich indizierten Psychopharmakotherapie
 - Psychoedukation
 - Bezugstherapeutengespräche, supportive Einzelgespräche
 - Behandlung und spezielle Interventionen durch Pflegefachpersonen (z.B. alltagsbezogenes Training, Aktivierungsbehandlung)
 - Ergotherapeutische Behandlungsverfahren
 - Spezielle psychosoziale Interventionen (z.B. Selbstsicherheitstraining, soziales Kompetenztraining)
 - Kreativtherapien (z.B. Tanztherapie, Kunsttherapie, Musiktherapie)
 - Gespräche mit Behördenvertretern
 - Angehörigengespräche, Gespräche mit Betreuern
 - Gestaltungs-, Körper- und Bewegungstherapie
 - Sensorisch fokussierte Therapien (z.B. Genussgruppe, Snoezelen)
 - Physio- oder Bewegungstherapie (z.B. Sporttherapie)
 - Entspannungsverfahren (z.B. progressive Muskelrelaxation nach Jacobson, autogenes Training oder psychophysiologische Techniken wie Biofeedback)
 - Somatopsychisch-psychosomatische Kompetenztrainings (Diätberatung, Sozialberatung, Sport)
 - ~~Beratung, Adhärenz-Förderung und Monitoring im Rahmen der ärztlich indizierten Psychopharmakotherapie~~
 - ~~Psychoedukation~~
- Prä-Post-Evaluation des Behandlungsverlaufs

9-64	Zusatzinformationen zur Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-640	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen Hinw.: Diese Codes sind Zusatzcodes. Sie können nur in Kombination mit der Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-61), der psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-626) und der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-634) angegeben werden

Die diagnostische und therapeutische Gesamtverantwortung liegt bei einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Diese Codes sind für jeden Behandlungstag mit erhöhtem Betreuungsaufwand einzeln anzugeben

1:1-Betreuung bedeutet, dass eine Person einen einzelnen Patienten individuell zusammenhängend ggf. zusätzlich zu angewandten Verfahren betreut. 1:1-Betreuung bedeutet, dass ein Patient über einen Zeitraum von mindestens 2 Stunden ohne Unterbrechung fortlaufend von einer oder mehreren Personen betreut wird. Mehrere Zeiträume von mindestens 2 Stunden können über den Tag addiert werden. Bei Einzelbetreuung ~~oder intensiver Beaufsichtigung in einer Kleinstgruppe~~ durch mehr als eine Person (2 oder mehr) sind die zusammenhängenden Zeiten aller betreuenden Personen zu einer Gesamtsumme zu addieren und entsprechend mit einem Code unter 9-640.0 ff. ~~oder 9-640.1 ff.~~ zu kodieren

Anerkannt werden alle Leistungen, die durch Mitarbeiter erbracht werden, die eine Ausbildung in der jeweiligen, in den Primärkodes (9-60 bis 9-63) spezifizierten Berufsgruppe abgeschlossen haben und in einem dieser Berufsgruppe entsprechend vergüteten Beschäftigungsverhältnis stehen

Die für diese Betreuung aufgewendete Zeit kann nicht für die Berechnung der Therapieeinheiten (9-649 ff.) oder für andere Zusatzkodes (9-641 ff.) angerechnet werden

Mindestmerkmale:

- Multiprofessionelle Behandlung von Patienten, deren wesentliche Merkmale die akute Fremd- oder Selbstgefährdung infolge einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung sind
- Tägliche ärztliche/psychologische Befunderhebung und ggf. ärztliche Anordnung zur Einleitung oder Fortführung der Betreuungsmaßnahmen

9-640.1 ~~Betreuung in der Kleinstgruppe~~

~~Hinw.: Zu einer Kleinstgruppe gehören bis zu 3 Patienten~~

- ~~-13 2 bis unter 4 Stunden pro Tag~~
- ~~-14 4 bis unter 6 Stunden pro Tag~~
- ~~-15 6 bis unter 12 Stunden pro Tag~~
- ~~-16 12 bis unter 18 Stunden pro Tag~~
- ~~-17 18 oder mehr Stunden pro Tag~~

9-642 **Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen**

Hinw.: Dieser Code ist ein Zusatzkode. Er kann nur jeweils in Kombination angegeben werden mit der Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-607), der Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-61), der psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-626) und der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-634). Solange die Mindestmerkmale dieses Kodes erfüllt sind, ist er einmal pro Woche anzugeben

Mindestmerkmale:

- Vorliegen von unmittelbar medizinisch behandlungsbedürftigen akuten und chronischen somatischen Erkrankungen, dokumentiert durch Veränderung(en) des initialen medizinischen Behandlungsregimes im Verlauf der Krankenhausbehandlung, mit psychischer Komorbidität und/oder Copingstörungen (z.B. Asthma bronchiale, KHK, Diabetes mellitus, Blutdruckkrisen, entzündliche Darmerkrankungen, Tumorerkrankungen, chronische Infektionskrankheiten, Transplantationspatienten) oder von sich vorwiegend somatisch präsentierenden Erkrankungen (z.B. somatoforme [Schmerz-]Störung, schwerstes Untergewicht bei Anorexia nervosa), die der gleichzeitigen intensiven somatischen Diagnostik und Therapie im Sinne einer auf die Erfordernisse somatisch Kranker adaptierten integrierten klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bedürfen
- Über 24 Stunden vorhandene Infrastruktur eines Akutkrankenhauses mit verfügbarem Notfall-Labor und Notfall-Röntgendiagnostik ~~und mit~~
- ~~g~~~~G~~eregelter ~~m~~~~r~~ Zugang zu einer ~~Abteilung für Intensivmedizin und zu einer Klinik für Innere Medizin oder somatischen Intensivstation und~~ zu einer ~~anderen~~ somatischen Fachabteilung (z.B. Innere Medizin, Neurologie, Orthopädie, Gynäkologie, Hämatonkologie)
- 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

- Arbeitstäglige Anwesenheit eines Arztes, um ggf. auch kurzfristig somatische Problemlagen behandeln zu können
- Arbeitstäglige 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

9-645 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 (9-607), der Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-61), der psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-626) und der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-634) angegeben werden

Kodes aus den Bereichen 9-645.0 ff. und 9-645.1 ff. sind für jeden Tag, an dem Leistungen im Sinne dieser Codes erbracht wurden, gesondert anzugeben

Die im Kontext der Entlassung im Sinne dieses Kodes erbrachten Leistungen können nicht gleichzeitig bei der Berechnung der Therapieeinheiten (9-649 ff.) oder für andere Zusatzcodes (9-640 ff., 9-641 ff.) angerechnet werden

Mindestmerkmale für den gesamten Entlassungsprozess:

- Differenzierte Diagnostik des Funktionsniveaus und des poststationären Versorgungsbedarfs, Erstellung eines bedarfsgerechten Entlassungsplanes ~~und Überprüfung des Entlassungsplanes 1 bis 3 Tage vor Entlassung~~
- Anerkannt werden alle Leistungen, die durch Mitarbeiter erbracht werden, die eine Ausbildung in der jeweiligen spezifizierten Berufsgruppe abgeschlossen haben und in einem dieser Berufsgruppe entsprechend vergüteten Beschäftigungsverhältnis stehen
- Es zählen z.B. folgende Leistungen:
 - Leistungen zur Unterstützung des Wohnsitzwechsels (z.B. bei Obdachlosigkeit, bei Heimeintritt, begleitete Besuche, Beschaffung von Einrichtungsgegenständen)
 - Ein oder mehrere Hausbesuche vor Entlassung, die im unmittelbaren inhaltlichen Zusammenhang mit der Entlassung stehen
 - Leistungen zur Organisation nachbetreuender Dienste und/oder Überleitungsmanagement (z.B. Hilfeplankonferenzen, Überleitungsgespräche)
 - Leistungen zur Unterstützung bei schwieriger Wohnsituation (z.B. Vermietergespräche, Besuche in der Nachbarschaft, Besuch eines Rechtsbeistandes)
 - Leistungen zur Unterstützung der beruflichen Wiedereingliederung (z.B. stundenweise begleitete Belastungserprobungen im Arbeitsumfeld, Durchführung von oder Begleitung zu Gesprächen mit dem Arbeitgeber)
 - Leistungen zur Unterstützung von Angehörigen (gezielte Anleitung und/oder Edukation für die Entlassung, z.B. Erarbeitung eines konkreten Tagesplanes, Begleitung von stundenweisen Belastungserprobungen, Familiengespräche)
- Fahrzeiten werden nicht angerechnet

9-646 ~~Erhöhter Aufwand bei drohender oder bestehender psychosozialer Notlage bei Erwachsenen~~

Hinw.: ~~Diese Codes sind Zusatzcodes. Sie sind für besondere Leistungen im Zusammenhang mit drohender oder bestehender psychosozialer Notlage bei deutlich eingeschränkten eigenständigen Bewältigungsmöglichkeiten der persönlichen Lebenssituation anzugeben. Art und Schwere der~~

~~Erkrankung werden durch die psychosoziale Notlage erschwert~~

~~Sie können nur in Kombination mit der Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-607), der Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-61), der psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-626) und der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-634) angegeben werden~~

~~Ein Kode aus diesem Bereich ist jeweils nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben~~

~~Die bei 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 verlängerter Krankenversicherungsschutz)~~
- ~~• Klärung und Regelung bei drohender oder eingetretener Erwerbslosigkeit (z. B. Abmahnung, erfolgte Aussprache der Kündigung)~~
- ~~• Klärung und Regelung der Wohnsituation bei drohender oder eingetretener Obdachlosigkeit (z. B. hohe Zahlungsrückstände, erfolgte Kündigung der Wohnung, Räumungsklage)~~
- ~~• Klärung und Regelung der Weiterversorgung abhängig betreuter Angehöriger (z. B. Kinder) bei fehlender Versorgung durch Dritte~~

- 9-646-0 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 (9-607), der Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-61), der psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-626) und der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-634) angegeben werden

Wird die spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung unterbrochen, so wird für jede Behandlungsepisode ein Kode aus diesem Bereich angegeben

Bei einer Behandlung an mehr als 28 Behandlungstagen ist die Zählung von Neuem zu beginnen und es wird ein weiterer Kode aus diesem Bereich angegeben

Ein Kode aus diesem Bereich kann bei einfachem oder multiplem Substanzmissbrauch angegeben werden und ist nicht bei isolierter Nikotinabhängigkeit (Tabak), Koffeinabhängigkeit oder nicht stoffgebundenen Abhängigkeiten anzuwenden

Die diagnostische und therapeutische Gesamtverantwortung liegt bei einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Die im Rahmen der spezifischen qualifizierten Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker anfallenden Therapieeinheiten werden bei den Zusatzcodes 9-649 ff. angegeben

Das Therapiekonzept ist auf mindestens 7 Behandlungstage ausgelegt (Ausnahme: vorzeitiger Therapieabbruch)

Mindestmerkmale (für den stationären Gesamtaufenthalt zu erbringende Maßnahmen):

- Ggf. somatischer Entzug
- Therapiezielorientierte Behandlung durch ein multidisziplinär zusammengesetztes Behandlungsteam mit mindestens 3 Berufsgruppen (z. B. Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten oder Suchttherapeuten, Sozialpädagogen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Pflegefachpersonen). davon mindestens 1 Arzt oder Psychologischer Psychotherapeut
- Differenzierte somatische und psychiatrische Befunderhebung mit Diagnostik und ggf. Behandlung

- von Folge- und Begleiterkrankungen
- Information und Aufklärung über Abhängigkeitserkrankungen, Förderung von Veränderungsbereitschaft, soziale Stabilisierung, Motivierung zur problemspezifischen Weiterbehandlung
- ~~Standardisiertes suchtmmedizinisches und soziales Assessment~~
- Ressourcen- und lösungsorientiertes Therapiemanagement unter Einsatz differenzierter Therapieelemente patientenbezogen in Kombination von Gruppen- und Einzeltherapie: z. B. psychoedukative Informationsgruppen, medizinische Informationsgruppen, themenzentrierte Einzel- und Gruppentherapie, Ergotherapie, Krankengymnastik/Bewegungstherapie, Entspannungsverfahren
- Ggf. Angehörigeninformation und -beratung
- Information über externe Selbsthilfegruppen, ggf. Informationsveranstaltungen von Einrichtungen des Suchthilfesystems
- Ggf. Eingliederung des Patienten in das bestehende regionale Suchthilfesystem

9-648 Erhöhter therapieprozessorientierter patientenbezogener Supervisionsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen

Hinw.: ~~Diese Codes sind Zusatzcodes. Sie können nur in Kombination mit der Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-607), der Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-61), der psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-626) und der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-634) angegeben werden.~~
~~Die diagnostische und therapeutische Gesamtverantwortung liegt bei einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.~~
~~Diese Codes sind für jeden Behandlungstag mit erhöhtem Supervisionsaufwand einzeln anzugeben.~~
~~Zu kodieren sind erbrachte therapieprozessorientierte patientenbezogene Supervisionsleistungen eines Facharztes/psychologischen Psychotherapeuten für einen anderen psychotherapeutisch tätigen Arzt oder Psychologen oder für ein Behandlungsteam, die einem konkreten Patienten zuzuordnen sind und die einen Zeitraum von mindestens 25 Minuten umfassen. Diese Leistungen sind patientenbezogen unter Angabe des Supervisionsanlasses, des Supervisionsthemas und der sich ergebenden therapiestrategischen Konsequenzen zu dokumentieren. Supervisionsleistungen im Rahmen von Visiten, multiprofessionellen Teamsitzungen oder Übergaben dürfen hier nicht berücksichtigt werden.~~
~~Anerkannt werden alle Leistungen, die durch Mitarbeiter erbracht werden, die eine Ausbildung in der jeweiligen, spezifizierten Berufsgruppe abgeschlossen haben und in einem dieser Berufsgruppe entsprechend vergüteten Beschäftigungsverhältnis stehen.~~

9-648-0 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~~

~~-04 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~~

~~-14 Mindestens 50 Minuten pro Tag~~

Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-65...9-69)

9-65 Psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen

Exkl.: ~~Psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen (9-666)~~

Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-672)

Psychiatrisch-psychosomatische Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-686)

Hinw.: ~~Eine kriseninterventionelle Behandlung (9-690 ff.), der indizierte komplexe Entlassungsaufwand (9-692 ff.), die intensive Beaufsichtigung mit Überwachung in einer Kleinstgruppe oder Einzelbetreuung der erhöhte Betreuungsaufwand (9-693 ff.), die spezifische Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen (9-694 ff.), der erhöhte therapieprozessorientierte patientenbezogene Supervisionsaufwand (9-695 ff.)~~ und der Einsatz von Gebärdensprachdolmetschern (9-510 ff.) sind gesondert zu kodieren

Dieser Kode ist für die Behandlung von Patienten anzuwenden, die bei stationärer Aufnahme das 44-18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben (bei deutlichen Entwicklungsdefiziten auch für Heranwachsende bis zum vollendeten 21. Lebensjahr)

Dieser Kode ist sowohl für die voll- als auch die teilstationäre Behandlung zu verwenden

Dieser Kode ist zu Beginn der Behandlung und bei jedem Wechsel der Behandlungsart anzugeben

Die Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche ist für jede Berufsgruppe getrennt nach Einzel- und Gruppentherapie gesondert zu kodieren (9-696 ff.)

Mindestmerkmale:

- Therapiezielorientierte Behandlung durch ein multiprofessionelles Team unter Leitung eines Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Wöchentliche Teambesprechung mit Vertretern aus mindestens 2 unterschiedlichen Berufsgruppen zur Beratung des weiteren Behandlungsverlaufs (bei Aufhalten von mehr als 6 Tagen) oder eine ausführliche Behandlungsplanung mit Vertretern aus mindestens 2 unterschiedlichen Berufsgruppen mindestens alle 4 Wochen
- Die Anwendung der unterschiedlichen Therapieverfahren erfolgt nach ärztlicher Indikation patientenbezogen in unterschiedlichen Kombinationen in einem kind- und/oder jugendgerechten, milieutherapeutischen Setting mit entwicklungsspezifischem Umgang und Anleitung und mit Bezug auf das oder im Lebensumfeld des Patienten
- Vorhandensein von Vertretern der folgenden Berufsgruppen in der Einrichtung:
 - Ärzte (Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie)
 - Psychologen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, ~~P~~Psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe oder Master of Science in Psychologie)
 - Mindestens 2 Spezialtherapeutengruppen (z.B. Ergotherapeuten, Sozialarbeiter, Heilpädagogen, Bewegungs-, Erlebnis-, Kreativtherapeuten, Logopäden)
 - Pädagogisch-pflegerische Fachpersonen (z.B. (Kinder-)Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, Erzieher, Heilerziehungspfleger, Jugend- und Heimerzieher)
- Als angewandte Verfahren der ärztlichen und psychologischen Berufsgruppen gelten folgende Verfahren oder im Aufwand vergleichbare Verfahren:
 - Ärztliches oder psychologisches Einzelgespräch
 - Einzelpsychotherapie mit kind- und 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 (Kind/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 kinder- und jugendpsychiatrische- bzw. jugendpsychiatrische Pflege/Bezugspflege des Pflege- und Erziehungsdienstes (z.B. alltagsbezogenes Training, Anleitung und Förderung der Selbständigkeit, Stuhltraining, Esstraining, Verstärkerplan, Feedbackrunden)
 - Begleitung in die Patientengruppe
 - 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, Anleitung zu gemeinsamen Aktivitäten mit Mitpatienten wie Spiel, Sport, Freizeit)
 - Kreativtherapien (z.B. Tanztherapie, Kunsttherapie, Musiktherapie)
 - Bewegungstherapie, Mototherapie, Logopädie
 - Erlebnispädagogik oder -therapie
 - Übende Verfahren und prospektive Hilfeoordination hinsichtlich der geplanten Reintegration in Schule und soziales Umfeld, inklusive Behandlung als Hometreatment
 - Entspannungsverfahren
 - Gespräche mit Behördenvertretern

9-656 Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen

9-66 Psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen

Exkl.: ~~Psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern (9-656)~~
~~Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-672)~~
~~Psychiatrisch-psychosomatische Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-686)~~

Hinw.: Eine kriseninterventionelle Behandlung (9-600 ff.), die Erbringung von Behandlungsmaßnahmen im stationsersetzenden Umfeld und als halbtägige tagesklinische Behandlung (9-601 ff.), der indizierte komplexe Entlassungsaufwand (9-602 ff.), die intensive Beaufsichtigung mit Überwachung in einer Kleinstgruppe oder Einzelbetreuung (9-603 ff.), die spezifische Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen (9-604 ff.), der erhöhte therapieprozessorientierte patientenbezogene Supervisionsaufwand (9-605 ff.) und der Einsatz von Gebärdensprachdolmetschern (9-510 ff.) sind gesondert zu kodieren

Dieser Kode ist für die Behandlung von Patienten anzuwenden, die bei stationärer Aufnahme das 15. Lebensjahr begonnen haben und das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben (bei deutlichen Entwicklungsdefiziten auch für Heranwachsende bis zum vollendeten 21. Lebensjahr)

Dieser Kode ist sowohl für die voll- als auch die teilstationäre Behandlung zu verwenden

Dieser Kode ist zu Beginn der Behandlung und bei jedem Wechsel der Behandlungsart anzugeben

Die Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche ist für jede Berufsgruppe getrennt nach Einzel- und Gruppentherapie gesondert zu kodieren (9-696 ff.)

Mindestmerkmale:

- ~~Therapiezielorientierte Behandlung durch ein multiprofessionelles Team unter Leitung eines Facharztes für Kinder und Jugendpsychiatrie und psychotherapie~~
- ~~Wöchentliche Teambesprechung mit Vertretern aus mindestens 2 unterschiedlichen Berufsgruppen zur Beratung des weiteren Behandlungsverlaufs (bei Aufhalten von mehr als 6 Tagen) oder eine ausführliche Behandlungsplanung mit Vertretern aus mindestens 2 unterschiedlichen Berufsgruppen mindestens alle 4 Wochen~~
- ~~Die Anwendung der unterschiedlichen Therapieverfahren erfolgt nach ärztlicher Indikation patientenbezogen in unterschiedlichen Kombinationen in einem kind- und/oder jugendgerechten, milieuthérapeutischen Setting mit entwicklungsspezifischem Umgang und Anleitung und mit Bezug~~

~~auf das oder im Lebensumfeld des Patienten~~

- ~~Vorhandensein von Vertretern der folgenden Berufsgruppen in der Einrichtung:~~
 - ~~Ärzte (Facharzt für Kinder und Jugendpsychiatrie und psychotherapie)~~
 - ~~Psychologen (Kinder und Jugendlichenpsychotherapeut, psychologischer Psychotherapeut, Diplom Psychologe oder Master of Science in Psychologie)~~
 - ~~Mindestens 2 Spezialtherapeutengruppen (z.B. Ergotherapeuten, Sozialarbeiter, Heilpädagogen, Bewegungs-, Erlebnis-, Kreativtherapeuten)~~
 - ~~Pädagogisch-pflegerische Fachpersonen (z.B. (Kinder-)Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, Erzieher, Heilerziehungspfleger, Jugend- und Heimerzieher)~~
- ~~Als angewandte Verfahren der ärztlichen und psychologischen Berufsgruppen gelten folgende Verfahren oder im Aufwand vergleichbare Verfahren:~~
 - ~~Ärztliches oder psychologisches Einzelgespräch~~
 - ~~Einzelpsychotherapie mit jugendgerechten Verfahren~~
 - ~~Gruppenpsychotherapie und Entspannungsverfahren~~
 - ~~Elterngespräche, Familiengespräche und Familientherapie und/oder Gespräche mit Bezugspersonen aus dem Herkunftsmilieu (z.B. Jugendhilfe, Pflegefamilie)~~
 - ~~Gespräche und Beratungen mit Richtern oder Behördenvertretern~~
 - ~~Somato-psychosomatisches ärztliches Gespräch~~
 - ~~Aufklärung (Jugendlicher und Bezugspersonen), Complianceförderung und Monitoring im Rahmen der ärztlich indizierten Psychopharmakotherapie~~
- ~~Als angewandte Verfahren der pädagogisch-pflegerischen Fachpersonen und der Spezialtherapeuten gelten folgende Verfahren oder im Aufwand vergleichbare Verfahren:~~
 - ~~Behandlungseinheiten durch die jugendpsychiatrische Pflege/Bezugspflege des Pflege- und Erziehungsdienstes (z.B. alltagsbezogenes Training, Anleitung und Förderung der Selbstständigkeit, Esstraining, Verstärkerplan, Feedbackrunden)~~
 - ~~Begleitung in die Patientengruppe~~
 - ~~Heilpädagogische oder ergotherapeutische Förder- und Behandlungsverfahren~~
 - ~~Spezielle psychosoziale Techniken (z.B. Sozialkompetenztraining, Anleitung zu gemeinsamen Aktivitäten mit Mitpatienten wie Spiel, Sport, Freizeit)~~
 - ~~Kreativtherapien (z.B. Tanztherapie, Kunsttherapie, Musiktherapie)~~
 - ~~Bewegungstherapie, Mototherapie~~
 - ~~Erlebnispädagogik oder -therapie~~
 - ~~Übende Verfahren und prospektive 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~~

9-666 ~~Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen~~

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 und Jugendlichen (9-656)

~~Psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen (9-666)~~

Psychiatrisch-psychosomatische Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-686)

Hinw.: ~~Eine kriseninterventionelle Behandlung (9-690 ff.), der indizierte komplexe Entlassungsaufwand (9-692 ff.), die intensive Beaufsichtigung mit Überwachung in einer Kleinstgruppe oder Einzelbetreuung~~
Der erhöhte Betreuungsaufwand (9-693 ff.), die spezifische Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen (9-694 ff.), ~~der erhöhte therapieprozessorientierte patientenbezogene Supervisionsaufwand (9-695 ff.)~~ und der Einsatz von Gebärdensprachdolmetschern (9-510 ff.) sind gesondert zu kodieren

Dieser Kode ist für die Behandlung von Patienten anzuwenden, die bei stationärer Aufnahme das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben (bei deutlichen Entwicklungsdefiziten auch für Heranwachsende bis zum vollendeten 21. Lebensjahr)

Dieser Kode ist sowohl für die voll- als auch die teilstationäre Behandlung zu verwenden

Dieser Kode ist zu Beginn der Behandlung und bei jedem Wechsel der Behandlungsart anzugeben

Die Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche ist für jede Berufsgruppe getrennt nach Einzel- und Gruppentherapie gesondert zu kodieren (9-696 ff.)

Mindestmerkmale:

- Therapiezielorientierte Behandlung durch ein multiprofessionelles Team unter Leitung eines Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Teambesprechung mit Vertretern aus mindestens 2 unterschiedlichen Berufsgruppen einmal pro Woche zur Beratung des weiteren Behandlungsverlaufs
- Vorhandensein von Vertretern der folgenden Berufsgruppen in der Einrichtung:
 - Ärzte (Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie)
 - Ggf. Psychologen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, ~~P~~Psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe oder Master of Science in Psychologie)
 - Spezialtherapeuten (z.B. Ergotherapeuten, Sozialarbeiter, Heilpädagogen, Bewegungs-, Erlebnis-, Kreativtherapeuten)
 - Pädagogisch-pflegerische Fachpersonen (z.B. (Kinder-)Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, Erzieher, Heilerziehungspfleger, Jugend- und Heimerzieher)
- Als angewandte Verfahren der ärztlichen und psychologischen Berufsgruppen gelten folgende Verfahren oder im Aufwand vergleichbare Verfahren:
 - Ärztliches oder psychologisches Einzelgespräch/einzeltherapeutische Intervention
 - Ärztliche oder psychologische therapeutische Familienkontakte bzw. Kontakt mit Bezugspersonen aus dem Herkunftsmilieu (z.B. Jugendhilfe, Pflegefamilie), Familientherapie
 - Anleitung von anderen Teammitgliedern im Umgang mit dem Patienten, z.B. Begleitung von Deeskalationen (desaktualisierendes "Talking down" bis hin zu Freiheitseinschränkung oder Freiheitsentzug)
 - (Störungsspezifische) Psychoedukation
 - Aufklärung (Kinder/Jugendliche und Bezugspersonen), Compliance-Förderung und enges Monitoring im Rahmen der ärztlich indizierten Psychopharmakotherapie
 - Monitoring und ärztliche Behandlung von Entzugssymptomatik
 - Begleitung bei richterlichen Anhörungen oder (fach)ärztliche Stellungnahmen zur Unterbringung
- Als angewandte Verfahren der pädagogisch-pflegerischen Fachpersonen und Spezialtherapeuten gelten folgende Verfahren oder im Aufwand vergleichbare Verfahren:
 - Einzelbegleitung bei sozialen Aktivitäten (z.B. Mahlzeiten, Freizeit) zur Vermeidung von Überforderung oder Konflikten
 - Sofern ärztlich vertretbar, Begleitung bei Ausgang
 - Angehörigengespräche und gezielte Anleitung der Bezugspersonen aus dem familiären oder sozialen Raum, Begleitung von Besuchskontakten auf der Station
 - Gespräche mit Behördenvertretern
 - Ergotherapeutische Behandlungsverfahren, Bewegungstherapie, Krankengymnastik, Kunst- und Musiktherapie, Entspannungsverfahren in Einzelkontakt oder Kleinstgruppe
 - Interventionen hinsichtlich der geplanten Überleitung in Regelbehandlung oder rehabilitative Anschlussmaßnahmen (z.B. Jugendhilfe)
- Die Patienten weisen mindestens eines der nachfolgenden Merkmale auf:
 - Deutlich erhöhter Pflegeaufwand
 - Die Patienten benötigen deutlich über das altersübliche Maß hinaus Unterstützung bei Aktivitäten des täglichen Lebens im Sinne intensiver pflegerischer Maßnahmen (z.B. Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme, bei Hygienemaßnahmen, bei Bettlägerigkeit oder bei anderen schweren körperlichen Einschränkungen/Erkrankungen und Behinderungen (auch Behinderungen der Sinnesorgane); und/oder sie benötigen Aktivierung zum Aufstehen und zur Teilnahme am Gruppenleben); oder sie benötigen kontinuierliche Überwachung wegen drohender somatischer Dekompensation bei vitaler Gefährdung (z.B. Herzrhythmusstörungen oder Elektrolytentgleisungen durch unzureichende Nahrungsaufnahme bei Anorexia nervosa) oder bei Stoffwechselstörung oder Intoxikation
 - Erhöhter Einzelbetreuungsaufwand wegen mangelnder Gruppenfähigkeit
 - Die Patienten sind störungsbedingt nicht gruppeneinig (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 Drogencraving mit starker Unruhe oder akuter, auch protrahierter Alkohol- oder Drogenentzug
- Für den Nachweis der Merkmale ist die Regeldokumentation in der Patientenakte ausreichend

9-68 Psychiatrisch-psychosomatische Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen

Exkl.: Psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-656)

~~Psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen (9-666)~~

Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-672)

~~Jugendliche mit der Fähigkeit zur Ablösung~~

Hinw.: ~~Eine kriseninterventionelle Behandlung (9-690 ff.), die Erbringung von Behandlungsmaßnahmen im stationärsersetzenden Umfeld und als halbtägige tagesklinische Behandlung (9-691 ff.), der indizierte komplexe Entlassungsaufwand (9-692 ff.), der erhöhte therapieprozessorientierte patientenbezogene Supervisionsaufwand (9-695 ff.) und der Einsatz von Gebärdensprachdolmetschern (9-510 ff.) sind gesondert zu kodieren~~

Dieser Kode ist für die Behandlung von Patienten anzuwenden, die bei stationärer Aufnahme das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben (bei deutlichen Entwicklungsdefiziten auch für Heranwachsende bis zum vollendeten 21. Lebensjahr)

Es findet eine Behandlung von psychisch kranken Kindern oder retardierten Jugendlichen oder von Kindern/Jugendlichen mit psychischer Symptomatik gemeinsam mit Eltern und ggf. Geschwistern statt, wenn die Eltern-Kind-Dynamik einen wesentlichen Faktor zur Entstehung oder Aufrechterhaltung der Störung darstellt. Die Behandlung in diesem Setting dient der Erlangung einer entwicklungsfördernden Mutter/Vater-Kind-Interaktion unter störungsspezifischen Aspekten

Dieser Kode ist nicht anzuwenden bei Jugendlichen mit der Fähigkeit zur Ablösung

Dieser Kode ist sowohl für die voll- als auch die teilstationäre Behandlung zu verwenden

Dieser Kode ist zu Beginn der Behandlung und bei jedem Wechsel der Behandlungsart anzugeben

Die Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche ist für jede Berufsgruppe getrennt nach Einzel- und Gruppentherapie gesondert zu kodieren (9-696 ff.)

Mindestmerkmale:

- Therapiezielorientierte Behandlung durch ein multiprofessionelles Team unter Leitung eines Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Wöchentliche Teambesprechung mit Vertretern aus mindestens 2 unterschiedlichen Berufsgruppen zur Beratung des weiteren Behandlungsverlaufs (bei Aufenthalten von mehr als 6 Tagen)
- Die Anwendung der unterschiedlichen Therapieverfahren erfolgt nach ärztlicher Indikation patientenbezogen in unterschiedlichen Kombinationen in einem kind- und familiengerechten, milieutherapeutischen Setting mit entwicklungsspezifischem Umgang und Anleitung
- Zum Konzept der Spezialeinheit für die Behandlung im besonderen Setting gehören: Familiendiagnostik mit evaluierten Verfahren, Interaktionsbeobachtung und -förderung der Eltern-Kind-Beziehung (z.B. unter bindungstheoretischen Gesichtspunkten); Einzelgespräche mit den Eltern (bzw. Elternteilen), Paargespräche, Eltern-Gruppentherapie bzw. Multifamilientherapie, Eltern-Kind-Spieltherapie; Alltagsgestaltung unter Supervision; sozial- bzw. lebensraumorientierte Arbeit sowie prospektive Hilfekoordination
- Vorhandensein von Vertretern der folgenden Berufsgruppen in der Einrichtung:
 - Ärzte (Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie)
 - Psychologen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, ~~p~~Psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe oder Master of Science in Psychologie)
 - Mindestens 2 Spezialtherapeutengruppen (z.B. Ergotherapeuten, Sozialarbeiter, Heilpädagogen, Bewegungs-, Erlebnis-, Kreativtherapeuten)
 - Pädagogisch-pflegerische Fachpersonen (z.B. (Kinder-)Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, Erzieher, Heilerziehungspfleger, Jugend- und Heimerzieher)
- Als angewandte Verfahren der ärztlichen und psychologischen Berufsgruppen gelten folgende Verfahren oder im Aufwand vergleichbare Verfahren:
 - Ärztliches oder psychologisches Einzelgespräch
 - Einzeltherapie von Kind oder Eltern(teil)
 - Paargespräche, Eltern-Gruppentherapie, Multifamilientherapie
 - Helferkonferenzen (z.B. Jugendhilfe), Gespräche und Beratungen mit Richtern oder Behördenvertretern
 - Somato-psychosomatisches ärztliches Gespräch
 - Aufklärung (Kind und Bezugspersonen), Complianceförderung und Monitoring im Rahmen der ärztlich indizierten Psychopharmakotherapie
- Als angewandte Verfahren der pädagogisch-pflegerischen Fachpersonen und Spezialtherapeuten gelten folgende Verfahren oder im Aufwand vergleichbare Verfahren:
 - Gezielte Anleitung der Bezugspersonen aus dem Herkunftsmilieu/Eltern
 - Behandlungseinheiten durch die kinderpsychiatrische bzw. jugendpsychiatrische Pflege/Bezugspflege des Pflege- und Erziehungsdienstes (z.B. alltagsbezogenes Training, Anleitung und Förderung der 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-Kinderguppe
 - Gelenkte Freizeitaktivitäten, Medienpädagogik, Erlebnispädagogik/-therapie
 - Heilpädagogische/ergotherapeutische Förder- und Behandlungsverfahren einzeln und als Eltern-Kind-Interaktionsförderung
 - spezielle psychosoziale Techniken (z.B. Sozialkompetenztraining in der Eltern-Kind-Gruppe, Anleitung zu gemeinsamem Spiel)
 - Kreativtherapien (z.B. Kunsttherapie)
 - Bewegungstherapie, ggf. in der Eltern-Kind-Gruppe
 - Einübung spezialisierter Therapiemodule gemeinsam mit den Eltern
 - Gespräche mit Behördenvertretern
 - Prospektive Hilfekoordination hinsichtlich der geplanten Reintegration in Schule und soziales Umfeld

9-69	Zusatzinformationen zur Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen
9-690	Kriseninterventionelle Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen
Hinw.:	Diese Codes sind Zusatzcodes. Sie können nur in Kombination mit der psychiatrisch psychosomatischen Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei

~~Kindern (0-656), der psychiatrisch-psychosomatischen Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen (0-666), der psychiatrisch-psychosomatischen Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (0-672) und der psychiatrisch-psychosomatischen Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (0-686) angegeben werden~~

~~Diese Codes sind für jeden Behandlungstag mit kriseninterventioneller Behandlung gesondert anzugeben~~
Mindestmerkmale:

- ~~• Multiprofessionelle Versorgung von Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit psychosozialen oder psychischen Krisen, die tagesbezogen einen hohen Personaleinsatz erfordern. Die psychische Krise beschreibt eine akute vorübergehende psychische Störung als Reaktion auf außergewöhnliche Ereignisse und Lebensumstände, so dass dringliches therapeutisches Handeln erforderlich wird~~
- ~~• Für den Nachweis des Vorliegens einer psychosozialen oder psychischen Krise ist die Regeldokumentation in der Patientenakte ausreichend~~
- ~~• Es erfolgen vordringliche, ungeplante (außerhalb des vorgegebenen Therapieplans), Orientierung gebende, einzeltherapeutische Kontakte (ggf. auch durch 2 Therapeuten oder pädagogisch-pflegerische Fachpersonen) mit dem Patienten und/oder den Kontaktpersonen des Patienten. Diese Zeit kann nicht für die Berechnung der Therapieeinheiten (0-606 ff.) angerechnet werden~~
- ~~• Tägliche ärztliche oder psychologische/psychotherapeutische Befunderhebung und ggf. ärztliche oder psychologische/psychotherapeutische Anordnung zur Einleitung oder Fortführung der Behandlungsmaßnahme. Dies ist Teil der therapeutischen Kontakte~~

~~9-690-0 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 stationäreretzenden Umfeld und als halbtägige tagesklinische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen

Hinw.: Diese Codes sind Zusatzcodes. Sie können nur in Kombination mit der psychiatrisch-psychosomatischen Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern **und Jugendlichen** (9-656), ~~der psychiatrisch-psychosomatischen Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen (0-666)~~ und der psychiatrisch-psychosomatischen Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-686) angegeben werden

Ein Kode aus diesem Bereich ist für jeden Tag, an dem die Leistung erbracht wird, gesondert anzugeben. Die Mindestmerkmale ~~der des~~ Codes 9-656 ~~oder 0-666~~ (u.a. Leistungserbringung durch ein multiprofessionelles, fachärztlich geleitetes Behandlungsteam) müssen erfüllt sein

9-692 Indizierter komplexer Entlassungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen

Hinw.: Diese Codes sind Zusatzcodes. Sie können nur in Kombination mit der psychiatrisch-psychosomatischen Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern (0-656), ~~der psychiatrisch-psychosomatischen Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen (0-666)~~, ~~der psychiatrisch-psychosomatischen Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (0-672) und der~~

~~psychiatrisch-psychosomatischen Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-686) angegeben werden~~

~~Kodes aus den Bereichen 9-692.0 ff. und 9-692.1 ff. sind für jeden Tag, an dem die Leistungen im Sinne dieser Kodes erbracht wurden, gesondert anzugeben~~

~~Die im Kontext der Entlassung im Sinne dieses Kodes erbrachten Leistungen können nicht gleichzeitig bei der Berechnung der Therapieeinheiten (9-696 ff.) oder für andere Zusatzkodes (9-690 ff., 9-691 ff.) angerechnet werden~~

~~Mindestmerkmale für den gesamten Entlassungsprozess:~~

- ~~• Multidisziplinäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr (bei deutlichen Entwicklungsdefiziten auch für Heranwachsende bis zum vollendeten 21. Lebensjahr) am Ende einer Behandlung, die bezogen auf die Entlassungsvorbereitung einen hohen Personaleinsatz durch mindestens 2 Berufsgruppen erfordert~~
- ~~• Anerkannt werden alle Leistungen, die durch Mitarbeiter erbracht werden, die eine Ausbildung in der jeweiligen spezifizierten Berufsgruppe abgeschlossen haben und in einem dieser Berufsgruppe entsprechend vergüteten Beschäftigungsverhältnis stehen~~
- ~~• Differenzierte Diagnostik des Funktionsniveaus und des poststationären Versorgungsbedarfs~~
- ~~• Erstellung einer bedarfsgerechten Entlassungsplanung und Überprüfung des Entlassungsplans 1 bis 3 Tage vor Entlassung~~
- ~~• Es zählen z.B. folgende Leistungen:~~
 - ~~○ Teilnahme an der Jugendhilfeplanung/Round table, Klärung der sozialrechtlichen Zuständigkeiten, juristische Klärung~~
 - ~~○ Begleitete Einrichtungsbesuche oder Außenschulversuche~~
 - ~~○ Begleitung in eine Jugendhilfeeinrichtung, Pflegefamilie oder betreute Wohnform zur Entlassung~~
 - ~~○ Begleiteter Einkauf einer Grundausstattung~~
 - ~~○ Ein oder mehrere Hausbesuche vor Entlassung, die im unmittelbaren inhaltlichen Zusammenhang mit der Entlassung stehen~~
 - ~~○ "Übergabegespräche" mit weiterbetreuenden Familienhilfen oder externen Therapeuten, neuen Vormündern oder neuen Pflegeeltern~~
 - ~~○ Elterncoaching zur gezielten Entlassungsvorbereitung, auch von Pflegeeltern oder Erziehern, auf der Station~~
 - ~~○ Gestaltung eines ritualisierten Abschieds des Kindes oder Jugendlichen auf der Station außerhalb von regulären Therapie- oder Stationsgruppen~~
- ~~• Die entsprechenden Leistungen können von allen Berufsgruppen erbracht werden~~
- ~~• Fahrzeiten werden nicht angerechnet~~

9-692-0 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)
 -06 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)
 -16 Mehr als 4 Stunden (stark erhöhter Aufwand)

9-693 Intensive Beaufsichtigung mit Überwachung in einer Kleinstgruppe oder Einzelbetreuung bei Erhöhter Betreuungsaufwand 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 und Jugendlichen (9-656), ~~der psychiatrisch-psychosomatischen Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen (9-666)~~ und der psychiatrisch-psychosomatischen Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-672) angegeben werden, wenn die intensive Beaufsichtigung mit Überwachung-Betreuung in einer Kleinstgruppe oder die Einzelbetreuung indikationsspezifisch erforderlich sind

Ein Kode aus diesem Bereich ist für die Behandlung von Patienten anzuwenden, die bei stationärer Aufnahme das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben (bei deutlichen Entwicklungsdefiziten auch für Heranwachsende bis zum vollendeten 21. Lebensjahr)

Diese Codes sind für jeden Behandlungstag einzeln anzugeben

Es können für einen Tag sowohl Codes aus dem Bereich 9-693.0 ff. als auch aus dem Bereich 9-693.1 ff. angegeben werden

Sofern die intensive ~~Beaufsichtigung oder~~ Betreuung in einer Kleinstgruppe oder Einzelbetreuung an Wochenenden, Feiertagen, Aufnahme- oder Entlassungstagen stattfindet, ist diese ebenfalls zu berücksichtigen

Ein Kode aus diesem Bereich ist nicht für Patienten anzuwenden, bei denen autonome soziale Integration, wie der Besuch einer externen Regelschule oder ein externes Praktikum, vorliegt

Bei der Berechnung der Stunden für die Einzelbetreuung werden Einzelkontakte durch alle Berufsgruppen berücksichtigt. Bei Einzelbetreuung und intensiver Betreuung in einer Kleinstgruppe durch mehr als eine Person ~~(2:1 oder 3:1)~~ sind die jeweiligen Zeiten für jede betreuende Person anzurechnen

Die für die intensive ~~Beaufsichtigung mit Überwachung~~ Betreuung in einer Kleinstgruppe oder Einzelbetreuung aufgewendete Zeit kann nicht für die Berechnung der Therapieeinheiten (9-696 ff.) angerechnet werden-

Mindestmerkmale:

- Therapiezielorientierte Behandlung durch ein multiprofessionelles Team unter Leitung eines Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Persönliche Einzelbetreuung oder intensive ~~Beaufsichtigung in~~ persönliche Betreuung in der Kleinstgruppe ~~(„Sichtkontakt“)~~ durch pädagogisch-pflegerisches Personal unter Vorhaltung eines Beziehungsangebots
- Einzelbegleitung bei sozialen Aktivitäten in der Kleinstgruppe (z.B. Mahlzeiten, Freizeit), soweit ärztlich vertretbar, zur Vermeidung von Überforderung oder Konflikten
- Mindestens wöchentliche ärztliche Anordnung und Überprüfung der Betreuungsmaßnahmen
- Ggf. gezielte, indizierte störungsspezifische Interventionen
- Begleitung bei Ausgang, sofern ärztlich vertretbar
- Wenn notwendig Begleitung von Besucherkontakten auf der Station

9-693.0 Intensive ~~Beaufsichtigung mit Überwachung in~~ Betreuung in einer Kleinstgruppe bei psychischen und/oder psychosomatischen Störungen und/oder Verhaltensstörungen bei Kindern oder Jugendlichen

Hinw.: Zu einer Kleinstgruppe gehören bis zu 3 Kinder und/oder Jugendliche

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 und Jugendlichen (9-656), ~~der psychiatrisch-psychosomatischen Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen (9-666)~~ und der psychiatrisch-psychosomatischen Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-672) angegeben werden

Wird die spezifische Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen unterbrochen, so wird für jede Behandlungsepisode ein Kode aus diesem Bereich angegeben

Bei einer Behandlung an mehr als 28 Behandlungstagen ist die Zählung von Neuem zu beginnen und es wird ein weiterer Kode aus diesem Bereich angegeben

Ein Kode aus diesem Bereich kann bei einfachem oder multiplen Substanzmissbrauch kodiert werden und gilt für alle Formen des Konsums

Die im Rahmen der spezifischen Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen anfallenden Therapieeinheiten werden bei den Zusatzcodes 9-696 ff. angegeben

Mindestmerkmale (für den stationären Gesamtaufenthalt zu erbringende Maßnahmen):

- Multidisziplinäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen auf einer Spezialstation für Suchtpatienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr (bei deutlichen Entwicklungsdefiziten auch für Heranwachsende bis zum vollendeten 21. Lebensjahr) unter Leitung eines Arztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, mit individuellem, ärztlich indiziertem Einsatz von Fachtherapien wie z.B. Ergotherapie oder körperbezogene Therapieverfahren, mit schulischem Angebot (sofern schulpflichtig oder berufsschulpflichtig), mit entwicklungsspezifischem Umgang und Anleitung, mit Bezug auf das oder im Lebensumfeld des Patienten im besonderen suchtspezifischen Setting. Diese Stationen haben ein hochstrukturiertes therapeutisches Milieu und arbeiten nach einem integrierten, auf das Störungsbild zugeschnittenen Konzept. Die folgenden Merkmale sind mindestens Teil des Konzeptes:
 - Somatische Entgiftung, ggf. über Substitutionsmittel oder andere pharmakologische

- Unterstützung sowie suchtspezifische robrierende Maßnahmen, differenzierte somatische Befunderhebung mit Behandlung von Folge- und Begleiterkrankungen
- Aufklärung über Abhängigkeitserkrankungen, Gesundheits- und Selbstfürsorgetrainings, soziales Kompetenztraining, Stabilisierung der familiären und/oder psychosozialen Situation, Klärung und Anbahnung der schulischen/beruflichen Wiedereingliederung, ggf. juristische und sozialrechtliche Anspruchsklärung sowie Behandlung nach Traumatisierung, Motivierung zur problemspezifischen Weiterbehandlung und Vermittlung, ggf. Einleitung suchtspezifischer Anschlussbehandlungen oder erforderlicher Jugendhilfemaßnahmen
- Standardisiertes suchtmmedizinisches Assessment sowie Erhebung eines nicht substanzgebundenen Suchtverhaltens
- Sofern erforderlich Begleitung bei Klärungen mit juristischen Instanzen
- Diagnostik und Behandlung von kinder- und jugendpsychiatrischer Komorbidität bzw. einer kinder- und jugendpsychiatrischen Grundstörung
- Familienarbeit, sofern die Herkunftsfamilie kooperationsfähig ist, alternativ Arbeit mit Bezugspersonen aus Ersatzfamilien oder der Jugendhilfe

9-695 Erhöhter therapieprozessorientierter patientenbezogener Supervisionsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen

Hinw.: ~~Diese Kodes sind Zusatzkodes. Sie können nur in Kombination mit der psychiatrisch-psychosomatischen Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern (9-656), der psychiatrisch-psychosomatischen Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen (9-666), der psychiatrisch-psychosomatischen Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-672) und der psychiatrisch-psychosomatischen Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-686) angegeben werden~~

~~Diese 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 für einen anderen psychotherapeutisch tätigen Arzt oder~~

~~Psychologen/Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeuten, die einem konkreten Patienten zuzuordnen~~

~~sind und die einen Zeitraum von jeweils mindestens 30 Minuten umfassen. Diese Leistungen sind~~

~~patientenbezogen unter Angabe des Supervisionsanlasses, des Supervisionsthemas und der sich~~

~~ergebenden therapiestrategischen Konsequenzen zu dokumentieren~~

~~Supervisionsleistungen im Rahmen von Visiten, multiprofessionellen Teamsitzungen oder Übergaben~~

~~dürfen hier nicht berücksichtigt werden~~

~~Anerkannt werden alle Leistungen, die durch Mitarbeiter erbracht werden, die eine Ausbildung in der~~

~~jeweiligen, spezifizierten Berufsgruppe abgeschlossen haben und in einem dieser Berufsgruppe~~

~~entsprechend vergüteten Beschäftigungsverhältnis stehen~~

9-695.0 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 Kodes 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~~

9-696 Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche 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 und Jugendlichen (9-656), ~~der psychiatrisch-psychosomatischen Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen (9-666)~~, der psychiatrisch-psychosomatischen Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-672) und der psychiatrisch-psychosomatischen Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-686) angegeben werden

Ein Kode aus diesem Bereich ist unabhängig von der Art der Behandlung einmal pro Woche anzugeben. Als erste Woche gilt die Zeitspanne vom Tag der Aufnahme bis zum Ablauf der ersten 7 Tage, usw. Erfolgt innerhalb der Woche ein Wechsel der Behandlungsart z.B. von Regelbehandlung auf Intensivbehandlung, werden die Therapieeinheiten aus den verschiedenen Behandlungsarten für die jeweilige Berufsgruppe zusammengezählt. Erfolgt eine Versorgung an weniger als 7 Tagen (z.B. aufgrund einer Entlassung), werden auch dann die Therapieeinheiten der jeweiligen Berufsgruppen berechnet und entsprechend der Anzahl der erreichten Therapieeinheiten kodiert

Sofern Therapieeinheiten an Wochenenden, Feiertagen, Aufnahme- oder Entlassungstagen erbracht werden, sind diese ebenfalls zu berücksichtigen

Als Einzeltherapie gilt eine zusammenhängende Therapie von mindestens 15 Minuten. Dies entspricht einer Therapieeinheit. Hierzu zählen auch Familientherapie oder Elterngespräche

Gruppentherapien dauern ebenfalls mindestens 15 Minuten. Bei Eltern-Gruppentherapien oder Eltern-Kind-Gruppentherapien ist die Gruppengröße auf maximal 8 Familien oder 15 Teilnehmer begrenzt. Gruppen mit 4 bis 10 Teilnehmern werden in aller Regel nach dem 2-Therapeuten-Prinzip geführt. Gruppen mit 11 bis 15 Teilnehmern müssen nach dem 2-Therapeuten-Prinzip geführt werden. Pro Einzel- oder Gruppentherapie dürfen Therapieeinheiten für maximal 2 Therapeuten pro Patient angerechnet werden

Die für die Diagnostik aufgewendete Zeit ist für die Berechnung der Therapieeinheiten entsprechend zu berücksichtigen

Die Tabelle der pro Patient anrechenbaren Therapieeinheiten befindet sich im Anhang zum OPS

Anerkannt werden alle Leistungen, die durch Mitarbeiter erbracht werden, die eine Ausbildung in der jeweiligen, beim Primärkode spezifizierten Berufsgruppe abgeschlossen haben und in einem dieser Berufsgruppe entsprechend vergüteten Beschäftigungsverhältnis stehen. Bei Psychotherapeuten in Ausbildung ist für eine Anerkennung der Leistungen Voraussetzung, dass diese Mitarbeiter eine Vergütung entsprechend ihrem Grundberuf z.B. als Diplom-Psychologe oder Diplom-(Sozial-)Pädagoge erhalten

Für die Kodierung sind die durch die jeweilige Berufsgruppe erbrachten Therapieeinheiten getrennt nach Einzel- und Gruppentherapie zu addieren. Es sind für jede Berufsgruppe gesondert die entsprechenden Kodes anzugeben

Andere Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-70...9-70)

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

9-70 Spezifische Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen

9-701 Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen

- Exkl.:** Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-607)
Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-61)
Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-626)
Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-634)
Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-640 ff.)
Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-642)
Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen Setting (Mutter/Vater-Kind-Setting) (9-643 ff.)
Erbringung von Behandlungsmaßnahmen im stationersetzenden Umfeld und als halbtägige tagesklinische Behandlung bei Erwachsenen (9-644 ff.)
Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen (9-647 ff.)
- Hinw.:** Eine kriseninterventionelle Behandlung (9-641 ff.), der indizierte komplexe Entlassungsaufwand (9-645 ff.) und der Einsatz von Gebärdensprachdolmetschern (9-510 ff.) sind gesondert zu kodieren
Voraussetzung für die stationsäquivalente Behandlung ist das Vorliegen einer psychischen Erkrankung und einer Indikation für eine stationäre Behandlung. Die stationsäquivalente Behandlung umfasst eine psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld des Patienten
Sie stellt bei Bedarf neben der aufsuchenden Behandlung auch die Nutzung weiterer Ressourcen der psychiatrischen Klinik für ergänzende Diagnostik und Therapie sicher
Diese Kodes sind für jeden Tag mit stationsäquivalenter Behandlung berufsgruppenspezifisch anzugeben. Therapiezeiten eines Tages einer Berufsgruppe sind zu addieren. Fahrzeiten werden nicht angerechnet
Bei Gruppentherapien ist die Gruppengröße auf maximal 18 Patienten begrenzt. Bei einer Gruppenpsychotherapie mit 13 bis 18 Patienten sind mindestens 2 Mitarbeiter, von denen mindestens einer ein Arzt oder ein Psychologe ist, erforderlich. Pro Gruppentherapie dürfen Therapiezeiten für maximal 2 Therapeuten angerechnet werden. Die Dauer der Gruppentherapie ist mit der Anzahl der Therapeuten zu multiplizieren und dann durch die Anzahl der teilnehmenden Patienten zu teilen. Diese Zeit wird jedem teilnehmenden Patienten angerechnet
Die Kodes sind ebenfalls für Leistungen anzugeben, die von an der ambulanten psychiatrischen Behandlung teilnehmenden Leistungserbringern oder anderen zur Erbringung der stationsäquivalenten Behandlung berechtigten Krankenhäusern (§ 115d Abs. 1 Satz 3 SGB V) erbracht werden
Mindestmerkmale:
- Therapiezielorientierte Behandlung durch ein mobiles multiprofessionelles Team unter Leitung eines Facharztes (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie)
 - Team bestehend aus ärztlichem Dienst, pflegerischem Dienst und mindestens einem Vertreter einer weiteren Berufsgruppe (z.B. Psychologen (Psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe oder Master of Science in Psychologie) oder Spezialtherapeuten (z.B. Ergotherapeut, Physiotherapeut, Sozialarbeiter, Sozialpädagoge, Logopäde, Kreativtherapeut)). Genesungsbegleiter können hinzugezogen werden

- Vorhandensein von Vertretern der folgenden Berufsgruppen in der Einrichtung:
 - Ärzte (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie)
 - Psychologen (Psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe oder Master of Science in Psychologie)
 - Spezialtherapeuten (z.B. Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter, Logopäden, Kreativtherapeuten)
 - Pflegefachpersonen (z.B. Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger)
- Durchführung einer wöchentlichen ärztlichen Visite (bei stationsäquivalenter Behandlung an mehr als 6 Tagen in Folge) im direkten Patientenkontakt, in der Regel im häuslichen Umfeld. Der Facharztstandard ist zu gewährleisten
- Durchführung einer wöchentlichen multiprofessionellen Fallbesprechung zur Beratung des weiteren Behandlungsverlaufs (bei stationsäquivalenter Behandlung an mehr als 6 Tagen in Folge), in die mindestens 3 der an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen ggf. unter Einbeziehung kooperierender Leistungserbringer nach § 115d Abs. 1 Satz 3 SGB V einbezogen werden. Die Fallbesprechung kann unter Zuhilfenahme von Telekommunikation geschehen
- Behandlung auf der Grundlage eines individuellen Therapieplans, orientiert an den Möglichkeiten und dem Bedarf des Patienten
- Es erfolgt mindestens ein direkter Patientenkontakt durch mindestens ein Mitglied des multiprofessionellen Teams pro Tag. Kommt ein direkter Kontakt nicht zustande aus Gründen, die der Patient zu verantworten hat, zählt der unternommene Kontaktversuch dennoch als direkter Patientenkontakt
- Die Erreichbarkeit mindestens eines Mitglieds des Behandlungsteams ist werktags im Rahmen des üblichen Tagesdienstes sicherzustellen (Rufbereitschaft). Darüber hinaus ist eine jederzeitige, 24 Stunden an sieben Tagen in der Woche, ärztliche Eingriffsmöglichkeit durch das Krankenhaus zu gewährleisten. Bei kurzfristiger Zustandsverschlechterung muss umgehend mit einer vollstationären Aufnahme reagiert werden können
- Als angewandte Verfahren der ärztlichen und psychologischen Berufsgruppen gelten folgende Verfahren oder im Aufwand vergleichbare Verfahren:
 - Supportive Einzelgespräche
 - Einzelpsychotherapie
 - Psychoedukation
 - Internetbasierte Interventionen
 - Angehörigengespräche (z.B. Psychoedukation, Gespräche mit Betreuern)
 - Gespräche mit Richtern oder Behördenvertretern
 - Somato-psychosomatisches ärztliches Gespräch
 - Aufklärung, Complianceförderung und Monitoring im Rahmen der ärztlich indizierten Psychopharmakotherapie, Einnahmetraining
 - Leistungen im und unter Einbeziehung des sozialen Netzwerkes/Umfeldes des Patienten (z.B. Familie, Arbeitgeber, Betreuer, komplementäre Dienste)
 - Gruppenpsychotherapie
- Als angewandte Verfahren der Spezialtherapeuten und Pflegefachpersonen gelten folgende Verfahren oder im Aufwand vergleichbare Verfahren:
 - Beratung, Adhärenz-Förderung und Monitoring im Rahmen der ärztlich indizierten Psychopharmakotherapie, Einnahmetraining
 - Psychoedukation
 - 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)
 - Internetbasierte Interventionen
 - 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
- Gestaltungs-, Körper- und Bewegungstherapie
- Somatopsychisch-psychosomatische Kompetenztrainings (Diätberatung, Sozialberatung, Sport)

9-701.0 Therapiezeiten am Patienten durch Ärzte

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

9-701.1 Therapiezeiten am Patienten durch Psychologen

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

9-701.2 Therapiezeiten am Patienten durch Spezialtherapeuten

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

9-701.3 Therapiezeiten am Patienten durch Pflegefachpersonen

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

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

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

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

9-801 Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen

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

Hinw.: Der Einsatz von Gebärdensprachdolmetschern (9-510 ff.) ist gesondert zu kodieren
Diese Codes sind für die Behandlung von Patienten anzuwenden, die zu Beginn der stationsäquivalenten Behandlung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben (bei deutlichen Entwicklungsdefiziten auch für Heranwachsende bis zum vollendeten 21. Lebensjahr)
Voraussetzung für die stationsäquivalente Behandlung ist das Vorliegen einer psychischen Erkrankung und einer Indikation für eine stationäre Behandlung. Die stationsäquivalente Behandlung umfasst eine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld des Patienten
Sie stellt bei Bedarf neben der aufsuchenden Behandlung auch die Nutzung weiterer Ressourcen der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik (je nach Bundesland und Träger im Bedarfsfall auch der Schule für Kranke) für ergänzende Diagnostik und Therapie sicher
Diese Codes sind für jeden Tag mit stationsäquivalenter Behandlung berufsgruppenspezifisch anzugeben. Therapiezeiten eines Tages einer Berufsgruppe sind zu addieren. Fahrzeiten werden nicht angerechnet
Bei Eltern-Gruppentherapien oder Eltern-Kind-Gruppentherapien ist die Gruppengröße auf maximal 8 Familien oder 15 Teilnehmer begrenzt. Gruppen mit 4 bis 10 Teilnehmern werden in aller Regel nach dem 2-Therapeuten-Prinzip geführt. Gruppen mit 11 bis 15 Teilnehmern müssen nach dem 2-Therapeuten-Prinzip geführt werden. Pro Gruppentherapie dürfen Therapiezeiten für maximal 2 Therapeuten angerechnet werden. Die Dauer der Gruppentherapie ist mit der Anzahl der Therapeuten zu multiplizieren und dann durch die Anzahl der teilnehmenden Patienten zu teilen. Diese Zeit wird jedem teilnehmenden Patienten angerechnet
Die Codes sind ebenfalls für Leistungen anzugeben, die von an der ambulanten psychiatrischen Behandlung teilnehmenden Leistungserbringern oder anderen zur Erbringung der stationsäquivalenten Behandlung berechtigten Krankenhäusern (§ 115d Abs. 1 Satz 3 SGB V) erbracht werden

Mindestmerkmale:

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

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

selbständigen Konfliktklärung mit dem Kind, ggf. mit Video-Feedback, ggf. mit spezifischen Deeskalationstechniken

- Einübung spezialisierter Therapiemodule gemeinsam mit den Eltern
- Spezielle psychosoziale Techniken (z.B. Sozialkompetenztraining, Anleitung zu gemeinsamen Aktivitäten mit Familienmitgliedern wie Spiel, Sport, Freizeit)
- Angehörigengespräche und gezielte Anleitung von Bezugspersonen aus dem Herkunftsmilieu, dem familiären oder sozialen Raum
- Interventionen hinsichtlich der geplanten Überleitung in andere Behandlungssettings oder rehabilitative Anschlussmaßnahmen (z.B. Jugendhilfe)

9-801.0 Therapiezeiten am Patienten durch Ärzte

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

9-801.1 Therapiezeiten am Patienten durch Psychologen

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

9-801.2 Therapiezeiten am Patienten durch Spezialtherapeuten

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

9-801.3 Therapiezeiten am Patienten durch pädagogisch-pflegerische Fachpersonen

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