

# **Leistungskatalog BMSGPK 2024 – Codierung ambulant**

1. Jänner 2024

## **Impressum**

### **Medieninhaber und Herausgeber:**

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK)  
Stubenring 1, 1010 Wien

**Herstellungsort:** Wien

**Die Erarbeitung dieser Unterlage erfolgte im Rahmen des Projekts  
"Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF)"**

### **Projektleitung:**

Mag. Stefan Eichwalder (BMSGPK)

### **Projektteam**

#### **BMSGPK:**

Wolfgang Bartosik, Werner Bohuslav, Mag. Rainer Kleyhons,  
Mag. Walter Sebek (Stv. Abteilungsleiter)

#### **Koordination medizinische Dokumentation:**

Dr. Andreas Egger (BMSGPK), Anna Mildschuh (SOLVE-Consulting)

#### **Ökonomenteam (SOLVE-Consulting):**

Mag. Gerhard Gretzl (Gesamt-Projektkoordination), Dr. Gerhard Renner

#### **Ärzteteam:**

Prim. Dr. Ludwig Neuner (Klinikum Freistadt, OÖG)

Fachleute aus den medizinischen Fächern

#### **Statistik:**

Prof. DI Dr. Karl P. Pfeiffer (FH Joanneum Graz)

#### **Software-Entwicklung:**

DI Bernhard Pesec (dothealth)

#### **Gesundheit Österreich GmbH:**

Mag. Petra Paretta, Dr. Florian Röthlin, Dr. Wolfgang Seebacher

Wien, September 2023

**Alle Rechte vorbehalten:**

Jede kommerzielle Verwertung (auch auszugsweise) ist ohne schriftliche Zustimmung des Medieninhabers unzulässig. Dies gilt insbesondere für jede Art der Vervielfältigung, der Übersetzung, der Mikroverfilmung, der Wiedergabe in Fernsehen und Hörfunk, sowie für die Verbreitung und Einspeicherung in elektronische Medien wie z. B. Internet oder CD-ROM.

Im Falle von Zitierungen im Zuge von wissenschaftlichen Arbeiten sind als Quellenangabe „BMSGPK“ sowie der Titel der Publikation und das Erscheinungsjahr anzugeben.

Es wird darauf verwiesen, dass alle Angaben in dieser Publikation trotz sorgfältiger Bearbeitung ohne Gewähr erfolgen und eine Haftung des BMSGPK und der Autorin/des Autors ausgeschlossen ist. Rechtausführungen stellen die unverbindliche Meinung der Autorin/des Autors dar und können der Rechtsprechung der unabhängigen Gerichte keinesfalls vorgreifen.

## Inhalt

<b>Impressum .....</b>	<b>2</b>
<b>Inhalt .....</b>	<b>4</b>
<b>Einleitung.....</b>	<b>9</b>
Leistungskatalog – Codierung stationär.....	10
Leistungskatalog – Codierung ambulant.....	10
<b>Hinweise zum Leistungskatalog.....</b>	<b>12</b>
Achsensystematik.....	12
Kapitel .....	12
Leistungscode .....	12
Leistungseinheiten .....	13
Leistungsdatum .....	13
Terminologie und Syntax .....	14
Ergänzende Hinweise .....	14
Definition der Operation .....	15
<b>Hinweise zur Wartung des Leistungskataloges .....</b>	<b>16</b>
Vorschläge für neue Leistungen .....	16
Wartungsprozedere Leistungskatalog .....	16
Aufnahme von Leistungen .....	16
Streichung von Leistungen .....	18
Wartung vorläufig abgebildeter Leistungen (NUB).....	19
<b>01 Nervensystem, Psyche, Gehirnschädel, Wirbelsäule.....</b>	<b>20</b>
01.01 Operationen an Gehirnschädel und Dura .....	20
01.02 Intrakranielle Operationen .....	20
01.03 Implantationen am Nervensystem .....	20
01.04 Operationen an der Wirbelsäule .....	21
01.05 Operationen am Rückenmark.....	22
01.06 Operationen an peripheren Nerven und Vegetativum .....	22
01.50 Andere Diagnostik und Therapie – Nervensystem .....	23
01.51 Andere Diagnostik und Therapie – Psyche .....	25
<b>02 Augen und Orbita .....</b>	<b>28</b>
02.01 Operationen an Bindehaut, Lidern und Tränenwegen .....	28
02.02 Operationen an Kornea, Iris und Linse .....	28
02.03 Operationen an Glaskörper und Retina .....	29
02.04 Operationen an Bulbus, Augenmuskeln und Orbita .....	30

02.50	Andere Diagnostik und Therapie – Auge .....	30
<b>03</b>	<b>Ohren, Nase, Mundhöhle, Rachen, Gesicht, Gesichtsschädel, Hals .....</b>	<b>34</b>
03.01	Operationen am äußeren Ohr .....	34
03.02	Operationen am Mittelohr .....	34
03.03	Operationen am Innenohr .....	35
03.04	Operationen an Nase und Nasennebenhöhlen .....	35
03.05	Operationen an Mundhöhle und Speicheldrüsen.....	36
03.06	Operationen am Gesichtsschädel .....	37
03.07	Operationen an Pharynx und Tonsillen .....	37
03.08	Operationen an Larynx und Trachea .....	38
03.09	Operationen an Gesicht und Hals.....	38
03.50	Andere Diagnostik und Therapie – Ohr, Nase, Gesicht, Hals .....	39
03.51	Andere Diagnostik und Therapie – Mundhöhle, Kiefer, Zähne .....	41
<b>04</b>	<b>Atmungssystem, Thorax .....</b>	<b>43</b>
04.01	Operationen an Lunge und Pleura .....	43
04.02	Operationen an Mediastinum und Thorax .....	43
04.50	Andere Diagnostik und Therapie – Atmungssystem, Thorax .....	43
<b>05</b>	<b>Herz und Kreislaufsystem .....</b>	<b>45</b>
05.02	Implantationen am Herz-Kreislaufsystem .....	45
05.04	Operationen an den Arterien .....	46
05.05	Operationen an den Venen .....	46
05.06	Operationen an Lymphknoten und Lymphgefäßen .....	47
05.50	Andere Diagnostik und Therapie – Herz und Kreislaufsystem .....	48
05.51	Andere Diagnostik und Therapie – Lymphknoten und Lymphgefäße .....	50
<b>06</b>	<b>Endokrine Drüsen .....</b>	<b>51</b>
06.02	Operationen an anderen Teilen des Endokriniums .....	51
06.50	Andere Diagnostik und Therapie – Endokrine Drüsen .....	51
<b>07</b>	<b>Verdauungstrakt, Abdomen .....</b>	<b>52</b>
07.01	Operationen am Ösophagus.....	52
07.03	Operationen an der Abdominalwand .....	52
07.04	Operationen am Abdomen.....	53
07.05	Operationen im Retroperitonealraum.....	53
07.06	Operationen an Magen und Duodenum.....	53
07.07	Operationen an Leber und Gallenwegen.....	53
07.08	Operationen am Pankreas.....	54
07.10	Operationen am Dünndarm .....	54

07.11 Operationen am Dickdarm .....	54
07.12 Operationen am Rektum .....	54
07.13 Operationen am Anus .....	55
07.50 Andere Diagnostik und Therapie – Verdauungstrakt, Abdomen .....	55
<b>08 Urogenitaltrakt, Geburtshilfe .....</b>	<b>57</b>
08.01 Operationen an Niere und Nierenbecken.....	57
08.02 Operationen am Ureter .....	57
08.03 Operationen an der Harnblase .....	57
08.04 Operationen an der Urethra.....	58
08.05 Operationen an der Prostata.....	58
08.06 Operationen an Hoden und Penis .....	58
08.07 Operationen an der Adnexe .....	59
08.08 Operationen am Uterus.....	60
08.09 Operationen Vagina und Beckenboden (exkl. Urethra) .....	61
08.10 Geburt .....	62
08.50 Andere Diagnostik und Therapie – Urogenitaltrakt .....	62
08.51 Andere Diagnostik und Therapie – Geburtshilfe.....	64
08.52 Andere Diagnostik und Therapie – Fertilisation .....	65
<b>09 Haut und Anhangsgebilde .....</b>	<b>66</b>
09.01 Mammachirurgie .....	66
09.02 Operationen an Haut und Weichteilgewebe .....	67
09.50 Andere Diagnostik und Therapie – Mamma .....	68
09.51 Andere Diagnostik und Therapie – Haut und Weichteilgewebe .....	68
<b>10 Bewegungsapparat.....</b>	<b>71</b>
10.01 Operationen an Schultergürtel und Schultergelenk .....	71
10.03 Operationen am Ellbogengelenk .....	72
10.04 Operationen am Unterarm.....	72
10.05 Operationen an Handgelenk und Handwurzel.....	72
10.06 Operationen an Mittelhand und Fingern.....	73
10.07 Operationen an Sehnen, Knochen und Weichteilgewebe der oberen Extremität... 74	
10.08 Operationen an Beckengürtel und Hüftgelenk.....	76
10.10 Operationen am Kniegelenk .....	76
10.11 Operationen am Unterschenkel .....	77
10.12 Operationen am Sprunggelenk.....	77
10.13 Operationen am Fuß .....	78
10.14 Operationen an Sehnen, Knochen und Weichteilgewebe der unteren Extremität.. 79	
10.15 Operationen am Bewegungsapparat – andere Region oder keine Lokalisation .....	80

10.50	Andere Diagnostik und Therapie – Bewegungsapparat.....	81
<b>12</b>	<b>Bildgebende Diagnostik und Interventionen .....</b>	<b>84</b>
12.01	Computertomographie.....	84
12.02	Magnetresonanzdiagnostik .....	85
12.04	Katheteruntersuchungen .....	86
12.05	Interventionen.....	87
12.06	Röntgendiagnostik.....	90
12.07	Sonographie .....	92
<b>13</b>	<b>Strahlentherapie .....</b>	<b>95</b>
13.01	Teletherapie .....	95
13.02	Brachytherapie .....	96
<b>14</b>	<b>Nuklearmedizinische Diagnostik und Therapie .....</b>	<b>98</b>
14.01	Nuklearmedizinische Diagnostik.....	98
14.02	Nuklearmedizinische Therapie .....	99
<b>15</b>	<b>Endoskopische Diagnostik und Therapie .....</b>	<b>101</b>
<b>16</b>	<b>Invasive kardiologische Diagnostik und Therapie .....</b>	<b>106</b>
<b>17</b>	<b>Dialyseverfahren .....</b>	<b>107</b>
<b>18</b>	<b>Diagnostische und therapeutische Verfahren.....</b>	<b>108</b>
18.01	Untersuchungen, Therapieprogramme, Schulungen.....	108
18.02	Diagnostik und Therapie – Blut, blutbildendes System .....	110
18.03	Physiotherapie und Physikalische Therapien.....	111
18.04	Ergotherapie, Logopädie und andere Therapien .....	113
18.05	Diagnostische und therapeutische Punktionen ohne Organbezug.....	113
18.06	Sonstige diagnostische und therapeutische Verfahren .....	114
18.07	Mehrstündige ambulante Betreuung .....	115
<b>20</b>	<b>Therapie auf Spezialabteilungen .....</b>	<b>118</b>
20.01	Stationäre Behandlungseinheiten .....	118
20.02	Tagesbehandlungen in speziellen ambulanten Bereichen.....	118
<b>21</b>	<b>Onkologische Therapie und andere Pharmakotherapie .....</b>	<b>119</b>
21.01	Stammzelltransplantation .....	119
21.02	Onkologische Therapie .....	119
21.03	Zusätzliche onkologische Therapie .....	124
21.04	Immunglobuline und Immunsuppressiva .....	125
21.05	Gerinnungstherapie.....	126
21.06	Chemotherapieschemata – Kinder .....	126

21.07	Chemotherapieschemata – Erwachsene .....	127
21.08	Therapie seltener Erkrankungen mit Enzymen.....	141
21.09	Pharmakotherapie anderer seltener Erkrankungen .....	142
<b>22</b>	<b>Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.....</b>	<b>144</b>
<b>23</b>	<b>Anästhesie .....</b>	<b>145</b>
<b>24</b>	<b>Laboruntersuchungen .....</b>	<b>146</b>
<b>25</b>	<b>Pathologie .....</b>	<b>148</b>
<b>26</b>	<b>Organisation.....</b>	<b>150</b>



# Einleitung

Der Leistungskatalog BMSGPK 2024 bildet die verbindliche Grundlage für die bundesweit einheitliche Leistungsdokumentation in Österreich ab 1. Jänner 2024.

Der Leistungskatalog umfasst stationäre und ambulante Prozeduren:

- 889 stationäre Leistungen (große Operationen etc.)
- 893 Leistungen, die sowohl ambulant als auch stationär zu erfassen sind (CT, MR, kleine Operationen etc.)
- 347 Leistungen, die nur bei ambulanten Besuchen zu erfassen sind (EKG, Sonographie, ambulante Untersuchungen etc.)

Der Leistungskatalog wird als PDF-Dokument und als Excel-Tabelle zur Verfügung gestellt. Im PDF-Dokument sind nur die Leistungs-codes, Leistungsbezeichnungen sowie Leistungsbeschreibungen dargestellt. Leistungen, für die bei stationären/tagesklinischen Auf-enthalten keine Dokumentationspflicht besteht, sind graublau unterlegt.

In der Tabellendarstellung sind darüber hinaus die vollständige Achsenzuordnung und weitere Informationen dargestellt. Die Dokumentationsverpflichtung für den stationären und ambulanten Bereich ist in eigenen Spalten dargestellt.

Zusätzlich zum Leistungskatalog BMSGPK 2024 werden die folgenden Auszüge zur Verfügung gestellt:

## **Leistungskatalog BMSGPK 2024 – Codierung stationär**

- 889 stationäre Leistungen
- 893 Leistungen, die sowohl ambulant als auch stationär zu erfassen sind

## **Leistungskatalog BMSGPK 2024 – Codierung ambulant**

- 893 Leistungen, die sowohl ambulant als auch stationär zu erfassen sind
- 347 Leistungen, die nur bei ambulanten Besuchen zu erfassen sind

Die im Leistungskatalog BMSGPK 2024 graublau unterlegten Leistungspositionen sind nur bei ambulanten Besuchen verpflichtend zu erfassen.

Die Leistungsdokumentation ist neben der Diagnosedokumentation als wesentliches Element der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung von besonderer Bedeutung. Die Ergebnisse dienen als Basis für medizinische und ökonomische Analysen sowie für Qualitätsindikatoren und werden darüber hinaus als Planungsgrundlage für gesundheitspolitische Entscheidungen benötigt.

Dieser Leistungskatalog ist in seinem Inhalt grundsätzlich auf ausgewählte medizinische Leistungen beschränkt. Die Verantwortung für die Dokumentation der medizinischen Leistungen liegt beim ärztlichen Personal. In jeder Fachabteilung soll ein ständig der Abteilung zugehöriger Facharzt für die Verschlüsselung der medizinischen Leistungsdaten verantwortlich und für alle im Zusammenhang mit der Leistungsdokumentation auftretenden Fragen zuständig sein.

Der Leistungskatalog entspricht dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft und wird jährlich gewartet.

## **Leistungskatalog – Codierung stationär**

Dieser Auszug aus dem Leistungskatalog ist aus dem stationären Leistungskatalog (MEL-Katalog) hervorgegangen und stellt die verbindliche Grundlage für die bundesweit einheitliche Leistungsdokumentation stationärer/tagesklinischer Aufenthalte in den Krankenanstalten Österreichs dar.

Der stationäre Leistungskatalog wurde im Rahmen der Erarbeitung des Modells einer „Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung“ gemeinsam mit 20 ausgewählten Referenzkrankenanstalten entwickelt sowie in Zusammenarbeit mit einer Reihe von medizinischen Fachgesellschaften und in der Krankenhauspraxis tätigen medizinischen Fachleuten weiterentwickelt.

## **Leistungskatalog – Codierung ambulant**

Dieser Auszug aus dem Leistungskatalog ist aus dem Katalog ambulanter Leistungen (KAL) hervorgegangen und umfasst Leistungen, die nur bei ambulanten Besuchen zu erfassen sind, sowie alle Leistungen, die sowohl ambulant als auch stationär zu erfassen sind.

Basis für die Entwicklung des KAL waren die Honorarkataloge der Sozialversicherungsträger sowie im Einsatz befindliche Kataloge von Krankenanstaltenträgern aus ganz Österreich.

Kriterien für die Aufnahme in den KAL waren:

- medizinische und ökonomische Relevanz,
- häufige Leistungen (mindestens 80% des jeweiligen Leistungsspektrums),
- keine Bagatelleleistungen,
- keine Medikamente.

Als Ergebnis wurden von ca. 45.000 Leistungen der Basiskataloge ca. 42.000 auf den Zielkatalog abgebildet. Dies entspricht 93% aller Leistungspositionen, aber mehr als 99%

aller Frequenzen. Rund 3.000 Leistungen der Basiskataloge wurden nicht abgebildet, da sie entweder kein Kriterium erfüllten oder unzureichend definiert waren.

Dieser Zielkatalog wurde im Rahmen von Pilotprojekten von 2010 bis 2013 in mehreren Bundesländern intra- und extramural getestet und systematisch weiterentwickelt.

# Hinweise zum Leistungskatalog

## Achsensystematik

Die multiaxiale Systematik des Leistungskatalogs verwendet folgende Achsen:

- Anatomieachse mit Unterteilung in Anatomie grob und Anatomie fein
- Art des Zugangs
- Art der Tätigkeit

Für jede Position wurde eine Zuordnung zu den drei Achsen hinterlegt. Diese Systematik ist in den EDV-Versionen des Kataloges dargestellt und ermöglicht die Auswahl und Gruppierung der Leistungspositionen nach den oben angeführten Merkmalen. So können z.B. über die Achse Anatomie alle Eingriffe an peripheren Gefäßen oder über die Achse Zugang alle offenen Operationen gruppiert werden.

## Kapitel

Der Leistungskatalog umfasst die organbezogenen Kapitel 1 bis 11 und die methodenbezogenen Kapitel 12 bis 26.

Innerhalb der Kapitel 1 bis 11 erfolgt die Einteilung in Unterkapitel für Operationen auf Basis der Achsensystematik sowie in andere diagnostische und therapeutische Leistungen inklusive Eingriffe (ab Unterkapitel xx.50).

## Leistungs\_codes

Die Codes bestehen aus 5-stelligen alphanumerischen Schlüsselnummern, einem 2-stelligen Anatomiecode gefolgt von einer dreistelligen Nummer.

Der erste Buchstabe bezeichnet das Organsystem, der zweite das Organ. Innerhalb der anatomischen Struktur sind die Positionen nach der Art des Eingriffs sortiert und mit dreistelligen Nummern bezeichnet. Für die Leistungen aus dem stationären Teil des Kataloges wurde grundsätzlich der Nummernkreis von 001 bis 499 vergeben, die für die Dokumentation im ambulanten Bereich ergänzten Leistungspositionen wurden den Nummern 500 bis 999 zugeordnet. Bei den Chemotherapien wurde der gesamte Nummernbereich zwischen 000 und 999 vergeben.

Die Resteklasse, also alle nicht explizit dargestellten und mit dem Begriff „sonstige“ versehenen Leistungen, ist mit der Endziffer 9 gekennzeichnet.

## Leistungseinheiten

Jeder Leistungsposition ist eine Leistungseinheit aus den folgenden Kategorien zugeordnet:

LE	LEISTUNGSEINHEIT
A	je Applikation/Prothese/Stent
B	je Behandlungstag/je ambulantem Besuch
C	je Seite
D	je Sitzung
E	je Aufenthalt
F	Andere

Die genaue Ausprägung der Leistungseinheit ist in der Leistungsbezeichnung in Klammern angeführt. Die Leistungen sind 1x pro angegebener Leistungseinheit zu codieren. Bei Überleitungen aus vorgelagerten Dokumentationssystemen, z.B. PDMS auf Intensiv-einheiten oder speziellen Dokumentationstools mit detaillierteren Leistungspositionen ist durch entsprechende Zusammenfassungen sicherzustellen, dass die Leistungsanzahl 1x pro der im Katalog angegebenen Leistungseinheit übermittelt wird.

## Leistungsdatum

Zu jeder Leistung ist das Leistungsdatum verpflichtend anzugeben. Als Leistungsdatum ist der Tag der Leistungserbringung anzugeben. Die Angabe des Systemdatums bei Entlassung der Patient:innen ist unzulässig.

Bei Eingriffen, die in einer Sitzung erfolgen und über Mitternacht hinausgehen, ist für alle erbrachten Leistungen das gleiche Datum anzugeben. Da die Leistungsdokumentation erst nach Abschluss des Eingriffs erfolgen kann, ist hier einheitlich das Datum des Leistungs-endes zu erfassen.

Bei Leistungen, die definitionsgemäß über einen Kalendertag hinausgehen (Leistungseinheit ist je Aufenthalt oder eine andere mehrtägige Leistungseinheit), sowie bei neonatologischen/pädiatrischen Intensivleistungen ist das Datum des Leistungsbeginns zu codieren.

## Terminologie und Syntax

Die Bezeichnung der Leistungspositionen erfolgt grundsätzlich nach folgenden Regeln:

- Ein Eintrag beschreibt eine Tätigkeit an einem Zielorgan und bei operativen Prozeduren den verwendeten Zugang.
- Ein Begriff hat eine Bedeutung und wird in dieser Bedeutung durchgängig verwendet.
- Die Einträge bestehen aus allgemein verständlichen Begriffen bzw. eindeutig verständlichen Begriffen des klinischen Sprachgebrauchs.
- Eigennamen sind kein Bestandteil der Prozedurenbezeichnung und können ggf. als Erläuterung in Klammern nach der Bezeichnung angegeben werden.
- Diagnosenbezeichnungen als Teil der Prozedurenbeschreibung sind zu vermeiden und nur dann zulässig, wenn die Beschreibung der Tätigkeit oder der Zielorgane zu komplex ist.

## Ergänzende Hinweise

Die vollständige Zuordnung der Leistungen zu den Achsencodes ist in dieser Druckversion aus Platzgründen nicht enthalten und steht in der EDV-Fassung zur Verfügung.

Die zur Verfügung stehenden Beschreibungen der Leistungspositionen sind unterhalb der Leistungsbezeichnung dargestellt.

Die zur korrekten Dokumentation nötigen Codierhinweise befinden sich im Handbuch Medizinische Dokumentation.

Eine detaillierte Darstellung der Chemotherapieschemata für Erwachsene des Kapitels 21 befindet sich im Handbuch Medizinische Dokumentation, Anhang 1.

## Definition der Operation

Die Definition der Operation zum Zwecke der Leistungsdokumentation ist im Folgenden dargestellt:

Eine Operation ist grundsätzlich jeder Eingriff, der

- einen Schnitt und eine Naht,
- einen Schnitt ohne Naht, wenn die Naht aus medizinischen Gründen nicht indiziert ist, bzw.
- eine Naht ohne Schnitt bei traumatischer Ursache erfordert.

Keine Operation stellen alle Leistungen des nichtoperativen Teils des Leistungskataloges dar. Darunter fallen folgende Leistungen, auch wenn sie unter Regional- oder Allgemeinanästhesie durchgeführt werden und unabhängig davon, wo sie durchgeführt werden:

- Diagnostische und therapeutische Endoskopien durch vorgeformte Körperöffnungen auch bei Durchführung von Biopsien
- Diagnostisches oder therapeutisches Einführen von Kathetern oder Sonden durch vorgeformte oder krankhaft entstandene Körperöffnungen
- Perkutane Entnahmen von Geweben, Körperflüssigkeiten und Luft für diagnostische und therapeutische Zwecke ohne Hautinzision
- Perkutanes Einführen von Kathetern und Sonden für diagnostische und therapeutische Zwecke, auch mit Annaht
- Versorgung von Wunden, Inzisionen oder Defekten ohne Naht
- Entfernung von oberflächlichen Haut- oder Schleimhautveränderungen ohne Naht
- Versorgung von Frakturen und Luxationen mit/ohne Gipsverbänden und/oder Extensionen
- Geschlossene Gelenkmobilisationen
- Geschlossene Korrekturen und Repositionen von angeborenen oder erworbenen Fehlstellungen von Organen und Körperteilen
- Geschlossene Entfernung von Fremdkörpern
- Eröffnung und Entleerung von Abszessen ohne Schnitt

# Hinweise zur Wartung des Leistungskataloges

## Vorschläge für neue Leistungen

Zur Abbildung des medizinischen Fortschritts wird der Leistungskatalog jährlich aktualisiert. Im Zuge dieser jährlich stattfindenden Wartung haben die Krankenanstalten über ihre Trägergesellschaften die Möglichkeit, unverbindliche Änderungs- und Ergänzungsvorschläge für den stationären bzw. ambulanten Teil des Leistungskatalogs einzubringen.

Die Vorschläge sind über das vom Gesundheitsministerium (derzeit BMSGPK) zur Verfügung gestellte System zur Verwaltung von Änderungs- und Ergänzungsvorschlägen für den Leistungskatalog des Ministeriums (VAEV) einzubringen. Ein Zugang zum VAEV ist für die Trägergesellschaften über das Unternehmensserviceportal (USP) möglich.

Die Vorschläge sind bis 31. Oktober des laufenden Kalenderjahres an das Gesundheitsministerium zu übermitteln, damit sie für das übernächste Modelljahr berücksichtigt werden können. Für die vorherige Übermittlung an den zuständigen Landesgesundheitsfonds bzw. PRIKRAF können andere Fristen gelten. Dem Vorschlag sind auch jeweils eine Musterkalkulation und die wesentlichen veröffentlichten Publikationen anzuschließen. Die Bearbeitung der Vorschläge und die Akkordierung mit den Bundesländern und der Sozialversicherung erfolgt in einer interdisziplinären Arbeitsgruppe unter Berücksichtigung des folgenden Procedere:

## Wartungsprocedere Leistungskatalog

### Aufnahme von Leistungen

#### Kriterien für die Aufnahme neuer und die Differenzierung bestehender Leistungen (alle Punkte sind zu erfüllen)

1. Die Katalogprinzipien werden eingehalten.
  - Siehe Hinweise zum Leistungskatalog.
2. Der Dokumentationsaufwand ist vertretbar.
3. Die Voraussetzungen für eine vollständige und valide Leistungserfassung sind erfüllt.



4. Die Relevanz für mindestens einen der Themenbereiche Abrechnung, Beobachtung, Planung, Steuerung, Qualitätssicherung ist gegeben.

Bei der Beurteilung dieses Kriteriums ist zu beachten, ob

- die Abbildung zur Erfüllung der (gesetzlich) festgelegten Aufgaben erforderlich ist (z.B. Mutter-Kind-Pass-, Vorsorgeuntersuchungen, A-IQI etc.).
- eine Begründung der Bedeutung für den jeweiligen Themenbereich vorliegt. Die Begründung muss konkrete Angaben zur beabsichtigten Verwendung der neuen Leistungspositionen beinhalten (z.B. Qualitätsindikator) inkl. Auswertungskonzept.
- eine Darstellung der (geschätzten) Häufigkeit vorliegt.
- Für eine Differenzierung der Abrechnung sind darüber hinaus eine Darstellung der Evidenz und die Erfüllung der „Kriterien für die Neuaufnahme einer abrechnungsrelevanten Leistung in den Leistungskatalog“ erforderlich (siehe dort).

Die Abbildung erfolgt mindestens so differenziert wie für die Abrechnung erforderlich. Für bestimmte Themenbereiche (z.B. Qualität) kann ein höherer Differenzierungsgrad im Katalog erforderlich sein, dies führt jedoch nicht zu einer differenzierteren Abrechnung.

### **Kriterium für die Zusammenlegung von Leistungen**

Die detaillierte Leistungserfassung ist für keinen der Themenbereiche Abrechnung, Beobachtung, Planung, Steuerung, Qualitätssicherung relevant.

### **Kriterien für die Neuaufnahme einer abrechnungsrelevanten Leistung in den Leistungskatalog**

Die Aufnahme einer abrechnungsrelevanten Leistung in den Leistungskatalog erfolgt, wenn die Leistung den folgenden Kriterien für eine Neuaufnahme entspricht:

- I. Die Leistung ist neu (entwickelt) bzw. zur Abbildung des medizinischen Fortschritts erforderlich.
- II. Die Leistung ist fachlich etabliert.
- III. Es liegen adäquate wissenschaftliche Evidenzen vor.
- IV. Für die Leistung besteht eine strenge medizinische Indikation.
- V. Die Leistung und Leistungseinheit ist klar definiert und gegenüber anderen Leistungspositionen abgrenzbar.
- VI. Die Leistung ist von ökonomischer Relevanz (Kosten, Frequenz).

Nicht in den Leistungskatalog aufgenommen werden:

1. Unvollständig ausgefüllte Vorschläge.
2. Untersuchungen und Behandlungen, die typische und stets wiederkehrende Bestandteile verschiedener diagnostischer oder therapeutischer Abläufe sind.
3. Leistungen, die in bestehenden Fallpauschalen beinhaltet sind.
4. Verschiedene Operationstechniken bei der gleichen Prozedur.
5. Medikamente, außer im Bereich der Onkologie. \*
6. Leistungspositionen, die herstellerbezogene Angaben zu Medikamenten, Geräten oder sonstige herstellerbezogene Materialangaben enthalten.

\* Für onkologische Medikamente gilt, dass eine Aufnahme in den Leistungskatalog erfolgt, wenn bis 30. April eine EMA-Zulassung vorhanden ist.

Die **Kriterien für die Neuaufnahme einer abrechnungsrelevanten Leistung in den Leistungskatalog** kommen auch zur Anwendung, wenn sich neue abrechnungsrelevante Leistungspositionen durch eine Differenzierung bestehender Leistungen ergeben.

## **Streichung von Leistungen**

**Kriterien für die Streichung einer Leistung (mindestens ein Punkt muss zutreffen):**

- Die Leistung wird nicht mehr erbracht.
- Die Leistung entspricht nicht mehr aktuellen medizinischen Standards.
- Die Leistung hat keine ausreichende Evidenz.
- Die Leistung ist für keinen der Themenbereiche Abrechnung, Beobachtung, Planung, Steuerung, Qualitätssicherung relevant.
- Die Leistungserfassung ist in hohem Maß unvollständig und nicht valide und die Datenqualität ist nachgewiesenermaßen nicht oder nur mit hohem Aufwand verbesserbar.

## **Procedere für die Streichung einer Leistung**

### **Schritt 1: Auswahl der Leistungen**

Die Leistungen werden nach folgenden Gesichtspunkten ausgewählt (mindestens ein Punkt trifft zu):

- Systematische Analysen ergeben Auffälligkeiten bei der Häufigkeit der Leistungserfassung:
  - abnehmende Häufigkeit (Beobachtung über mehrere Jahre)
  - starke regionale Unterschiede (Erbringung an wenigen Standorten → Analyse der Versorgungswirksamkeit)
  - Leistung wird nicht mehr erbracht → Streichung

- Hinweise, dass eine Leistung nicht mehr dem aktuellen medizinischen Stand entspricht oder durch andere Prozeduren abgelöst wurde
- Hinweise, dass die Evidenz fehlt → Evidenzprüfung
- Hinweise, dass eine Leistung für die vorgesehene Nutzung (z.B. Qualität) nicht mehr benötigt wird

### **Schritt 2: Evidenzprüfung**

- Bei Hinweisen auf unzureichende Evidenz einer bereits abgebildeten Leistungsposition wird eine Evidenzprüfung (systematisches Review) veranlasst.
- Wenn das Ergebnis des Reviews besagt, dass die Evidenz der untersuchten Leistung (für eine untersuchte häufige Indikation) nicht ausreichend ist, wird die Leistung zur Streichung vorgeschlagen (Schritt 3).

### **Schritt 3: Leistung unter Beobachtung**

- Im Änderungspapier für das folgende Modelljahr wird auf die Aussetzung der Bepunktung (allenfalls mit einer 1-jährigen Übergangsfrist) hingewiesen, die Evidenzanalyse wird mitgeliefert bzw. wird auf die Veröffentlichung auf der Homepage des AIHTA (Austrian Institute for Health Technology Assessment) verwiesen.
- Für die Leistungserbringer besteht die Möglichkeit, über VAEV einen Vorschlag zu dieser Leistung einzubringen, z.B. mit Hinweisen auf Evidenz bei anderen Indikationen. Eingabe, Fristen und Bearbeitung analog zu allen anderen Vorschlägen.
- Wenn keine Vorschläge eingehen, erfolgt dauerhaft keine weitere Bepunktung. Die Streichung erfolgt, wenn die weitere Erfassung für keinen der Themenbereiche Beobachtung, Planung, Steuerung, Qualitätssicherung relevant ist.

### **Schritt 4: Streichung der Leistung aus dem Katalog**

- Die Leistung wird aus dem Katalog entfernt.

### **Wartung vorläufig abgebildeter Leistungen (NUB)**

- Ein Update der Evidenz vorläufig abgebildeter Leistungen (Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden – NUB) erfolgt grundsätzlich in den im Review vorgeschlagenen Jahren. Das weitere Vorgehen erfolgt gemäß dem Ergebnis des Updates:
  - definitive Aufnahme
  - Verlängerung vorläufiger Status
  - Streichung

# 01 Nervensystem, Psyche, Gehirnschädel, Wirbelsäule

## 01.01 Operationen an Gehirnschädel und Dura

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
LA199	Sonstige Operation – Gehirnschädel und Dura (LE=je Sitzung)

## 01.02 Intrakranielle Operationen

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
AA170	Stereotaktische Radiochirurgie mit Gamma-Einheit (LE=je Sitzung)

## 01.03 Implantationen am Nervensystem

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
AF030	Elektrodenimplantation zur Neuromodulation, 4-polig (LE=je Applikation) Implantation einer 4-poligen Elektrode zur epiduralen Rückenmarkstimulation (SCS) und peripheren Nervenstimulation (PNS)
AF040	Elektrodenimplantation zur Neuromodulation, 8-polig (LE=je Applikation) Implantation einer 8-poligen Elektrode zur epiduralen Rückenmarkstimulation (SCS) und peripheren Nervenstimulation (PNS)
AG070	Implantation eines Pumpensystems zur Schmerztherapie (LE=je Sitzung) Implantation von Pumpe und Katheter eines dauerhaft implantierten Pumpensystems (z.B. mit Morphin, Clonidin, Baclophen)
AH030	Implantation eines Impulsgenerators zur Neuromodulation – 4-polig, nicht wieder-aufzuladbar (LE=je Applikation) Implantation eines einkanaligen Impulsgenerators zur Hinterstrangstimulation, Stimulation peripherer Nerven, Deep-Brain-Stimulation, Parkinsonstimulation

<b>AH031</b>	Implantation eines Impulsgenerators zur Neuromodulation – 4-polig, wiederaufladbar (LE=je Applikation) Implantation eines einkanaligen wiederaufladbaren Impulsgenerators zur Hinterstrangstimulation, Stimulation peripherer Nerven, Deep-Brain-Stimulation, Parkinsonstimulation
<b>AH040</b>	Implantation eines Impulsgenerators zur Neuromodulation – 8-polig, nicht wiederaufladbar (LE=je Applikation) Implantation eines zweikanaligen Impulsgenerators zur Hinterstrangstimulation, Stimulation peripherer Nerven, Deep-Brain-Stimulation, Parkinsonstimulation
<b>AH041</b>	Implantation eines Impulsgenerators zur Neuromodulation – 8-polig, wiederaufladbar (LE=je Applikation) Implantation eines zweikanaligen wiederaufladbaren Impulsgenerators zur Hinterstrangstimulation, Stimulation peripherer Nerven, Deep-Brain-Stimulation, Parkinsonstimulation
<b>AH045</b>	Implantation eines Impulsgenerators zur Neuromodulation – 16-polig, nicht wiederaufladbar (LE=je Sitzung)
<b>AH050</b>	Implantation eines Impulsgenerators zur Neuromodulation – 16-polig, wiederaufladbar (LE=je Sitzung)
<b>AJ180</b>	Teilimplantation eines Impulsgenerators zur Neuromodulation – 4-polig (LE=je Sitzung) Implantation eines Impulsempfängers mit externem Impulsgenerator oder eines Impulsgenerators mit externer Energieversorgung. Die Elektrode ist unter AF030 zu codieren.
<b>AK060</b>	Implantation eines Systems zur Stimulation des Nervus vagus (LE=je Sitzung) Implantation des kompletten Systems mit Elektrode und Impulsgenerator
<b>AP020</b>	Implantation eines Epidural-/Intrathekalkatheters mit Port (LE=je Sitzung) Implantation eines Epidural- oder Intrathekalkatheters und eines Portsystems

## 01.04 Operationen an der Wirbelsäule

<b>Code</b>	<b>Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung</b>
<b>LH010</b>	Perkutane Volumenreduktion der Bandscheibe (LE=je Sitzung) Perkutane Punktion und Reduktion des Diskusvolumens durch mechanische (Tomie), chemische (Lyse) oder thermische (Koagulation, Vaporisation) Verfahren (vorbehaltlich EBM-Prüfung). Die Abrechnung der Leistung erfordert eine Genehmigung durch den Landesgesundheitsfonds/PRIKRAF nach Punkt 3.12 der Modellbeschreibung stationär.

<b>LH040</b>	Dekompression lumbaler Nervenwurzeln (LE=je Sitzung) Dekompression spinaler Nervenwurzeln durch Foraminotomie, Diskektomie, Sequesterentfernung. Syn.: (erweiterte) Bandscheibenoperation. Gelenksteilresektion, interarcuäre Resektionen sind inkludiert und werden nicht zusätzlich abgebildet.
<b>LH199</b>	Sonstige Operation – Wirbelsäule (LE=je Sitzung)

## 01.05 Operationen am Rückenmark

<b>Code</b>	<b>Leistungsbezeichnung</b> <b>Leistungsbeschreibung</b>
<b>AF059</b>	Sonstige Operation – Rückenmark/Rückenmarkshäute (LE=je Sitzung)

## 01.06 Operationen an peripheren Nerven und Vegetativum

<b>Code</b>	<b>Leistungsbezeichnung</b> <b>Leistungsbeschreibung</b>
<b>AJ010</b>	Einfache Naht peripherer Nerven an der oberen Extremität (LE=je Seite) Monofaszikuläre Naht
<b>AJ020</b>	Einfache Naht peripherer Nerven an der unteren Extremität (LE=je Seite) Monofaszikuläre Naht
<b>AJ030</b>	Einfache Naht peripherer Nerven an Kopf, Hals und Rumpf (LE=je Sitzung) Monofaszikuläre Naht
<b>AJ070</b>	Dekompression des Nervus medianus – offen (LE=je Seite) Dekompression des Nervus medianus durch offene Spaltung des Retinaculum flexorum
<b>AJ080</b>	Dekompression des Nervus medianus – endoskopisch (LE=je Seite) Dekompression des Nervus medianus durch endoskopische Spaltung des Retinaculum flexorum
<b>AJ085</b>	Dekompression des Nervus medianus – ultraschallgezielt (LE=je Seite) Sonographisch gezieltes Aufsuchen des Retinaculum flexorum und Dekompression des Nervus medianus durch Spaltung des Retinaculum flexorum über einen perkutanen Zugang mit einem Hakenmesser

<b>AJ090</b>	Dekompression anderer peripherer Nerven an der oberen Extremität – offen (LE=je Seite) Dekompression durch Spaltung/Entfernung einengender Strukturen (z.B. Spaltung des Sulcus ulnaris) und ggf. weiterer Maßnahmen (z.B. submuskuläre Transposition)
<b>AJ100</b>	Dekompression anderer peripherer Nerven an der oberen Extremität – endoskopisch (LE=je Seite) Dekompression durch Spaltung/Entfernung einengender Strukturen (z.B. Spaltung des Sulcus ulnaris) über endoskopischen Zugang
<b>AJ110</b>	Dekompression peripherer Nerven an der unteren Extremität – offen (LE=je Seite) Dekompression durch Spaltung/Entfernung einengender Strukturen (z.B. Spaltung des Retinaculum flexorum) über offenen Zugang
<b>AJ120</b>	Dekompression peripherer Nerven an der unteren Extremität – endoskopisch (LE=je Seite) Dekompression durch Spaltung/Entfernung einengender Strukturen (z.B. Spaltung des Retinaculum flexorum) über endoskopischen Zugang
<b>AJ130</b>	Entfernung eines Tumors an peripheren Nerven (LE=je Sitzung) Mikrochirurgische Tumorresektion an peripheren Nerven, z.B. bei Neurofibrom, Neurinom (= Schwannom). <b>Nicht:</b> Neurektomie bei Morton-Neurom (AJ189).
<b>AJ140</b>	Perkutane Koagulation peripherer Nervenfasern (LE=je Sitzung) Perkutane Punktion und Zerstörung von Nervenfasern durch lokale Hitzeeinwirkung, z.B. Facettendenergie durch Radiofrequenz
<b>AJ189</b>	Sonstige Operation – periphere Nerven (LE=je Sitzung)
<b>AK010</b>	Perkutane Koagulation vegetativer Ganglien (LE=je Sitzung) Perkutane Punktion und Zerstörung von Nervenfasern durch lokale Hitzeeinwirkung an den Ganglien des vegetativen Nervensystems. Die Abrechnung der Leistung erfordert eine Genehmigung durch den Landesgesundheitsfonds/PRIKRAF nach Punkt 3.12 der Modellbeschreibung stationär.
<b>AK050</b>	Thorakale oder lumbale Sympathektomie – thorakoskopisch/laparoskopisch (LE=je Sitzung)

## 01.50 Andere Diagnostik und Therapie – Nervensystem

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
<b>AA510</b>	Elektroenzephalographie (EEG) (LE=je Sitzung) Elektroenzephalographische Untersuchung, Mindestdauer orientierend 20 min, Übergangswiderstandsmessung, Provokation fakultativ

<b>AA515</b>	Langzeit-Elektroenzephalographie (Langzeit-EEG) (LE=je Sitzung) Elektroenzephalographische Untersuchung, ggf. mit Provokation, Mindestableitungsdauer orientierend 2 Stunden
<b>AA520</b>	Magnetenzephalographie (LE=je Sitzung) Messung der magnetischen Aktivität des Gehirns zur Anfallsursprungslokalisierung bei Epilepsiepatient:innen oder Lokalisierung von funktionell wichtigen Arealen (z.B. Sprache, Motorik ...) vor geplanten chirurgischen Eingriffen
<b>AJ510</b>	Elektroneurographie (ENG) (LE=je Sitzung) Elektroneurographische Untersuchung mit Bestimmung der motorischen und sensiblen Nervenleitgeschwindigkeit
<b>AK510</b>	Biofeedback (LE=je Sitzung) Apparative Rückmeldung zum Training von Körperfunktionen, die normalerweise bewusster Wahrnehmung unzugänglich sind, z.B. Herz- und Atemfrequenz, Blutdruck, EEG-, EMG-, EKG-Signale, Hauttemperatur und -widerstand. <b>Nicht:</b> Bioresonanztherapie.
<b>AN010</b>	Polysomnographie im Schlaflabor (LE=je Behandlungstag) Kontinuierliche Aufzeichnung von EEG, Atemfrequenz, Sauerstoffsättigung sowie Ton und Bild während des Schlafes (inkl. Einstellung mechanischer Atemhilfen (CPAP)).
<b>AN520</b>	Schlafapnoe-Diagnostik mit mobilem Gerät (LE=je Sitzung) Aufzeichnung von kardiorespiratorischen Parametern, auch Körperlage. <b>Nicht:</b> Polysomnographie (AN010, AN011).
<b>AN521</b>	Kontrolle eines mobilen Schlafapnoe-Therapiegeräts (LE=je Sitzung) Auswertung der im Gerät gespeicherten Parameter, Überprüfung der Gerätefunktion und des Therapieerfolges, ggf. Anpassung der Einstellungen
<b>AN522</b>	Telemedizinische Kontrolle eines mobilen Schlafapnoe-Therapiegeräts (LE=je Sitzung) Auswertung der im Gerät gespeicherten Parameter, Überprüfung der Funktion und des Therapieerfolges, ggf. Anpassung der Einstellungen. Nur zu codieren, wenn ein schriftlicher Befundbericht an die Patientin/den Patienten erfolgt und die Leistungserbringung in der Patientenakte dokumentiert wird. Keine Codierung der Datenübermittlung
<b>AP510</b>	Messung somatosensibel evozierter Potentiale (SEP) (LE=je Sitzung) Ableitung und Aufzeichnung somatosensibel evozierter Potentiale
<b>AV510</b>	Lumbalpunktion (LE=je Sitzung) Gewinnung von Liquor cerebrospinalis mittels Hohlnadel aus dem Rückenmarkskanal inkl. Nachbetreuung. Die Entnahme von Untersuchungsmaterial ist inkludiert.
<b>AZ989</b>	Sonstige nicht operative Diagnostik/Therapie – Nervensystem und Psyche (LE=je Sitzung) Diagnostische/therapeutische Maßnahme(n), unter keiner anderen Position codierbar



<b>PF510</b>	Messung motorisch evozierter Potentiale (MEP) (LE=je Sitzung) Ableitung und Aufzeichnung motorisch evozierter Potentiale
<b>PF520</b>	Elektromyographie (EMG) (LE=je Sitzung) Elektromyographische Untersuchung mit Oberflächen- und/oder Nadelelektroden

## 01.51 Andere Diagnostik und Therapie – Psyche

<b>Code</b>	<b>Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung</b>
<b>AA210</b>	Elektrokonvulsionstherapie (EKT) (LE=je Sitzung) EEG-kontrolliertes Auslösen eines epileptischen Anfalls durch elektrische Stimulation im Bereich des Kopfes in Allgemeinanästhesie mit Muskelrelaxation durch ein speziell geschultes Team (FA für Psychiatrie, FA für Anästhesie, Krankenpfleger/innen aus Anästhesie und Psychiatrie)
<b>AL510</b>	Neuropsychologisches Funktionstraining (Einzeltherapie) (LE=je Sitzung) Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit der Patientin/des Patienten durch Anwendung von Trainingsmanualen (Einzelsetting)
<b>AM510</b>	Psychiatrisches Erstgespräch und Stuserhebung (LE=je Sitzung) Ausführliche Anamneseerhebung (inkl. Biographie, Berücksichtigung entwicklungspsychologischer Gesichtspunkte), vertiefte Exploration mit differentialdiagnostischer Einordnung eines psychiatrischen Krankheitsbildes, syndrombezogene therapeutische Intervention
<b>AM520</b>	Klinisch-psychologische Exploration (LE=je Sitzung) Ausführliche Exploration durch klinische Psychologen zu diagnostischen Zwecken über 15 min. Bei Durchführung von psychologischen Testverfahren sind diese zusätzlich unter AM530 oder AM535 zu codieren.
<b>AM530</b>	Kurze klinisch-psychologische Testung (LE=je Sitzung) Durchführung standardisierter psychologischer Testverfahren, Dauer insgesamt nicht länger als 15 min.
<b>AM535</b>	Ausführliche klinisch-psychologische Testung (LE=je Sitzung) Durchführung standardisierter psychologischer Testverfahren, Durchführung aller Tests dauert länger als 15 min.
<b>AM540</b>	Psychiatrische Testung (LE=je Sitzung) Durchführung standardisierter psychiatrischer Testverfahren

<b>AM550</b>	Verbale Intervention bei psychosomatischen Beschwerden (LE=je Sitzung) Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen, systematische Nutzung der Arzt-Patienten-Interaktion, bei Säuglingen und Kleinkindern auch unter Einschaltung der Bezugspersonen
<b>AM551</b>	Telemedizinische Behandlung bei psychosomatischen Beschwerden (LE=je Sitzung) Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen, systematische Nutzung der Arzt-Patienten-Interaktion, bei Säuglingen und Kleinkindern auch unter Einschaltung der Bezugspersonen. Hinweise zur Codierung telemedizinischer Leistungen siehe Handbuch Medizinische Dokumentation.
<b>AM560</b>	Psychotherapeutische Einzeltherapie (LE=je Sitzung) Psychotherapie nach anerkannter Methode laut Psychotherapeutengesetz oder ÖÄK-Diplom Psychotherapeutische Medizin, Einzelbehandlung, Dauer orientierend 50 Minuten
<b>AM561</b>	Telemedizinische psychotherapeutische Einzeltherapie (LE=je Sitzung) Psychotherapie nach anerkannter Methode laut Psychotherapeutengesetz oder ÖÄK-Diplom Psychotherapeutische Medizin, Einzelbehandlung, Dauer orientierend 50 Minuten. Hinweise zur Codierung telemedizinischer Leistungen siehe Handbuch Medizinische Dokumentation.
<b>AM570</b>	Psychotherapeutische Gruppentherapie (LE=je Sitzung) Psychotherapie nach anerkannter Methode laut Psychotherapeutengesetz oder ÖÄK-Diplom Psychotherapeutische Medizin, Gruppenbehandlung, Dauer orientierend 100 Minuten
<b>AM580</b>	Krisenintervention (LE=je Sitzung) Symptombezogene psychiatrische Intervention in Akutsituationen
<b>AM581</b>	Telemedizinische Krisenintervention (LE=je Sitzung) Symptombezogene psychiatrische Intervention in Akutsituationen. Hinweise zur Codierung telemedizinischer Leistungen siehe Handbuch Medizinische Dokumentation.
<b>AM590</b>	Klinisch-psychologisches Beratungsgespräch (LE=je Sitzung) Ausführliches therapeutisches Gespräch zwischen klinischen Psychologinnen/Psychologen und Patient:innen bzw. zwischen klinischen Psychologinnen/Psychologen und Angehörigen als integrierter Therapiebestandteil, Angehörigenbetreuung, Konfliktmanagement
<b>AM591</b>	Telemedizinisches klinisch-psychologisches Beratungsgespräch (LE=je Sitzung) Ausführliches therapeutisches Gespräch zwischen klinischen Psychologinnen/Psychologen und Patient:innen bzw. zwischen klinischen Psychologinnen/Psychologen und Angehörigen als integrierter Therapiebestandteil, Angehörigenbetreuung, Konfliktmanagement. Hinweise zur Codierung telemedizinischer Leistungen siehe Handbuch Medizinische Dokumentation.

<b>AM600</b>	Entspannungstherapie (Einzeltherapie) (LE=je Sitzung) Methoden zur Vermittlung willentlicher Entspannung, z.B. Autogenes Training, progressive Muskelrelaxation nach Jacobson
<b>AM610</b>	Entspannungstherapie (Gruppentherapie) (LE=je Sitzung) Methoden zur Vermittlung willentlicher Entspannung, z.B. Autogenes Training, progressive Muskelrelaxation nach Jacobson
<b>AM650</b>	Repetitive transkranielle Magnetstimulation – Planung (LE=je Sitzung) Planung der transkraniellen Magnetstimulation und Durchführung der ersten Therapiesitzung: Bestimmung der notwendigen Energie, Festlegung des Stimulationsortes, Wahl des Stimulationsprotokolls, Überwachung der ersten Therapiesitzung hinsichtlich Verträglichkeit und Nebenwirkungen
<b>AM660</b>	Repetitive transkranielle Magnetstimulation – Therapie (LE=je Sitzung) Folgesitzungen der transkraniellen Magnetstimulation mit Lagerung der Patientin/des Patienten und Positionierung der Spule durch DGKP, Inbetriebnahme des Magnetstimulators, Wahl des Behandlungsprotokolls, Überprüfung der Spulenposition, Start des Programmes durch Facharzt/Fachärztin während der Sitzung, Überwachung der Patientin/des Patienten sowie Abbau der Montage durch DGKP

# 02 Augen und Orbita

## 02.01 Operationen an Bindehaut, Lidern und Tränenwegen

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
<b>BA010</b>	Korrektur des Augenlids (LE=je Seite) Plastische Korrekturen von Lidfehlstellungen oder funktionellen Veränderungen des Lidapparates, z.B. Blepharoplastik, Z-Plastiken, Eingriffe an der Lidmuskulatur (Transfer, Verlängerung, Verkürzung). <b>Nicht:</b> Inzisionen und Exzisionen am Augenlid mit primärem Wundverschluss (BA540)
<b>BA020</b>	Rekonstruktion der Lider, Augenbrauen (LE=je Seite) Rekonstruktionen der Augenlider/Augenbrauen mit lokaler Lappenplastik, Auto-transplantaten
<b>BA039</b>	Sonstige Operation – Lider und Augenbrauen (LE=je Seite)
<b>BA540</b>	Inzisionen/Exzisionen an den Lidern/Augenbrauen (LE=je Sitzung) Inzisionen und Exzisionen am Augenlid mit primärem Wundverschluss, z.B. bei Lid-zysten, Xanthelasma, Lidwarzen, Basaliomen, Lidabszess
<b>BB010</b>	Rekonstruktion der Tränenwege – offen (LE=je Seite) Wiederherstellung der Kontinuität und Durchgängigkeit der Tränenwege – externe Dakryocystorhinostomie
<b>BB020</b>	Rekonstruktion der Tränenwege – endoskopisch, endoluminal (LE=je Seite) Wiederherstellung der Kontinuität und Durchgängigkeit der Tränenwege – endoskopische Dakryocystorhinostomie
<b>BB039</b>	Sonstige Operation – Tränenapparat (LE=je Seite)
<b>BC010</b>	Resektion eines Pterygiums (LE=je Seite)

## 02.02 Operationen an Kornea, Iris und Linse

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
<b>BD010</b>	Keratotomie (LE=je Seite) Keratotomie, radiäre Keratotomie, Keratektomie, Photokeratektomie mit Excimer-laser, LASIK

<b>BD020</b>	Hornhauttransplantation (perforierend, lamellär) (LE=je Seite)
<b>BD030</b>	Implantation von intrakornealen Ringsegmenten (LE=je Sitzung) Tunnelierung der Hornhaut mittels Femtolaser, Erweiterung dieser Tunnel, Implantation des Ringimplantats/der Ringimplantate
<b>BD039</b>	Sonstige Operation – Kornea (LE=je Seite)
<b>BE010</b>	Glaukomoperation (LE=je Seite) Trabekulektomie, Goniotrepation, nichtperforierende Operationen wie tiefe Sklerektomie und Viskokanalostomie, die Gabe von Antimetaboliten ist inkludiert.
<b>BE020</b>	Anlage eines Kammerwassershunts (LE=je Seite) Drainage des Kammerwassers durch Implantation eines Shunts bei refraktärem Glaukom
<b>BE039</b>	Sonstige Operation – Iris, Ziliarkörper, Skleren, Vorderkammer (LE=je Seite)
<b>BF015</b>	Kataraktoperation mit Linsenimplantation (LE=je Seite) Entfernung des Linsenkerns bzw. der Linse sowie Implantation einer alloplastischen Linse (Vorder- oder Hinterkammerlinse)
<b>BF030</b>	Isolierte Implantation oder Wechsel einer Linse (LE=je Seite) Sekundäre Linsenimplantation, Wechsel einer Linse, isolierte Implantation einer Vorderkammerlinse, auch refraktiv
<b>BF049</b>	Sonstige Operation – Linse (LE=je Seite)

## 02.03 Operationen an Glaskörper und Retina

<b>Code</b>	<b>Leistungsbezeichnung</b> <b>Leistungsbeschreibung</b>
<b>BG038</b>	Vordere Vitrektomie (LE=je Seite) Partielle Entfernung des Glaskörpers von den vorderen Augenstrukturen, z.B. bei Linsenluxationen oder Kapselrupturen
<b>BG040</b>	Vitrektomie ohne Endotamponade (LE=je Seite) Vollständige Entfernung des Glaskörpers bei Erkrankungen des hinteren Augenab- schnitts ohne Endotamponade
<b>BG050</b>	Vitrektomie mit Endotamponade (LE=je Seite) Vollständige Entfernung des Glaskörpers bei Erkrankungen des hinteren Augenab- schnitts mit Endotamponade (alle Techniken)

<b>BG060</b>	Retinotomie, Retinektomie (LE=je Seite) Entfernung retinaler Membranen, Endodrainage, subretinale Drainage, Makulachirurgie (Sheatotomie, Membrane Peeling)
<b>BG070</b>	Fixation der Netzhaut durch eindellende Maßnahmen (LE=je Seite) Retinopexie von außen durch eindellende Maßnahmen wie Plomben, Cerclagen – ggf. mit subretinaler Drainage und unter Anwendung mikrochirurgischer Technik
<b>BG109</b>	Sonstige Operation – Retina, Glaskörper, hinterer Augenabschnitt (LE=je Seite)
<b>BG560</b>	Retinale Exokryokoagulation (LE=je Seite) Umschriebene Kältebehandlung (Exokryokoagulation) bei Löchern sowie degenerativen Veränderungen in der peripheren Netzhaut
<b>BH079</b>	Sonstige Operation – Augapfel (LE=je Seite)

## 02.04 Operationen an Bulbus, Augenmuskeln und Orbita

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
<b>BH020</b>	Silikonölentfernung (LE=je Seite)
<b>BJ020</b>	Korrekturoperation an den geraden Augenmuskeln (LE=je Seite) Korrekturoperation an den geraden Augenmuskeln mit Kombination mehrerer Techniken (Resektion, Verkürzung, Verlängerung, Faltung, Verlagerung etc., inkludiert Implantate (z.B. Goretex-Bänder)
<b>BJ030</b>	Kombinierte Korrekturoperation an den geraden und schrägen Augenmuskeln (LE=je Seite) Korrekturoperation an den geraden und schrägen Augenmuskeln mit Kombination mehrerer Techniken (Resektion, Verkürzung, Verlängerung, Faltung, Verlagerung etc., inkludiert Implantate (z.B. Goretex-Bänder)
<b>BK039</b>	Sonstige Operation – Orbita (LE=je Seite)

## 02.50 Andere Diagnostik und Therapie – Auge

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
<b>BA520</b>	Wimpernepilation (LE=je Sitzung) Wimpernentfernung bei Trichiasis

<b>BB510</b>	Tränenfilmdiagnostik (LE=je Sitzung) Quantitative Untersuchung des Tränenfilms (z.B. Schirmertest), qualitative Untersuchung des Tränenfilms, z.B. durch Anfärben mit Fluoreszenzfarbstoff und Beurteilung unter der Spaltlampe.
<b>BB520</b>	Sondierung und Spülung der Tränenwege (LE=je Sitzung) Sondierung und Spülung der Tränenwege
<b>BC510</b>	Bindehautsackspülung bei Verätzungen (LE=je Sitzung) Bindehautsackspülung z.B. bei Verätzungen durch Säuren oder Laugen
<b>BD510</b>	Bestimmung der Hornhauttopographie (LE=je Sitzung) Bestimmung der Hornhauttopographie vor verschiedenen Hornhautoperationen
<b>BD530</b>	Nahtentfernung an der Hornhaut (LE=je Sitzung) Entfernung der Hornhautnaht nach verschiedenen operativen Eingriffen
<b>BD540</b>	Amnionmembrantransplantation am Auge (LE=je Seite) Deckung von Defekten und schlecht heilenden Erkrankungen der Augenoberfläche mit Amnionmembran (Ausschneiden im gewünschten Durchmesser, Fixation mit Naht, Abdeckung mit Kontaktlinse).
<b>BE510</b>	Gonioskopie (LE=je Sitzung) Ausleuchtung und Betrachtung des Augenkammerwinkels mit einer Spaltlampe unter Zuhilfenahme eines Kontaktglases mit Spiegel. <b>Nicht:</b> Routinespaltlampenuntersuchung (BZ989).
<b>BE520</b>	Lasertherapie an Iris, Ziliarkörper, Skleren, Vorderkammer (LE=je Sitzung) Lasertherapie an Iris, Ziliarkörper, Skleren, Vorderkammer, z.B. YAG-Laser-Iridotomie
<b>BE530</b>	Needling nach Glaukom-OP (LE=je Sitzung) Mechanische Lösung von Vernarbungen am Sickerkissenrand (Needling) und Applikation antiproliferativer Substanzen (z.B. 5FU)
<b>BF510</b>	Lasertherapie an der Linse (LE=je Sitzung) Lasertherapie an der Linse, Linsenkapsel, z.B. YAG-Laser-Kapsulotomie
<b>BG011</b>	Laserkoagulation der Retina (LE=je Seite) Laserkoagulationen, z.B. mittels Argon-Laser, an einem Auge bei Netzhauterkrankungen
<b>BG020</b>	Photodynamische Therapie der Makula (LE=je Sitzung)
<b>BG030</b>	Intravitreale Injektion mit Anti-VEGF (LE=je Seite)
<b>BG031</b>	Intravitreale Einbringung von medikamentenfreisetzenden Implantaten bei Makula- ödem/-degeneration (LE=je Seite)

<b>BG510</b>	Ophthalmoskopie (LE=je Sitzung) Untersuchung der einsehbaren Teile des Auges in Mydriasis, Kapillarmikroskopie des Augenhintergrunds
<b>BG520</b>	Laserdiagnostik des Augenhintergrundes (LE=je Sitzung) Nervenfaserver-Polarimetrie: Sehnerventopographie und Nervenfaserschichtdicke-messung mittels Scanning-Laser (GDx-Gerät), Früherkennungsuntersuchung zur Glaukomdiagnostik
<b>BG530</b>	Fluoreszenzangiographie des Augenhintergrundes (LE=je Sitzung) Darstellung des retinalen und uvealen Gefäßsystems bzw. Blutflusses am Augenhintergrund nach Gabe von Na-Fluoreszein oder Indocyaningrün zur Diagnostik und Verlaufsbeobachtung von Netzhaut- u. Aderhauterkrankungen (z.B. bei Diabetes)
<b>BG540</b>	Optische Kohärenztomographie (OCT) des Augenhintergrundes (LE=je Sitzung) Darstellung der Schichtstruktur des Augenhintergrundes mit Hilfe eines Interferometers
<b>BG550</b>	Lasertherapie am hinteren Augenabschnitt (LE=je Sitzung) Lasertherapie an Retina, Chorioidea, Glaskörper, hinterem Abschnitt des Auges, z.B. Koagulation bei Ablatio Retinae, Behandlung mit Argon-Laser
<b>BL510</b>	Subjektive Bestimmung des Visus und der sphärischen und zylindrischen Brechkraftkorrektur (LE=je Sitzung) Subjektive Bestimmung des Visus und der sphärischen und zylindrischen Brechkraftkorrektur (Bestimmung des Sehbehelfs)
<b>BL520</b>	Optische Biometrie Auge (LE=je Sitzung) Messung der Achslänge des Augapfels und ihrer Teilabschnitte sowie der Hornhautkrümmung zur Bestimmung der erforderlichen Dioptrienstärke der Linse vor Katarakt-OP
<b>BL530</b>	Apparative Prüfung des stereoskopischen Sehens (LE=je Sitzung) Eingehende Prüfung des binokularen Sehaktes, des Muskelgleichgewichtes und des Doppelsehens mit Hilfe verschiedener Geräte
<b>BL540</b>	Bestimmung der Akkomodationsbreite (LE=je Sitzung) Untersuchung der Akkomodationskraft und -geschwindigkeit
<b>BL550</b>	Objektive Bestimmung der Refraktion (LE=je Sitzung) Bestimmung der Brechkraft der Pupillen durch Skiaskopie oder Refraktometer
<b>BL560</b>	Untersuchung mit dem Adaptometer (LE=je Sitzung) Bestimmung des zeitlichen Verlaufs der Dunkeladaptation und der Lichtempfindlichkeit (eines Areals) der Retina
<b>BL570</b>	Gesichtsfeldbestimmung (LE=je Sitzung) Prüfung des Gesichtsfeldes: Kinetische bzw. statische Perimetrie, Skotometrie



<b>BL590</b>	Orthoptik – diagnostisch (LE=je Sitzung) Quantitative Untersuchung des Binokularsehens, Beurteilung des Fundus mit Fixationsprüfung, Prüfung auf Trennschwierigkeiten mit enggestellten Reihenoptotypen
<b>BL600</b>	Orthoptik – therapeutisch (LE=je Sitzung) Durchführung pleoptischer und orthoptischer Übungen, Okklusionstherapie
<b>BL610</b>	Messung visuell evozierter Potentiale (VEP) (LE=je Sitzung) Ableitung und Aufzeichnung visuell evozierter Potentiale
<b>BZ520</b>	Tonometrie (LE=je Sitzung) Bestimmung des Augeninnendrucks
<b>BZ521</b>	Tagesdruckkurve Auge (LE=je Behandlungstag) Verlaufsbestimmung des Augeninnendrucks durch mindestens vier tonometrische Untersuchungen am selben Tag
<b>BZ540</b>	Entfernung von Fremdkörpern aus der Hornhaut, Lederhaut oder Bindehaut (LE=je Sitzung) Instrumentelle Entfernung von Fremdkörpern aus der Hornhaut, Lederhaut oder Bindehaut. <b>Nicht:</b> Intraokulare Fremdkörperentfernung (BH030).
<b>BZ989</b>	Sonstige nicht operative Diagnostik/Therapie – Auge (LE=je Sitzung) Diagnostische/therapeutische Maßnahme(n), unter keiner anderen Position codierbar

# 03 Ohren, Nase, Mundhöhle, Rachen, Gesicht, Gesichtsschädel, Hals

## 03.01 Operationen am äußeren Ohr

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
CA010	Ohranlegeplastik (LE=je Seite)
CA020	Plastische Rekonstruktion der Ohrmuschel (LE=je Seite) Rekonstruktion eines Ohres unter Verwendung von Lappenplastiken, Implantaten, Autotransplantaten
CA040	Resektion am äußeren Gehörgang (LE=je Seite) Knöcherner Resektion im Bereich des äußeren Gehörganges, z.B. Abtragung von Exostosen, Exstirpation von Neoplasien
CA050	Gehörgangsplastik (LE=je Seite) Neuanlage eines Gehörganges, Erweiterung des stenosierte Gehörganges
CA069	Sonstige Operation – äußeres Ohr (LE=je Sitzung)

## 03.02 Operationen am Mittelohr

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
CB010	Paracentese (LE=je Seite) Inzision des Trommelfells und ggf. Einlage eines Paukenröhrchens
CB020	Myringoplastik (LE=je Seite) Tympanoplastik Typ I
CB089	Sonstige Operation – Mittelohr (LE=je Sitzung)

### 03.03 Operationen am Innenohr

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
CC069	Sonstige Operation – Innenohr (LE=je Seite)

### 03.04 Operationen an Nase und Nasennebenhöhlen

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
GA020	Korrektur der äußeren Nase (Rhinoplastik) (LE=je Sitzung) Korrektur der knorpeligen und knöchernen Anteile der äußeren Nase. Die Verwendung von Knorpel-/Knochenimplantaten ist inkludiert.
GA030	Korrektur des Nasenseptums (Septumplastik) (LE=je Sitzung) Korrektur der inneren (Nasenseptum, Conchae) Nase. Die Verwendung von Knorpel-/Knochenimplantaten ist inkludiert.
GA040	Korrektur des Nasenseptums und der äußeren Nase (Septorhinoplastik) (LE=je Sitzung) Kombinierte Korrektur der inneren (Nasenseptum, Conchae) und der knorpeligen und knöchernen Anteile der äußeren Nase. Die Verwendung von Knorpel-/Knochenimplantaten ist inkludiert.
GA069	Sonstige Operation – Nase (LE=je Sitzung)
GB010	Sanierung der Nasennebenhöhlen der 1. Reihe – offen (LE=je Sitzung) Sanierung einer oder mehrerer Nasennebenhöhlen mit offenem Zugang (NNH der 1. Reihe: Siebbein, Kieferhöhle, Stirnbein)
GB020	Sanierung der Nasennebenhöhlen der 1. Reihe – endoskopisch (LE=je Sitzung) Endoskopische Sanierung einer oder mehrerer Nasennebenhöhlen, Functional Endoscopic Sinus Surgery (FESS), (NNH der 1. Reihe: Siebbein, Kieferhöhle, Stirnbein)
GB050	Endoskopische Blutstillung einer Nachblutung nach Operationen im Bereich der Nasennebenhöhlen (LE=je Sitzung) Blutstillung bei Nachblutungen nach Operationen, <b>nicht:</b> Koagulationen bei Nasenbluten
GB059	Sonstige Operation – Nasennebenhöhlen (LE=je Sitzung)

### 03.05 Operationen an Mundhöhle und Speicheldrüsen

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
HA010	Resektion im Bereich der Lippen mit Rekonstruktion durch lokale Lappenplastik (LE=je Sitzung) (Tumor-)Resektion im Bereich von Ober-/Unterlippe mit Notwendigkeit zur Rekonstruktion. Die Resektion angrenzender Gewebe und eine Rekonstruktion mit lokaler Lappenplastik sind inkludiert.
HA020	Resektion im Bereich der Mundhöhle und der Kiefer mit Rekonstruktion durch lokale Lappenplastik (LE=je Sitzung) (Tumor-)Resektion im Bereich der Mundhöhle/der Kiefer mit Notwendigkeit zur Rekonstruktion. Eine Rekonstruktion mit lokaler Lappenplastik ist inkludiert, eine Rekonstruktion durch gestielte (HA040) oder freie Lappenplastik (HA050) ist zusätzlich zu codieren.
HA069	Sonstige Operation – Mundhöhle (LE=je Sitzung)
HA511	Inzision, Exzision oder Revision im Bereich der Mundhöhle (LE=je Sitzung) Inzision, Exzision oder Revision im Bereich der Mundhöhle, z.B. enorale Abszessinzision, -drainage, Kieferkammkorrektur, chirurgische Wundrevision, operative Sequesterentfernung, Exostosenabtragung, parodontale Lappenoperation, Bindegewebs-/Schleimhauttransplantation. <b>Nicht:</b> Durchtrennung eines Lippen-, Wangen- oder Zungenbändchens (HA520).
HA520	Durchtrennung eines Lippen-, Wangen- oder Zungenbändchens (LE=je Sitzung) Durchtrennung eines Lippen-, Wangen- oder Zungenbändchens. <b>Nicht:</b> andere Inzisionen im Bereich der Mundhöhle (HA511).
HB520	Wurzelspitzenresektion (LE=je Zahn) Resektion der Wurzelspitze
HB540	Entfernung von Schleimhautwucherungen und chirurgische Taschenabtragung (LE=je Quadrant) Exzision der Schleimhautwucherungen bzw. der chirurgischen Taschen mit dem Skalpell, Entfernung des Granulationsgewebes, mechanische und chemische Taschenreinigung, Adaptation der Wundränder, ggf. mit Naht
HC040	Exstirpation der Glandula sublingualis (LE=je Sitzung)
HC050	Exstirpation der Glandula submandibularis (LE=je Sitzung)
HC069	Sonstige Operation – Speicheldrüsen (LE=je Sitzung)

<b>LZ100</b>	Operative Entfernung mehrerer retinierter Zähne/eines dystopen Zahnes (LE=je Sitzung) Freilegung, evtl. Fragmentierung und Entfernung von mindestens 2 retinierten Zähnen bzw. eines dystopen Zahnes. Dystop: Kieferhöhle, Jochbeinregion, aufsteigender Unterkieferast
<b>LZ520</b>	Entfernung eines retinierten Zahnes (LE=je Zahn) Freilegung und eventuell Teilung des Zahnes, Entfernung des Zahnsäckchens, Wundverschluss mit Naht
<b>LZ530</b>	Zystotomie, Zystektomie einer Kieferzyste (LE=je Sitzung) Eröffnung einer Kieferzyste zur Mundhöhle

### 03.06 Operationen am Gesichtsschädel

<b>Code</b>	<b>Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung</b>
<b>LB055</b>	Arthroskopische Operation des Kiefergelenks (LE=je Sitzung) Endoskopischer Zugang, Inspektion des Gelenks und eine oder mehrere therapeutische Interventionen
<b>LB080</b>	(Aufbauende) Alveolarkamplastik (LE=je Sitzung) Wiederherstellung des Alveolarkamms unter Verwendung allogener oder homologer Knochenersatzmaterialien oder von Distractionssystemen
<b>LZ049</b>	Sonstige Operation – Gesichtsschädel (LE=je Sitzung)

### 03.07 Operationen an Pharynx und Tonsillen

<b>Code</b>	<b>Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung</b>
<b>FA010</b>	Adenotomie (LE=je Sitzung) Entfernung der vergrößerten Tonsilla pharyngealis (Rachenmandel)
<b>FA020</b>	Tonsillotomie (LE=je Sitzung) Teilentfernung der Tonsille, auch mit Lasern. Altersgrenze für stationären Aufenthalt < 6 Jahre

<b>GC010</b>	Resektion von Raumforderungen am Epipharynx (LE=je Sitzung) Resektion bösartiger und gutartiger Neoplasien und angeborener Raumforderungen im Bereich des Rhinopharynx wie z.B. Tornwaldt-Zyste (J39.2), Juveniles Nasenrachenfibrom (D10.6). <b>Nicht:</b> Entfernung hyperplastischer Nasenschleimhaut (ambulant GZ530), Entfernung/Verkleinerung der Nasenmuscheln (GA069), Adenotomie (FA010).
<b>HD060</b>	Resektion von Raumforderungen am Oro-/Hypopharynx (LE=je Sitzung) Entfernung von Raumforderungen mit und ohne Laser
<b>HD129</b>	Sonstige Operation – Pharynx, Tonsillen (LE=je Sitzung)

### 03.08 Operationen an Larynx und Trachea

<b>Code</b>	<b>Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung</b>
<b>GD020</b>	Medialisation der Stimmlippen (LE=je Sitzung) Arytenoidadduktion, Thyroplastik
<b>GD035</b>	Mikrochirurgischer Eingriff am Larynx (LE=je Sitzung) Laryngoskopie und endolaryngeale mikrochirurgische Abtragung (auch mit Laser) von verändertem Gewebe wie z.B. Stimmlippenknötchen, Polypen, Ödemen
<b>GD109</b>	Sonstige Operation – Larynx (LE=je Sitzung)
<b>GE089</b>	Sonstige Operation – Trachea (LE=je Sitzung)
<b>GE540</b>	Operativer Verschluss eines Tracheostomas (LE=je Sitzung) Chirurgischer Verschluss durch Naht und lokale Plastik

### 03.09 Operationen an Gesicht und Hals

<b>Code</b>	<b>Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung</b>
<b>LC010</b>	Pexie des Mundwinkels (LE=je Sitzung) Fixierung des Mundwinkels bei Fazialisparese – Operation nach Smiley:-)
<b>QA010</b>	Naht multipler Weichteilverletzungen im Gesicht (LE=je Sitzung)
<b>QA020</b>	Narbenkorrektur im Gesichts-/Halsbereich (LE=je Sitzung) Resektion von Narbengewebe sowie lokale Verschiebeplastiken unter Verwendung ästhetischer Nahttechniken

QA079	Sonstige Operation – Haut und Weichteilgewebe des Gesichts/Halses (LE=je Sitzung)
-------	---

### 03.50 Andere Diagnostik und Therapie – Ohr, Nase, Gesicht, Hals

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
CA511	Otomikroskopie (LE=je Sitzung) Untersuchung des Trommelfells, des Gehörgangs oder einer Radikalhöhle unter dem Ohrmikroskop
CA521	Zerumenentfernung (LE=je Sitzung) Ohrreinigung, Entfernung von Ohrenschmalz
CA531	Abtragung von Gehörgangspolypen (LE=je Sitzung) Entfernung von Polypen im Gehörgang mittels Zange oder Schlinge
CB511	Spülung der Paukenhöhle (LE=je Sitzung) Spülung des Kuppelraums der Paukenhöhle mit dem Paukenröhrchen, Attikspülung. Die Verabreichung von Medikamenten ist inkludiert.
CB521	Anlage eines Tubenkatheters (LE=je Sitzung) Einbringen eines gebogenen Metallröhrchens durch die Nase und den Nasenrachenraum in das Tubenostium zur Tubendurchblasung oder der Applikation von Medikamenten. Die Verabreichung von Medikamenten ist inkludiert.
CB522	Dilatation der Eustachischen Röhre (Ballontuboplastie) (LE=je Sitzung) Einführen eines Ballonkatheters über die Nase in die Ohrtrumpete und Dilatation
CD510	Tonschwellenaudiometrie (LE=je Sitzung) Bestimmung der Hörschwelle in Luft- und/oder Knochenleitung mit 8 bis 12 Prüffrequenzen oder mittels kontinuierlicher Frequenzänderung, ggf. Tinnitusmatching
CD515	Sprachaudiometrie (LE=je Sitzung) Sprachverständlichkeitsmessung
CD520	Impedanzaudiometrie (LE=je Sitzung) Tymanometrie und/oder Stapediusreflexaudiometrie: Reflexbestimmung an den Mittelohrmuskeln mittels Impedanzmessung, mindestens vier Prüfsequenzen
CD530	Audiometrie bei Kindern (LE=je Sitzung) Reflex- oder Spielaudiometrie. <b>Nicht:</b> Hörscreening bei Neugeborenen (CD550).

<b>CD550</b>	MKP: Hörscreening bei Neugeborenen (LE=je Sitzung) Screeninguntersuchung bei Neugeborenen zur Feststellung angeborener Hörstörungen mittels Hirnstammaudiometrie (BERA) und/oder otoakustischer Emissionen (OAE). Die Messung akustisch evozierter Potentiale (AEP) (CD560) und otoakustischer Emissionen (OAE) (CD570) ist in der Leistung inkludiert und nicht zusätzlich codierbar.
<b>CD560</b>	Messung akustisch evozierter Potentiale (AEP) (LE=je Sitzung) Ableitung und Aufzeichnung akustisch evozierter Potentiale
<b>CD570</b>	Messung otoakustischer Emissionen (OAE) (LE=je Sitzung) Messung otoakustischer Emissionen (OAE). <b>Nicht:</b> Hörscreening bei Neugeborenen (CD550).
<b>CD591</b>	Anpassung und Überprüfung eines Hörgeräts (LE=je Sitzung) Anpassung und Gebrauchsschulung eines Hörgeräts, psychoakustische oder technische Überprüfung eines Hörgeräts
<b>CE510</b>	Nystagmusprüfung (LE=je Sitzung) Nystagmusprüfung mittels Frenzelbrille, Provokation (Kopfschütteln), Lagerung, thermischer und rotatorischer Prüfung. <b>Nicht:</b> Einzelne Prüfungen wie Unterberger-Tretversuch oder Romberg-Stehversuch.
<b>CE520</b>	Messung vestibulär evozierter myogener Potentiale (VEMP) (LE=je Sitzung) Überprüfung des Gleichgewichtsorgans mittels akustischer Reize und Messung von Tonusänderungen in der Halsmuskulatur. Ein EMG ist in der Leistung inkludiert.
<b>CZ989</b>	Sonstige nicht operative Diagnostik/Therapie – Ohr (LE=je Sitzung) Diagnostische/therapeutische Maßnahme(n), unter keiner anderen Position codierbar
<b>GA510</b>	Blutstillung in der Nase durch Verödung (LE=je Sitzung) Ätzung oder Kaustik der Nasenschleimhäute bzw. der Gefäße in der Nase
<b>GA521</b>	Vordere Nasentamponade (LE=je Sitzung) Tamponade der vorderen Nasenöffnung
<b>GA522</b>	Hintere Nasentamponade (LE=je Sitzung) Tamponade der hinteren Nasenöffnung mittels Kugeltupfer/Ballon über einen weichen Katheter ("Bellocq-Tamponade")
<b>GA540</b>	Entfernung von Fremdkörpern aus der Nase (LE=je Sitzung) Entfernung von Fremdkörpern aus der Nase mittels Zange oder Schlinge
<b>GB530</b>	Punktion und Spülung der Nasennebenhöhlen (LE=je Sitzung) Punktion der Nasennebenhöhle mittels Trokar (endonasal), Spülung, Instillation oder Dauerdrainage (bei Dauerdrainage einschließlich folgender Spülungen). Die Entnahme von Untersuchungsmaterial ist inkludiert.



<b>GD520</b>	Stroboskopie (LE=je Sitzung) Stroboskopische Untersuchung der Stimmlippen
<b>GE530</b>	Wechsel einer pharyngotrachealen Sprechprothese (LE=je Sitzung) Wechsel einer pharyngotrachealen Sprechprothese, Absaugung
<b>GJ510</b>	Riechprüfung (LE=je Sitzung) Beurteilung der Wahrnehmungs- und Erkennungsschwelle von Riechstoffen mittels Olfaktometrie
<b>GK520</b>	Stimmfeldmessung (LE=je Sitzung) Stimmfeldmessung mittels Schallpegelmessung, Messung von Stimmumfang und Dynamikbreite der Stimme, graphische Darstellung der frequenzbezogenen Schallpegel für minimale und maximale Lautstärke
<b>GZ530</b>	Gewebsentfernung/Koagulation im Nasenrachenraum (LE=je Sitzung) Gewebsreduktion im Nasen-/Rachenraum durch Abtragung/Hitzeeinwirkung (z.B. Radiofrequenz/Laser), z.B. Verkleinerung der Nasenmuscheln, des Gaumens/Gaumensegels
<b>HQ510</b>	Geschmacksprüfung (LE=je Sitzung) Prüfung der Schmeckqualitäten auf der Zunge: 1. sauer mit verdünntem Essig od. Zitronensäure, 2. süß mit Zuckerlösung, 3. salzig mit Kochsalzlösung, 4. bitter (zuletzt) mit Chininlösung

### 03.51 Andere Diagnostik und Therapie – Mundhöhle, Kiefer, Zähne

<b>Code</b>	<b>Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung</b>
<b>HA530</b>	Supraringivale Zahnreinigung (LE=je Sitzung) Oberflächenanästhesie, evtl. Lokalanästhesie, supraringivale Zahnreinigung mit Ultraschall, evtl. auch Handinstrumenten, Spülung mit H <sub>2</sub> O <sub>2</sub> oder Chlorhexidin
<b>HA555</b>	Wundversorgung/Blutstillung in der Mundhöhle (LE=je Sitzung) Wundinspektion und Kürettage/Blutstillung durch Tamponade/Naht bei akuten Verletzungen. <b>Nicht:</b> Wundkontrolle nach OP.
<b>HB510</b>	Zahnextraktion (LE=je Zahn) Extraktion eines Zahnes
<b>HB531</b>	Wurzelbehandlung – unvollendet (LE=je Sitzung) Exstirpation des Pulpengewebes, mechanische Aufbereitung der Wurzelkanäle, Ausformung und Abdeckung des eröffneten Pulpencavums mit dentinregenerierenden Substanzen, auch Teilleistungen hiervon

<b>HB532</b>	Wurzelbehandlung – Abschluss (LE=je Sitzung) Abfüllen des eröffneten Pulpencavums mit nicht resorbierbaren Substanzen, koronaler Verschluss
<b>HB550</b>	Zahnsanierung durch Füllung (LE=je Zahn) Reparatur eines Zahndefekts durch Einbringen einer Füllung oder eines Inlays (Kunststoff, Amalgam, Keramik)
<b>HB560</b>	Prothetischer Zahnersatz (LE=je Prothese) Herstellung und Einbringung einer Zahnprothese
<b>HB570</b>	Einschleifen des Gebisses (LE=je Sitzung) Einschleifen des natürlichen Gebisses zum Kauebenenausgleich und zur Entlastung: Beseitigung von Frühkontakten oder Gleithindernissen, Verkleinerung von Kauflächen
<b>HB580</b>	Stiftverankerung (LE=je Zahn) Verankerung eines Stiftes
<b>HB590</b>	Behandlung empfindlicher Zahnhäse (LE=je Sitzung) Versiegelung freiliegender Zahnhäse durch Auftragen von Fluorid-Lack oder dünnfließendem Kunststoff
<b>HB600</b>	Zahnsteinentfernung (LE=je Sitzung) Zahnsteinentfernung unabhängig von der verwendeten Methode
<b>HB610</b>	Wiedereinzementierung oder Abnahme einer zahntechnischen Arbeit (LE=andere) Wiedereinzementierung von Kronen, Brücken, unversehrten Facetten, Inlays, Onlays, gegossenen Stiften. <b>Nicht:</b> erstmaliges Einzementieren.
<b>HB650</b>	Freilegen und Anschlingen eines retinierten Zahnes (LE=je Zahn) Freilegen des Zahnes (z.B. Eckzahn) und Anbringen einer Zugvorrichtung zum Zahnerhalt aus kieferorthopädischen Gründen
<b>LZ540</b>	Kieferorthopädische Behandlung (LE=je Sitzung) Kieferorthopädische Behandlung auf Basis abnehmbarer oder festsitzender Geräte
<b>LZ550</b>	Reparatur an Prothesen und kieferorthopädischen Apparaten (LE=je Sitzung) Z.B. Ersatz von Drahtelementen, Anlöten einer Retention, Reparatur und Wiederbefestigung gesprungener oder gebrochener Platten, Unterfütterung von Zahnersatzstücken

# 04 Atmungssystem, Thorax

## 04.01 Operationen an Lunge und Pleura

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
<b>GF209</b>	Sonstige Operation – Bronchien, Lunge (LE=je Sitzung)

## 04.02 Operationen an Mediastinum und Thorax

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
<b>LJ059</b>	Sonstige Operation – Thorax, Thoraxwand (LE=je Sitzung)

## 04.50 Andere Diagnostik und Therapie – Atmungssystem, Thorax

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
<b>GL510</b>	Spirometrie (LE=je Sitzung) Darstellung der Flussvolumenkurve, in- und expiratorische Messungen (Messwerte: IVC, FVC, FEV1, PEF, MEF75, MEF50, MEF25), graphische Darstellung. Nicht zusätzlich zu Spiroergometrie (GL550) zu codieren.
<b>GL520</b>	Ganzkörperplethysmographie (LE=je Sitzung) Messung von Lungenvolumina und Atemwegswiderstand in einer luftdichten Kammer (Bodyplethysmograph) (Messwerte: TLC, RV, ITGV, Raw, ERV) inkl. graphischer Registrierung.
<b>GL530</b>	Lungendiffusionsmessung (LE=je Sitzung) Inhalation eines Testgases (z.B. CO) und Bestimmung der Konzentration in der ausgeatmeten Luft in Ruhe und/oder unter physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung.

<b>GL540</b>	<p>Bronchialer Provokationstest (LE=je Sitzung)</p> <p>Bronchialer Provokationstest in mindestens 2 Stufen (Kochsalz, Allergen, pharmakologische Substanzen wie z.B. Metacholin, Acetylcholin), Testung mit Einzel- und/oder Gruppenextrakt, mindestens zweimalige Spirometrie (Messung von FEV1 und Atemwegswiderstand), Nachbeobachtung, Vorhaltung notfallmedizinischer Versorgung, Flussvolumenkurve jeweils vor und nach Provokationsstufen. Eine allfällige Bronchospasmolysebehandlung ist in der Leistung inkludiert. Spirometrie (GL510) ist nicht zusätzlich zu codieren.</p>
<b>GL550</b>	<p>Spiroergometrie (LE=je Sitzung)</p> <p>Ergospirometrische Untersuchung in Ruhe und unter physikalisch definierter Belastung und reproduzierbarer Belastungsstufe, gleichzeitige obligatorische Untersuchung der Atemgase, Ventilationsparameter und der Herz-Kreislauf-Parameter, Monitoring, Dokumentation. <b>Nicht:</b> alleinige Spirometrie ohne Belastung (GL510), alleinige Ergometrie ohne Lungenfunktionsprüfung (DL510).</p>
<b>GL570</b>	<p>Atemphysiotherapie (LE=je Sitzung)</p> <p>Physiotherapeutische Behandlung zur Verbesserung der Atemfunktion durch z.B. Entspannungs- und Dehnungsübungen, Ausdauer- und Muskeltraining, Training der richtigen Einatemtechnik, Atemmuskulatur-Training, Lockerung des Brustkorbes. Die Verabreichung von Medikamenten ist in der Leistung inkludiert.</p>
<b>GZ989</b>	<p>Sonstige nicht operative Diagnostik/Therapie – Atmungssystem, Sprachsystem (LE=je Sitzung)</p> <p>Diagnostische/therapeutische Maßnahme(n), unter keiner anderen Position codierbar</p>

# 05 Herz und Kreislaufsystem

## 05.02 Implantationen am Herz-Kreislaufsystem

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
DE070	Implantation eines kardialen Monitors (LE=je Sitzung) Implantation eines Geräts zur Herzrhythmusüberwachung. Nicht zu codieren bei Rhythmusüberwachung mit externen Geräten.
DE071	Implantation eines kardialen Monitors, MR-tauglich (LE=je Sitzung) Implantation eines Geräts zur Herzrhythmusüberwachung, MR-tauglich. Nicht zu codieren bei Rhythmusüberwachung mit externen Geräten.
DE080	Implantation eines Herzschrittmachers, Einkammersystem (LE=je Sitzung) Implantation eines Schrittmachersystems mit einer Elektrode. Die Sondenimplantation ist inkludiert.
DE081	Implantation eines Herzschrittmachers, Einkammersystem, MR-tauglich (LE=je Sitzung) Implantation eines Schrittmachersystems mit einer Elektrode, MR-tauglich. Die Sondenimplantation ist inkludiert.
DE090	Implantation eines Herzschrittmachers, Zweikammersystem (LE=je Sitzung) Implantation eines Schrittmachersystems mit Vorhof- und Kammerelektrode. Die Sondenimplantation ist inkludiert.
DE091	Implantation eines Herzschrittmachers, Zweikammersystem, MR-tauglich (LE=je Sitzung) Implantation eines Schrittmachersystems mit Vorhof- und Kammerelektrode, MR-tauglich. Die Sondenimplantation ist inkludiert.
DE130	Wechsel kardialer Schrittmachersonden (LE=je Sitzung) Austausch einer oder mehrerer Sonden
DE140	Aggregatwechsel bei einem Herzschrittmacher, Einkammersystem (LE=je Sitzung) Aggregatwechsel ohne Sondentausch bei einem System mit einer Elektrode
DE141	Aggregatwechsel bei einem Herzschrittmacher, Einkammersystem, MR-tauglich (LE=je Sitzung) Aggregatwechsel ohne Sondentausch bei einem MR-tauglichen System mit einer Elektrode

<b>DE150</b>	Aggregatwechsel bei einem Herzschrittmacher, Zweikammersystem (LE=je Sitzung) Aggregatwechsel ohne Sondentausch bei einem System mit zwei Elektroden
<b>DE151</b>	Aggregatwechsel bei einem Herzschrittmacher, Zweikammersystem, MR-tauglich (LE=je Sitzung) Aggregatwechsel ohne Sondentausch bei einem MR-tauglichen System mit zwei Elektroden
<b>DE160</b>	Aggregatwechsel bei einem System zur kardialen Resynchronisationstherapie (LE=je Sitzung) Aggregatwechsel ohne Sondentausch bei einem System zur Resynchronisationstherapie (drei Elektroden)
<b>DE170</b>	Aggregatwechsel bei einem automatischen Kardioverter-Defibrillator (LE=je Sitzung) Aggregatwechsel ohne Sondentausch bei einem Kardioverter-Defibrillator (ICD), bei Sondentausch auch DE130
<b>DE171</b>	Aggregatwechsel bei einem automatischen Kardioverter-Defibrillator, MR-tauglich (LE=je Sitzung) Aggregatwechsel ohne Sondentausch bei einem MR-tauglichen Kardioverter-Defibrillator (ICD), bei Sondentausch auch DE130
<b>DE180</b>	Aggregatwechsel bei einem automatischen Kardioverter-Defibrillator mit kardialer Resynchronisationsfunktion (LE=je Sitzung) Aggregatwechsel ohne Sondentausch bei einem Kardioverter-Defibrillators (ICD) mit integrierter Resynchronisationsfunktion (atrio-biventrikulärer Schrittmacher), bei Sondentausch auch DE130

## 05.04 Operationen an den Arterien

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
<b>EP069</b>	Sonstige Operation – Arterien (LE=je Sitzung)

## 05.05 Operationen an den Venen

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
<b>DH040</b>	Implantation eines Langzeit-Zentralvenenkatheters mit/ohne Port (LE=je Sitzung) Implantation von Langzeitverweilkathetern (mind. mehrere Monate) mit/ohne subkutanem/subkutanen Port (z.B. Demers, Perm Cath, PICC, Port-a-Cath, Quinton)

<b>EK030</b>	Endoskopische Dissektion der Perforansvenen (LE=je Seite) Eingehen mit dem Endoskop bis unter die Unterschenkelfaszie, Aufsuchen und Durchtrennen (jede Methode) der insuffizienten Perforansvenen, falls erforderlich, auch Durchtrennung der Faszie
<b>EK035</b>	Endovenöse Obliteration der Venae saphenae (LE=je Seite) Endoluminale Koagulationen (z.B. durch Laser, Radiofrequenz) der Saphena magna/parva, ggf. mit Crossektomie/Perforantesligatur/Exhairese von Seitenastvarizen
<b>EK040</b>	Revision des Hiatus saphenus bei Rezidiv-Varikose (LE=je Seite) Sekundäre Crossektomie
<b>EK050</b>	Radikale Varizenoperation (Stripping) (LE=je Seite) Resektion ("Stripping") der Saphena magna/parva, ggf. mit Crossektomie/Perforantesligatur/Exhairese von Seitenastvarizen
<b>EK079</b>	Sonstige Operation – Venen (LE=je Seite)
<b>EK510</b>	Exhairese von Seitenastvarizen (LE=je Seite) Minimalinvasive Entfernung von Seitenastvarizen als eigenständiger Eingriff. Im Rahmen eines anderen Eingriffs (EK030 bis EK050) inkludiert (keine zusätzliche Bepunktung).
<b>EK520</b>	Isolierte Perforantesligatur (LE=je Sitzung) Ligatur/Dissektion der Venae perforantes als eigenständiger Eingriff. Im Rahmen eines anderen Eingriffs (EK030 bis EK050) inkludiert (keine zusätzliche Bepunktung)
<b>EZ020</b>	Anlage eines arteriovenösen Dialyseshunt ohne Kunststoff (LE=je Sitzung)
<b>EZ030</b>	Anlage eines arteriovenösen Dialyseshunt mit Kunststoff (LE=je Sitzung)
<b>EZ040</b>	Thrombektomie eines Dialyseshunt (LE=je Sitzung)

## 05.06 Operationen an Lymphknoten und Lymphgefäßen

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
<b>FC018</b>	Entfernung des Sentinellymphknotens (LE=je Sitzung)
<b>FC020</b>	Regionale Lymphadenektomie als alleiniger Eingriff (LE=je Sitzung)
<b>FC169</b>	Sonstige Operation – Lymphknoten, Lymphgefäße (LE=je Sitzung)

## 05.50 Andere Diagnostik und Therapie – Herz und Kreislaufsystem

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
<b>DE510</b>	<p>Elektrokardiographie (EKG) in Ruhe (LE=je Sitzung)</p> <p>Registrierung der Summe der elektrischen Aktivitäten aller Herzmuskelfasern, 12 Ableitungen an Thoraxwand und Extremitäten (Ableitungen I, II, III, AVR, AVL, AVF, V1-6)</p>
<b>DE520</b>	<p>Langzeit-Elektrokardiographie (EKG) (LE=je Sitzung)</p> <p>EKG-Langzeitaufzeichnung, Orientierungswert 12 bis 24 Stunden</p>
<b>DE530</b>	<p>Kontrolle eines Herzschrittmachers (Ein- und Zweikammersystem) (LE=je Sitzung)</p> <p>Funktionsanalysen eines Herzschrittmachers, Überprüfung des Batteriezustandes, Überprüfung und Dokumentation der programmierbaren Parameter und Messwerte, Kontrolle der Funktionsfähigkeit der Elektrode(n), ggf. Umprogrammierung</p>
<b>DE532</b>	<p>Telemedizinische Kontrolle eines Herzschrittmachers (Ein- und Zweikammersystem) (LE=je Sitzung)</p> <p>Funktionsanalysen eines Herzschrittmachers, Überprüfung des Batteriezustandes, Überprüfung und Dokumentation der programmierbaren Parameter und Messwerte, Kontrolle der Funktionsfähigkeit der Elektrode(n), ggf. Umprogrammierung. Nur zu codieren, wenn ein schriftlicher Befundbericht an die Patientin/den Patienten erfolgt und die Leistungserbringung in der Patientenakte dokumentiert wird. Keine Codierung der Datenübermittlung</p>
<b>DE535</b>	<p>Kontrolle eines implantierten, automatischen Kardioverters oder Defibrillators, eines Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT) oder eines kardialen Monitors (LE=je Sitzung)</p> <p>Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters oder Defibrillators, eines Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT) oder eines kardialen Monitors, Überprüfung des Batteriezustandes, Überprüfung und Dokumentation der programmierbaren Parameter und Messwerte, Kontrolle der Funktionsfähigkeit der Elektroden, ggf. Umprogrammierung</p>
<b>DE536</b>	<p>Telemedizinische Kontrolle eines implantierten, automatischen Kardioverters oder Defibrillators, eines Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT) oder eines kardialen Monitors (LE=je Sitzung)</p> <p>Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters oder Defibrillators, eines Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT) oder eines kardialen Monitors, Überprüfung des Batteriezustandes, Überprüfung und Dokumentation der programmierbaren Parameter und Messwerte, Kontrolle der Funktionsfähigkeit der Elektroden, ggf. Umprogrammierung. Nur zu codieren, wenn ein schriftlicher Befundbericht an die Patientin/den Patienten erfolgt und die Leistungserbringung in der Patientenakte dokumentiert wird. Keine Codierung der Datenübermittlung</p>



<b>DL510</b>	Ergometrie (LE=je Sitzung) EKG-Untersuchung in Ruhe und während physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung mit fortlaufender Kontrolle des Kurvenverlaufes inkl. wiederholter Blutdruckmessung, inkl. Routine-EKG (DE510)
<b>DL520</b>	Langzeit-Blutdruckmessung (LE=je Sitzung) Automatisierte Aufzeichnung der Blutdruckwerte mittels mobilem Gerät über einen Tag und Auswertung. Codierung bei Anlage des Geräts, keine erneute Codierung bei Rückgabe. <b>Nicht:</b> einmalige Blutdruckmessung, z.B. nach Riva-Rocci.
<b>EK530</b>	Sklerosierung von Venen der unteren Extremität (LE=je Seite) Verödung von retikulären Venen und Besenreißern mittels verschiedener Substanzen/Methoden, auch Schaumverödung oder Laserobliteration
<b>EP510</b>	Oszillographie (LE=je Sitzung) Nachweis und Lokalisation von peripheren arteriellen Durchblutungsstörungen durch graphische Registrierung der pulswellensynchronen Volumenveränderung der Extremitäten mit Hilfe einer Druckmanschette und einem Pulsabnehmer (in Ruhe und nach körperlicher Belastung)
<b>EQ530</b>	Aderlass (LE=je Sitzung) Therapeutische Blutentnahme, nur zu codieren bei Polyzythämie oder Hämochromatose
<b>EQ540</b>	Anlage oder Wechsel eines zentralen Venenkatheters (LE=je Sitzung) Einführen eines Kunststoffkatheters über Venenpunktion (z.B. Vena subclavia, Vena jugularis) bis zum Einmündungsbereich der Vena Cava superior inkl. Lagekontrolle. <b>Nicht:</b> Anlage einer peripheren Verweilkanüle.
<b>ER510</b>	Plethysmographie der Extremitätengefäße (LE=je Sitzung) Verschlussplethysmograpische Untersuchung der Extremitätenvenen mit graphischer Registrierung und/oder lichtreflexionsrheographische Untersuchung der Extremitätenvenen, Rheographie
<b>ER530</b>	Kapillardurchblutungsmessung (LE=je Sitzung) Bestimmung der Durchblutung in den Extremitätenkapillaren. <b>Nicht:</b> Kapillarmikroskopie am Augenhintergrund (BG510).
<b>ER540</b>	Kipptischuntersuchung (LE=je Sitzung) Beurteilung des Pulsfrequenzanstiegs bei passivem Aufrichten der Patientin/des Patienten aus dem Liegen durch Registrierung von EKG und Blutdruck. <b>Nicht:</b> Schellong-Test (EZ989). EKG ist nicht zusätzlich zu codieren.
<b>EZ989</b>	Sonstige nicht operative Diagnostik/Therapie – Herz-Kreislaufsystem (LE=je Sitzung) Diagnostische/therapeutische Maßnahme(n), unter keiner anderen Position codierbar

<b>ZE540</b>	Anlegen eines Kompressionsverbands zur Entstauungstherapie (LE=je Verband) Anlegen eines Verbands mit dosiertem Druck auf das darunterliegende Gewebe, z.B. Zinkleimverband mit fertigen Zinkleimbinden oder Kurzzugbinden zur Behandlung von Schwellungen. Kompressionsverband mit und ohne Modellierung von Schaumgummiplattens zur Verbesserung des venösen Rückstroms aus den Bein-Venen. Fischer-Verband. <b>Nicht:</b> Kompressionsverband bei arterieller Blutung.
--------------	--

## 05.51 Andere Diagnostik und Therapie – Lymphknoten und Lymphgefäße

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
<b>FC530</b>	Manuelle Lymphdrainage (LE=je Sitzung) Manuelle Lymphdrainage. <b>Nicht:</b> Lymphdrainage im Rahmen der komplexen physikalischen Entstauungstherapie (FC550).
<b>FC540</b>	Apparative Lymphdrainage (LE=je Sitzung) Apparative Druckwellenmassage zur Lymphdrainage: Expressionssystem mit intermittierenden Druckwellen zur Entstauungstherapie der Extremitäten. <b>Nicht:</b> Lymphdrainage im Rahmen der komplexen physikalischen Entstauungstherapie (FC550).
<b>FC550</b>	Komplexe physikalische Entstauungstherapie (LE=je Sitzung) Kombinationsbehandlung aus manueller Lymphdrainage, entstauenden Bewegungsübungen und Kompressionsverbänden. Nicht gleichzeitig mit Lymphdrainagen (FC530, FC540) und Kompressionsverband (ZE540) zu codieren.

# 06 Endokrine Drüsen

## 06.02 Operationen an anderen Teilen des Endokriniums

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
<b>KH019</b>	Sonstige Operation – endokrine Drüsen (LE=je Sitzung)

## 06.50 Andere Diagnostik und Therapie – Endokrine Drüsen

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
<b>KZ989</b>	Sonstige nicht operative Diagnostik/Therapie – Endokrines System (LE=je Sitzung) Diagnostische/therapeutische Maßnahme(n), unter keiner anderen Position codierbar

# 07 Verdauungstrakt, Abdomen

## 07.01 Operationen am Ösophagus

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
HE169	Sonstige Operation – Ösophagus (LE=je Sitzung)

## 07.03 Operationen an der Abdominalwand

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
HP100	Verschluss einer Leistenhernie beim Kind – laparoskopisch (LE=je Seite) Ligatur des Processus vaginalis peritonei beim Kind (inkl. Hydrozelenoperation)
HP190	Verschluss einer Leistenhernie beim Kind – offen (LE=je Seite) Ligatur des Processus vaginalis peritonei beim Kind (inkl. Hydrozelenoperation)
LM080	Verschluss einer Inguinal- oder Femoralhernie – offen (LE=je Seite) Bei inkarzerierten Hernien ist die Resektion des Darmes zusätzlich zu codieren. Die allfällige Implantation alloplastischer Materialien ist inkludiert.
LM090	Verschluss einer Inguinal- oder Femoralhernie – laparoskopisch (LE=je Seite) Bei inkarzerierten Hernien ist die Resektion des Darmes zusätzlich zu codieren. Die allfällige Implantation alloplastischer Materialien ist inkludiert.
LM101	Verschluss einer Nabelhernie/epigastrischen Hernie – offen (LE=je Sitzung)
LM102	Verschluss einer Narbenhernie – offen (LE=je Sitzung)
LM111	Verschluss einer Nabelhernie/epigastrischen Hernie – laparoskopisch (LE=je Sitzung)
LM112	Verschluss einer Narbenhernie – laparoskopisch (LE=je Sitzung)
LM139	Sonstige Operation – Abdominalwand (LE=je Sitzung)

## 07.04 Operationen am Abdomen

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
HP020	Laparoskopie – diagnostisch (LE=je Sitzung) Laparoskopie, Inspektion des Abdomens ohne zusätzlichen Eingriff. Die Entnahme von Probematerial ist inkludiert.
HP040	Laparoskopie – therapeutisch (LE=je Sitzung) Laparoskopie, Inspektion des Abdomens und eine oder mehrere der folgenden Tätigkeiten als eigenständiger Eingriff: Anlage eines Peritonealdialysekatheters, Anlage eines Enterostomas (Kolostoma, Ileostoma), Entfernung von Endometrioseherden, Rücktransplantation von kryokonserviertem Ovargewebe, Peritoneallavage, Abszessdrainage, Blutstillung, Drainage, Adhäsiolyse, Übernähung des Darms (z.B. bei Fisteln), Reduktion von Rezidivtumoren, Magenbandrevision
HP119	Sonstige Operation – Peritoneum (LE=je Sitzung)

## 07.05 Operationen im Retroperitonealraum

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
JF029	Sonstige Operation – Retroperitoneum (LE=je Sitzung)

## 07.06 Operationen an Magen und Duodenum

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
HF349	Sonstige Operation – Magen, Duodenum (LE=je Sitzung)

## 07.07 Operationen an Leber und Gallenwegen

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
HL079	Sonstige Operation – Leber (LE=je Sitzung)

<b>HM110</b>	Cholezystektomie – laparoskopisch (LE=je Sitzung) Entfernung der Gallenblase mit laparoskopischem Zugang
--------------	---

## 07.08 Operationen am Pankreas

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
<b>HN149</b>	Sonstige Operation – Pankreas (LE=je Sitzung)

## 07.10 Operationen am Dünndarm

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
<b>HG169</b>	Sonstige Operation – Dünndarm (LE=je Sitzung)

## 07.11 Operationen am Dickdarm

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
<b>HH269</b>	Sonstige Operation – Kolon (LE=je Sitzung)

## 07.12 Operationen am Rektum

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
<b>HJ139</b>	Sonstige Operation – Rektum (LE=je Sitzung)

## 07.13 Operationen am Anus

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
HK010	Inzision bei anorektalem Abszess (LE=je Sitzung)
HK020	Hämorrhoidektomie (LE=je Sitzung) Entfernung von Hämorrhoiden, alle Methoden (z.B. Parks, Milligan-Morgan, Longo), Operationen mit Arterienligatur/Mucopexie wie Hämorrhoidal-Arterien-Ligatur (HAL), Transanale Hämorrhoiden-Desarterialisierung (THD), Recto Anal Repair (RAR)
HK030	Exzision einer Analfissur (LE=je Sitzung)
HK050	Sanierung einer Analfistel ohne Rekonstruktion des Sphinkterapparates (LE=je Sitzung) Spaltung/Exzision der Fistel, Verschluss durch Schleimhautlappen oder Plug
HK089	Sonstige Operation – Anus (LE=je Sitzung)

## 07.50 Andere Diagnostik und Therapie – Verdauungstrakt, Abdomen

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
HE510	Ösophagus-Manometrie (LE=je Sitzung) Beurteilung der Motilität der tubulären Speiseröhre sowie des oberen und unteren Ösophagusphinkters
HE520	24 Stunden-(Impedanz)-pH-Metrie des Ösophagus (LE=je Sitzung) Einbringen einer Sonde in die Speiseröhre. Diese verbleibt 24 Stunden. Am nächsten Tag wird die Sonde entfernt und die Messdaten der aufgezeichneten 24 Stunden werden ausgewertet. Codierung bei Anlage der Sonde, keine erneute Codierung bei Entfernung.
HK511	Behandlung einfacher innerer analer Erkrankungen (LE=je Sitzung) Behandlung einfacher innerer analer Erkrankungen (z.B. Analfissur, submuköse Fistel, Hämorrhoiden) durch Thermokoagulation, Gummiligatur, Kryochirurgie, Infrarotkoagulation, Sklerosierung
HL510	Leberfunktionstest mit Applikation eines C13-markierten Substrates (LE=je Sitzung) Bestimmung der aktuellen Leberfunktion bei akuten oder chronischen Lebererkrankungen durch Injektion von <sup>13</sup> C-Methacetin und Bestimmung des Anstiegs von <sup>13</sup> CO <sub>2</sub> in der Atemluft

<b>HZ530</b>	Anorektale Manometrie (LE=je Sitzung) Prüfung der reflektorisch oder vegetativ regulierten Bewegung (Peristaltik) des Darm-Trakts mit Hilfe eines Manometers
<b>HZ989</b>	Sonstige nicht operative Diagnostik/Therapie – Verdauungssystem (LE=je Sitzung) Diagnostische/therapeutische Maßnahme(n), unter keiner anderen Position codierbar
<b>ZN830</b>	Stomaversorgung (LE=je Sitzung) Versorgung einer operativ hergestellten Öffnung eines Hohlorgans (z.B. Gastro-, Colo-, Ileo- oder Urostoma)



# 08 Urogenitaltrakt, Geburtshilfe

## 08.01 Operationen an Niere und Nierenbecken

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
JA199	Sonstige Operation – Nieren, Nierenbecken (LE=je Sitzung)

## 08.02 Operationen am Ureter

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
JC060	Unterspritzung des Ureterostiums – endoskopisch (LE=je Sitzung)
JC199	Sonstige Operation – Ureter (LE=je Seite)

## 08.03 Operationen an der Harnblase

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
JD010	Transurethrale Resektion der Blase (LE=je Sitzung) Tumorsektion bzw. Blasenteilresektion mit Resektoskop. <b>Nicht:</b> Zystoskopie mit Probenentnahme (JZ530, JZ532).
JD169	Sonstige Operation – Harnblase (LE=je Sitzung)
JZ010	Transurethrale Blutstillung Harnblase/Prostata (LE=je Sitzung) Transurethraler Zugang, endoskopische Blutstillung an Harnblase/Prostata

## 08.04 Operationen an der Urethra

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
JE050	Schlingensuspension der Urethra bei der Frau (LE=je Sitzung) Urethrosuspension durch alloplastische Schlingen (z.B. TVT, TOT, IVS, ...)
JE051	Schlingensuspension der Urethra beim Mann (LE=je Sitzung) Urethrosuspension durch alloplastische Schlingen beim Mann, alle Methoden (transobturatorische, suprapubische, knöchern verankerte Schlingensysteme etc.)
JE069	Sonstige Operation – Urethra (LE=je Sitzung)
JH190	Korrektur des Penis bei Hypospadie, Divertikel, Fistel (LE=je Sitzung)

## 08.05 Operationen an der Prostata

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
JG016	Wasserdampfablation der Prostata (LE=je Sitzung) Transurethraler Zugang (Zystoskop), Applikation von Wasserdampf in das Prostata- gewebe über eine spezielle Sonde, keine zusätzliche Codierung der Zystoskopie
JG099	Sonstige Operation – Prostata (LE=je Sitzung)

## 08.06 Operationen an Hoden und Penis

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
EH020	Ligatur der Vena testicularis – offen (LE=je Sitzung) Hohe Ligatur der Vena testicularis mit/ohne Sklerosierung, Zugang über Abdomen, Ligatur des Plexus pampiniformis mit skrotalem Zugang
EH030	Ligatur der Vena testicularis – laparoskopisch (LE=je Sitzung)
JH010	Exploration mit Fixierung des Hodens ohne Verlagerung (LE=je Sitzung) Operative Exploration des Hodens, Detorsion (z.B. bei Hoden-/Hydatidentorsion) mit Pexie ohne Verlagerung

<b>JH020</b>	Exploration mit Verlagerung und Fixierung des Hodens (LE=je Sitzung) Offene Standardorchidopexie über inguinalen Zugang
<b>JH040</b>	Offene Exploration des Hodens mit Exzision (LE=je Sitzung) Offene Exploration des Hodens mit Exzision einer Hydrozele, Spermatozele oder Epididymektomie und Verschluss des Leistenkanals
<b>JH050</b>	Teilresektion des Hodens (LE=je Sitzung) Teilentfernung eines Hodens über skrotalen oder inguinalen Zugang
<b>JH060</b>	Ablatio testis über skrotalen Zugang (LE=je Sitzung) Vollständige Entfernung eines Hodens über einen skrotalen Zugang, z.B. für operativen Androgenentzug bei Prostatakarzinom
<b>JH080</b>	Implantation einer Hodenprothese (LE=je Sitzung)
<b>JH090</b>	Vasektomie (LE=je Sitzung)
<b>JH110</b>	Anastomosierung des Samenleiters (LE=je Sitzung) Anastomosierung und Rekonstruktion des Ductus deferens und Epididymis (Refertilisierungseingriff)
<b>JH120</b>	Zirkumzision (LE=je Sitzung)
<b>JH229</b>	Sonstige Operation – Hoden, Nebenhoden, Samenwege, Penis, Skrotum (LE=je Sitzung)
<b>JH520</b>	Frenulotomie (LE=je Sitzung) Querinzision und Längsnaht am Frenulum (Frenuloplastik). <b>Nicht:</b> Durchtrennung eines Zungenbändchens (HA520), Zirkumzision (JH120), Dorsalinzision bei Paraphimose (JH525).
<b>JH525</b>	Dorsalinzision bei Paraphimose (LE=je Sitzung) Dorsale Inzision des Präputiums

## 08.07 Operationen an der Adnexe

<b>Code</b>	<b>Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung</b>
<b>JJ008</b>	Salpingotomie – laparoskopisch (LE=je Sitzung) Eröffnung der Tube, Entfernung einer Extrauterin gravidität. Syn.: Tubotomie
<b>JJ020</b>	Teilentfernung der Adnexe – laparoskopisch (LE=je Sitzung) Entfernung von Ovarialzysten, Teilentfernung des Ovars, Entfernung eines Ovars, Entnahme von Ovarialgewebe zur Kryokonservierung, Entfernung einer oder beider Tube/n

<b>JJ040</b>	Entfernung der Adnexen – laparoskopisch (LE=je Sitzung) Vollständige Entfernung beider Ovarien und der Tuben
<b>JJ050</b>	Tubenunterbrechung/kontrazeptive Salpingektomie – laparoskopisch (LE=je Sitzung) Beidseitige Unterbrechung der Kontinuität der Tuben durch Koagulation/Salpingektomie über einen laparoskopischen Zugang. <b>Nicht:</b> Salpingektomie im Rahmen einer Hysterektomie (JJ020)
<b>JJ060</b>	Tubenunterbrechung/kontrazeptive Salpingektomie – offen (LE=je Sitzung) Beidseitige Unterbrechung der Kontinuität der Tuben durch Koagulation/Salpingektomie über einen offenen Zugang. <b>Nicht:</b> Salpingektomie im Rahmen einer Hysterektomie (JJ010)
<b>JJ070</b>	Detorsion und Pexie des Ovars – laparoskopisch (LE=je Sitzung) Reposition des Ovars und Fixierung über einen laparoskopischen Zugang
<b>JJ100</b>	Evertierung des distalen Tubenendes – laparoskopisch (LE=je Sitzung) Ausstülpung des distalen Tubenendes zur Wiederherstellung der Tubendurchgängigkeit über einen laparoskopischen Zugang
<b>JJ120</b>	Anastomosierung der Tuben – laparoskopisch (LE=je Sitzung) Reanastomosierung der Tuben nach Unterbrechung über einen laparoskopischen Zugang
<b>JJ139</b>	Sonstige Operation – Ovarien, Tuben, Adnexe (LE=je Sitzung)

## 08.08 Operationen am Uterus

<b>Code</b>	<b>Leistungsbezeichnung</b> <b>Leistungsbeschreibung</b>
<b>JK010</b>	Hysteroskopische Entfernung von Uterusgewebe (LE=je Sitzung) Hysteroskopische Entfernung von Myomen, Polypen, Abtragung partieller Septen, Synechien, hysteroskopische Ablation. <b>Nicht:</b> Hysteroskopie mit Entnahme von Untersuchungsmaterial (JK510).
<b>JK020</b>	Konisation (LE=je Sitzung) Entfernung eines Gewebekegels aus der Cervix uteri mittels Laser, Schlinge, Messer
<b>JK030</b>	Curettag (LE=je Sitzung) Vollständige Abtragung der Gebärmutter Schleimhaut mittels Curette, ggf. Entfernung von Schwangerschaftsprodukten/-resten, inkl. Hysteroskopie
<b>JK040</b>	Ablation des Endometriums (nicht hysteroskopisch) (LE=je Sitzung) Alle nicht hysteroskopisch durchgeführten Ablationen des Endometriums

<b>JK070</b>	Hysteropexie – laparoskopisch (LE=je Sitzung) Lagekorrektur und Fixierung des Uterus an an der vorderen Bauchwand oder Nachbarorganen mit laparoskopischem Zugang
<b>JK080</b>	Myomentfernung – laparoskopisch (LE=je Sitzung)
<b>JK090</b>	Laparoskopische suprazervikale Hysterektomie (LE=je Sitzung) Entfernung des Corpus uteri unter Belassung der Cervix uteri über einen laparoskopischen Zugang
<b>JK095</b>	Radikale vaginale Trachelektomie (LE=je Sitzung) Entfernung von etwa zwei Dritteln der Cervix uteri und etwa einem Drittel des Parametriums sowie der pelvinen Lymphknoten unter Erhalt der Fertilität
<b>JK101</b>	Laparoskopisch assistierte vaginale Hysterektomie (LAVH) (LE=je Sitzung) Entfernung des Uterus über einen laparoskopischen und vaginalen Zugang
<b>JK102</b>	Totale laparoskopische Hysterektomie (TLH) (LE=je Sitzung) Entfernung des Uterus über einen laparoskopischen Zugang, ggf. mit Minilaparotomie
<b>JK120</b>	Vaginale Hysterektomie (LE=je Sitzung) Entfernung des Uterus ohne begleitende Entfernung von Lymphknoten bzw. Netz
<b>JK179</b>	Sonstige Operation – Uterus (inkl. Cervix) (LE=je Sitzung)
<b>JN010</b>	Cerclage (LE=je Sitzung) Operative Umschlingung des Gebärmutterhalses bei Zervixinsuffizienz

## 08.09 Operationen Vagina und Beckenboden (exkl. Urethra)

<b>Code</b>	<b>Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung</b>
<b>JL089</b>	Sonstige Operation – Vagina (LE=je Sitzung) z.B. Korrektur einer Hymenfehlbildung, Hymenalatresie, Resektion eines sagittalen Scheidenseptums, Erweiterung bei Introitusstenose der Vagina
<b>JM010</b>	Suspensionsplastik des Beckenbodens (LE=je Sitzung)
<b>JM039</b>	Sonstige Operation – Vulva, Perineum (LE=je Sitzung) Kleinere Eingriffe an Vulva und Perineum, Dammschnitt bei der Geburt

## 08.10 Geburt

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
JN020	Entbindung (LE=je Sitzung)
JN030	Entbindung mit Manualhilfe bei Beckenendlage (LE=je Sitzung)
JN079	Sonstige Operation – Geburt (LE=je Sitzung) Naht an Cervix, Vagina, Damm

## 08.50 Andere Diagnostik und Therapie – Urogenitaltrakt

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
JA511	Anlage einer perkutanen Nephrostomie (LE=je Seite) Perkutane Punktion der Niere (Anlage einer Nierenfistel) und Ableitung des Harns aus dem Nierenbecken durch einen Nephrostomiekatheter
JA512	Wechsel einer perkutanen Nephrostomie (LE=je Seite) Wechsel eines Nephrostomiekatheters
JC010	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie – Niere, Harnwege (LE=je Sitzung) Zertrümmerung von Nieren-/Harnleitersteinen mittels extrakorporalem Lithotripter
JC510	Anlage oder Wechsel eines Harnleiterkatheters (LE=je Sitzung) Einführen eines Ureterkatheters (Synonym: Ureterschiene, Double-J) in einen oder beide Harnleiter. <b>Nicht:</b> Anlage oder Wechsel eines transurethralen Dauerkatheters (JD540).
JD520	Zystomanometrie (LE=je Sitzung) Beurteilung der Reservoir- und Entleerungsfunktion der Harnblase durch simultane Messung von Blasendruck und Rektaldruck während der Blasenfüllung (Füllungszystometrie) und während der Miktion (Miktiometrie, Druck-Fluss-Messung). Nicht gleichzeitig mit Miktionszystourethrographie (JR520) und Videourodynamik (JR530) zu codieren.
JD540	Anlage oder Wechsel eines transurethralen Dauerkatheters (LE=je Sitzung) Anlage oder Wechsel eines Katheters zur dauerhaften Harnableitung über die Harnröhre. <b>Nicht:</b> Anlage eines Katheters zur einmaligen Harnableitung (JZ989).
JD551	Anlage eines suprapubischen Harnblasenkatheters (LE=je Sitzung) Punktion der Bauchdecke unmittelbar oberhalb der Symphyse und Einbringen eines Katheters zur permanenten Harndrainage

<b>JD552</b>	Wechsel eines suprapubischen Harnblasenkatheters (LE=je Sitzung) Entfernen des vorhandenen Katheters und erneutes Einbringen eines Katheters zur permanenten Harndrainage, Sicherung
<b>JD580</b>	Blasenspülung (LE=je Sitzung) Einbringen von Spüllösung in die Harnblase über einen Harnkatheter, z.B. zur Koagelentfernung. <b>Nicht:</b> Einbringen von Medikamenten (JD581).
<b>JD581</b>	Blaseninstillation mit therapeutischen Substanzen (LE=je Sitzung) Einbringen von medikamentenhaltigen Spüllösungen in die Harnblase
<b>JE510</b>	Urethradruckprofil (LE=je Sitzung) Elektromanometrische Druckmessung der Urethra, fortlaufende graphische Registrierung, ggf. inkl. physikalischer Funktionstests
<b>JE520</b>	Kalibrierung und Bougierung der Harnröhre (LE=je Sitzung) Kalibrierung/Bougierung der Harnröhre inkl. Nachbetreuung nach dem Eingriff
<b>JE530</b>	Meatotomie/innere Harnröhrenschlitzung (LE=je Sitzung) Behandlung von Verengungen der äußeren Harnröhrenmündung durch Schlitzung und Naht
<b>JL510</b>	Kolposkopie (LE=je Sitzung) Beurteilung des Epithels der Portiooberfläche und der Scheidenhaut (auch der Vulva), insbesondere im Bereich der zerviko-portalen Epithelgrenze, bei 7,5–30facher Vergrößerung und guter Ausleuchtung mit dem Kolposkop. Die Entnahme von Untersuchungsmaterial ist inkludiert.
<b>JL530</b>	Einlegen, Anpassen und Wechseln eines Pessars (exkl. IUP) (LE=je Sitzung) Einlegen, Anpassen und Wechseln eines Pessars oder Rings zur Inkontinenzbehandlung, bei Senkung von Uterus und/oder Vagina oder bei Muttermündschwäche bzw. vorzeitiger Muttermündöffnung. <b>Nicht:</b> Intrauterinpeppar zur Empfängnisverhütung (JK530).
<b>JL540</b>	Abtragung eines Zervixpolypen (LE=je Sitzung) Polypenentfernung aus der Zervix, inkl. Nachcurettage der Endozervix
<b>JM510</b>	Entfernung von Bartholin-Zysten bzw. -Abszessen (LE=je Sitzung)
<b>JR510</b>	Uroflowmetrie (LE=je Sitzung) Erfassung und graphische Darstellung des Harnausflusses während der Miktion (mittlerer und maximaler Harnfluss, Harnfluss- und Miktionszeit)
<b>JR520</b>	Miktionszystourethrographie (MCU) (LE=je Sitzung) Beurteilung eines möglichen Refluxgeschehens durch retrograde Füllung der Harnblase mit Kontrastmittel, Durchleuchtung während der Miktion. Nicht gleichzeitig mit der Darstellung funktioneller Abläufe (ZN630), Zystomanometrie (JD520) und Videourodynamik (JR530) zu codieren.

<b>JR530</b>	Videourodynamik (LE=je Sitzung) Simultane Ausführung von Zystomanometrie und Miktionszystourethrographie. Nicht gleichzeitig mit der Darstellung funktioneller Abläufe (ZN630), Zystomanometrie (JD520) und Miktionszystourethrographie (JR520) zu codieren.
<b>JR540</b>	Elektrostimulation im Urogenitalbereich (LE=je Sitzung) Elektrostimulation des Beckenbodens bei Inkontinenz (intrarektal, intravaginal, intravesikal)
<b>JZ541</b>	Entfernung von Fremdkörpern aus dem Harntrakt (LE=je Sitzung) Endoskopische Entfernung von Fremdkörpern (z.B. Harnleiterschiene, Katheterteile, selbst eingeführte Gegenstände) aus Harnleiter oder Blase. Voraussetzungen sind die Zystourethroskopie und eine Faszange.
<b>JZ989</b>	Sonstige nicht operative Diagnostik/Therapie – Urogenitaltrakt/Geburt (LE=je Sitzung) Diagnostische/therapeutische Maßnahme(n), unter keiner anderen Position codierbar

## 08.51 Andere Diagnostik und Therapie – Geburtshilfe

<b>Code</b>	<b>Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung</b>
<b>JK530</b>	Einsetzen oder Wechsel eines Intrauterinpessars (LE=je Sitzung) Einlegen, Wechseln oder Entfernung eines Intrauterinpessars (IUP) zur Kontrazeption (Kupfer- oder Hormonspirale). <b>Nicht:</b> Pessar zur Inkontinenzbehandlung (JL530).
<b>JN550</b>	Äußere Wendung bei Beckenendlage in Sectiobereitschaft (LE=je Sitzung) Äußere Wendung/Wendungsversuch des Feten unter kontinuierlicher CTG- und Ultraschallüberwachung in Sectiobereitschaft
<b>JP010</b>	Plazentapunktion, Chorionzottenbiopsie, Nabelschnurpunktion (LE=je Sitzung) Perkutane Punktion und Probenentnahme (Biopsie, Blut) von Plazenta, Chorionzotten, Nabelschnur
<b>JP020</b>	Amniozentese – diagnostisch (LE=je Sitzung)
<b>JQ010</b>	Fetoskopie (LE=je Sitzung) Endoskopische Untersuchung von Fetus, Nabelschnur, Plazenta, inkl. Biopsie
<b>JQ520</b>	Kardiotokographie (CTG) (LE=je Sitzung) Begutachtung der Herztätigkeit des ungeborenen Kindes und/oder der Wehentätigkeit. Im Rahmen einer Entbindung durchgeführte Kardiotokographien sind nicht zusätzlich zu codieren.



<b>ZN860</b>	MKP: Routineuntersuchung in der Schwangerschaft ohne Sonographie (LE=je Sitzung) Routineuntersuchung der werdenden Mutter lt. Mutter-Kind-Pass: ausführliche Anamneseerhebung, gynäkologische Untersuchung (Vaginalbefund), Erhebung von mütterlichen und kindlichen Risikofaktoren, Beurteilung der Notwendigkeit weiterer Untersuchungen sowie interne Untersuchung zwischen der 17. und 20. SSW
<b>ZN861</b>	MKP: Routineuntersuchung in der Schwangerschaft mit Sonographie (LE=je Sitzung) Routineuntersuchung der werdenden Mutter inkl. Ultraschalluntersuchung lt. Mutter-Kind-Pass: ausführliche Anamneseerhebung, gynäkologische Untersuchung (Vaginalbefund), Erhebung von mütterlichen und kindlichen Risikofaktoren, Beurteilung der Notwendigkeit weiterer Untersuchungen, sowie interne Untersuchung zwischen der 17. und 20. SSW. Ultraschalluntersuchung zur Beurteilung der Entwicklung der Schwangerschaft, Überprüfung von Herzaktion des Kindes, Fruchtwassermenge und Plazentasitz, Überprüfung der Lage des Kindes

## 08.52 Andere Diagnostik und Therapie – Fertilisation

<b>Code</b>	<b>Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung</b>
<b>JS510</b>	Penetrationstest (LE=je Sitzung) Diagnostischer Test zur Abklärung einer Sterilität, Untersuchung von Zervikalschleim und Sperma
<b>JS521</b>	Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) (LE=je Sitzung) Injektion des Spermatozoon in das Zytoplasma der Eizelle
<b>JS522</b>	Embryotransfer (LE=je Sitzung) Zygotentransfer bzw. intratubarer Embryo-Transfer
<b>JS530</b>	Insemination (LE=je Sitzung) Intrazervikale, intrauterine oder intratubare homologe Insemination

# 09 Haut und Anhangsgebilde

## 09.01 Mammachirurgie

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
QE020	Exzision gutartiger Läsionen der Mamma (LE=je Seite) Gewebsentfernung bei gutartigen Veränderungen (z.B. Exzision von Mikrokalk, Hämatom, Zyste, Milchgang, Fistelgang), Probeexzision mit Schnellschnitt und ausgeschlossener Malignität
QE030	Entfernung einer Gynäkomastie (LE=je Seite)
QE040	Mammateilresektion ohne axilläre Lymphadenektomie (LE=je Seite) Gewebsentfernung bei nicht ausgeschlossener Malignität unter Mitresektion angrenzenden Gewebes oder Entfernung eines Quadranten, Entfernung des/der Sentinellymphknoten/-s, keine Resektion der axillären Lymphknoten
QE050	Mammateilresektion mit axillärer Lymphadenektomie (LE=je Seite) Gewebsentfernung bei nicht ausgeschlossener Malignität unter Mitresektion angrenzenden Gewebes oder Entfernung eines Quadranten, Entfernung der axillären Lymphknoten, inkl. des/der Sentinellymphknoten/-s
QE100	Reduktionsplastik der Mamma (LE=je Seite)
QE110	Mammarekonstruktion mit Implantat (LE=je Seite)
QE140	Wechsel eines Implantates der Mamma (LE=je Seite)
QE150	Rekonstruktion der Mamille (LE=je Seite) Neubildung der Mamille. <b>Nicht:</b> Lagekorrektur wie z.B. im Rahmen einer Reduktionsplastik
QE160	Mastopexie ohne Prothese (LE=je Seite)
QE170	Mastopexie mit Prothese (LE=je Seite)
QE180	Mammaaugmentation (LE=je Seite) Vergrößerung der Brust mit geeignetem Implantat ohne vorhergehende Mastektomie, z.B. bei Asymmetrien. <b>Nicht:</b> Eigenfettinjektion

## 09.02 Operationen an Haut und Weichteilgewebe

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
QZ030	Narbenkorrektur und -resektion (LE=je Sitzung) Korrektur von Narben durch lokale Verschiebplastiken und Resektion von Narbengewebe
QZ040	Expandereinlage zur Dermisdehnung (LE=je Sitzung) Einlage eines Expanders zur Dehnung der Haut vor Gewebsrekonstruktionen
QZ050	Spalthauttransplantation (LE=je Sitzung) Transplantation der oberen Hautschichten als graft, meshgraft oder andere Techniken
QZ060	Vollhauttransplantation (LE=je Sitzung) Transplantation sämtlicher Hautschichten, die Versorgung der Entnahmestelle ist inkludiert.
QZ090	Korrektur von Lappenplastiken (LE=je Sitzung) Korrekturingriff nach Gewebsrekonstruktion mit/ohne Rekonstruktion der zuführenden Gefäße, <b>nicht:</b> Stieldurchtrennung (QZ109)
QZ109	Sonstige Operation – Haut, Hautanhangsgebilde, Subkutis (LE=je Sitzung)
QZ525	Inzision oder Exzision an der Haut mit/ohne Naht (LE=je Sitzung) Inzision oder Exzision bei Läsionen an der Haut/Subcutis (z.B. Hämatom, Phlegmone, Abszess, Furunkel, Karbunkel, Paronychie, Panaritium cutaneum, vereitertes Atherom, Naevi, Lipome) ohne Wundverschluss oder mit primärem Wundverschluss durch Naht
QZ540	Exzision/Resektion von Haut und Weichteilgewebe mit plastischem Wundverschluss (LE=je Sitzung) Exzision/Resektion an der Haut inkl. darunter liegendem Weichteilgewebe mit Wundverschluss inkl. Rekonstruktion durch lokale Plastiken
QZ550	Sekundärer plastischer Wundverschluss (LE=je Sitzung) Sekundärer Wundverschluss mit Rekonstruktion durch lokale Lappenplastik nach vorangegangener Resektion ohne Wundverschluss (QZ525)
QZ620	Nagelkeilexzision (LE=je Sitzung) Teilentfernung des Nagels und keilförmige Exzision des Nagelbetts

## 09.50 Andere Diagnostik und Therapie – Mamma

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
QE520	Mammographie (LE=je Sitzung) Radiographische Darstellung beider Mammae jeweils in mindestens zwei Ebenen
QE550	Rekonstruktives Lipofilling nach Mammaresektion (LE=je Seite) Defektauffüllung mittels Eigenfettinjektion nach Mammakarzinom inkl. Entnahme und Aufbereitung des Fetts
QE600	Medizinische Pigmentierung der Mamille nach Brustrekonstruktion (LE=je Sitzung) Erstellen der Brustwarze, des Warzenhofs mittels Pigmentierung

## 09.51 Andere Diagnostik und Therapie – Haut und Weichteilgewebe

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
FG510	Allergieaustestung – Intra- und Epikutantests (LE=je Sitzung) Prick-Test, Intrakutantest, Epikutantest. Die Leistung umfasst die Applikation der Allergene und die Beurteilung der Hautreaktion (nach 20min bzw. 2–3 Tagen beim Epikutantest). Codierung bei Allergenapplikation, keine erneute Codierung bei Überprüfung der lokalen Hautreaktion.
FG530	Allergieaustestung – Provokationstests (LE=je Sitzung) Oraler oder nasaler Provokationstest in mindestens zwei Stufen (Trägersubstanz, Allergen), Vorhaltung notfallmedizinischer Versorgung, Nachbeobachtung. <b>Nicht:</b> Intra- und Epikutantest (FG510), Bronchialer Provokationstest (GL540).
FG540	Kälte-/Wärme-/Druck-Test (LE=je Sitzung) Untersuchung auf Quaddelbildung mittels Kälte, Wärme, Druck oder Anstrengung
FG550	Tuberkulintest (LE=je Applikation/Prothese/Stent) Hauttest nach Applikation von Tuberkulinen. Die Leistung umfasst die Applikation des Tests sowie das Ablesen und die Interpretation des Testergebnisses.
FG560	Desensibilisierung (LE=je Sitzung) Hyposensibilisierungsbehandlung (Desensibilisierung) durch subkutane Allergeninjektion(en), Nachbeobachtung
QZ510	Auflichtmikroskopie (LE=je Sitzung) Vergrößerung und Analyse von Tiefenschichten der Haut (z.B. von Pigmentläsionen) mittels Dermatoskop

<b>QZ585</b>	Destruktion/Abtragung oberflächlicher Hautveränderungen (LE=je Sitzung) Destruktion oder Abtragung oberflächlicher Hautveränderungen, z.B. durch Ätzung, Kaustik, Exkochleation, Kryochirurgie oder Elektrokoagulation
<b>QZ630</b>	Nagelextraktion (LE=je Sitzung) Entfernung des Nagels unter Schonung des Nagelbetts, ggf. Längsinzision, Unterminieren und Ablösen des Nagels mit geeigneten Instrumenten
<b>QZ640</b>	Trepanation eines Nagels (LE=je Sitzung) Trepanation eines Nagels zwecks Abflusses eines Blutergusses
<b>QZ650</b>	Entfernung von Fremdkörpern aus der Haut (LE=je Sitzung) Entfernung von oberflächlichen Fremdkörpern oder Implantaten aus Haut/Unterhaut, auch multipel. <b>Nicht:</b> Entfernung von tiefsitzenden Fremdkörpern (PZ600).
<b>QZ680</b>	Chirurgische Aknetherapie (LE=je Sitzung) Entfernung von Komedonen oder Pusteln mit speziellen Instrumenten
<b>QZ690</b>	Dermabrasion (LE=je Sitzung) Mechanisches Abschleifen der Haut mittels hochtouriger Fräse od. manuell mit z.B. Sandpapier
<b>QZ700</b>	Lasertherapie der Haut (LE=je Sitzung) Operativer Eingriff an der Haut und Schleimhaut mittels hochenergetischem Lasersystem (verschiedene Laser)
<b>QZ710</b>	Photochemotherapie (PUVA) (LE=je Sitzung) Bestrahlungstherapie mit UV-A-Licht in Kombination mit der Einnahme von Psoralen. <b>Nicht:</b> Photodynamische Therapie (QZ730).
<b>QZ720</b>	Phototherapie (LE=je Sitzung) Bestrahlungstherapie mit indikationsbezogen optimiertem UV-A- oder UV-B-Licht ohne Medikamente
<b>QZ730</b>	Photodynamische Therapie (LE=je Sitzung) Bestrahlung mit sichtbarem Licht nach topischer, okklusiver (4 Std.) Applikation eines Porphyrin-Vorläufers (Aminolävulinsäure). <b>Nicht:</b> PUVA (QZ710).
<b>QZ740</b>	Anlegen oder Wechsel eines Vakuumverbands (LE=je Sitzung) Erstanlage oder Wechsel eines Vakuumverbands
<b>QZ750</b>	Chirurgische Akutbehandlung einer offenen Wunde (LE=je Sitzung) Chirurgische Behandlung einer akuten, offenen Wunde mit Naht/Ausschneiden der Wundränder, auch multipel, oder Behandlung einer Verbrennungswunde mit Abtragung nekrotischen Materials. <b>Nicht:</b> Akutbehandlung einer Wunde ohne Schnitt/Naht.

<b>QZ760</b>	Chirurgische Behandlung einer chronischen Wunde (LE=je Sitzung) Inspektion und chirurgische Versorgung einer chronischen Wunde mit Abtragung von Wundbelägen und Nekrosen
<b>QZ770</b>	Konservative Behandlung einer chronischen Wunde (LE=je Sitzung) Behandlung chronischer Wunden ohne Schnitt und Naht, Anlage/Wechsel eines Wundverbands inkl. Wundkontrolle, inkl. konservativer Lokalthherapie. <b>Nicht:</b> Konservative Behandlung/Kontrollen akuter Wunden (QZ989)
<b>QZ989</b>	Sonstige nicht operative Diagnostik/Therapie – Haut, Hautanhangsgebilde und Unterhautgewebe (LE=je Sitzung) Diagnostische/therapeutische Maßnahme(n), unter keiner anderen Position codierbar

# 10 Bewegungsapparat

## 10.01 Operationen an Schultergürtel und Schultergelenk

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
<b>MA010</b>	Osteosynthese der Klavikula (LE=je Seite) Exakte Reposition und Fixation durch Implantation von Osteosynthesematerial (z.B. winkelstabile Platten) über einen offenen Zugang
<b>MA020</b>	Osteosynthese der Skapula (LE=je Seite) Exakte Reposition und Fixation durch Implantation von Osteosynthesematerial über einen offenen Zugang
<b>MA040</b>	Subakromiale Dekompression – arthroskopisch (LE=je Seite) Debridement des Subakromialraumes, Teilresektion des Akromions (Akromioplastik, Neer-Plastik) über einen arthroskopischen Zugang, ggf. mit begleitender Resektion des AC-Gelenks/der lateralen Klavikula (MA041)
<b>MA041</b>	Resektion des AC-Gelenks/der lateralen Klavikula – arthroskopisch (LE=je Seite) Entfernung eines kleinen Teils der äußeren Klavikula über einen arthroskopischen Zugang, ggf. mit begleitender subakromialer Dekompression (MA040)
<b>ME010</b>	Rekonstruktion des Sternoklavikulargelenks (LE=je Seite)
<b>ME020</b>	Resektionsarthroplastik des AC-Gelenks – offen (LE=je Seite) Operation bei Instabilität des AC-Gelenks mit Ersatz des lateralen Klavikulaendes, korakoklavikulärer/akromioklavikulärer Augmentation
<b>ME030</b>	Resektionsarthroplastik des AC-Gelenks – arthroskopisch (LE=je Seite) Operation bei Instabilität des AC-Gelenks mit Ersatz des lateralen Klavikulaendes, korakoklavikulärer/akromioklavikulärer Augmentation
<b>ME040</b>	Rekonstruktion des AC-Gelenks mittels Zuggurtung oder Verschraubung (LE=je Seite)
<b>ME050</b>	Diagnostische Arthroskopie – Schultergelenk (LE=je Seite)
<b>ME060</b>	Arthroskopische Operation des Schultergelenks (LE=je Seite) Partielle Synovektomie, Knorpelshaving, Entfernung freier Gelenkkörper
<b>ME080</b>	Rekonstruktion des Kapsel-Band-Apparates des Schultergelenks – arthroskopisch (LE=je Seite) Wiederherstellung der Funktion des Kapsel-Band-Apparates bei Instabilität durch körpereigene Strukturen/alloplastische Materialien, die Rekonstruktion des Limbus über einen arthroskopischen Zugang ist inkludiert (z.B. Bankart-Operation).

<b>MJ020</b>	Rekonstruktion der Rotatorenmanschette – arthroskopisch (LE=je Seite) Wiederherstellung der Funktion der Rotatorenmanschette durch Naht, Reinsertion, subacromiale Dekompression. Ein Pectoralis-major-Transfer ist zusätzlich als Muskel-Sehnentransfer an der oberen Extremität zu erfassen.
--------------	---

### 10.03 Operationen am Ellbogengelenk

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
<b>MF010</b>	Diagnostische Arthroskopie des Ellbogens (LE=je Seite)
<b>MF040</b>	Arthroskopische Operation des Ellbogengelenks (LE=je Seite) Partielle Synovektomie, Knorpelshaving, Entfernung freier Gelenkkörper
<b>MF510</b>	Tenotomie am Ellbogen (LE=je Seite) Durchtrennung der Sehnenansätze am Epicondylus sowie ggf. Destruktion des radialen Nervengeflechtes. Eine Dekompression des N. Ulnaris ist unter AJ090 zu codieren.

### 10.04 Operationen am Unterarm

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
<b>MC010</b>	Osteosynthese am proximalen Unterarm (LE=je Seite)
<b>MC020</b>	Osteosynthese am Unterarmschaft (LE=je Seite)
<b>MC030</b>	Osteosynthese am distalen Unterarm (LE=je Seite)
<b>MC040</b>	Resektion des Radiusköpfchens (LE=je Seite)

### 10.05 Operationen an Handgelenk und Handwurzel

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
<b>MD010</b>	Osteosynthese der Handwurzelknochen (LE=je Seite)
<b>MG010</b>	Diagnostische Arthroskopie – Handgelenk (LE=je Seite)



<b>MG020</b>	Arthroskopische Operation des Handgelenks (LE=je Seite) Partielle Synovektomie, Knorpelshaving, Entfernung freier Gelenkskörper, Eingriffe am Diskus
<b>MG040</b>	Arthrodesese des Handgelenks (LE=je Seite) Komplette Versteifung des Handgelenks. Partielle Arthrodesesen wie die "four corner fusion" sind unter Teilarthrodesese zu erfassen.
<b>MG050</b>	Teilarthrodesese des Handgelenks (LE=je Seite) Eingriffe mit interossärer Fusion der Handwurzelknochen wie die "four corner fusion" und Erhaltung der Beweglichkeit
<b>MG060</b>	Arthrolyse des Handgelenks, der Handwurzel – offen (LE=je Seite) Partielle Synovektomie, Knorpelshaving, Entfernung freier Gelenkskörper
<b>MG080</b>	Arthroplastik des Handgelenks (LE=je Seite) Rekonstruktion der Funktion des Handgelenks durch teilweise Resektion, Gewebettransfer (z.B. Sehnen) und Ersatz der Funktion (Resektions-Arthroplastik, Resektions-Suspensionsarthroplastik)
<b>MG090</b>	Rekonstruktion des Kapsel-Band-Apparates des Handgelenks (LE=je Seite) Wiederherstellung des Kapsel-Band-Apparats durch Nähte ohne Eingriffe an den Handwurzelknochen
<b>MG150</b>	Implantation einer Endoprothese des Daumensattelgelenks (LE=je Seite)
<b>MG160</b>	Explantation einer Endoprothese des Daumensattelgelenks (LE=je Seite)
<b>MH050</b>	Resektionsarthroplastik des Daumensattelgelenks (LE=je Seite)

## 10.06 Operationen an Mittelhand und Fingern

<b>Code</b>	<b>Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung</b>
<b>MD020</b>	Osteosynthese eines Mittelhandknochens, Fingers (LE=je Seite)
<b>MD030</b>	Osteosynthese mehrerer Mittelhandknochen, Finger (LE=je Seite)
<b>MH010</b>	Arthrodesese – Mittelhand, Finger (LE=je Seite)
<b>MH020</b>	Arthrolyse an Gelenken von Mittelhand und Fingern – offen (LE=je Seite) Partielle Synovektomie, Knorpelshaving, Entfernung freier Gelenkskörper

<b>MH030</b>	Komplette Synovektomie der Mittelhand-, Fingergelenke (LE=je Seite) Eröffnung des Gelenks und Entfernung möglichst aller Anteile der Synovia bei chron. entzündl. Veränderungen als alleiniger Eingriff. Keine Tenosynovektomie, keine partielle Synovektomie
<b>MH040</b>	Arthroplastik – Mittelhand, Finger (LE=je Seite)
<b>MH060</b>	Implantation einer Endoprothese – Mittelhand, Finger (LE=je Prothese)
<b>MH070</b>	Explantation einer Endoprothese – Mittelhand, Finger (LE=je Prothese)
<b>MH080</b>	Reimplantation einer Endoprothese – Mittelhand, Finger (LE=je Prothese)
<b>MZ050</b>	Korrektur einer einfachen Handfehlbildung (LE=je Seite) Z.B. Amputation überzähliger Finger, Daumen, Separation einer kompletten häutigen Syndaktylie
<b>MZ111</b>	Fingeramputation/Nachkürzung (LE=je Seite)

## 10.07 Operationen an Sehnen, Knochen und Weichteilgewebe der oberen Extremität

<b>Code</b>	<b>Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung</b>
<b>MJ030</b>	Proximale Refixation der Bizepssehne – offen (LE=je Seite) Refixation mittels transossärer Fixation oder Knochenanker bei Ruptur der langen/ kurzen Bizepssehne über einen offenen Zugang
<b>MJ040</b>	Proximale Refixation der Bizepssehne – arthroskopisch (LE=je Seite) Refixation mittels transossärer Fixation oder Knochenanker bei Ruptur der langen/ kurzen Bizepssehne über einen arthroskopischen Zugang
<b>MJ050</b>	Distale Refixation der Bizepssehne (LE=je Seite) Operative Refixation des Sehnenstumpfs loco typico an der Tuberositas radii
<b>MJ060</b>	Naht, knöcherner Refixation einer Beugesehne der Hand (LE=je Seite)
<b>MJ070</b>	Naht, knöcherner Refixation mehrerer Beugesehnen der Hand (LE=je Seite)
<b>MJ080</b>	Naht, knöcherner Refixation einer Strecksehne an der oberen Extremität (LE=je Seite)
<b>MJ090</b>	Naht, knöcherner Refixation mehrerer Strecksehnen an der oberen Extremität (LE=je Seite)

<b>MJ100</b>	Sehnentransfer, -transplantation an der oberen Extremität (LE=je Seite) Sehnentransfer, Sehnentransplantation, Verlagerung, Raffung, Fesselung, Verlängerung
<b>MJ120</b>	Ringbandspaltung (LE=je Seite) Spaltung eines oder mehrerer Ringbänder an einer Hand
<b>MJ130</b>	Tenolyse und Tenosynovektomie an der oberen Extremität (LE=je Seite) Operative Lösung der Sehne aus dem umgebenden Gewebe mit Abtragung von Veränderungen im Verlauf der Sehne und der Sehnenscheide an einer oder mehreren Sehnen
<b>MJ150</b>	Palmare Fasziektomie (LE=je Seite) Operation einer Dupuytren'schen Kontraktur – Entfernung der Palmaraponeurose, lokale Verschiebplastiken (z.B. Z-Plastiken)
<b>MJ160</b>	Ausräumung einer Phlegmone der Hand (LE=je Seite) Inzision, chirurgische Ausräumung und Spülung im Bereich der Palmaraponeurose/ Beugesehnen
<b>MJ170</b>	Bandnaht, Bandrefixation an der oberen Extremität (LE=je Seite) Isolierte Bandnaht, knöchernen Refixation
<b>MZ010</b>	Entfernung von Osteosynthesematerial an der oberen Extremität (LE=je Seite) Operative Entfernung von implantiertem Osteosynthesematerial. <b>Nicht:</b> perkutane Bohrdrahtentfernung (PA530), Entfernung Fixateur externe (PA531).
<b>MZ020</b>	Exstirpation einer Synovialzyste/Bursektomie an der oberen Extremität (LE=je Seite) Exzision eines Ganglions, Bursektomie und andere Eingriffe mit kleineren Resektionen an der oberen Extremität wie z.B. Entfernung von Mucoizysten, Entfernung von Gichttophi als alleiniger Eingriff
<b>MZ031</b>	Exzision am Knochen an Arm, Handwurzel und Mittelhand als alleiniger Eingriff (LE=je Seite) Ersatzlose Entfernung von Knochengewebe ggf. mit begleitender Weichteilresektion, z.B. Entfernung von gutartigen Knochentumoren, Nachkürzung nach Amputationen, Abtragung von Exostosen. <b>Nicht:</b> Entfernung von Gewebe im Rahmen eines anderen Eingriffs.
<b>MZ033</b>	Exzision/Resektion von nicht oberflächlichem Weichteilgewebe an der oberen Extremität (LE=je Seite) Entfernung von gutartigen Veränderungen im Bereich der Weichteile des Bewegungsapparats (z.B. Mucoizysten, Gichttophi), unabhängig von der Größe. <b>Nicht:</b> Entfernung von Lipomen aus dem subkutanen Fettgewebe (QZ525, QZ540)
<b>MZ209</b>	Sonstige Operation am Bewegungsapparat der oberen Extremität (LE=je Seite)

## 10.08 Operationen an Beckengürtel und Hüftgelenk

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
<b>NE010</b>	Diagnostische Arthroskopie – Hüftgelenk (LE=je Seite)
<b>NE020</b>	Arthroskopische Operation des Hüftgelenks (LE=je Seite) Partielle Synovektomie, Knorpelshaving, Entfernung freier Gelenkskörper

## 10.10 Operationen am Kniegelenk

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
<b>NB060</b>	Osteosynthese der Patella (LE=je Seite)
<b>NF010</b>	Diagnostische Arthroskopie des Kniegelenks (LE=je Seite) Untersuchung des Kniegelenks mit dem Arthroskop inklusive Spülung, Probenentnahme ohne operative Maßnahmen
<b>NF020</b>	Arthroskopische Operation des Kniegelenks (LE=je Seite) Arthrolyse, partielle Synovektomie, Knorpelshaving, Entfernung freier Gelenkskörper, Meniskusresektion
<b>NF030</b>	Mosaikplastik – arthroskopisch (LE=je Seite) Entnahme von Knorpel-Knochen-Zylindern aus nicht belasteten Gelenksanteilen und Refixation
<b>NF040</b>	Meniskusrefixation – arthroskopisch (LE=je Seite) Reposition, Naht, Reinsertion bzw. Fixation eines oder beider Menisci eines Kniegelenks
<b>NF050</b>	Rekonstruktion des vorderen Kreuzbandes – arthroskopisch (LE=je Seite)
<b>NF060</b>	Rekonstruktion des hinteren Kreuzbandes – arthroskopisch (LE=je Seite)
<b>NF070</b>	Komplette Synovektomie des Kniegelenks – arthroskopisch (LE=je Seite) Eröffnung des Gelenks und Entfernung möglichst aller Anteile der Synovia bei chron. entzündl. Veränderungen als alleiniger Eingriff. Keine Tenosynovektomie, keine partielle Synovektomie
<b>NF080</b>	Rekonstruktion des vorderen und hinteren Kreuzbandes – arthroskopisch (LE=je Seite) Rekonstruktion des vorderen und hinteren Kreuzbandes (inkl. Eminentia-Refixation)

<b>NF131</b>	Implantation von kultivierten autologen Chondrozyten – offen (LE=je Seite) Matrixunterstützte Implantation von kultivierten autologen Chondrozyten bei isolierten posttraumatischen Gelenksschäden sowie bei juveniler Osteochondritis dissecans an den Femurkondylen mit einem offenen Zugang. Die Leistung beinhaltet sowohl die Kultivierung als auch die Implantation.
<b>NF132</b>	Implantation von kultivierten autologen Chondrozyten – arthroskopisch (LE=je Seite) Matrixunterstützte Implantation von kultivierten autologen Chondrozyten bei isolierten posttraumatischen Gelenksschäden sowie bei juveniler Osteochondritis dissecans an den Femurkondylen mit einem arthroskopischen Zugang. Die Leistung beinhaltet sowohl die Kultivierung als auch die Implantation.

## 10.11 Operationen am Unterschenkel

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
<b>NC041</b>	Osteosynthese der distalen Fibula (Außenknöchel) (LE=je Seite) Osteosynthese der distalen Fibula, inklusive Versorgung der Syndesmose (bei Fraktur des Außenknöchels). <b>Nicht:</b> Osteosynthese bei Bimalleolar- und Trimalleolarfraktur (NC040)

## 10.12 Operationen am Sprunggelenk

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
<b>NG010</b>	Diagnostische Arthroskopie des Sprunggelenks (LE=je Seite)
<b>NG020</b>	Arthroskopische Operation des Sprunggelenks (LE=je Seite) Partielle Synovektomie, Knorpelshaving, Entfernung freier Gelenkskörper
<b>NG030</b>	Arthrodesse des Sprunggelenks (LE=je Seite) Komplette Versteifung des oberen Sprunggelenks bzw. des oberen und unteren Sprunggelenks mit Osteosynthesematerial
<b>NG050</b>	Rekonstruktion des Kapsel-Band-Apparates des oberen Sprunggelenks (LE=je Seite) Wiederherstellung der Funktion des Kapsel-Band-Apparates bei Instabilität durch körpereigene Strukturen/alloplastische Materialien (z.B. Op. nach Broström-Gould), keine isolierte Band-/Kapselnaht

## 10.13 Operationen am Fuß

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
<b>ND010</b>	Osteosynthese der Fußwurzel (LE=je Seite) Osteosynthese von Talus, Calcaneus, Naviculare
<b>ND020</b>	Osteosynthese der Mittelfußknochen, Zehen (LE=je Seite) Osteosynthese eines oder mehrerer Mittelfußknochen
<b>NH020</b>	Komplette Synovektomie an Mittelfuß und Zehen (LE=je Seite) Eröffnung des Gelenks und Entfernung möglichst aller Anteile der Synovia bei chron. entzündl. Veränderungen als alleiniger Eingriff. Keine Tenosynovektomie, keine partielle Synovektomie
<b>NZ060</b>	Korrektur einer einfachen Fehlbildung des Fußes beim Kind (LE=je Seite) Z.B. Amputation überzähliger Zehen, Operation einer kompletten häutigen Syndaktylie. Tenotomie der Achillessehne bei Klumpfuß, Arthrorise bei (Knick-)Plattfuß. <b>Nicht:</b> Korrekturoperationen an der Fußwurzel bei > 15 Jahren (NZ200)
<b>NZ131</b>	Zehenamputation/Nachkürzung (LE=je Seite) Amputation einer oder mehrerer Zehen mit/ohne Metatarsalköpfchen
<b>NZ200</b>	Korrekturoperation an Fußwurzel/Rückfuß (LE=je Seite) Operationen an Knochen/Gelenken der Fußwurzel bei Fehlstellungen (Osteotomien/ Arthrodesen etc.), z.B. Kalkaneusosteotomie (Dwyer, Evans), tarsale Umstellungsosteotomie, Triple-Arthrodesen bei Klumpfuß, Arthrodesen der Fußwurzelgelenke, Tarsometatarsalgelenke
<b>NZ210</b>	Korrekturoperation am ersten Strahl des Fußes (LE=je Seite) Operationen an den Knochen/Gelenken des 1. Strahls inkl. begleitender Eingriffe an den Weichteilen, z.B. distale (metaphysäre) Verschiebeosteotomie nach Austin (= Chevron OP), diaphysäre Osteotomie (Scarf), Akin-Osteotomie am Grundglied, Operation nach Keller-Brandes, Arthrodesen der Großzehengrundgelenks
<b>NZ220</b>	Korrekturoperationen am 2.–5. Strahl des Fußes (LE=je Seite) Operationen an den Knochen/Gelenken des 2.–5. Strahls inkl. begleitender Eingriffe an den Weichteilen, z.B. Osteotomie nach Weil, OP nach Hohman (Resektion des Köpfchens des Grundgliedes (am Mittelgelenk) mit Kapsulotomie und Strecksehnenverlängerung), Verschiebeosteotomie bei digitus quintus varus), OP nach Lelievre, Arthrodesen

## 10.14 Operationen an Sehnen, Knochen und Weichteilgewebe der unteren Extremität

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
NJ040	Naht, knöcherner Refixation einer Sehne an der unteren Extremität (LE=je Seite)
NJ050	Naht, knöcherner Refixation mehrerer Sehnen an der unteren Extremität (LE=je Seite)
NJ080	Tenolyse und Tenosynovektomie an der unteren Extremität (LE=je Seite) Operative Lösung der Sehne aus dem umgebenden Gewebe mit Abtragung von Veränderungen im Verlauf der Sehne und der Sehnenscheide an einer oder mehreren Sehnen
NJ110	Bandnaht, Bandrefixation an der unteren Extremität (LE=je Seite) Isolierte Bandnaht, knöcherner Refixation
NZ010	Entfernung von Osteosynthesematerial an der unteren Extremität (LE=je Seite) Operative Entfernung von implantiertem Osteosynthesematerial. <b>Nicht:</b> perkutane Bohrdrahtentfernung (PA530), Entfernung Fixateur externe (PA531).
NZ020	Exstirpation einer Synovialzyste/Bursektomie an der unteren Extremität (LE=je Seite) Exzision eines Ganglions, einer Bakerzyste, Bursektomie als alleiniger Eingriff
NZ031	Exzision am Knochen an Bein, Fußwurzel und Mittelfuß als alleiniger Eingriff (LE=je Seite) Ersatzlose Entfernung von Knochengewebe ggf. mit begleitender Weichteilresektion, z.B. Entfernung von gutartigen Knochentumoren, Nachkürzung nach Amputationen, Abtragung von Exostosen. <b>Nicht:</b> Entfernung vom Gewebe im Rahmen eines anderen Eingriffs
NZ033	Exzision/Resektion von nicht oberflächlichem Weichteilgewebe an der unteren Extremität (LE=je Seite) Entfernung von gutartigen Veränderungen im Bereich der Weichteile des Bewegungsapparats (z.B. Mucoidezysten, Gichttophi), unabhängig von der Größe. <b>Nicht:</b> Entfernung von Lipomen aus dem subkutanen Fettgewebe (QZ525, QZ540)
NZ179	Sonstige Operation am Bewegungsapparat der unteren Extremität (LE=je Seite)

## 10.15 Operationen am Bewegungsapparat – andere Region oder keine Lokalisation

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
<b>LZ010</b>	Entfernung von Osteosynthesematerial an Kopf, Hals und Rumpf (LE=je Sitzung) Operative Entfernung von implantiertem Osteosynthesematerial. <b>Nicht:</b> perkutane Bohrdrahtentfernung (PA530), Entfernung Fixateur externe (PA531).
<b>LZ031</b>	Exzision am Knochen an Kopf, Hals und Rumpf als alleiniger Eingriff (LE=je Sitzung) Ersatzlose Entfernung von Knochengewebe ggf. mit begleitender Weichteilresektion, z.B. Entfernung von gutartigen Knochentumoren, Nachkürzung nach Amputationen, Abtragung von Exostosen. <b>Nicht:</b> Entfernung von Gewebe im Rahmen eines anderen Eingriffs
<b>LZ033</b>	Exzision/Resektion von nicht oberflächlichem Weichteilgewebe an Kopf, Hals und Rumpf (LE=je Sitzung) Entfernung von gutartigen Veränderungen im Bereich der Weichteile des Bewegungsapparats (z.B. Mucoïdzysten, Gichttophi), unabhängig von der Größe. <b>Nicht:</b> Entfernung von Lipomen aus dem subkutanen Fettgewebe (QZ525, QZ540)
<b>PA040</b>	Defektauffüllung mit homologem Knochen oder Ersatzmaterialien (LE=je Sitzung) Verwendung von Knochen aus der Knochenbank oder Spongiosaersatz (z.B. Tutobone, ChronOss) zur Defektauffüllung im Rahmen eines anderen Eingriffs. <b>Nicht:</b> Zement
<b>PA042</b>	Osteosynthese mit homologem Knochen oder Ersatzmaterialien (LE=je Sitzung) Verwendung von Knochen aus der Knochenbank oder Spongiosaersatz zur Osteosynthese im Rahmen eines anderen Eingriffs
<b>PA050</b>	Entnahme und Defektauffüllung mit autologem Knochen (LE=je Sitzung) Operative Entnahme von autologem Knochen (z.B. aus dem Becken) mit eigenem operativem Zugang zur Defektauffüllung im Rahmen eines anderen Eingriffs. <b>Nicht:</b> Knochenentnahme aus dem unmittelbaren Umfeld
<b>PA530</b>	Bohrdrahtentfernung (LE=je Sitzung) Entfernung von Bohrdrähten (Inzision, Freilegung, Extraktion, Naht). <b>Nicht:</b> Entfernung anderen Osteosynthesematerials, z.B. Schrauben, Platten (LZ010, MZ010, NZ010), Entfernung eines Fixateur externe (PA531).
<b>PA531</b>	Entfernung eines Fixateur Externe (LE=je Sitzung) Abnahme des Fixateurs mit Extraktion der im Knochen verankerten Pins
<b>PZ019</b>	Sonstige Operation – Bewegungsapparat (LE=je Sitzung)



<b>PZ600</b>	<p>Entfernung von tiefsitzenden Fremdkörpern (LE=je Sitzung)</p> <p>Entfernung von tiefsitzenden Fremdkörpern aus dem Weichteilgewebe bzw. aus Knochen oder Gelenken.</p> <p><b>Nicht:</b> Entfernung von Fremdkörpern aus der Haut (QZ650), dem Auge (BH030, BZ540), der Nase (GA540), dem GI-Trakt (HZ030), dem Harntrakt (JZ541).</p>
--------------	--

## 10.50 Andere Diagnostik und Therapie – Bewegungsapparat

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
<b>LH510</b>	<p>Manuelle Therapie – Wirbelsäule (LE=je Sitzung)</p> <p>Chirotherapeutischer Eingriff an der Wirbelsäule: Weichteiltechniken, neuromuskuläre Techniken, Mobilisation von Gelenken an der Wirbelsäule</p>
<b>LZ510</b>	<p>Fixation im Bereich Kopf, Hals und Rumpf (LE=je Applikation/Prothese/Stent)</p> <p>Anlegen einer äußeren, mechanischen Fixation (z.B. Gipsverband) im Bereich Schädel bis Becken, auch in Teilbereichen, z.B. Halsfixation, Gipsmieder, Minerva-Gips, Rippengurt, Rucksackverband, Schanzkrawatte. Die Leistung inkludiert das Material sowie die Arbeit des Anlegens der Fixation. Eine Reposition kann zusätzlich codiert werden (PZ520). Nicht zusätzlich zu einer Osteosynthese zu codieren.</p>
<b>LZ989</b>	<p>Sonstige nicht operative Diagnostik/Therapie – Knochen, Gelenke und Weichteile: Kopf, Hals und Rumpf (LE=je Sitzung)</p> <p>Diagnostische/therapeutische Maßnahme(n), unter keiner anderen Position codierbar</p>
<b>MZ510</b>	<p>Fixation Schulter, Ellenbogen (LE=je Applikation/Prothese/Stent)</p> <p>Anlegen einer äußeren, mechanischen Fixation (z.B. Gipsverband, Gilchristverband) im Bereich Schulter, Oberarm, Ellenbogen. Die Leistung inkludiert das Material sowie die Arbeit des Anlegens der Fixation. Eine Reposition kann zusätzlich codiert werden (PZ520). Nicht zusätzlich zu einer Osteosynthese codierbar.</p>
<b>MZ515</b>	<p>Fixation Unterarm, Finger (LE=je Applikation/Prothese/Stent)</p> <p>Anlegen einer äußeren, mechanischen Fixation (z.B. Gipsverband, Gipslonguette, Fingerschiene) im Bereich Unterarm, Hand, Finger. Die Leistung inkludiert das Material sowie die Arbeit des Anlegens der Fixation. Eine Reposition kann zusätzlich codiert werden (PZ520). Nicht zusätzlich zu einer Osteosynthese codierbar.</p>
<b>MZ989</b>	<p>Sonstige nicht operative Diagnostik/Therapie – Knochen, Gelenke und Weichteile: obere Extremität (LE=je Sitzung)</p> <p>Diagnostische/therapeutische Maßnahme(n), unter keiner anderen Position codierbar</p>

<b>NZ510</b>	<p>Fixation Oberschenkel, Knie (LE=je Applikation/Prothese/Stent)</p> <p>Anlegen einer äußeren, mechanischen Fixation (z.B. Gipsverband, Gipslonguette) im Bereich Oberschenkel, Knie. Die Leistung inkludiert das Material sowie die Arbeit des Anlegens der Fixation. Eine Reposition kann zusätzlich codiert werden (PZ520). Nicht zusätzlich zu einer Osteosynthese codierbar.</p>
<b>NZ520</b>	<p>Fixation Unterschenkel, Zehen (LE=je Applikation/Prothese/Stent)</p> <p>Anlegen einer äußeren, mechanischen Fixation (z.B. Gipsverband, Gipsstiefel) im Bereich Unterschenkel, Fuß, Zehen. Die Leistung inkludiert das Material sowie die Arbeit des Anlegens der Fixation. Eine Reposition kann zusätzlich codiert werden (PZ520). Nicht zusätzlich zu einer Osteosynthese codierbar. Nicht zusätzlich zum Redressement angeborener Fußdeformitäten (NZ530) zu codieren.</p>
<b>NZ530</b>	<p>Redressement angeborener Fußdeformitäten (LE=je Seite)</p> <p>Richtigstellung angeborener Fußdeformitäten und Fixierung mit Gips oder einer anderen äußeren Fixation. Nicht zusätzlich zu NZ520 (Fixation Unterschenkel, Zehen) zu codieren.</p>
<b>NZ989</b>	<p>Sonstige nicht operative Diagnostik/Therapie – Knochen, Gelenke und Weichteile: untere Extremität (LE=je Sitzung)</p> <p>Diagnostische/therapeutische Maßnahme(n), unter keiner anderen Position codierbar</p>
<b>PB510</b>	<p>Punktion der Gelenke (LE=je Sitzung)</p> <p>Diagnostische oder therapeutische Punktion der Gelenke, intraartikuläre bzw. aufwändige periartikuläre Punktion, inkl. Entnahme von Untersuchungsmaterial. Die Entnahme von Untersuchungsmaterial ist inkludiert.</p>
<b>PE590</b>	<p>Manuelle Therapie – Extremitäten (LE=je Sitzung)</p> <p>Chirotherapeutischer Eingriff an einem oder mehreren Extremitätengelenken: Weichteiltechniken, neuromuskuläre Techniken, Mobilisation von Gelenken an den Extremitäten. <b>Nicht:</b> Manuelle Therapie der Wirbelsäule (LH510).</p>
<b>PZ520</b>	<p>Reposition bzw. Repositionsversuch (LE=je Applikation/Prothese/Stent)</p> <p>Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Luxation, Repositionsversuch an einer Fraktur oder Luxation. Stützverbände bzw. Fixierungen können zusätzlich codiert werden. Im Rahmen einer Osteosyntheseleistung ist die Reposition inkludiert und nicht zusätzlich zu codieren.</p>
<b>PZ555</b>	<p>Abnahme/Arbeiten an einer Fixation (LE=je Applikation/Prothese/Stent)</p> <p>Abnahme/Arbeiten an einer angelegten Fixation, z.B. Spalten, Fenstern, Ausbessern</p>
<b>PZ580</b>	<p>Extrakorporale Stoßwellentherapie (LE=je Sitzung)</p> <p>Extrakorporale Stoßwellentherapie am Bewegungsapparat, z.B. bei Pseudoarthrosen oder Enthesiopathien.</p> <p><b>Nicht:</b> Extrakorporale Lithotripsie bei Nieren- oder Harnsteinen (JC010).</p>
<b>PZ989</b>	<p>Sonstige nicht operative Diagnostik/Therapie – Knochen, Gelenke und Weichteile: ohne genaue Lokalisation (LE=je Sitzung)</p> <p>Diagnostische/therapeutische Maßnahme(n), unter keiner anderen Position codierbar</p>

<b>ZN550</b>	<p>Injektion in eine Körperhöhle oder ein Gelenk (LE=je Sitzung)</p> <p>Injektion in eine Körperhöhle oder ein Gelenk, z.B. intraartikuläre Injektion, intrapleurale Injektion. Die Verabreichung von Medikamenten ist in der Leistung inkludiert.</p>
<b>ZZ621</b>	<p>Anfertigung, Anpassung u. Überprüfung eines therapeutischen Behelfes oder einer Orthese (LE=je Sitzung)</p> <p>Heilmittelbehelfserstellung und Anpassung: Schienenanfertigung, -kontrolle und -korrektur, Modellverbände (orthopädisch, ergotherapeutisch, physiotherapeutisch)</p>

# 12 Bildgebende Diagnostik und Interventionen

## 12.01 Computertomographie

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
<b>ZA010</b>	Computertomographie (CT) – Kopf und Hals (LE=je Sitzung) CT-Untersuchungen im Bereich Kopf/Hals, <b>nicht:</b> CT der HWS (ZN250)
<b>ZA020</b>	CT-Angiographie – Kopf und Hals (LE=je Sitzung) Kontrastmittelgabe und computertomographische Darstellung der Gefäße der jeweiligen Körperregion
<b>ZB010</b>	Computertomographie (CT) – Thorax (LE=je Sitzung)
<b>ZB020</b>	CT-Angiographie – Thorax (LE=je Sitzung) Kontrastmittelgabe und computertomographische Darstellung der Gefäße der jeweiligen Körperregion, <b>Nicht:</b> CT-Angiographie der Koronargefäße (ZB030).
<b>ZB030</b>	Cardiac Imaging mittels CT (LE=je Sitzung) CT-Angiographie der Koronargefäße, EKG-Triggerung, Kalziumscoring, inklusive 3D/4D-Bildrekonstruktion, Flussmessungen, Volumetrie
<b>ZC010</b>	Computertomographie (CT) – Abdomen und Becken (LE=je Sitzung)
<b>ZC020</b>	CT-Angiographie – Abdomen und Becken (LE=je Sitzung) Kontrastmittelgabe und computertomographische Darstellung der Gefäße der jeweiligen Körperregion
<b>ZC025</b>	CT-Kolonographie (LE=je Sitzung) Virtuelle Koloskopie mittels CT
<b>ZD010</b>	Computertomographie (CT) – obere Extremität (LE=je Sitzung)
<b>ZD020</b>	CT-Angiographie – obere Extremität (LE=je Sitzung) Kontrastmittelgabe und computertomographische Darstellung der Gefäße der jeweiligen Körperregion
<b>ZE010</b>	Computertomographie (CT) – untere Extremität (LE=je Sitzung)

<b>ZE020</b>	CT-Angiographie – untere Extremität (LE=je Sitzung) Kontrastmittelgabe und computertomographische Darstellung der Gefäße der jeweiligen Körperregion
<b>ZN250</b>	Computertomographie (CT) der Wirbelsäule (LE=je Sitzung) CT-Untersuchung der Wirbelsäule bzw. einzelner Abschnitte (HWS/BWS/LWS)
<b>ZN650</b>	Sonstige Computertomographie (CT) ohne Angabe einer Region (LE=je Sitzung) Keine Primärcodierung, nur zur Umschlüsselung wenn keine spezifischere Position zugeordnet werden kann

## 12.02 Magnetresonanzdiagnostik

<b>Code</b>	<b>Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung</b>
<b>ZA030</b>	Magnetresonanztomographie (MRT) – Kopf und Hals (LE=je Sitzung) MR-Untersuchungen im Bereich Kopf/Hals, <b>nicht:</b> MR der HWS (ZN260)
<b>ZA040</b>	MR-Angiographie – Kopf und Hals (LE=je Sitzung)
<b>ZA050</b>	Funktionelle Magnetresonanztomographie (MRT) des Gehirns mittels BOLD-Verfahren (LE=je Sitzung) Darstellung der Funktion von Gehirnarealen mittels BOLD (blood oxygenation level-dependent)-Verfahren
<b>ZB040</b>	Magnetresonanztomographie (MRT) – Thorax (LE=je Sitzung)
<b>ZB050</b>	MR-Angiographie – Thorax (LE=je Sitzung)
<b>ZB060</b>	Cardiac Imaging mittels MRT (LE=je Sitzung) Myokardevaluierung morphologisch-funktionell, EKG-Triggerung, inklusive 3D/4D-Bildrekonstruktion, Flussmessungen, Volumetrie
<b>ZC030</b>	Magnetresonanztomographie (MRT) – Abdomen und Becken (LE=je Sitzung)
<b>ZC035</b>	Magnetresonanztomographie (MR) – Fetus (LE=je Sitzung)
<b>ZC040</b>	MR-Angiographie – Abdomen und Becken (LE=je Sitzung)
<b>ZD030</b>	Magnetresonanztomographie (MRT) – obere Extremität (LE=je Sitzung)
<b>ZD040</b>	MR-Angiographie – obere Extremität (LE=je Sitzung)
<b>ZE030</b>	Magnetresonanztomographie (MRT) – untere Extremität (LE=je Sitzung)
<b>ZE040</b>	MR-Angiographie – untere Extremität (LE=je Sitzung)

<b>ZN260</b>	Magnetresonanztomographie (MRT) der Wirbelsäule (LE=je Sitzung) MR-Untersuchung der Wirbelsäule bzw. einzelner Abschnitte (HWS/BWS/LWS)
<b>ZN660</b>	Sonstige Magnetresonanztomographie (MRT) ohne Angabe einer Region (LE=je Sitzung) Keine Primärcodierung, nur zur Umschlüsselung, wenn keine spezifischere Position zugeordnet werden kann

## 12.04 Katheteruntersuchungen

<b>Code</b>	<b>Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung</b>
<b>DF020</b>	Katheterangiographie der Pulmonalarterien (LE=je Sitzung) Venöse Punktion, Darstellung des Pulmonalkreislaufs über einen Katheter mit lokaler Kontrastmittelverabreichung mit/ohne digitem/digitales Subtraktionsverfahren, Verschluss der Punktionsstelle
<b>DG010</b>	Katheterangiographie – Aorta (LE=je Sitzung) Arterielle Punktion, Darstellung der abdominellen/thorakalen Aorta und der abgehenden Äste über einen Katheter mit lokaler Kontrastmittelverabreichung mit/ohne digitem/digitales Subtraktionsverfahren, Verschluss der Punktionsstelle
<b>DH020</b>	Phlebographie – Vena Cava (LE=je Sitzung) Venöse Punktion, Darstellung der Vena cava über einen Katheter mit lokaler Kontrastmittelverabreichung mit/ohne digitem/digitales Subtraktionsverfahren, Verschluss der Punktionsstelle
<b>EB010</b>	Katheterangiographie – Kopf und Hals (LE=je Sitzung) Arterielle Punktion, Darstellung der Gefäße des Kopfes/Halses inkl. Aortenbogen über einen Katheter mit lokaler Kontrastmittelverabreichung mit/ohne digitem/digitales Subtraktionsverfahren, Verschluss der Punktionsstelle
<b>EC010</b>	Katheterangiographie – obere Extremität, Thorax (LE=je Seite) Arterielle Punktion, Darstellung der Gefäße der oberen Extremität inkl. A. subclavia über einen Katheter mit lokaler Kontrastmittelverabreichung mit/ohne digitem/digitales Subtraktionsverfahren, Verschluss der Punktionsstelle
<b>ED008</b>	Katheterangiographie – Spinalgefäße (LE=je Sitzung) Arterielle Punktion, Darstellung der Gefäße der Spinalgefäße über einen Katheter mit lokaler Kontrastmittelverabreichung mit/ohne digitem/digitales Subtraktionsverfahren, Verschluss der Punktionsstelle
<b>ED010</b>	Katheterangiographie – Viszeralgefäße (LE=je Sitzung) Arterielle Punktion, Darstellung der Viszeral-/Nierenarterien über einen Katheter mit lokaler Kontrastmittelverabreichung mit/ohne digitem/digitales Subtraktionsverfahren, Verschluss der Punktionsstelle

<b>ED054</b>	Katheterangiographie – Beckenarterien (LE=je Seite) Arterielle Punktion, Darstellung der Beckenarterien (A. iliaca communis und Äste) über einen Katheter mit lokaler Kontrastmittelverabreichung mit/ohne digitalem/digitales Subtraktionsverfahren, Verschluss der Punktionsstelle
<b>EF010</b>	Katheterangiographie – untere Extremität (LE=je Seite) Arterielle Punktion, Darstellung der Gefäße der unteren Extremität (A. femoralis und distal) über einen Katheter mit lokaler Kontrastmittelverabreichung mit/ohne digitalem/digitales Subtraktionsverfahren, Verschluss der Punktionsstelle
<b>EG010</b>	Phlebographie – obere Extremität (LE=je Sitzung) Venöse Punktion, Darstellung der Venen der oberen Extremität mit lokaler Kontrastmittelverabreichung mit/ohne digitalen Subtraktionsverfahren, Verschluss der Punktionsstelle
<b>EJ010</b>	Lebervenenkatheter und indirekte Pfortaderdruckmessung ohne Leberbiopsie (LE=je Sitzung)
<b>EK010</b>	Phlebographie – untere Extremität (LE=je Sitzung) Venöse Punktion, Darstellung der Venen der unteren Extremität mit lokaler Kontrastmittelverabreichung mit/ohne digitalem/digitales Subtraktionsverfahren, Verschluss der Punktionsstelle
<b>EZ010</b>	Katheterangiographie arteriovenöser Shunts (LE=je Sitzung) Arterielle Punktion (A. femoralis), Darstellung der Shunts (jede Lokalisation) über einen Katheter mit lokaler Kontrastmittelverabreichung mit/ohne digitalem/digitales Subtraktionsverfahren, Verschluss der Punktionsstelle
<b>FC010</b>	Lymphographie (LE=je Sitzung)

## 12.05 Interventionen

<b>Code</b>	<b>Leistungsbezeichnung</b> <b>Leistungsbeschreibung</b>
<b>EC020</b>	Perkutane transluminale Angioplastie (PTA) – obere Extremität, Thorax (LE=je Seite) Erweiterung des Gefäßlumens der Gefäße der oberen Extremität inkl. A. subclavia über einen kathetergestützten Ballon
<b>EC030</b>	Perkutane transluminale Rekanalisation mit Stentimplantation – obere Extremität, Thorax (LE=je Seite) Erweiterung des Gefäßlumens der Gefäße der oberen Extremität inkl. A. subclavia über einen kathetergestützten Ballon und Implantation eines/mehrerer Stents bzw. Stentgrafts

<b>ED056</b>	<p>Perkutane transluminale Angioplastie (PTA) – Beckengefäße (LE=je Seite)</p> <p>Erweiterung des Gefäßlumens der Beckenarterien/-venen (A./V. iliaca communis und Äste) über einen kathetergestützten Ballon</p>
<b>ED058</b>	<p>Perkutane transluminale Rekanalisation mit Stentimplantation – Beckenarterien (LE=je Seite)</p> <p>Erweiterung des Gefäßlumens der Beckenarterien (A. iliaca communis und Äste) über einen kathetergestützten Ballon und Implantation eines/mehrerer Stents</p>
<b>ED062</b>	<p>Perkutane transluminale Rekanalisation mit Implantation eines Stentgrafts – Beckenarterien (LE=je Seite)</p> <p>Erweiterung des Gefäßlumens der Beckenarterien (A. iliaca communis und Äste) über einen kathetergestützten Ballon, Implantation des Stentgrafts und Anmodellieren an die Gefäßwand</p>
<b>EF030</b>	<p>Perkutane transluminale Angioplastie (PTA) – untere Extremität (LE=je Seite)</p> <p>Erweiterung des Gefäßlumens der Arterien/Venen der unteren Extremität (A./V. femoralis und distal) über einen kathetergestützten Ballon</p>
<b>EF031</b>	<p>Perkutane transluminale Angioplastie (PTA) mit medikamentenbeschichtetem Ballon (DEB) – untere Extremität (LE=je Seite)</p> <p>Erweiterung des Gefäßlumens der Arterien der unteren Extremität (A. femoralis und distal) unter Verwendung eines medikamentenbeschichteten Ballons</p>
<b>EF040</b>	<p>Perkutane transluminale Rekanalisation mit Stentimplantation – untere Extremität (LE=je Seite)</p> <p>Erweiterung des Gefäßlumens der Arterien/Venen der unteren Extremität (A./V. femoralis und distal) über einen kathetergestützten Ballon und Implantation eines/mehrerer Stents</p>
<b>EF041</b>	<p>Perkutane transluminale Rekanalisation mit medikamentenbeschichtetem Ballon (DEB) mit Stentimplantation – untere Extremität (LE=je Seite)</p> <p>Erweiterung des Gefäßlumens der Arterien/Venen der unteren Extremität (A./V. femoralis und distal) unter Verwendung eines medikamentenbeschichteten Ballons und Implantation eines/mehrerer Stents bzw. Stentgrafts</p>
<b>EF042</b>	<p>Perkutane transluminale Rekanalisation mit Implantation eines Stentgrafts – untere Extremität (LE=je Seite)</p> <p>Erweiterung des Gefäßlumens der Arterien/Venen der unteren Extremität (A./V. femoralis und distal) über einen kathetergestützten Ballon, Implantation des Stentgrafts und Anmodellieren an die Gefäßwand</p>
<b>HM020</b>	<p>Perkutane transhepatische Cholangiographie (LE=je Sitzung)</p> <p>Perkutane Punktion der Gallenwege unter radiologischer Kontrolle, KM-Injektion, Darstellung der Gallenwege, ggf. Drainage/Erweiterung der Gallenwege (perkutane transhepatische Cholangiodrainage (PTCD))</p>



<b>PA025</b>	Thermoablation von Osteoidosteomen (LE=je Sitzung) CT-gezielte Punktion (+/- 3D-Navigation) des Osteoidosteoms (im Regelfall unter Allgemeinanästhesie) und Thermoablation mit Radiofrequenzsonde
<b>PA026</b>	Thermoablation von Wirbelsäulenmetastasen (LE=je Sitzung) Zugang zu der/den Metasase(n) über Kanüle und navigierbare/bildgestützte Sonde, Zerstörung des bösartigen Gewebes durch ein unter Radiofrequenzenergie erzeugtes Hitzefeld
<b>QE010</b>	Stereotaktische Mammabiopsie (LE=je Sitzung) Mammographiegesteuerte, computerassistierte Gewebeentnahme (z.B. durch Vakuumsaugbiopsie, Stanze)
<b>ZN010</b>	Organbiopsie – ultraschallgezielt (LE=je Sitzung) Sonographisch geführte perkutane Biopsie. Die Entnahme von Untersuchungsmaterial (ZV510) ist inkludiert.
<b>ZN015</b>	Organbiopsie – endosonographisch (LE=je Sitzung) Endoskopie des oberen Gastrointestinaltrakts mittels spezieller Echoendoskope mit sonographischer Darstellung der Wand des Magendarmtrakts und der Umgebung sowie Feinnadelpunktion unter sonographischer Kontrolle. Gastroduodenoskopie (HZ510), Endosonographie (ZN595) und Entnahme von Untersuchungsmaterial (ZV510) sind inkludiert.
<b>ZN020</b>	Organbiopsie – bildwandlergezielt (LE=je Sitzung) Bildwandlergeführte perkutane Biopsie. Die Entnahme von Untersuchungsmaterial (ZV510) ist inkludiert.
<b>ZN030</b>	Organbiopsie – CT-gezielt (LE=je Sitzung) CT-geführte perkutane Biopsie. Die Entnahme von Untersuchungsmaterial (ZV510) ist inkludiert.
<b>ZN040</b>	Organbiopsie – MR-gezielt (LE=je Sitzung) 3D-gezielte, MR-geführte perkutane Biopsie. Entweder als Live-MR-Biopsie mit MR-tauglichen Nadeln oder zweizeitig als MR-Ultraschall-Fusionsbiopsie. Die Entnahme von Untersuchungsmaterial (ZV510) ist inkludiert.
<b>ZN050</b>	Präoperative Gewebemarkierung – ultraschallgezielt (LE=je Sitzung)
<b>ZN060</b>	Präoperative Gewebemarkierung – bildwandlergezielt (LE=je Sitzung)
<b>ZN070</b>	Präoperative Gewebemarkierung – CT-gezielt (LE=je Sitzung)
<b>ZN080</b>	Präoperative Gewebemarkierung – MR-gezielt (LE=je Sitzung)
<b>ZN085</b>	Gewebemarkierung für Strahlentherapie – ultraschallgezielt (LE=je Sitzung) Ultraschallgezielte Implantation von mehreren Gewebemarkern für die Radiotherapie z.B. der Prostata

<b>ZN090</b>	Anbringen therapeutischer Drainagen – bildwandlergezielt (LE=je Sitzung) Die Entnahme von Untersuchungsmaterial (ZV510) ist inkludiert.
<b>ZN100</b>	Anbringen therapeutischer Drainagen – CT-gezielt (LE=je Sitzung) Die Entnahme von Untersuchungsmaterial (ZV510) ist inkludiert.
<b>ZN110</b>	Anbringen therapeutischer Drainagen – MR-gezielt (LE=je Sitzung) Die Entnahme von Untersuchungsmaterial (ZV510) ist inkludiert.
<b>ZN540</b>	Anbringen therapeutischer Drainagen – ultraschallgezielt/ohne Bildgebung (LE=je Sitzung) Ultraschallgezieltes Legen oder Wechseln einer Sonde oder Drainage, Legen oder Wechseln einer Sonde oder Drainage ohne Bildgebung. Die Entnahme von Untersuchungsmaterial ist inkludiert. <b>Nicht:</b> Anlage eines suprapubischen Harnblasenkatheters (JD551, JD552).
<b>ZN545</b>	Anlage eines permanenten Drainagesystems – ultraschallgezielt (LE=je Sitzung) Ultraschallgezieltes Legen oder Wechseln eines getunnelten Katheters zur wiederkehrenden Drainage bei rezidivierenden Pleuraergüssen und malignem Aszites
<b>ZN562</b>	Infiltration – ultraschallgezielt (LE=je Sitzung) Ultraschallgezielte intramuskuläre, periartikuläre oder periradikuläre Infiltration
<b>ZN565</b>	Infiltration – bildwandlergezielt (LE=je Sitzung) Bildwandlergezielte periradikuläre Infiltration im Rahmen der Schmerztherapie, z.B. an der Wirbelsäule
<b>ZN570</b>	Infiltration – CT-gezielt (LE=je Sitzung) CT-gezielte periradikuläre Infiltration im Rahmen der Schmerztherapie an der Wirbelsäule. Die Verabreichung von Medikamenten ist in der Leistung inkludiert.

## 12.06 Röntgendiagnostik

<b>Code</b>	<b>Leistungsbezeichnung</b> <b>Leistungsbeschreibung</b>
<b>PA510</b>	Knochendichtemessung (LE=je Sitzung) Osteodensitometrie mittels dualer Röntgen-Absorptiometrie (DEXA) oder quantitativer Computertomographie (QCT), Angabe der Messergebnisse mittels T- oder Z-Scores
<b>ZA520</b>	Röntgenuntersuchung – Kopf und Hals (LE=je ambulantem Besuch) Konventionelle Röntgenuntersuchung der genannten Region unabhängig von der Anzahl der Aufnahmen. <b>Nicht:</b> Zahnrontgen (ZA525)

<b>ZA525</b>	Zahnrontgen (LE=je ambulantem Besuch) Zahnrontgen, Zahnpanorama. Nicht zusatzlich zu Rontgenuntersuchung – Kopf und Hals (ZA520) zu codieren.
<b>ZB520</b>	Rontgenuntersuchung – Thorax (LE=je ambulantem Besuch) Konventionelle Rontgenuntersuchung der genannten Region unabhingig von der Anzahl der Aufnahmen
<b>ZC530</b>	Rontgenuntersuchung – Abdomen und Becken (LE=je ambulantem Besuch) Konventionelle Rontgenuntersuchung der genannten Region unabhingig von der Anzahl der Aufnahmen. Nicht zusatzlich zu Untersuchungen mit Darstellung funktioneller Abläufe (JR520, JR530, ZC530, ZN630) zu codieren.
<b>ZD510</b>	Rontgenuntersuchung – obere Extremitat (LE=je ambulantem Besuch) Konventionelle Rontgenuntersuchung der genannten Region unabhingig von der Anzahl der Aufnahmen
<b>ZE510</b>	Rontgenuntersuchung – untere Extremitat (LE=je ambulantem Besuch) Konventionelle Rontgenuntersuchung der genannten Region unabhingig von der Anzahl der Aufnahmen
<b>ZN620</b>	Rontgenuntersuchung – Wirbelsaule (LE=je ambulantem Besuch) Konventionelle Rontgenuntersuchung der genannten Region unabhingig von der Anzahl der Aufnahmen
<b>ZN630</b>	Rontgenuntersuchungen mit Darstellung funktioneller Abläufe (LE=je Sitzung) Rontgenuntersuchungen mit Darstellung funktioneller Abläufe durch mehrere Aufnahmen im zeitlichen Verlauf, z.B. Videoschluckakt, Magen-Darm-Passage, Irrigoskopie, Pyelographie. Keine zusatzliche Codierung der konventionellen Rontgenuntersuchung (ZC520, ZC530).
<b>ZN640</b>	Sonstige Rontgenuntersuchung ohne Angabe einer Region (LE=je ambulantem Besuch) Keine Primarcodierung, nur zur Umschlüsselung, wenn keine spezifischere Position zugeordnet werden kann
<b>ZV520</b>	Rontgenuntersuchung – Präparat-Radiographie (LE=je Präparat) Durchleuchtung oder Radiographie von (Operations-)Präparaten, z.B. Mammapräparat

## 12.07 Sonographie

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
<b>BZ530</b>	Sonographie am Auge (LE=je Sitzung) Ultraschalluntersuchung des Auges und der Orbita
<b>DZ510</b>	Transthorakale Echokardiographie (TTE) (LE=je Sitzung) (Farb)echokardiographie inkl. Sonographie der Herzklappen und des Herzmuskels
<b>EA510</b>	Sonographie der intrakraniellen Gefäße (LE=je Sitzung) Transkranielle Doppler-Sonographie der intrakraniellen Gefäße einschließlich Frequenzanalyse
<b>EB510</b>	Sonographie der extrakraniellen Gefäße des Kopfes und Halses (LE=je Sitzung)
<b>EM510</b>	Sonographie der abdominellen Gefäße (LE=je Sitzung)
<b>EZ510</b>	Sonographie der peripheren Gefäße (LE=je Sitzung) Sonographie der Extremitätenarterien oder -venen, Registrierung der Strömungskurve, Durchführung Funktionstests, ggf. Messung der distalen Arterien drucke
<b>FC510</b>	Sonographie der Lymphknoten (LE=je Sitzung) Ultraschalluntersuchung der Lymphknoten einer anatomischen Region bilateral (z.B. Axilla beidseitig, inguinal beidseitig, zervikal beidseitig). Nur als alleinige Untersuchung zu codieren. <b>Nicht:</b> Sonographie der regionalen Lymphknoten im Rahmen einer Mammasonographie (QE530).
<b>JH510</b>	Sonographie von Skrotum, Hoden, Nebenhoden, Penis (LE=je Sitzung) Ultraschalluntersuchung von Skrotum, Hoden und Nebenhoden sowie ggf. des Penis inkl. Farbduplexsonographie der intraskrotalen Gefäße und Hodenperfusionsskontrolle
<b>JN530</b>	Nackentransparenzmessung oder Combined Test (LE=je Sitzung) 1st Trimester Screening zwischen der 11. und 14. SSW mit sonographischer Darstellung der Nackentransparenz sowie Bestimmung von freiem $\beta$ -HCG und PAPP-A im mütterlichen Blut. Voraussetzung: Zertifizierung durch die Fetal Medicine Foundation (London)
<b>JN540</b>	Fetales Organscreening (LE=je Sitzung) 2nd Trimester Screening zwischen der 20. und 24. SSW zur Untersuchung von Kopf und Gesicht inkl. Gehirnstrukturen, Halsregion, Brustkorb, Lunge, Herz (mittels fetaler Echokardiographie), Wirbelsäule, Bauchwand, Zwerchfell, Leber, Nieren, Blase, Magen- und Darmtrakt, Arme, Beine, Nabelschnur. Voraussetzung: ÖGUM Stufe II-Diplom

<b>JQ515</b>	<p>Sonographie in der Schwangerschaft bei besonderen medizinischen Indikationen (LE=je Sitzung)</p> <p>Sonographie in der Schwangerschaft bei besonderen medizinischen Indikationen. <b>Nicht:</b> Routineuntersuchung in der Schwangerschaft mit Sonographie im Rahmen der Mutter-Kind-Pass-Untersuchung (ZN861).</p>
<b>KC510</b>	<p>Sonographie der Schilddrüse und Nebenschilddrüse (LE=je Sitzung)</p> <p>Ultraschalluntersuchung der Schilddrüse und Nebenschilddrüse</p>
<b>NE510</b>	<p>Sonographie der kindlichen Hüften (LE=je Sitzung)</p> <p>Sonographie der Säuglingshüften. <b>Nicht:</b> Sonographien ab dem 2. Lebensjahr (PZ510).</p>
<b>PZ510</b>	<p>Sonographie des Bewegungsapparates (LE=je Sitzung)</p> <p>Ultraschalluntersuchung von Gelenken und/oder umschriebenen Strukturen des Bewegungsapparates (Sehne, Muskel, Bursa). <b>Nicht:</b> Sonographie der kindlichen Hüften (NE510).</p>
<b>QE530</b>	<p>Sonographie der Mamma (LE=je Sitzung)</p> <p>Ultraschalluntersuchung der Brustdrüse, einschließlich der regionalen Lymphknoten</p>
<b>ZA510</b>	<p>Sonographie – Kopf und Hals (LE=je Sitzung)</p> <p>Sonstige Ultraschalluntersuchung von Kopf und Hals, die nicht unter einer spezifischeren Position erfasst werden kann. <b>Nicht:</b> Sonographie am Auge (BZ530), Sonographie der extra- (EB510) oder intrakraniellen Gefäße (EA510), Sonographie der Schilddrüse und der Nebenschilddrüse (KC510).</p>
<b>ZB510</b>	<p>Sonographie – Thorax (LE=je Sitzung)</p> <p>Ultraschalluntersuchung der Thoraxorgane, die nicht unter einer spezifischeren Position erfasst werden kann. <b>Nicht:</b> Sonographie der Mamma (QE530), transthorakale Echokardiographie (DZ510).</p>
<b>ZC510</b>	<p>Sonographie im Bereich des Oberbauches/des Retroperitoneums (LE=je Sitzung)</p> <p>Sonographie im Bereich des Oberbauches/Retroperitoneums, mindestens eines der folgenden Organe: Leber, Gallenblase, Gallenwege, Milz und Pankreas, Niere, retroperitoneale Lymphknoten. <b>Nicht:</b> Sonographie im Bereich des Unterbauches (ZC520), Sonographie der abdominalen Gefäße (EM510).</p>
<b>ZC520</b>	<p>Sonographie im Bereich des Unterbauches/des Beckens (LE=je Sitzung)</p> <p>Sonographie im Bereich des Unterbauches/des Beckens, mindestens eines der folgenden Organe: Harnblase (einschließlich Restharnbestimmung), Prostata, Uterus, Adnexe, Appendix, pelvine Lymphknoten. <b>Nicht:</b> Sonographie der Organe des Oberbauches und des Retroperitoneums (ZC510), Sonographie der abdominalen Gefäße (EM510).</p>
<b>ZN590</b>	<p>Transrektale oder transvaginale Sonographie (LE=je Sitzung)</p> <p>Ultraschall zur Beurteilung von angrenzenden Organen/Strukturen mit rektal oder vaginal eingeführter Sonde</p>

<b>ZN595</b>	Endosonographie (LE=je Sitzung) Sonographie im Rahmen einer endoskopischen Untersuchung (z.B. Gastroduodenoskopie HZ510) mittels spezieller Endoskope bzw. endoskopisch eingeführter Sonden. Zusätzlich zur Endoskopie zu codieren. Keine Codierung bei endosonographischer Organbiopsie (ZN015) und endosonographischer Stentanlage (HF025)
<b>ZN600</b>	Sonographie von oberflächlichen Raumforderungen (LE=je Sitzung) Ultraschalluntersuchung von oberflächlichen Raumforderungen (z.B. Zysten, Tumore, Hämatome). <b>Nicht:</b> Sonographie der Lymphknoten (FC510).
<b>ZN610</b>	Sonstige Sonographie ohne Angabe einer Region (LE=je Sitzung) Keine Primärcodierung, nur zur Umschlüsselung, wenn keine spezifischere Position zugeordnet werden kann

# 13 Strahlentherapie

## 13.01 Teletherapie

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
<b>ZN121</b>	Bestrahlungsplanung und Simulation für konventionelle Teletherapie (LE=je Zielvolumen (planning target volume ICRU 50)) Planung einer Bestrahlungsserie für die konventionelle Teletherapie. Voraussetzungen: Bildgebung (Simulator, CT, US, ...), Dosisberechnung
<b>ZN131</b>	Bestrahlungsplanung und Simulation für intensitätsmodulierte Teletherapie oder stereotaktische Radiochirurgie (LE=je Zielvolumen (planning target volume ICRU 50)) Planung einer Bestrahlungsserie für die intensitätsmodulierte Teletherapie. Voraussetzungen: 3D-Bildgebung, Konturierung von Zielvolumen (PTV) und Risikoorganen (organs at risk, OAR), Intensitätsmodulation durch Felder mit mehreren Segmenten oder dynamischen Multilamellenkollimatoren (multi leaf collimators, MLCs) ODER Planung für ZN180
<b>ZN132</b>	Bestrahlungsplanung für Gating/Tracking (LE=je Zielvolumen) Bestrahlungsplanung beweglicher Zielvolumina (PTVs). Voraussetzungen: 4D-Bildgebung mit Datensätzen in unterschiedlichen Atemphasen und entsprechende 4D-PTV-Definition. Zusätzlich zu ZN121 oder ZN131 zu codieren.
<b>ZN135</b>	Implantation von Radioprotektoren für die Strahlentherapie (LE=je Applikation) Implantation einer Vorrichtung zum Schutz von Risikoorganen (OAR), z.B. durch Vergrößerung des Abstandes zum Zielvolumen (PTV) für die Dauer der Bestrahlungsserie
<b>ZN141</b>	Konventionelle Röntgentherapie (LE=je Einstellung) Einstellung (=korrekte Lagerung nach Vorgaben der Bestrahlungsplanung) eines Zielvolumens oder mehrerer Zielvolumina mit einem Isozentrum und Bestrahlung einer Fraktion am Röntgentherapiegerät
<b>ZN171</b>	Konventionelle Linearbeschleunigerbehandlung (LE=je Einstellung) Einstellung (=korrekte Lagerung nach Vorgaben der Bestrahlungsplanung) eines Zielvolumens oder mehrerer Zielvolumina mit einem Isozentrum und Bestrahlung einer Fraktion am Linearbeschleuniger
<b>ZN172</b>	Intensitätsmodulierte Linearbeschleunigerbehandlung (IMRT) (LE=je Einstellung) Einstellung (=korrekte Lagerung nach Vorgaben der Bestrahlungsplanung) eines Zielvolumens oder mehrerer Zielvolumina mit einem Isozentrum und Bestrahlung einer IMRT-Fraktion am Linearbeschleuniger

<b>ZN173</b>	<p>3D-Bildsteuerung im Rahmen einer Linearbeschleunigerbehandlung (LE=je Einstellung)</p> <p>Anwendung bildgesteuerter Verfahren zur Kontrolle der korrekten Lagerung (IGRT): 3D-Erfassung der Patientenlagerung durch bildgebendes Verfahren und Lagerungs- oder Feldaperturkorrektur vor der Bestrahlung. Zusätzlich zu ZN171 oder ZN172 zu codieren.</p>
<b>ZN174</b>	<p>Gating/Tracking/Surface Guidance im Rahmen einer Linearbeschleunigerbehandlung (LE=je Einstellung)</p> <p>Die Bewegung des/der PTVs wird kontinuierlich erfasst und die Bestrahlung bei Verlassen eines Toleranzbereichs unterbrochen (Gating) oder nachgeführt (Tracking). Voraussetzungen: Kontinuierliche Bildgebung, entsprechend steuerbarer Linearbeschleuniger. Zusätzlich zu ZN171 oder ZN172 zu codieren.</p>
<b>ZN180</b>	<p>Stereotaktische Strahlentherapie mit extremer Hypofraktionierung (LE=je Sitzung)</p> <p>Stereotaktische Strahlentherapie in einer oder sehr wenigen Sitzungen mit sehr hoher Einzeldosis (&gt; 4 Gy). Voraussetzungen: Stereotaxie durch externes Koordinatensystem mittels IGRT oder Rahmen, Anwesenheit von Arzt/Ärztin und Medizinphysiker:in bei jeder Fraktion. <b>Nicht:</b> Fraktionierte stereotaktische Strahlentherapie mittels IMRT (ZN172), IGRT (ZN173), Gating/Tracking (ZN174).</p>

## 13.02 Brachytherapie

<b>Code</b>	<b>Leistungsbezeichnung</b> <b>Leistungsbeschreibung</b>
<b>BG090</b>	<p>Brachytherapie am Auge mit chirurgischer Fixation des Applikators (LE=je Sitzung)</p> <p>Die Leistung umfasst die chirurgische Fixation des Applikators und das Einbringen der Radionuklide.</p>
<b>JG010</b>	<p>Permanente Implantation von radioaktiven Seeds zur Behandlung des frühen Prostatakarzinoms (LE=je Sitzung)</p> <p>Die Leistung JG010 umfasst die 3D-Planung und die Implantation der Seeds.</p>
<b>ZN200</b>	<p>Bestrahlungsplanung und Simulation Brachytherapie – einfach (LE=je Zielvolumen (planning target volume ICRU50))</p> <p>Untersuchung, Planungsbilder, Berechnung und Evaluierung der Dosisverteilung (In-vitro-Dosimetrie), Anfertigen von Hilfsmitteln</p>
<b>ZN210</b>	<p>Bestrahlungsplanung und Simulation Brachytherapie – 3D (LE=je Zielvolumen (planning target volume ICRU50))</p> <p>Untersuchung, Planungsbilder, Berechnung und Evaluierung der Dosisverteilung mit 3D-Rekonstruktion des Applikators oder auf Schnittbildern (In-vitro-Dosimetrie), Anfertigen von Hilfsmitteln</p>
<b>ZN221</b>	<p>Brachycurie-Therapie interstitiell (LE=je Sitzung)</p> <p>Die Leistung umfasst das Setzen des Applikators und das Einbringen der Radionuklide.</p>



<b>ZN231</b>	Brachycurie-Therapie intracavitär, endoskopisch (LE=je Sitzung) Die Leistung umfasst das Setzen des Applikators und das Einbringen der Radionuklide.
<b>ZN241</b>	Brachycurie-Therapie Kontaktbestrahlungen (Moulagen, Flab) (LE=je Sitzung) Die Leistung umfasst das Setzen des Applikators und das Einbringen der Radionuklide.

# 14 Nuklearmedizinische Diagnostik und Therapie

## 14.01 Nuklearmedizinische Diagnostik

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
AA020	Rezeptorzintigraphie des Gehirns (LE=je Sitzung)
AA030	Gehirnperfusionsszintigraphie (LE=je Sitzung)
DA010	Myokardszintigraphie (LE=je Sitzung) auch EKG-getriggerte Bestimmung der Auswurffraktion (GSPECT)
DA020	Radionuklidventrikulographie (LE=je Sitzung)
FC520	Lymphknotenszintigraphie (LE=je Sitzung) Lymphknotenszintigraphie mit <sup>99m</sup> Tc
FF010	Milzszintigraphie (LE=je Sitzung)
FZ110	Knochenmarkszintigraphie (LE=je Sitzung)
GF020	Perfusions-Ventilationsszintigraphie der Lunge (LE=je Sitzung) Lungenszintigraphie mit Untersuchung von Perfusion (z.B. mit Tc-99) und Ventilation (z.B. mit Xe-133). <b>Nicht:</b> Alleinige Perfusionsszintigraphie (GF510), alleinige Ventilationsszintigraphie (GF520).
GF510	Perfusionsszintigraphie der Lunge (LE=je Sitzung) Darstellung der Lungendurchblutung mittels radioaktiver intravenös verabreichter Substanzen. Eine kombinierte Perfusions-Ventilationsszintigraphie der Lunge ist unter GF020 zu codieren.
GF520	Ventilationsszintigraphie der Lunge (LE=je Sitzung) Darstellung der Lungendurchlüftung mittels radioaktiv markierten Gases. Eine kombinierte Perfusions-Ventilationsszintigraphie der Lunge ist unter GF020 zu codieren.
HM050	Hepatobiliäre Funktionsszintigraphie (LE=je Sitzung)
JA010	Nierenfunktionsszintigraphie (LE=je Sitzung)
KC010	Schilddrüsenszintigraphie (LE=je Sitzung)

<b>KC020</b>	Ganzkörperszintigraphie bei der Therapie von Schilddrüsenerkrankungen (LE=je Sitzung)
<b>KD010</b>	Nebenschilddrüsenszintigraphie (LE=je Sitzung)
<b>KE020</b>	Nebennierenszintigraphie (MIBG, Cholesterol) (LE=je Sitzung)
<b>KH010</b>	Somatostatin-Rezeptor-Szintigraphie (LE=je Sitzung)
<b>PA010</b>	Ganzkörper-Knochenszintigraphie/3-Phasenszintigraphie (LE=je Sitzung)
<b>ZN280</b>	Entzündungsszintigraphie (LE=je Sitzung)
<b>ZN290</b>	67-Galliumszintigraphie (LE=je Sitzung)
<b>ZN300</b>	Radioimmunszintigraphie/Rezeptorszintigraphie (planar/spect) (LE=je Sitzung)
<b>ZN310</b>	Emissionscomputertomographie (ECT) (LE=je Sitzung)
<b>ZN325</b>	Positronenemissionstomographie (PET) (LE=je Sitzung) Verabreichung von Radionuklid+Tracer (alle Substanzen) und Bildgebung
<b>ZN340</b>	PET-CT (LE=je Sitzung) Gleichzeitige Anfertigung von PET- und CT-Bildern in speziellem Gerät
<b>ZN345</b>	PET-MR (LE=je Sitzung) Gleichzeitige Anfertigung von PET- und MR-Bildern in speziellem Gerät
<b>ZN690</b>	Sonstige Szintigraphie (LE=je Sitzung) Jede Szintigraphie, die nicht explizit im Katalog abgebildet ist, z.B. Szintigraphie der Speicheldrüse, Blutungsszintigraphie, Meckel-Divertikel-Szintigraphie

## 14.02 Nuklearmedizinische Therapie

<b>Code</b>	<b>Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung</b>
<b>KC030</b>	Radionuklidtherapie mit niedrig dosiertem Jod ohne vorherige vorbereitende Gabe von rekombinantem TSH (LE=je Sitzung)
<b>KC050</b>	Radionuklidtherapie mit niedrig dosiertem Jod mit vorheriger vorbereitender Gabe von rekombinantem TSH (LE=je Sitzung)
<b>PB010</b>	Intraartikuläre Therapie mit offenen Radionukliden zur Radiosynovioorthese (LE=je Applikation)
<b>ZN351</b>	Radionuklidtherapie mit Lu177-DOTA-Tate (LE=je Sitzung)

<b>ZN354</b>	<p>Radionuklidtherapie mit Aktivität unterhalb der zulässigen Entlassungsaktivität (LE=je vollständige Behandlung)</p> <p>Therapie mit reinen Betastrahlern (z.B. Sr-89, Sm-153, Re-186), Alpha-Strahlern (z.B. Ra-224) sowie Radionukliden mit <math>\gamma</math>-Komponente in geringer Dosis unterhalb der zulässigen Entlassungsaktivität gemäß Strahlenschutzverordnung</p>
<b>ZN356</b>	<p>Radioligandentherapie mit Lu177-PSMA (LE=je Sitzung)</p>

# 15 Endoskopische Diagnostik und Therapie

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
GE010	Bronchoskopie – diagnostisch (LE=je Sitzung) Bronchoskopische Untersuchung der Lunge inklusive Sekretgewinnung, Probenentnahme, Bronchialtoilette, bronchioalveoläre Lavage
GE012	Bronchoskopie – diagnostisch mit endobronchialen Ultraschall (EBUS) (LE=je Sitzung) Bronchoskopische Untersuchung der Lunge inklusive Probenentnahme durch EBUS-gezielte Feinnadel-Punktion/-Aspiration
GE014	Bronchoskopie – diagnostisch unterstützt durch bildgebende Verfahren (LE=je Sitzung) Bronchoskopische Untersuchung der Lunge inklusive Probenentnahme durch bildwandlergeführte transbronchiale Biopsien oder Kryobiopsien oder 3D-CT-geführte Biopsien inkl. Navigation
GE016	Bronchoskopie – therapeutisch (LE=je Sitzung) Bronchoskopische Untersuchung der Lunge inklusive therapeutischer Interventionen wie Fremdkörper-Entfernung, Stent-/Ventil-Entfernung, Dilatation/Bougierung oder Blutstillung
GE030	Endoskopische Resektion an Trachea und Bronchien (LE=je Sitzung) Tracheobronchoskopie und endoskopische Abtragung von Tumoren etc.
GE040	Endoskopische Stentimplantation – Trachea, Bronchien (LE=je Sitzung) Bronchoskopie und Implantation eines oder mehrerer Stents/Stentgrafts
GZ515	Endoskopie der oberen Luftwege (LE=je Sitzung) Endoskopische Untersuchung der Nase, des Nasenrachens, der Nebenhöhlen sowie des Kehlkopfes und/oder der oberen Luftröhre mittels flexibler Fiberoptik oder starrem Rohr. Eine allfällige Probenentnahme ist inkludiert.
HC080	Endoskopische Extraktion oder Fragmentation eines Speichelsteines (LE=je Sitzung) Sialendoskopie mit Entfernung von Konkrement. <b>Nicht:</b> rein diagnostische Sialendoskopie (HC510).
HC510	Diagnostische Sialendoskopie ohne Entfernung von Konkrement (LE=je Sitzung) Spiegelung der Speicheldrüsen bzw. des Gangsystems innerhalb einer Speicheldrüse ohne Entfernung von Konkrement. Nicht zusätzlich zu HC080 zu codieren.

<b>HD020</b>	Endoskopische Schwellendurchtrennung (LE=je Sitzung) Endoskopisches Aufsuchen des Kilianschen Dreiecks, Schwellendurchtrennung, Divertikelentfernung – jede Methode (auch Stapler, Schere, Diathermie)
<b>HE025</b>	Endoskopische bildgebungskontrollierte Implantation metallischer Stents/Stentgrafts – Ösophagus (LE=je Sitzung) Endoskopische, radiologisch geführte Implantation eines metallischen Stents/Stentgrafts in den Ösophagus
<b>HF025</b>	Endoskopische bildgebungskontrollierte Implantation metallischer Stents/Stentgrafts – Magen, Duodenum, Pankreas (LE=je Sitzung) Endoskopie des oberen Gastrointestinaltrakts sowie bildgebungskontrollierte Implantation metallischer Stents/Stentgrafts in den Magen/das Duodenum/das Pankreas. Gastroduodenoskopie (HZ510) und Endosonographie (ZN595) sind inkludiert.
<b>HF030</b>	Anlage oder Wechsel einer PEG-Sonde (LE=je Sitzung) Perkutane Punktion des Magens unter endoskopischer Kontrolle und Anlage/Wechsel einer Ernährungssonde, auch ähnliche Verfahren wie perkutane fluoroskopische Gastrostomie (PFG), perkutane radiologische Gastrostomie (PRG)
<b>HG010</b>	Kapselendoskopie des Dünndarms (LE=je Sitzung) Endoskopische Untersuchung der Darmwand durch verschluckbare Kamerakapsel (inkl. Bildauswertung)
<b>HG020</b>	Endoskopisches Legen einer Jejunalsonde (LE=je Sitzung)
<b>HG025</b>	Endoskopische bildgebungskontrollierte Implantation metallischer Stents/Stentgrafts – Dünndarm (LE=je Sitzung) Endoskopische, radiologisch geführte Implantation eines metallischen Stents/Stentgrafts in den Dünndarm
<b>HG030</b>	Doppelballon-Endoskopie des Dünndarms (LE=je Sitzung) Endoskopische Untersuchung des Dünndarms durch Doppelballonendoskop (alternativ auch Single-Ballon-Endoskop), Zugang über Magen oder Kolon (obere oder untere Doppelballonendoskopie)
<b>HH020</b>	Koloskopie mit Polypektomie (LE=je Sitzung) Vollständige Endoskopie des Kolons und komplette Entfernung eines oder mehrerer Polypen, ggf. Blutstillung, Nachbetreuung. Die Entnahme von Untersuchungsmaterial (ZV510) ist inkludiert.
<b>HH025</b>	Endoskopische bildgebungskontrollierte Implantation metallischer Stents/Stentgrafts – Kolon (LE=je Sitzung) Endoskopische, radiologisch geführte Implantation eines metallischen Stents/Stentgrafts in das Kolon

<b>HH510</b>	Koloskopie (LE=je Sitzung) Vollständige endoskopische Untersuchung des Darms bis zum Caecum inkl. allfälliger Probenentnahme. Nicht zusätzlich zu Koloskopie mit Polypektomie (HH020) und anderen therapeutischen Endoskopien (HH025, HZ010, HZ015, HZ020) zu codieren. Keine zusätzliche Codierung von Proktoskopie (HK520), Rektoskopie/Sigmoidoskopie (HZ542).
<b>HK520</b>	Proktoskopie (LE=je Sitzung) Spiegelung des Analkanals (Proktoskopie) inkl. allfälliger Probenentnahme, auch High Resolution Anoskopie (HRA)
<b>HK530</b>	Proktoskopie mit Polypektomie (LE=je Sitzung) Spiegelung des Analkanals (Proktoskopie), vollständige Entfernung eines oder mehrerer Polypen mittels Hochfrequenzdiathermieschlinge, ggf. Blutstillung, Nachbetreuung, inkl. allf. Entnahme von Untersuchungsmaterial (ZV510)
<b>HM010</b>	Retrograde Cholangioskopie (LE=je Sitzung)
<b>HM060</b>	Endoskopische retrograde Cholangiopankreatikographie (ERCP) (LE=je Sitzung) Darstellung der Gallenwege und des Pankreasgangs sowie gegebenenfalls Druckmessung, Papillotomie
<b>HM070</b>	Extraktion eines Konkrements aus den Gallenwegen im Rahmen einer ERCP (LE=je Sitzung)
<b>HM080</b>	Implantation eines permanenten Metallstents in die Gallenwege im Rahmen einer ERCP (LE=je Sitzung)
<b>HZ010</b>	Endoskopische Blutstillung am GI-Trakt (LE=je Sitzung) Endoskopie des Gastrointestinaltrakts und Blutstillung (mittels Clip, durch Radiofrequenz etc.) als alleiniger Eingriff zum Zwecke der Blutstillung. Keine Bepunktung im Rahmen anderer Eingriffe, inkl. allf. Entnahme von Untersuchungsmaterial (ZV510)
<b>HZ015</b>	Endoskopische Varizenligatur/Koagulation von Gefäß-ektasien am GI-Trakt (LE=je Sitzung) Endoskopie und Varizenligatur/Koagulation bei Gefäßmalformationen am Gastrointestinaltrakt, z.B. Ligatur von Ösophagusvarizen, Argonplasmakoagulation (APC) bei Angiodysplasien
<b>HZ020</b>	Endoskopische Bougierung am GI-Trakt (LE=je Sitzung) Endoskopie und Aufdehnung von Stenosen (z.B. bei Strikturen) am Gastrointestinaltrakt, <b>nicht:</b> Analkanal
<b>HZ030</b>	Endoskopische Fremdkörper-/Gewebsentfernung am oberen GI-Trakt (LE=je Sitzung) Ösophagoskopie, Ösophagogastroskopie oder Ösophagogastroduodenoskopie sowie Entfernung von Fremdkörpern/Implantaten (Stents) oder Mukosektomie Magen/Ösophagus, inkl. allf. Entnahme von Untersuchungsmaterial (ZV510)

<b>HZ510</b>	Ösophagoskopie/Gastroskopie/Ösophagogastroduodenoskopie (LE=je Sitzung) Ösophagoskopie oder Ösophagogastroskopie oder Ösophagogastroduodenoskopie, inkl. Entnahme von Untersuchungsmaterial. Nicht zusätzlich zu therapeutischen Endoskopien (HZ520, HZ010, HZ015, HZ020, HZ030, HE025, HF025, HG025, HH025) zu codieren.
<b>HZ520</b>	Ösophagoskopie/Gastroskopie/Ösophagogastroduodenoskopie mit Polypektomie (LE=je Sitzung) Ösophagoskopie oder Ösophagogastroskopie oder Ösophagogastroduodenoskopie, vollständige Entfernung eines oder mehrerer Polypen mittels Hochfrequenzdiathermieschlinge, ggf. Blutstillung, Nachbetreuung, inkl. allf. Entnahme von Untersuchungsmaterial (ZV510)
<b>HZ542</b>	Rektoskopie/Sigmoidoskopie (LE=je Sitzung) Endoskopie des Mastdarmes (Rektoskopie)/des Sigmoideum (Sigmoidoskopie), inkl. allf. Entnahme von Untersuchungsmaterial (ZV510)
<b>HZ552</b>	Rektoskopie/Sigmoidoskopie mit Polypektomie (LE=je Sitzung) Endoskopie des Mastdarmes (Rektoskopie)/des Sigmoideum (Sigmoidoskopie), vollständige Entfernung eines oder mehrerer Polypen mittels Hochfrequenzdiathermieschlinge, ggf. Blutstillung, Nachbetreuung, inkl. allf. Entnahme von Untersuchungsmaterial (ZV510)
<b>JC030</b>	Ureterorenoskopie (LE=je Sitzung) Untersuchung von Ureter und Nierenbecken mit starrem oder flexiblem Endoskop, ggf. Anlage einer inneren Harnleiterschiene
<b>JC040</b>	Endoskopische Lithotripsie/Extraktion eines Uretersteines (LE=je Sitzung) Endoskopische Lithotripsie in den ableitenden Harnwegen bzw. Ureterorenoskopie, ggf. Steinzerkleinerung, Steinentfernung, Anlage einer inneren Harnleiterschiene
<b>JC050</b>	Implantation eines permanenten metallischen Stents – Ureter (LE=je Sitzung) Implantation eines permanenten metallischen Stents in den Ureter. <b>Nicht:</b> innere Harnableitung, Ureterschienung mit Double-J-Katheter (JC510).
<b>JK510</b>	Hysteroskopie (LE=je Sitzung) Endoskopie der Gebärmutterhöhle (Hysteroskopie) inkl. Entnahme von Untersuchungsmaterial. Nicht zusätzlich zu JK010 zu codieren.
<b>JK512</b>	Transvaginale Hysterosalpingoskopie (LE=je Sitzung) Endoskopische Untersuchung von Uterus und Salpinx, inkl. Entnahme von Untersuchungsmaterial
<b>JZ530</b>	Zystoskopie (LE=je Sitzung) Endoskopie der Harnröhre und der Harnblase, inkl. allf. Entnahme von Untersuchungsmaterial (ZV510)



<b>JZ532</b>	Fluoreszenz-Zystoskopie (LE=je Sitzung) Endoskopische Untersuchung der Harnblase mit Fluoreszenzfarbstoff zur Markierung von Blasentumoren, inkl. Entnahme von Untersuchungsmaterial
--------------	---

# 16 Invasive kardiologische Diagnostik und Therapie

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
DA040	Myokardbiopsie (LE=je Sitzung)
DD010	Katheterangiographie der Koronargefäße (LE=je Sitzung) Katheteruntersuchung mit Darstellung der Koronargefäße (inklusive Ventrikulogramm, falls erforderlich)
DD020	Intrakoronare Druckmessung ("pressure wire") (LE=je Sitzung)
DD030	Intrakoronare Bildgebung (LE=je Sitzung)
DD040	Perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA) (LE=je Gefäß) Codierung zusätzlich zu Angiographie und anderen Interventionen
DD050	Implantation eines Stents in die Koronargefäße (LE=je Stent) Codierung zusätzlich zu Angiographie und anderen Interventionen
DD060	Implantation eines medikamentenbeschichteten Stents in die Koronargefäße (LE=je Stent) Codierung zusätzlich zu Angiographie und anderen Interventionen
DE010	Kardioversion mit externem Kardioverter in Narkose (LE=je Sitzung)
DE030	Diagnostische Ventrikelstimulation (LE=je Sitzung)
DE040	Katheteruntersuchung des kardialen Reizleitungssystems (LE=je Sitzung)
DE050	Katheterablation des kardialen Reizleitungssystems (LE=je Sitzung) Katheterablation des Reizleitungssystems im Bereich des rechten Vorhofs
DF010	Rechtsherzkatheteruntersuchung (LE=je Sitzung) Katheteruntersuchung mit Bestimmung der Druck- und Strömungsverhältnisse am rechten Herzen und im kleinen Kreislauf, Diagnostik von Vitien. Rechtsherzkatheter auf Intensiveinheiten sind hier nicht zu erfassen.
DZ010	Stressechokardiographie (LE=je Sitzung)
DZ020	Transösophageale Echokardiographie (LE=je Sitzung)

# 17 Dialyseverfahren

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
<b>FV010</b>	Peritonealdialyse (LE=je Behandlungstag)
<b>FV045</b>	Hämodialyse/Hämodiafiltration/Hämofiltration (LE=je Sitzung) Extrakorporale Nierenersatztherapie – jede Methode, bei mehrtägiger kontinuierlicher Hämofiltration Codierung je Kalendertag
<b>FV080</b>	Nicht-selektive Plasmapherese (LE=je Sitzung) Vollständige Plasmasseparation und Substitution durch Ersatzstoffe
<b>FV090</b>	Selektive Plasmapherese (LE=je Sitzung) Vollständige Plasmaeseperation, selektive Adsorption bestimmter Plasmabestandteile sowie Reinfusion des gereinigten Plasmas, z.B. Immunadsorption
<b>FV110</b>	Leukopherese (LE=je Sitzung) Selektive Abtrennung der Leukozyten
<b>FV120</b>	Photopherese (LE=je Sitzung) Selektive Abtrennung der Leukozyten, extrakorporale PUVA-Therapie der Leukozyten und Reinfusion

# 18 Diagnostische und therapeutische Verfahren

## 18.01 Untersuchungen, Therapieprogramme, Schulungen

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
<b>ZE530</b>	Fußuntersuchung bei Diabetes mellitus inkl. allfälligem Druckprofil (LE=je Sitzung) Fußuntersuchung bei Diabetes mellitus inkl. allfälligem Druckprofil (Pedographie)
<b>ZN865</b>	MKP: Routineuntersuchung des Kindes (LE=je Sitzung) Routineuntersuchung des Kindes lt. Mutter-Kind-Pass: Feststellung von Körpergewicht und Körperlänge, Erhebung von Beobachtungen der Mutter und eine Krankheitsanamnese, ärztliche Untersuchung des Kindes, Beurteilung der Notwendigkeit weiterer Untersuchungen. Orthopädische Untersuchung, Untersuchung des Hals-Nasen-Ohrenbereichs, Augenuntersuchung, soweit vorgesehen. Augenuntersuchung durch FA für Augenheilkunde und Optometrie zwischen dem 22. und 26. Lebensmonat
<b>ZN870</b>	Präoperative anästhesiologische Untersuchung (LE=je Sitzung) Präoperative Untersuchung durch FA für Anästhesiologie und Intensivmedizin lt. BQLL: ausführliche Anamneseerhebung, körperliche Untersuchung, Feststellung der Notwendigkeit weiterer Untersuchungen und Aufklärung über die Anästhesie
<b>ZN881</b>	Allgemeine Vorsorgeuntersuchung (LE=je Sitzung) Untersuchung gemäß nationalem Vorsorgeprogramm
<b>ZN882</b>	Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung (LE=je Sitzung) Untersuchung gemäß nationalem Vorsorgeprogramm
<b>ZN883</b>	Vorsorgeuntersuchung – Mammographie (LE=je Sitzung) Untersuchung gemäß nationalem Vorsorgeprogramm
<b>ZN884</b>	Vorsorgeuntersuchung – Koloskopie (LE=je Sitzung) Untersuchung gemäß nationalem Vorsorgeprogramm
<b>ZN885</b>	Vorsorgeuntersuchung – Labor und andere (LE=je Sitzung) Untersuchung gemäß nationalem Vorsorgeprogramm

<b>ZQ511</b>	<p>Spezielle Entwicklungsdiagnostik (LE=je Sitzung)</p> <p>Untersuchung des Entwicklungsstandes betreffend Kognition, Emotionalität und Bindungsqualität bei Kindern, Beurteilung der altersgemäßen Haltungs- und Bewegungskontrolle, Beurteilung des Muskeltonus, der Eigen- und Fremdre reflexe sowie der Hirnnerven</p>
<b>ZZ532</b>	<p>Fachspezifische Erstuntersuchung (Anamnese, fachspezifische Basisuntersuchung) (LE=je Sitzung)</p> <p>Fachspezifische Anamneseerhebung und körperliche Untersuchung bei Erstkontakten, ggf. Erstellung eines Diagnostik-/Therapieplans</p>
<b>ZZ533</b>	<p>Fachspezifische Folgekonsultation (Befundbesprechung/Kontrollen) (LE=je Sitzung)</p> <p>Fachspezifische Dekurserhebung, Befundbesprechung, Kontrolluntersuchung bei Folgekontakten, ggf. Anpassung des Diagnostik-/Therapieplans</p>
<b>ZZ534</b>	<p>Telemedizinische Folgekonsultation (Befundbesprechung, Therapieplan) (LE=je Sitzung)</p> <p>Fachspezifische Dekurserhebung, Befundbesprechung, Kontrolluntersuchung bei Folgekontakten, ggf. Anpassung des Diagnostik-/Therapieplans. Hinweise zur Codierung telemedizinischer Leistungen siehe Handbuch Medizinische Dokumentation.</p>
<b>ZZ550</b>	<p>Nicht-ärztliches Gespräch und Untersuchung, Statuserhebung (LE=je Sitzung)</p> <p>Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Patient:in und Therapeut:in, Hebamme, Sozialarbeiter:in, DGKP mit spezieller Ausbildung.</p> <p><b>Nicht:</b> Ausführliche klinisch-psychologische Exploration (AM520).</p>
<b>ZZ551</b>	<p>Telemedizinische nicht-ärztliche diagnostisch-therapeutische Aussprache (LE=je Sitzung)</p> <p>Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Patient:in und Therapeut:in, Hebamme, Sozialarbeiter:in, DGKP mit spezieller Ausbildung.</p> <p><b>Nicht:</b> Ausführliche klinisch-psychologische Exploration (AM520). Hinweise zur Codierung telemedizinischer Leistungen siehe Handbuch Medizinische Dokumentation.</p>
<b>ZZ555</b>	<p>Opferschutz (Spurensicherung und Beratungsgespräch) (LE=je Sitzung)</p> <p>Genauere Untersuchung aller betroffenen Areale des Körpers (z.B. gynäkologische oder urologische Untersuchung, Untersuchung der Haut, Untersuchung des Mund-/Rachenraumes auf Petechien), Asservierung von Gegenständen, Abnahme von DNA Spuren von allen Körperregionen, genaue Dokumentation inkl. Fotodokumentation und aller erforderlichen Formulare sowie Durchführung eines Gesprächs entsprechend Gewaltschutzgesetz inkl. Klärung der Anzeigepflicht und Abklärung der Gefährdungssituation, ggf. Veranlassung geeigneter Maßnahmen für Schutz und Sicherheit. Leistungserbringung durch Ärzte/Ärztinnen, Pfleger:innen, Psychologen/Psychologinnen und Sozialarbeiter:innen</p>
<b>ZZ581</b>	<p>Diabetes-Schulung (LE=je Behandlungstag)</p> <p>Einzelschulung im Rahmen eines Schulungsprogramms nach Terminvereinbarung. Die spezielle Ernährungsberatung ist unter ZZ601 zu codieren.</p>

<b>ZZ582</b>	Inkontinenz-Schulung (LE=je Behandlungstag) Einzelschulung im Rahmen eines Schulungsprogramms nach Terminvereinbarung
<b>ZZ583</b>	Anleitung zur Stoma-Versorgung (LE=je Behandlungstag) Einzelschulung im Rahmen eines Schulungsprogramms nach Terminvereinbarung
<b>ZZ584</b>	Anleitung zum Umgang mit Schmerzpumpen (LE=je Behandlungstag) Einzelschulung im Rahmen eines Schulungsprogramms nach Terminvereinbarung
<b>ZZ585</b>	Anleitung zur Peritonealdialyse (LE=je Behandlungstag) Einzelschulung im Rahmen eines Schulungsprogramms nach Terminvereinbarung
<b>ZZ586</b>	Gedächtnistraining (LE=je Behandlungstag) Einzeltraining im Rahmen eines Trainingsprogramms nach Terminvereinbarung
<b>ZZ590</b>	Ambulant durchgeführte Gruppenschulung (LE=je Behandlungstag) Ambulant durchgeführte Schulungen (Gruppenschulung), z.B. Diabetes-Schulung, Hypertonie-Schulung, Rheuma-Schulung, Geburtsvorbereitungskurse, Neugeborenen-Reanimationskurse, Funktionstraining, Gedächtnistraining
<b>ZZ601</b>	Spezielle Ernährungsberatung (LE=je Sitzung) Individuelle Beratung und Erstellung von individuellen Ernährungsplänen, eigenständige Konsultation nach Terminvereinbarung.
<b>ZZ630</b>	Ausführliche Medikationsanalyse bei Polypharmazie (LE=je Aufenthalt) Detaillierte Medikationsanalyse bei Polymedikation auf der Basis von Medikationsdaten und klinischen Daten/Patientengesprächen mit Indikations- bzw. Dosierungsprüfungen im Hinblick auf Leber- und Nierenfunktion sowie Interaktionsprüfungen, Vorschläge zur Optimierung der Arzneimitteltherapie. Durchführung im Regelfall durch klinische Pharmazeut:innen. <b>Nicht:</b> Medikationsanalyse im Rahmen der ärztlichen Konsultation.
<b>ZZ700</b>	Betreuung im Disease-Management-Programm für Diabetes mellitus (LE=je Sitzung) Leistungen gemäß nationalem Disease-Management-Programm "Therapie aktiv"

## 18.02 Diagnostik und Therapie – Blut, blutbildendes System

<b>Code</b>	<b>Leistungsbezeichnung</b> <b>Leistungsbeschreibung</b>
<b>FV531</b>	Verabreichung von Erythrozytenkonzentraten (1 Beutel) (LE=je Applikation) Verabreichung von Erythrozytenkonzentraten (außer XA230)

<b>FZ510</b>	Knochenmarkpunktion/Knochenmarkbiopsie (LE=je Sitzung) Entnahme eines Knochen(mark)zylinders (Myelotomie), meist aus dem Beckenkamm durch Ausstanzung. Die Entnahme von Untersuchungsmaterial (ZV510) ist inkludiert. <b>Nicht:</b> Gelenkspunktion (PB510).
<b>FZ989</b>	Sonstige nicht operative Diagnostik/Therapie – Blut, Blutbildendes System, Immunsystem, Lymphsystem (LE=je Sitzung) Diagnostische/therapeutische Maßnahme(n), unter keiner anderen Position codierbar

## 18.03 Physiotherapie und Physikalische Therapien

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
<b>PD510</b>	Unterwasserdruckstrahlmassage (LE=je Sitzung) Unterwasserdruckstrahlmassage, Wanneninhalt mindestens 400 l, Leistung der Apparatur mindestens 400 kPa (4 bar)
<b>PE510</b>	Physiotherapie: Bewegungstherapie (Einzeltherapie) (LE=je Sitzung) Physiotherapeutische Behandlung mit ärztlichen/nichtärztlichen Therapeut:innen als Einzeltherapie: Rehabilitations-, Krafttraining zur Mobilisation und Muskelkräftigung, neurophysiologische Bewegungstherapie (z.B. Bobath, Schroth, PNF, funktionelle Bewegungslehre), Heilgymnastik. <b>Nicht:</b> Bewegungstherapie im Wasser (PE530), Bewegungstherapie mit Geräten (PE550), Manuelle Therapie (LH510, PE590).
<b>PE520</b>	Physiotherapie: Bewegungstherapie (Gruppentherapie) (LE=je Sitzung) Physiotherapeutische Behandlung mit ärztlichen/nichtärztlichen Therapeut:innen als Gruppentherapie: Rehabilitations-, Krafttraining zur Mobilisation und Muskelkräftigung, neurophysiologische Bewegungstherapie (z.B. Bobath, Schroth, PNF, funktionelle Bewegungslehre), Heilgymnastik, 2 bis 6 Teilnehmer. <b>Nicht:</b> Bewegungstherapie im Wasser (PE540), Bewegungstherapie mit Geräten (PE550).
<b>PE530</b>	Physiotherapie: Bewegungstherapie im Wasser (Einzeltherapie) (LE=je Sitzung) Physiotherapeutische Behandlung mit ärztlichen/nichtärztlichen Therapeut:innen als Einzeltherapie, Durchführung im Bewegungsbad. <b>Nicht:</b> Bewegungstherapie (PE510, PE550), Unterwasserdruckstrahlmassage (PD510).
<b>PE540</b>	Physiotherapie: Bewegungstherapie im Wasser (Gruppentherapie) (LE=je Sitzung) Physiotherapeutische Behandlung mit ärztlichen/nichtärztlichen Therapeut:innen als Gruppentherapie, Durchführung im Bewegungsbad. <b>Nicht:</b> Bewegungstherapie (PE520, PE550), Unterwasserdruckstrahlmassage (PD510).

<b>PE550</b>	<p>Physiotherapie: Bewegungstherapie mit Geräten (Einzeltherapie) unter Aufsicht (LE=je Sitzung)</p> <p>Bewegungstherapie mit Geräten oder anderen Heilbehelfen, z.B. mechanische Streckung der Wirbelsäule, gezielte Extension der Wirbelsäule, Traktion von Gelenken, unter Aufsicht. <b>Nicht:</b> Bewegungstherapie (PE510, PE520, PE530, PE540).</p>
<b>PE580</b>	<p>Medizinische Massage (LE=je Sitzung)</p> <p>Klassische Massage oder Heilmassage, Spezialmassagen: Meridian-, Akupunkt-massage, Shiatsu, Bindegewebsmassage, Marnitz-Therapie, Fußreflexzonenmassage, Narbenmassage/-mobilisation, Periostmassage, Kolonmassage, Druckpunkt- und Triggerpunkttechniken. <b>Nicht:</b> Unterwasserdruckstrahlmassage (PD510), Manuelle Therapie (LH510, PE590).</p>
<b>PZ590</b>	<p>Zellenbad (LE=je Sitzung)</p> <p>Hydrogalvanisches Teilbad für Arme und Beine in getrennten Wannen, bei dem Gleichstrom durch den Körper von einer Extremität zur anderen fließt. <b>Nicht:</b> Medizinisches Bad (ZN790), Elektrotherapie (ZN740).</p>
<b>ZN740</b>	<p>Elektrotherapie (LE=je Sitzung)</p> <p>Therapeutische Anwendung des elektrischen Stroms, z.B. Behandlung mit Wechselströmen hoher Frequenz (Hochfrequenztherapie), konstant fließendem Gleichstrom (Galvanisation), niederfrequenten Gleichstromimpulsen (Niederfrequenztherapie). Ultrareizstrom, Faradisation, Schwellstrom, diodynamischer Strom, Impuls-galvanisation, Iontophorese, Exponentialstrom, TENS, Hochvolt, stochastische Ströme, Kurzwelle, Mikrowelle, Dezimeterwelle. <b>Nicht:</b> Zellenbad (PZ590).</p>
<b>ZN750</b>	<p>Ultraschalltherapie (LE=je Sitzung)</p> <p>Therapeutische Anwendung von Ultraschall</p>
<b>ZN760</b>	<p>Magnetfeldtherapie (LE=je Sitzung)</p> <p>Therapeutische Anwendung von Magnetfeldern z.B. bei Wundheilungsstörungen, degenerativen Knochenerkrankungen, Migräne, CMS–Magnetstimulation</p>
<b>ZN775</b>	<p>Wärme- oder Kältetherapie (LE=je Sitzung)</p> <p>Lokale Wärme- oder Kälteanwendung mit Packungen oder Wickeln (z.B. Fango, Parafango, Paraffin, Schlamm, Moor, Eispackung, kalte Wickel, kalte Güsse) sowie Licht (Infrarot, Flächenlaser, Rotlicht, Wärmelampe) oder Luft (Heißluft, Kaltluft)</p>
<b>ZN790</b>	<p>Medizinisches Bad (LE=je Sitzung)</p> <p>Medizinalbäder, z.B. Paraffin-, CO2-, Sprudel-, Schwefel-, Solebad. <b>Nicht:</b> Zellenbad (PZ590).</p>



## 18.04 Ergotherapie, Logopädie und andere Therapien

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
AM620	Musiktherapie (Einzeltherapie) (LE=je Sitzung) Behandlung mit dem künstlerischen Medium Musik innerhalb einer therapeutischen Beziehung durch anerkannte/n Musiktherapeut/in, Einzelsetting
AM630	Musiktherapie (Gruppentherapie) (LE=je Sitzung) Behandlung mit dem künstlerischen Medium Musik innerhalb einer therapeutischen Beziehung durch anerkannte/n Musiktherapeut/in, Gruppensetting
GK540	Logopädisch-phoniatrische Therapie (Einzeltherapie) (LE=je Sitzung) Stimmtherapie und/oder Sprachtherapie durch Logopädinnen/Logopäden als Einzelbehandlung, Dauer orientierend 30 Minuten
GK550	Logopädisch-phoniatrische Therapie (Gruppentherapie) (LE=je Sitzung) Stimmtherapie und/oder Sprachtherapie durch Logopädinnen/Logopäden als Gruppenbehandlung, Dauer orientierend 60 Minuten
ZN840	Ergotherapie (Einzeltherapie) (LE=je Sitzung) Funktionell therapeutische Übungen im Einzelsetting: Mobilisation, Sensibilitäts-training, Training der Feinmotorik, Koordination, Kraft, ATL-Training und/oder Hilfsmittelversorgung, Selbsthilfettraining
ZN850	Ergotherapie (Gruppentherapie) (LE=je Sitzung) Funktionell therapeutische Übungen im Gruppensetting: Mobilisation, Sensibilitäts-training, Training der Feinmotorik, Koordination, Kraft, ATL-Training und/oder Hilfsmittelversorgung, Selbsthilfettraining

## 18.05 Diagnostische und therapeutische Punktionen ohne Organbezug

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
LM510	Punktion der Brust- oder Bauchhöhle (LE=je Sitzung) Punktion der Brust- oder Bauchhöhle zu therapeutischen Zwecken (Entlastung), auch ultraschallgezielt. Die Entnahme von Untersuchungsmaterial ist inkludiert.
ZN510	Biopsie/Probeexzision (LE=je Sitzung) Stanzung, Punktion, Probeexzision mit oder ohne Naht inkl. Entnahme von Untersuchungsmaterial zur histologischen Befundung als eigenständiger Eingriff. <b>Nicht:</b> gerätegezielte Biopsien (ZN010-ZN040).

<b>ZN520</b>	Punktion von Zysten und anderen flüssigkeitsgefüllten Hohlräumen (LE=je Sitzung) Entlastungspunktion von flüssigkeitsgefüllten Hohlräumen inkl. Logendruckmessung, inkl. allf. Entnahme von Untersuchungsmaterial. <b>Nicht:</b> Punktion der Brust- oder Bauchhöhle (LM510), Gelenkpunktion (PB510), Lumbalpunktion (AV510).
<b>ZN530</b>	Anlage oder Wechsel einer Sonde oder Drainage (LE=je Sitzung) Legen oder Wechseln einer Sonde oder Drainage, z.B. gastronasale Ernährungssonde, Darmrohr, inkl. allf. Entnahme von Untersuchungsmaterial. <b>Nicht:</b> Gerätegezielte Drainagen (ZN540, ZN090-ZN110), Anlage eines suprapubischen Harnkatheters (JD551, JD552), Anlage einer PEG-Sonde (HF030).
<b>ZN560</b>	Infiltration (LE=je Sitzung) Subkutane (Quaddeln), intramuskuläre, periartikuläre oder periradikuläre Infiltration ohne Bildgebung
<b>ZV510</b>	Entnahme von Untersuchungsmaterial zur in-vitro-Diagnostik (LE=andere) Entnahme von Materialien (Blut, Sekret, Sputum, Punktat, Katheter, Magensaft, Abstriche, etc.) als eigenständiger Eingriff. Nicht zusätzlich zu anderen Eingriffen (Endoskopien, Punktionen, etc.) zu erfassen.
<b>ZZ571</b>	Impfung (LE=je Sitzung) Verabreichung von Impfstoffen jeglicher Art durch medizinisches Personal
<b>ZZ573</b>	Intravenöse Medikamentenverabreichung (LE=je Sitzung) Intravenöse Verabreichung von Medikamenten durch Injektion, Infusion. <b>Nicht:</b> andere Medikamentenverabreichung wie z.B. oral, subkutan, intramuskulär (nicht zu codieren). Nicht zusätzlich zur Verabreichung von Erythrozytenkonzentraten (FV531), onkologischen Pharmakotherapie (XA010–XC990), Pharmakotherapie seltener Erkrankungen (XE010–XS099) zu codieren.

## 18.06 Sonstige diagnostische und therapeutische Verfahren

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
<b>FV520</b>	Ambulante hyperbare Oxygenierung (LE=je Sitzung) Atmen von Sauerstoff in einer Überdruckkammer (hyperbare Druckkammer)
<b>XY999</b>	Leistung mit noch offener endgültiger Zuordnung (LE=andere) Keine Primärcodierung, Wartungsposition für temporäre Zuordnung bis zur Klärung der endgültigen Abbildung (bestehende Position, neue Leistung nach Kriteriendurchlauf).
<b>ZN420</b>	Anwendung von computerassistierten Diagnosesystemen (KI) (LE=je Sitzung) Detektion und Charakterisierung von Auffälligkeiten (z.B. von Kolonpolypen) in der bildgebenden Diagnostik/Endoskopie durch Anwendung von auf künstlicher Intelligenz (KI) basierten Diagnosesystemen.

<b>ZR510</b>	<p>Akupunktur (LE=je Sitzung)</p> <p>Durchführung der Akupunktur gemäß dem erstellten Therapieplan, Aufsuchen der spezifischen Akupunkturpunkte und exakte Lokalisation, Nadelung akupunktur-spezifischer Punkte mit sterilen Einmalnadeln, Verweildauer der Nadeln orientierend 20 Minuten</p>
--------------	---

## 18.07 Mehrstündige ambulante Betreuung

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
<b>FZ520</b>	<p>Therapie bei Kindern mit Immunsuppression (LE=je Behandlungstag)</p> <p>Fachspezifische Untersuchung, Kontrolle der Laborparameter, intravenöse Verabreichung von Medikamenten bei Immunsuppression inklusive der erforderlichen Nachbeobachtung. Die verabreichte Medikation und der Grund der Immunsuppression sind in der Patientenakte zu hinterlegen und auf Anfrage zu übermitteln. <b>Anmerkung:</b> ambulante Leistung, keine Codierung nach stationärer Aufnahme.</p>
<b>XB510</b>	<p>Beobachtung/Therapie der Nebenwirkungen bei Kindern mit onkologischen Erkrankungen (LE=je Behandlungstag)</p> <p>Fachspezifische Untersuchung, Kontrolle der Laborparameter, intravenöse Verabreichung von Medikamenten inklusive der erforderlichen Nachbeobachtung bei schweren Nebenwirkungen onkologischer Therapien (Neutropenie, Emesis, etc.). Die verabreichte Medikation und die Art der schweren Nebenwirkungen sind in der Patientenakte zu hinterlegen und auf Anfrage zu übermitteln. <b>Anmerkung:</b> ambulante Leistung, keine Codierung nach stationärer Aufnahme.</p>
<b>ZZ710</b>	<p>Mehrstündige Betreuung und Beobachtung auf einem dafür vorgesehenen ambulanten Betreuungsplatz in einer ambulanten Erstversorgungseinheit (LE=je Sitzung)</p> <p>Mehrstündige (im Regelfall zumindest 6 Stunden) Beobachtung/Betreuung bei akuter Gesundheitsgefährdung auf einem dafür vorgesehenen Betreuungsplatz in einer genehmigten Erstversorgungseinheit (an Stelle einer stationären Aufnahme zur Beobachtung bis zu 24 Stunden). <b>Anmerkung:</b> ambulante Leistung, keine Codierung nach stationärer Aufnahme.</p>

<b>ZZ721</b>	<p>Strukturierte Diagnostik/Therapie bei neurologischen Erkrankungen (LE=je Behandlungstag)</p> <p>Strukturierte Abklärung/Behandlung bei neurologischen Erkrankungen durch ein multidisziplinäres Team. Mindestinhalte: Strukturierter Tagesablauf mit mindestens 4 diagnostischen/therapeutischen Einheiten (aus abgebildeten oder nicht abgebildeten spezifischen Leistungen). Der Tagesablauf mit den erbrachten diagnostischen/therapeutischen Einheiten ist in der Patientenakte zu hinterlegen. Die Abrechnung der Leistung ZZ721 erfordert eine Genehmigung durch den Landesgesundheitsfonds nach Punkt 5.2 der Modellbeschreibung ambulant. Inkludierte abgebildete Leistungen: fachspezifische Untersuchung (ZZ532, ZZ533), spezifische Untersuchungen (z.B. Dopa-Test, EEG (AA510), EMG (PF520), ENG (AJ510), Lumbalpunktion (AV510), bildgebende Diagnostik (CT, MR), klinisch-psychologische Diagnostik/Beratung (AM520, AM530, AM535, AM590), Behandlung bei psychosomatischen Beschwerden (AM550), Psychotherapie (AM560, AM570), Entspannungstherapie (AM600, AM610), Bewegungstherapie (PE510, PE520, PE530, PE540, PE550), nicht-ärztliches Gespräch (ZZ550), Ergotherapie (ZN840, ZN850), Logopädisch-phoniatische Therapie (GK540, GK550), Infiltrationen (ZN560, ZN562, ZN565, ZN570). Keine zusätzliche Bepunktung der inkludierten Leistungen bzw. von Leistungen aus den APG00.10, APG00.20, APG00.25, APG01.01, APG01.21, APG 12.11, APG 12.21, APG18.01. <b>Anmerkung:</b> ambulante Leistung, keine Codierung nach stationärer Aufnahme.</p>
<b>ZZ722</b>	<p>Strukturierte Entwicklungsdiagnostik bei Kindern/Jugendlichen mit neuropädiatrischen Auffälligkeiten (LE=je Behandlungstag)</p> <p>Strukturierte Abklärung bei Kindern/Jugendlichen mit neuropädiatrischen Auffälligkeiten durch ein multidisziplinäres Team. Mindestanforderungen: Strukturierter Tagesablauf mit mindestens 4 diagnostischen/therapeutischen Einheiten (aus abgebildeten oder nicht abgebildeten spezifischen Leistungen). Der Tagesablauf mit den erbrachten diagnostischen/therapeutischen Einheiten ist in der Patientenakte zu hinterlegen. Die Abrechnung der Leistung ZZ722 erfordert eine Genehmigung durch den Landesgesundheitsfonds nach Punkt 5.2 der Modellbeschreibung ambulant. Inkludierte abgebildete Leistungen: fachspezifische Untersuchung (ZZ532, ZZ533), psychologische Testung (AM520, AM530, AM535), Assessment durch Physio- und Ergotherapeut:innen und Logopädinnen bzw. Logopäden (ZZ550). Keine zusätzliche Bepunktung der inkludierten Leistungen bzw. von Leistungen aus den APG00.10, APG00.20, APG00.25, APG01.01, APG01.21. <b>Anmerkung:</b> ambulante Leistung, keine Codierung nach stationärer Aufnahme.</p>

<b>ZZ723</b>	<p>Strukturierte Nachsorge nach Schlaganfall und TIA (LE=je Behandlungstag)</p> <p>Einmalige strukturierte Nachsorge nach akutem ischämischen Schlaganfall oder TIA durch ein multidisziplinäres Team, bestehend aus Ärztinnen bzw. Ärzten, Diplompflege, Therapeut:innen und Sozialarbeiter:innen. Die Abrechnung der Leistung ZZ723 erfordert eine Genehmigung durch den Landesgesundheitsfonds nach Punkt 5.2 der Modellbeschreibung ambulant. Die Genehmigung ist gebunden an das Vorhandensein einer Stroke-Unit. Mindestinhalte und inkludierte abgebildete Leistungen: fachspezifische Untersuchung (ZZ532, ZZ533), kognitive Testung (AM530, AM535), Screening nach Schlaganfallkomplikationen (Post-Stroke Checklist) inklusive Depression (Beck-Depressions-Inventar) und Schmerz-Assessment, Pflege-Assessment, Blutabnahme (ZV510), Messung von Risikofaktoren (Blutdruck, Körpergewicht, Bauch- und Hüftumfang, LDL Cholesterin etc.) (ZX580), Assessment durch Physio- und Ergotherapeut:innen und Logopädinnen bzw. Logopäden (ZZ550), Beratung durch das Stroke-Team und Informationstransfer an die weiterbetreuenden Ärztinnen bzw. Ärzte sowie fakultativ eine Neurosonographie (EA510, EB510). Keine zusätzliche Bepunktung der inkludierten Leistungen bzw. von Leistungen aus den APG00.10, APG00.20, APG00.25, APG01.01, APG01.21. <b>Anmerkung:</b> ambulante Leistung, keine Codierung nach stationärer Aufnahme.</p>
<b>ZZ750</b>	<p>Nachsorge/Therapie bei Kindern nach Organtransplantation (LE=je Behandlungstag)</p> <p>Fachspezifische Untersuchung, Kontrolle der Laborparameter, intravenöse Verabreichung von Medikamenten (z.B. hochdosierte Glukokortikoide) bei Kindern nach Organtransplantation inklusive der erforderlichen Nachbeobachtung.</p> <p><b>Anmerkung:</b> ambulante Leistung, keine Codierung nach stationärer Aufnahme.</p>

# 20 Therapie auf Spezialabteilungen

## 20.01 Stationäre Behandlungseinheiten

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
<b>ZZ040</b>	Behandlung auf einer AIDS-Station (LE=je Behandlungstag)

## 20.02 Tagesbehandlungen in speziellen ambulanten Bereichen

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
<b>AM060</b>	Tagesklinische Behandlung in der Psychiatrie (LE=je Behandlungstag)
<b>AM070</b>	Tagesstrukturierende Behandlung in der Psychiatrie (LE=je Behandlungstag)
<b>AM080</b>	Tagesstrukturierende Behandlung in der Psychiatrie – Nachtambulanz (LE=je Behandlungstag)
<b>AM090</b>	Tagesklinische Behandlung in der Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R) (LE=je Behandlungstag)
<b>AM110</b>	Tagesklinische Behandlung auf einer Einheit für Psychosomatik und Psychotherapie (PSO) für Erwachsene (LE=je Behandlungstag)
<b>AM120</b>	Tagesklinische Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) (LE=je Behandlungstag)
<b>AM130</b>	Tagesstrukturierende Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) (LE=je Behandlungstag)
<b>AM150</b>	Tagesklinische Behandlung auf einer Einheit für Psychosomatik und Psychotherapie (PSO) für Kinder und Jugendliche (LE=je Behandlungstag)

# 21 Onkologische Therapie und andere Pharmakotherapie

## 21.01 Stammzelltransplantation

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
<b>FZ040</b>	Gewinnung von Stammzellen aus Knochenmark/Blut – ohne Purgung (LE=je Mobilisierungszyklus) Gewinnung hämatopoetischer Stammzellen durch Stamzellpheresen bei hämatologisch- onkologischer Indikation exklusive Mobilisierung durch Zytokine

## 21.02 Onkologische Therapie

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
<b>AH510</b>	Intrathekale Therapie/intracavitäre Therapie bei Hirntumoren (LE=je Behandlungstag) Verabreichung von Chemotherapeutika in den Liquorraum bzw. intrakraniell
<b>XA010</b>	Onkologische Therapie – andere Substanzen: Arsentrioxid (LE=je Applikation)
<b>XA020</b>	Onkologische Therapie – andere Substanzen: Bortezomib: 1,3 mg/m <sup>2</sup> (LE=je Applikation)
<b>XA022</b>	Onkologische Therapie – andere Substanzen: Carfilzomib (LE=je Applikation) LE= 1 Applikation mit 20 bis 36 mg/m <sup>2</sup>
<b>XA025</b>	Onkologische Therapie – andere Substanzen: Azacitidin 75 mg/m <sup>2</sup> (LE=je Applikation)
<b>XA028</b>	Onkologische Therapie – andere Substanzen: Mifamurtide 2 mg/m <sup>2</sup> (LE=je Applikation)
<b>XA029</b>	Onkologische Therapie – andere Substanzen: Tagraxofusp 12 µg/kg KG (LE=je Applikation) Verabreichung von 12 µg/kg KG an den Tagen 1-5 eines 21 tägigen Zyklus
<b>XA030</b>	Onkologische Therapie – andere Substanzen: Temsirolimus (LE=je Applikation) Therapie bei fortgeschrittenem Nierenzellkarzinom

<b>XA035</b>	Onkologische Therapie – onkolytische virale Immuntherapie: Talimogen laherparepvec 1 ml (LE=je Applikation)
<b>XA038</b>	Onkologische Therapie – Interferon Alpha HD: 20 Mio iE i.v. (LE=je Applikation)
<b>XA042</b>	Onkologische Therapie – monoklonaler Antikörper Aflibercept: 4 mg/kg KG (LE=je Applikation)
<b>XA051</b>	Onkologische Therapie – monoklonaler Antikörper Gemtuzumab Ozogamicin: 3 mg/m <sup>2</sup> (LE=je Applikation) LE=1 Applikation mit 3 mg/m <sup>2</sup> (max. 5 mg abs.)
<b>XA052</b>	Onkologische Therapie – monoklonaler Antikörper Amivantamab (1050 oder 1400 mg) (LE=je Applikation) Verabreichung von 1050 mg (bei < 80 kg KG) oder 1400 mg (bei >= 80 kg KG) im Monat 1 wöchentlich, ab Monat 2 alle 2 Wochen
<b>XA054</b>	Onkologische Therapie – monoklonaler Antikörper Atezolizumab: 1200 mg abs. (LE=je Applikation)
<b>XA055</b>	Onkologische Therapie – monoklonaler Antikörper Atezolizumab: 840 mg abs. (LE=je Applikation) Verabreichung von 840 mg alle 2 Wochen (Anzahl 1) oder von 1680 mg (Anzahl 2) alle 4 Wochen
<b>XA056</b>	Onkologische Therapie – monoklonaler Antikörper Avelumab: 10 mg/kg KG (LE=je Applikation) Verabreichung von 800 mg (absolut) alle 2 Wochen
<b>XA060</b>	Onkologische Therapie – monoklonaler Antikörper Bevacizumab: 2,5 mg/kg KG (LE=je Applikation) LE=2,5 mg/kg KG entsprechend einer Wochendosis bei kolorektalem Karzinom, bei anderen Entitäten höhere Dosierung erforderlich
<b>XA062</b>	Onkologische Therapie – monoklonaler Antikörper Blinatumomab (LE=je Applikation) LE=1 Applikation mit 28-35 µg abs. per Dauerinfusion
<b>XA063</b>	Onkologische Therapie – monoklonaler Antikörper Belantamab-Mafodotin: 2,5 mg/kg KG (LE=je Applikation) <b>Hinweis:</b> Ursprüngliche Kalkulation bezieht sich auf eine Ampulle, für 2,5 mg/kg KG sind 2 Ampullen erforderlich, daher Codierung mit Anzahl 2
<b>XA064</b>	Onkologische Therapie – monoklonaler Antikörper Brentuximab Vedotin: 1,8 mg/kg KG (LE=je Applikation)
<b>XA068</b>	Onkologische Therapie – monoklonaler Antikörper Catumaxomab: 10 µg (LE=je Applikation)



<b>XA069</b>	Onkologische Therapie – monoklonaler Antikörper Cemiplimab: 350 mg (LE=je Applikation) LE=1 Applikation mit 350 mg abs. (intravenöse Infusion alle 3 Wochen)
<b>XA070</b>	Onkologische Therapie – monoklonaler Antikörper Cetuximab: 250 mg/m <sup>2</sup> (LE=je Applikation) LE=250 mg/m <sup>2</sup> (bzw. 400 mg/m <sup>2</sup> bei erstmaliger Verabreichung), entsprechend einer Wochendosis
<b>XA071</b>	Onkologische Therapie – monoklonaler Antikörper Daratumumab 16 mg/kg KG (LE=je Applikation) LE=1 Applikation mit 16 mg/kg KG iv. oder 1800 mg abs. sc.
<b>XA072</b>	Onkologische Therapie – monoklonaler Antikörper Elotuzumab 10 mg/kg KG (LE=je Applikation)
<b>XA073</b>	Onkologische Therapie – monoklonaler Antikörper Inotuzumab Ozogamicin: 0,5 (0,8) mg/m <sup>2</sup> (LE=je Applikation)
<b>XA074</b>	Onkologische Therapie – monoklonaler Antikörper Ipilimumab: 3 mg/kg KG i.v. (LE=je Applikation) LE=1 Applikation mit 3 mg/kg KG, alle 3 Wochen
<b>XA075</b>	Onkologische Therapie – monoklonaler Antikörper Nivolumab: 3 mg/kg KG bzw. 240 mg abs. i.v. (LE=je Applikation) LE=1 Applikation mit 240 mg abs. bzw. 3 mg/kg KG, alle 2 Wochen, bei Verabreichung von 480 mg abs. (alle 4 Wochen) ist mit Anzahl 2 zu codieren.
<b>XA076</b>	Onkologische Therapie – monoklonaler Antikörper Obinutuzumab (LE=je Applikation) Entsprechend 1000 mg, Aufteilung auf 100mg + 900mg entspricht einer Applikation
<b>XA080</b>	Onkologische Therapie – monoklonaler Antikörper Panitumumab: 3 mg/kg KG (LE=je Applikation) LE=1 Applikation mit 3 mg/kg KG entsprechend einer Wochendosis, bei Verabreichung von 6 mg/kg KG (alle 2 Wochen) ist mit Anzahl 2 zu codieren.
<b>XA081</b>	Onkologische Therapie – monoklonaler Antikörper Pembrolizumab (LE=je Applikation) LE=1 Applikation mit 2 mg/kg KG bzw. 200 mg abs. (für 3 Wochen)
<b>XA082</b>	Onkologische Therapie – monoklonaler Antikörper Pertuzumab: 420 mg abs. (LE=je Applikation)
<b>XA083</b>	Onkologische Therapie – monoklonaler Antikörper Polatuzumab Vedotin: 1,8 mg/kg KG (LE=je Applikation) LE=1 Applikation mit 1,8 mg/kg KG (intravenöse Infusion alle 3 Wochen)

<b>XA084</b>	Onkologische Therapie – monoklonaler Antikörper Ipilimumab: 1 mg/kg KG i.v. (LE=je Applikation) LE=1 Applikation mit 1 mg/kg KG (z.B. alle 3 Wochen in Kombination mit XA075), die Verabreichung von 3 mg/kg KG ist unter XA074 zu codieren.
<b>XA085</b>	Onkologische Therapie – monoklonaler Antikörper Nivolumab: 1 mg/kg KG i.v. (LE=je Applikation) LE=1 Applikation mit 1 mg/kg KG (z.B. alle 3 Wochen in Kombination mit XA074), die Verabreichung von 240 mg oder 480 mg ist unter XA075 zu codieren.
<b>XA086</b>	Onkologische Therapie – monoklonaler Antikörper Relatlimab/Nivolumab: 160/480 mg abs. (LE=je Applikation) LE=1 Applikation mit 480 mg Nivolumab und 160 mg Relatlimab (als intravenöse Infusion alle 4 Wochen)
<b>XA088</b>	Onkologische Therapie – monoklonaler Antikörper Ramucirumab: 8–10 mg/kg KG (LE=je Applikation) LE=1 Applikation mit 8–10 mg/kg KG, alle 2 Wochen
<b>XA090</b>	Onkologische Therapie – monoklonaler Antikörper Rituximab (Anti-CD20) (LE=je Applikation) LE=1 Applikation mit 375–500 mg/m <sup>2</sup> iv. oder 1400 mg sc.
<b>XA091</b>	Onkologische Therapie – monoklonaler Antikörper Tafasitamab (12 mg/kg KG) (LE=je Applikation) Verabreichung von 12 mg/kg KG gemäß Zeitplan (Tag 1, 4, 8, 15 und 22 des 1. Zyklus, danach Tag 1, 8, 15, 22, ab 4. Zyklus Tag 1 und 15)
<b>XA092</b>	Onkologische Therapie – monoklonale Antikörper Pertuzumab und Trastuzumab: 1200 mg abs. und 600 mg abs. (LE=je Applikation) Initialdosis
<b>XA094</b>	Onkologische Therapie – monoklonale Antikörper Pertuzumab und Trastuzumab: 600 mg abs. und 600 mg abs. (LE=je Applikation) Erhaltungsdosis (alle 3 Wochen)
<b>XA100</b>	Onkologische Therapie – monoklonaler Antikörper Trastuzumab (Anti-HER2): 6 mg/kg KG (LE=je Applikation)
<b>XA110</b>	Onkologische Therapie – monoklonaler Antikörper Trastuzumab (Anti-HER2): 2 mg/kg KG (LE=je Applikation)
<b>XA111</b>	Onkologische Therapie – monoklonaler Antikörper Trastuzumab-Deruxtecan: 5,4 oder 6,4 mg/kg KG (LE=je Applikation) Verabreichung von 5,4 oder 6,4 mg/kg KG alle 3 Wochen
<b>XA112</b>	Onkologische Therapie – monoklonaler Antikörper Trastuzumab Emtansin: 3,6 mg/kg KG (LE=je Applikation)

<b>XA114</b>	Onkologische Therapie – monoklonaler Antikörper Denosumab: 120 mg abs. (LE=je Applikation)
<b>XA115</b>	Onkologische Therapie – monoklonaler Antikörper Necitumumab 800 mg abs. (LE=je Applikation)
<b>XA116</b>	Onkologische Therapie – monoklonaler Antikörper Dinutuximab beta: 20 mg/m <sup>2</sup> (LE=je Applikation) LE=1 Applikation mit 20 mg/m <sup>2</sup> , Codierung 5x pro Zyklus entweder mit Anzahl 1 an 5 Tagen oder mit Anzahl 5 am Tag 1 der Dauerinfusion mit 100 mg/m <sup>2</sup>
<b>XA117</b>	Onkologische Therapie – monoklonaler Antikörper Durvalumab: 10 mg/kg KG (LE=je Applikation) LE=1 Applikation mit 10 mg/kg KG alle 2 Wochen, bei Verabreichung von 1500 mg abs. ist mit Anzahl 2 zu codieren.
<b>XA118</b>	Onkologische Therapie – monoklonaler Antikörper Isatuximab: 10 mg/kg KG (LE=je Applikation) Verabreichung von 10 mg/kg KG wöchentlich (Zyklus 1: Tag 1,8,15,22) bzw. alle 2 Wochen (weitere Zyklen)
<b>XA119</b>	Onkologische Therapie – monoklonaler Antikörper Luspatercept (LE=je Applikation) Verabreichung von 1,0 bis max. 1,75 mg/kg KG alle 3 Wochen
<b>XA120</b>	Onkologische Therapie – radioaktiv markierter monoklonaler Antikörper Anti-CD20 (Ibritumomab) (LE=je Applikation)
<b>XA121</b>	Onkologische Therapie – monoklonaler Antikörper Mogamulizumab: 1,0 mg/kg KG (LE=je Applikation) Verabreichung von 1,0 mg/kg KG wöchentlich (Zyklus 1) bzw. alle 2 Wochen (weitere Zyklen)
<b>XA122</b>	Onkologische Therapie – monoklonaler Antikörper Dostarlimab (500 mg) (LE=je Applikation) Verabreichung von 500 mg Dostarlimab alle 3 Wochen für 4 Zyklen, gefolgt von 1000 mg alle 6 Wochen
<b>XA123</b>	Onkologische Therapie – monoklonaler Antikörper Enfortumab-Vedotin (1,25 mg/kg KG) (LE=je Applikation) Verabreichung von 1,25 mg/kg KG (max. 125 mg) an den Tagen 1, 8 und 15 der 28-tägigen Behandlungszyklen
<b>XA124</b>	Onkologische Therapie – monoklonaler Antikörper Sacituzumab-Govitecan (10 mg/kg KG) (LE=je Applikation) Verabreichung von 10 mg/kg KG an den Tagen 1 und 8 der 21-tägigen Behandlungszyklen
<b>XA125</b>	Onkologische Therapie – Radium-223 Dichlorid (LE=je Applikation)

<b>XA126</b>	Onkologische Therapie – monoklonaler Antikörper Loncastuximab-Tesirin: 0,075 mg/kg KG (LE=je Applikation) LE=1 Applikation mit 0,075 mg/kg KG
<b>XA127</b>	Onkologische Therapie – monoklonaler Antikörper Mosunetuzumab: 30 mg abs. (LE=je Applikation) LE=1 Applikation mit 30 mg abs.
<b>XA128</b>	Onkologische Therapie – monoklonaler Antikörper Teclistamab 1,5 mg/kg KG (LE=je Applikation) LE=1 Applikation mit Erhaltungsdosis 1,5 mg/kg KG
<b>XA129</b>	Onkologische Therapie – monoklonaler Antikörper Tremelimumab 75 mg abs. (LE=je Applikation) LE=1 Applikation mit 75 mg abs.
<b>XA130</b>	Onkologische Therapie – intraarterielle Chemotherapie (LE=je Aufenthalt)
<b>XA149</b>	Onkologische Therapie – sonstige Chemo- oder Immuntherapie (LE=je Aufenthalt)

### 21.03 Zusätzliche onkologische Therapie

<b>Code</b>	<b>Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung</b>
<b>XA150</b>	Zusätzliche onkologische Therapie – antivirale Therapie mit Cidofovir: 5 mg/kg KG (LE=je Applikation) Intravenöse Verabreichung von Cidofovir bei (hämato-)onkologischer Grunderkrankung
<b>XA160</b>	Zusätzliche onkologische Therapie – antivirale Therapie mit Ribavirin i.v. (LE=je Applikation) Intravenöse Verabreichung von Ribavirin bei (hämato-)onkologischer Grunderkrankung
<b>XA170</b>	Zusätzliche onkologische Therapie – intravenöse Antimykotika (Anidulafungin, Caspofungin, Isavuconazol, Micafungin, Voriconazol iv.) (LE=je Behandlungstag) Intravenöse Verabreichung einer der folgenden Substanzen: Anidulafungin, Caspofungin, Isavuconazol, Micafungin, Voriconazol bei (hämato-)onkologischer Grunderkrankung
<b>XA180</b>	Zusätzliche onkologische Therapie – intravenöse Antimykotika (Liposomales Amphotericin B) (LE=je Behandlungstag) Intravenöse Verabreichung von liposomalem Amphotericin B bei (hämato-)onkologischer Grunderkrankung

<b>XA200</b>	Zusätzliche onkologische Therapie – Zytokine – G-CSF, IL-2, Gm-CSF, IF-gamma, IL-2 (LE=je Applikation) Verabreichung eines der folgenden Zytokine: G-CSF, IL-2, Gm-CSF, IF-gamma, IL-2 bei (hämato-)onkologischer Grunderkrankung. <b>Nicht:</b> IF-alpha
<b>XA210</b>	Zusätzliche onkologische Therapie – Zytokine – hochdosiertes Erythropoetin (>= 30.000 IE) (LE=je Applikation) Verabreichung von mindestens 30.000 IE Erythropoetin oder analoger Substanzen in vergleichbarer Menge (z.B. 150µg Darbepoetin) bei (hämato-)onkologischer Grunderkrankung
<b>XA220</b>	Zusätzliche onkologische Therapie – Zytokine – langwirksamer G-CSF (LE=je Applikation) Verabreichung von langwirksamem (pegyliertem) G-CSF bei (hämato-)onkologischer Grunderkrankung
<b>XA222</b>	Zusätzliche onkologische Therapie – Plerixafor (LE=je Applikation) Verabreichung von Plerixafor bei (hämato-)onkologischer Grunderkrankung
<b>XA230</b>	Zusätzliche onkologische Therapie – bestrahltes Erythrozytenkonzentrat (1 Beutel) (LE=je Applikation) Verabreichung von bestrahlten Erythrozytenkonzentraten bei (hämato-)onkologischer Grunderkrankung
<b>XA240</b>	Zusätzliche onkologische Therapie – Leukozytenkonzentrat (1 Beutel) (LE=je Applikation) Verabreichung von Leukozytenkonzentrat bei (hämato-)onkologischer Grunderkrankung
<b>XA250</b>	Zusätzliche onkologische Therapie – Thrombozytenkonzentrat (1 Beutel) (LE=je Applikation) Verabreichung von Thrombozytenkonzentrat bei (hämato-)onkologischer Grunderkrankung. Nicht bei anderen Indikationen

## 21.04 Immunglobuline und Immunsuppressiva

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
<b>XA260</b>	Behandlung mit unspezifischen IgG 10-35 g (LE=je Applikation) Verabreichung von Präparaten mit unspezifischem Immunglobulin G in einer Menge von unter 35g. <b>Nicht:</b> spezifisches IgG, andere Immunglobuline
<b>XA270</b>	Behandlung mit unspezifischen IgG > 35 g (LE=je Applikation) Verabreichung von Präparaten mit unspezifischem Immunglobulin G in einer Menge von über 35g. <b>Nicht:</b> spezifisches IgG, andere Immunglobuline

<b>XA280</b>	Zytomegalie-Immunglobulin (LE=je Aufenthalt) Verabreichung von Zytomegalie-Immunglobulin
<b>XA290</b>	Varizellen-Zoster-Immunglobulin (LE=je Aufenthalt) Verabreichung von Varizellen-Zoster-Immunglobulin
<b>XA310</b>	Antilymphozytenglobulin bei aplastischer Anämie (LE=je Behandlungstag)
<b>XA330</b>	Immunsuppressive zytostatische Therapie bei nicht-onkologischen Erkrankungen (LE=je Aufenthalt)

## 21.05 Gerinnungstherapie

<b>Code</b>	<b>Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung</b>
<b>XA341</b>	Substitution mit Einzelfaktorkonzentrat bei angeborenem Mangel an Faktor VII, Faktor VIII, Faktor IX oder Faktor XIII (LE=je Behandlungstag) Substitutionstherapie angeborener Gerinnungsstörungen mit Einzelfaktorkonzentrat. <b>Nicht:</b> Verabreichung von Prothrombinkomplex o. ä. bei z.B. Leberversagen
<b>XA350</b>	Therapie der Hemmkörper-Hämophilie mit Emicizumab 3mg/kg KG (LE=je Applikation) Bei Hämophilie A mit Faktor VIII-Hemmkörpern bzw. schwerer Hämophilie A (FVIII < 1 %) 3 mg/kg KG als Initialdosis 1x pro Woche, danach 3 mg/kg KG alle 2 Wochen

## 21.06 Chemotherapieschemata – Kinder

<b>Code</b>	<b>Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung</b>
<b>XB100</b>	Pädiatrische onkologische Therapie: Tageschemotherapie (LE=je Behandlungstag) Pädiatrisch onkologische Therapie bei ambulanten Besuchen oder 0-Tagesaufenthalt, die nicht unter einer eigenen Leistungsnummer codierbar ist.
<b>XB210</b>	Pädiatrische onkologische Therapie: Erwinia-Asparaginase (LE=je Verabreichung) Pädiatrische onkologische Therapie mit Erwinia-Asparaginase, zusätzliche Codierung von XB100/XB110 nur bei Verabreichung weiterer Substanzen
<b>XB220</b>	Pädiatrische onkologische Therapie: PEG-Asparaginase (LE=je Verabreichung) Pädiatrische onkologische Therapie mit PEG-Asparaginase, zusätzliche Codierung von XB100/XB110 nur bei Verabreichung weiterer Substanzen

<b>XB230</b>	Pädiatrische onkologische Therapie: Clofarabin (LE=je Zyklus) Pädiatrische onkologische Therapie mit Clofarabin, Codierung 1x für z.B. 4–5 aufeinanderfolgende Tage, für zusätzliche Codierung von XB100/XB110 nur bei Verabreichung weiterer Substanzen
<b>XB240</b>	Pädiatrische onkologische Therapie: Dactinomycin (LE=je Zyklus) Pädiatrische onkologische Therapie mit Dactinomycin, zusätzliche Codierung von XB100/XB110 nur bei Verabreichung weiterer Substanzen
<b>XB250</b>	Pädiatrische onkologische Therapie: Methotrexat HD (>= 1g) (LE=je Zyklus) Pädiatrische onkologische Therapie mit Methotrexat HD, Codierung 1x für z.B. 2 aufeinanderfolgende Tage, zusätzliche Codierung von XB100/XB110 nur bei Verabreichung weiterer Substanzen
<b>XB260</b>	Pädiatrische onkologische Therapie: Nelarabin (LE=je Zyklus) Pädiatrische onkologische Therapie mit Nelarabin, Codierung 1x für z.B. 4–5 aufeinanderfolgende Tage, zusätzliche Codierung von XB100/XB110 nur bei Verabreichung weiterer Substanzen
<b>XB270</b>	Pädiatrische onkologische Therapie: Trabectedin (LE=je Verabreichung) Pädiatrische onkologische Therapie mit Trabectedin, zusätzliche Codierung von XB100/XB110 nur bei Verabreichung weiterer Substanzen

## 21.07 Chemotherapieschemata – Erwachsene

<b>Code</b>	<b>Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung</b>
<b>XC012</b>	"3 + 7" (Daunorubicin) (Tag 1-7) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC016</b>	"3 + 7" (Idarubicin) (Tag 1-7) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC024</b>	ABVD (Tag 1+15) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC028</b>	ACNU (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC032</b>	ACO (CAV, EVANS) (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC036</b>	ADOC (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1

<b>XC040</b>	AIDA Induktion Zyklus (Tag 1-28) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC044</b>	AIDA – Kons. 1 (Tag 1-4) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC048</b>	AIDA – Kons. 2 (Tag 1-5) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC052</b>	AIDA – Kons. 3 (Tag 1-5) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC056</b>	AIO (Tag 1-2) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC064</b>	ALL Erhaltung Etoposid oder Teniposid/ARA-C (Tag 1-5) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC068</b>	ALL Erhaltung MTX/ASP (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC070</b>	ALL Erhaltung Erwinase < 55 Jahre (jeweils Tage 2-10, Tage 16-24) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC071</b>	ALL Erhaltung Erwinase > 55 Jahre (jeweils Tage 2-10, Tage 16-24) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC072</b>	ALL Erhaltung MTX/PEG-ASP (jeweils Tage 1-7, Tage 15-21) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC076</b>	ALL Konsolidation I (Tag 1-12) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC080</b>	ALL Induktion Phase I (Tag 1-25) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC084</b>	ALL Induktion Phase I – Alter > 55 (Tag 1-20) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC088</b>	ALL Induktion Phase II (Tag 26-46) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC092</b>	ALL Induktion Phase II – Alter > 55 (Tag 21-35) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC096</b>	ALL Reinduktion Phase I (Tag 1-14) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1



<b>XC100</b>	ALL Reinduktion Phase II (Tag 15-27) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC104</b>	ALL Reinduktion Alter > 55 (Tag 1-20) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC108</b>	ARA-C (auch HD) (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC112</b>	Ara-C liposomal intrathekal (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC114</b>	Asparaginase E. coli (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC116</b>	ARA-C (MIDAC) (Tag 1, 3, 5) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC120</b>	ARA-C (HIDAC) (Tag 1, 3, 5) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC124</b>	ATRA (Tag 1-28) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC128</b>	B-ALL Block A (Tag 1-5) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC132</b>	B-ALL Block B (Tag 1-5) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC136</b>	B-ALL Block C (Tag 1-5) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC140</b>	BCNU (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC144</b>	BEACOPP II basisdosiert (Tag 1-3) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC148</b>	BEACOPP II gesteigert (Tag 1-3) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC152</b>	BEACOPP II gesteigert (Tag 8) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC153</b>	Bendamustin < 120mg/m <sup>2</sup> (Tag1-2) Verabreichung von weniger als 120 mg/m <sup>2</sup> an zwei aufeinander folgenden Tagen

<b>XC154</b>	Bendamustin $\geq 120\text{mg}/\text{m}^2$ (Tag1-2) Verabreichung von $\geq 120\text{ mg}/\text{m}^2$ an zwei aufeinander folgenden Tagen
<b>XC166</b>	Cabazitaxel (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC168</b>	CAF = FAC (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC172</b>	Carboplatin (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC176</b>	Carboplatin/5-FU (Tag 1-5) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC180</b>	Carboplatin/Cyclophosphamid (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC184</b>	Carboplatin/Docetaxel (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC188</b>	Carboplatin/Etoposid (Tag 1-3) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC192</b>	Carboplatin/Etoposid (Tag 1-5) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC196</b>	Carboplatin/Gemcitabine (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC200</b>	Carboplatin/Ifosfamid (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC204</b>	Carboplatin/Paclitaxel (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC205</b>	Carboplatin/Nab-Paclitaxel (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC206</b>	Carboplatin/Pemetrexed (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC208</b>	Carboplatin/Vinorelbine (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC216</b>	CCNU (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1

<b>XC220</b>	2-CDA (Leustatin) (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC224</b>	2-CDA (Leustatin) (Tag 1-7) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC232</b>	2-CDA/Cyclophosphamid (Tag 1-3) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC236</b>	CEOP (Tag 1-5) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC240</b>	CEOP-IMV-Dexa (Tag 15-19) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC260</b>	C-HAM (Tag 1-3) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC264</b>	CHOP (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC272</b>	CIN (Tag 1-3) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC280</b>	Cisplatin (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC284</b>	Cisplatin/5-FU (Tag 1-5) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC288</b>	Cisplatin/Cyclophosphamid (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC292</b>	Cisplatin/Docetaxel (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC296</b>	Cisplatin/Doxorubicin (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC298</b>	Cisplatin/Doxorubicin/Paclitaxel (TAP) (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC300</b>	Cisplatin/Epirubicin (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC304</b>	Cisplatin/Etoposid (PE) (Tag 1-3) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1

<b>XC308</b>	Cisplatin/Etoposid (PE) (Tag 1-5) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC312</b>	Cisplatin/Gemcitabine (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC316</b>	Cisplatin/Ifosfamid (Tag 1 (1-3)) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC320</b>	Cisplatin/Ifosfamid (IP) (Tag 1-5) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC324</b>	Cisplatin/Paclitaxel (Tag 1-2) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC325</b>	Cisplatin/Paclitaxel – HD (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC326</b>	Cisplatin/Pemetrexed (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC328</b>	Cisplatin/Vinblastin (VP) (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC332</b>	Cisplatin/Vindesin (ViPI) (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC336</b>	Cisplatin/Vinorelbine (VinoP) (Tag 1) (Anm.: Tag 8 = optional, Monotherapie) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC340</b>	CLAEG (Tag 1-5) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC346</b>	COMP (Tag 1-5) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC356</b>	CVD (Tag 1-2) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC358</b>	Cyclophosphamid/Docetaxel (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC360</b>	Cyclophosphamid/Doxorubicin (AC) (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC364</b>	Cyclophosphamid/Epirubicin (EC) (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1

<b>XC368</b>	Cyclophosphamid/Etoposid (Tag 1-4) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC372</b>	Cyclophosphamid/Paclitaxel (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC376</b>	CYVADIC (Tag 1-5) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC380</b>	Dacarbazin (Tag 1-5) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC384</b>	Dacarbazin/Fotemustine (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC388</b>	Dacarbazin/Vindesin (Tag 1-5) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC392</b>	Daunorubicin – liposomal (Daunoxome) (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC394</b>	Daunorubicin/Cytarabin – liposomal (Vyxeos) (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC397</b>	DCF (Tag 1-5) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC400</b>	DCI (Tag 1-3) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC401</b>	DDGP (Tag 1-8) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC402</b>	Decitabine (Tag 1-5) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC403</b>	De-VIC (Tag 1-3) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC408</b>	DHAP (Tag 1-4) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC412</b>	Docetaxel < 100 mg/m <sup>2</sup> (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC416</b>	Docetaxel >= 100 mg/m <sup>2</sup> (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1

<b>XC420</b>	Docetaxel/Doxorubicin (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC424</b>	Docetaxel/Epirubicin (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC428</b>	Docetaxel/Gemcitabine (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC432</b>	Docetaxel/Treosulfan (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC436</b>	Docetaxel/Vinorelbine (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC444</b>	Doxorubicin (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC448</b>	Doxorubicin/Ifosfamid (Tag 1-2) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC451</b>	Doxorubicin – liposomal (Caelix): 30 mg/m <sup>2</sup> (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC452</b>	Doxorubicin – liposomal (Caelix, Myocet): 50–75 mg/m <sup>2</sup> (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC454</b>	Doxorubicin – liposomal (Caelix, Myocet)/Trabectedin (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC464</b>	ECF (Tag 1-21) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC468</b>	ELF (Tag 1-3) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC472</b>	EPICO (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC476</b>	Epirubicin (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC480</b>	Epirubicin/Gemcitabine (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC484</b>	Epirubicin/Paclitaxel (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1

<b>XC488</b>	Epirubicin + 5-FU/Leukovorin (Tag 1-5) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC490</b>	EOX (Tag 1-21) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC492</b>	EPOCH (Tag 1-6) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC494</b>	Eribulin (jeweils Tag 1, Tag 8) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC496</b>	ESHAP (Tag 1-5) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC508</b>	Etoposid/Ifosfamid (Tag 1-5 (7)) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC512</b>	EVAIA (Tag 1-3) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC516</b>	EVAIA (Tag 21-23) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC528</b>	FC (Tag 1-3) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC532</b>	FEC (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC536</b>	FLAG (Tag 1-4 (5)) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC540</b>	FLAG – IDA (Tag 1-4(5)) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC546</b>	FLOT (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC548</b>	Fludarabin phosphate (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC552</b>	Fludarabin phosphate (Tag 1-5) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC556</b>	FMC (Tag 1-3) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1

<b>XC560</b>	FND (Tag 1-3) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC564</b>	Fotemustine (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC568</b>	5-FU (AIO)/Irinotecan weekly (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC572</b>	5-FU/Irinotecan biweekly (FOLFIRI) (Tag 1-2) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC576</b>	5-FU (HD, wöchentlich)/LV + Cisplatin (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC578</b>	5-FU/Irinotecan/Oxaliplatin (FOLFIRINOX, FOLFOXIRI) (TAG 1-2) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC580</b>	5-FU/Mitomycin (MF) (Tag 1-4) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC584</b>	5-FU/Oxaliplatin (Tag 1-5) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC588</b>	5-FU/Oxaliplatin biweekly (FOLFOX) (Tag 1-2) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC592</b>	Gemcitabine (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC594</b>	Gemcitabine/Paclitaxel (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC595</b>	Gemcitabine/Paclitaxel-NAB (jeweils Tag 1, 8, 15) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC596</b>	Gemcitabine/Mitoxantron (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC598</b>	Gemcitabine/Treosulfan (jeweils Tag 1, 8) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC600</b>	Gemcitabine/Vinorelbine (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC604</b>	GEMOX (Tag 1) (Anm.: Tag 8 = XC592) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1



<b>XC605</b>	<p>GOP (Gemcitabin, Oxaliplatin, Paclitaxel) (Tag 1, 8)          Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1</p>
<b>XC606</b>	<p>GVD (jeweils Tag 1, 8)          Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1</p>
<b>XC608</b>	<p>HAM (Tag 1-5)          Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1</p>
<b>XC612</b>	<p>HIDAC-7-3-7 (Tag 1-7)          Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1</p>
<b>XC620</b>	<p>HYPHER C-VAD (Tag 1-4)          Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1</p>
<b>XC624</b>	<p>ICE bei AML (Tag 1-10)          Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1</p>
<b>XC626</b>	<p>ICE bei Lymphom (Tag 1-3)          Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1</p>
<b>XC628</b>	<p>ICE mit Carboplatin (Tag 1-5)          Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1</p>
<b>XC632</b>	<p>ICE mit Cisplatin (Tag 1-3)          Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1</p>
<b>XC636</b>	<p>Idarubicin (i.v. oder p.o.) (Tag 1)          Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1</p>
<b>XC640</b>	<p>Idarubicin/ARA-C (Tag 1-5)          Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1</p>
<b>XC644</b>	<p>IEV (Tag 1-3)          Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1</p>
<b>XC648</b>	<p>IFADIC (Tag 1-4)          Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1</p>
<b>XC652</b>	<p>Ifosfamid (auch HD) (Tag 1-7)          Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1</p>
<b>XC653</b>	<p>Ifosfamid/Paclitaxel (Tag 1-3)          Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1</p>
<b>XC654</b>	<p>IGEV (Tag 1-4)          Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1</p>

<b>XC656</b>	IMVP-16 (Tag 1-5, 10) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC660</b>	Irinotecan < 160 mg/m <sup>2</sup> (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC664</b>	Irinotecan > 160 mg/m <sup>2</sup> (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC667</b>	Irinotecan liposomal/5-FU/Leucovorin (Tag 1-2) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC668</b>	Irinotecan/Mitomycin (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC672</b>	Irinotecan/Oxaliplatin (jeweils Tag 1, 15) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC681</b>	MATRIX (Tag 1-4) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC682</b>	MEC (Tag 1-5) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC683</b>	Melphalanflufenamid (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC692</b>	MIDAC (Mitoxantron/ID-ARA-C) (Tag 1-5) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC696</b>	Mini BEAM (Tag 1-6) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC700</b>	Mini DexaBEAM (Tag 1-10) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC704</b>	Mini HAM (Tag 1-4) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC708</b>	Mini ICE (Tag 1-3) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC712</b>	Mitomycin/Oxaliplatin (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC716</b>	Mitoxantron (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1

<b>XC720</b>	Mitoxantron/ID-ARA-C (Tag 1-2) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC724</b>	MTX (auch HD) (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC728</b>	M-VAC (Tag 1-2) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC732</b>	M-VEC (Tag 1-2) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC746</b>	Nelarabin (Tag 1, 3, 5) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC752</b>	Oxaliplatin (Eloxantin) < 100 mg/m <sup>2</sup> (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC756</b>	Oxaliplatin (Eloxantin) > 100 mg/m <sup>2</sup> (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC760</b>	Oxaliplatin/Raltitrexed (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC764</b>	PAC (CAP) (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC768</b>	Paclitaxel < 150 mg/m <sup>2</sup> (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC772</b>	Paclitaxel >= 150 mg/m <sup>2</sup> (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC773</b>	Paclitaxel NAB (Nanoparticle-Albumine-Bound): 100 mg/m <sup>2</sup> (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC774</b>	Paclitaxel NAB (Nanoparticle-Albumine-Bound): 260 mg/m <sup>2</sup> (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC780</b>	PCF (Tag 1-5) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC784</b>	PCV (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC788</b>	PEB (Tag 1-5) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1

<b>XC792</b>	PEC (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC796</b>	PEI (Tag 1-5) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC800</b>	Pemetrexed 500 mg/m <sup>2</sup> (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC802</b>	Pixantron (Tag 1,8,15) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC804</b>	Primingtherapie (jede HD-Chemotherapie + Zytokin) (LE=je Aufenthalt) Chemotherapie mit dem Ziel einer kompletten reversiblen Myelosuppression als Vorbereitung zur Stammzellgewinnung inklusive Zytokingabe
<b>XC812</b>	Raltitrexed (Tomudex) (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC814</b>	SMILE (Tag 1-8) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC820</b>	Temozolomide p.o. (Tag 1-5) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC821</b>	Temozolomide i.v. (Tag 1-5) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC824</b>	TFDC (Tag 1-24) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC828</b>	TIP (Tag 1-6) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC832</b>	TOPO/ARA-C/Cycloph. (Tag 1-5) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC836</b>	Topotecan (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC840</b>	Topotecan (Tag 1-5) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC844</b>	Treosulfan (Ovostat) (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC848</b>	VACA (Tag 1-3) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1

<b>XC856</b>	VAD (Tag 1-4) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC860</b>	VAI (VIA) (Tag 1-3) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC864</b>	VAIA (Tag 1-3) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC868</b>	VAIA (Tag 21-23) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC880</b>	Vindesin (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC882</b>	Vinflunin (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC884</b>	Vinorelbine (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC888</b>	VIDE (Tag 1-3) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC904</b>	VRID (Tag 1-4) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC954</b>	Trabectedin (Tag 1) Siehe Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1
<b>XC990</b>	Fortsetzung einer Chemotherapie (LE=je Aufenthalt) Fortsetzung einer Chemotherapie der Leistungsgruppe A-F in einem Folgeaufenthalt

## 21.08 Therapie seltener Erkrankungen mit Enzymen

<b>Code</b>	<b>Leistungsbezeichnung</b> <b>Leistungsbeschreibung</b>
<b>XE010</b>	Therapie des Glucocerebrosidasemangels (Mb. Gaucher Typ 1 oder 3) mit Imiglucerase [ATC: A16AB02] (LE=je Applikation) Infusion mit 60 E/kg KG alle 2 Wochen
<b>XE020</b>	Therapie des Galactosidasemangels (Morbus Fabry) mit Agalsidase alpha [ATC: A16AB03] (LE=je Applikation) Infusion mit Agalsidase alfa 0,2 mg/kg KG alle 2 Wochen

<b>XE030</b>	Therapie des Galactosidasemangels (Morbus Fabry) mit Agalsidase beta [ATC: A16AB04] (LE=je Applikation) Infusion mit Agalsidase beta 1 mg/kg KG alle 2 Wochen
<b>XE040</b>	Therapie der Mukopolysaccharidose Typ I mit Laronidase [ATC: A16AB05] (LE=je Applikation) Infusion mit 100 E/kg KG 1x/Woche
<b>XE050</b>	Therapie des Glucosidasemangels (Morbus Pompe) mit Alglucosidase alfa [ATC: A16AB07] (LE=je Applikation) Infusion mit 20 mg/kg KG alle 2 Wochen
<b>XE060</b>	Therapie der Mukopolysaccharidose Typ VI (Morbus Maroteaux-Lamy) mit Galsulfase [ATC: A16AB08] (LE=je Applikation) Infusion mit 1 mg/kg KG 1x/Woche
<b>XE070</b>	Therapie der Mukopolysaccharidose Typ II (Morbus Hunter) mit Idursulfase [ATC: A16AB09] (LE=je Applikation) Infusion mit 0,5 mg/kg KG 1x/Woche
<b>XE080</b>	Therapie des Glucocerebrosidasemangels (Mb. Gaucher Typ 1) mit Velaglucerase alfa [ATC: A16AB10] (LE=je Applikation) Infusion mit 60 E/kg KG alle 2 Wochen
<b>XE090</b>	Therapie der Mukopolysaccharidose Typ IV A mit Elosulfase alpha [ATC: A16AB12] (LE=je Applikation) Infusion mit 2 mg/kg KG 1x/Woche
<b>XE100</b>	Therapie der Hypophosphatasie mit Asfotase alfa [ATC: A16AB13] (LE=je Applikation) s.c. Injektion 2 mg/kg KG 3x wöchentlich oder 1 mg/kg KG 6x wöchentlich
<b>XE110</b>	Therapie des Mangels an lysosomaler saurer Lipase (LAL-Mangel) mit Sebelipase alfa [ATC: A16AB14] (LE=je Applikation) Infusion Säuglinge < 6 Monate: 1 mg/kg KG wöchentlich, Dosissteigerung auf 3 mg/kg KG möglich. Infusion Erwachsene: 1 mg/kg KG alle 2 Wochen

## 21.09 Pharmakotherapie anderer seltener Erkrankungen

<b>Code</b>	<b>Leistungsbezeichnung</b> <b>Leistungsbeschreibung</b>
<b>XS010</b>	Therapie der paroxysmalen nächtlichen Hämoglobinurie (PNH) mit Eculizumab [ATC: L04AA25] (LE=je Applikation) Infusion mit 600 mg 1x/Woche für 4 Wochen, dann 900 mg alle 2 Wochen

<b>XS020</b>	Therapie des atypischen hämolytisch-urämischen Syndroms (aHUS) mit Eculizumab [ATC: L04AA25] (LE=je Applikation) Infusion mit 900 mg 1x/Woche für 4 Wochen, dann 1200 mg alle 2 Wochen
<b>XS030</b>	Therapie der spinalen Muskelatrophie mit Nusinersen [ATC: M09AX07] (LE=je Applikation) Infusion mit 12 mg Nusinersen
<b>XS050</b>	Therapie der erblichen Netzhautdystrophie mit Voretigene neparovec [ATC: S01XA27] (LE=je Applikation) Injektion in den subretinalen Raum mit 1,5 x 10 <sup>11</sup> Vektorgenomen (vg) Voretigen Neparovec pro Auge (Luxturna)
<b>XS060</b>	Therapie der paroxysmalen nächtlichen Hämoglobinurie mit Ravulizumab (LE=je Applikation) Infusion alle 8 Wochen, Dosierung gemäß Fachinformation, 2 Wochen Abstand zu Eculizumab
<b>XS070</b>	Therapie der thrombotisch-thrombozytopenischen Purpura mit Caplacizumab (LE=je Applikation) Tägl. Verabreichung von 10 mg sc. bei jeder Plasmapherese und 30 Tage darüber hinaus
<b>XS099</b>	Spezifische Infusionstherapie bei Kindern mit sonstigen seltenen Erkrankungen (LE=je Behandlungstag) Intravenöse Verabreichung von nicht explizit abgebildeten spezifischen Medikamenten bei seltenen Erkrankungen (z.B. Osteogenesis imperfecta) inklusive der erforderlichen Nachbeobachtung. Die verabreichte Medikation und die exakte Diagnose der seltenen Erkrankung sind in der Patientenakte zu hinterlegen und auf Anfrage zu übermitteln. <b>Anmerkung:</b> ambulante Leistung, keine Codierung nach stationärer Aufnahme.

## 22 Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
<b>XN180</b>	Monoklonaler Antikörper bei Covid-19 (LE=je Applikation) Infusion mit bei Covid-19 zugelassenen monoklonalen Antikörpern, Dosierung lt. Fachinformation
<b>XN200</b>	Implantation eines Herzschrittmachers, HIS Bündel Pacing (LE=je Sitzung) Implantation eines Schrittmachersystems zur Stimulation des kardialen Reizleitungssystems mit zusätzlicher Schrittmachersonde für das HIS-Bündel



## 23 Anästhesie

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
AK520	Blockade/Analgesie/Lyse vegetativer Ganglien (LE=je Sitzung) Applikation von Opioiden/Lokalanästhetika an vegetativen Ganglien, auch chemische Neurolyse, Synonym: ganglionäre Opiodanalgesie
AP520	Regionalanästhesie (LE=je Sitzung) Spinal- und/oder Epiduralanästhesie, Plexusanästhesie, Periphere Nervenblockade, exkl. an den Fingern und Zehen. <b>Nicht:</b> periphere Leitungs- oder Infiltrationsanästhesie, z.B. Oberst-Block, Oberflächenanästhesie.
AP521	Lokalanästhesie (exkl. Oberflächenanästhesie) (LE=je Sitzung) Lokal- oder periphere Leitungsanästhesie mittels Injektion, z.B. Oberst-Block, <b>nicht:</b> Oberflächenanästhesie mittels Salben, Tropfen, Gels
AP530	Allgemeinanästhesie mit Maske, Larynxmaske oder endotrachealer Intubation (LE=je Sitzung) Allgemeinanästhesie mit Maske, Larynxmaske oder endotrachealer Intubation
AP540	Analgesedierung (LE=je Sitzung) Kombinierte Verabreichung von Sedativa und Opioidanalgetika bei diagnostischen oder therapeutischen Eingriffen durch einen Anästhesisten (FA/TA für AN/INT)
AP541	Sedierung (LE=je Sitzung) Verabreichung von Sedativa bei diagnostischen oder therapeutischen Eingriffen

## 24 Laboruntersuchungen

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
ZX510	Transfusions-/Transplantationsdiagnostik/Immungenetik (LE=je ambulantem Besuch) Blutgruppenserologie, HLA- und HPA-Diagnostik. <b>Nicht:</b> Bedside-Test
ZX530	Blutgasanalyse (LE=je ambulantem Besuch) Arterielle, venöse, kapilläre oder gemischtvenöse Blutgasanalyse, ggf. inkl. Hb-Derivate. Auch Sofortbestimmung in der Ordination/Ambulanz. <b>Nicht:</b> Pulsoxymetrie
ZX540	Hämatologie (LE=je ambulantem Besuch) Hämatologie: Blutbild, Knochenmark-Morphologie, Immunphänotypisierung, molekulare Diagnostik
ZX560	Gerinnung/Hämostaseologie (LE=je ambulantem Besuch) Gerinnungsdiagnostik und Hämostaseologie: Globaltests, Einzelfaktoranalysen, Thrombophilietests
ZX580	Klinische Chemie/Proteindiagnostik (LE=je ambulantem Besuch) Klinische Chemie: Entzündungsmarker, Niere/Elektrolyte, kardiale Marker, Leber/Pankreas, Hämolysemarker, Eisenstoffwechsel, Glukosestoffwechsel, Fettstoffwechsel, Proteindiagnostik, Vitamine und Spurenelemente, Sondermaterialien, Untersuchungen bei Stoffwechselerkrankungen
ZX620	Hormone/Vitamine/Tumormarker (LE=je ambulantem Besuch) Endokrinologie, Vitamine, Tumormarker
ZX660	Toxikologie (LE=je ambulantem Besuch) Toxikologie in Urin und Blut
ZX670	Medikamentenspiegel (LE=je ambulantem Besuch) Medikamentenspiegel: Antibiotika, Virostatika, Antiepileptika, Psychopharmaka, Kardiaka, Immunsuppressiva, sonstige Medikamente
ZX700	Infektionsdiagnostik (LE=je ambulantem Besuch) Infektionsdiagnostik: Bakteriologie, Virologie, Mykologie, Parasitologie, sonstige Erregerdiagnostik
ZX740	Autoantikörperdiagnostik (LE=je ambulantem Besuch) Autoimmundiagnostik auf verschiedene Autoantikörper
ZX750	Urindiagnostik (LE=je ambulantem Besuch) Urindiagnostik: Harnstreifen, Harnsediment, Harnchemie

<b>ZX770</b>	Stuhldiagnostik (LE=je ambulantem Besuch)
<b>ZX780</b>	Liquordiagnostik (LE=je ambulantem Besuch)
<b>ZX800</b>	Allergiediagnostik (LE=je ambulantem Besuch) Allergiediagnostik: Globalmarker und spezifische IgE
<b>ZX840</b>	Gendiagnostik (LE=je ambulantem Besuch) Gendiagnostik: Pharmakogenetik, Humangenetik, hämatologische Genetik
<b>ZX899</b>	Sonstige Laboranalysen (LE=je ambulantem Besuch) Sonstige Laboranalysen, z.B. Zytologie, Ejakulatdiagnostik


# 25 Pathologie

Code	Leistungsbezeichnung Leistungsbeschreibung
<b>ZN800</b>	Totenbeschau (LE=je Sitzung) Vollständige äußerliche Untersuchung der entkleideten Leiche bei guter Beleuchtung zur Feststellung des Todes, des Todeszeitpunkts, der Todesursache und der Todesart
<b>ZN810</b>	Obduktion (LE=je Sitzung) Standardobduktionen und aufwändige Obduktionen, z.B. infektiöse Leichen (HIV, Hepatitis C, Jakob-Creutzfeld, Tuberkulose etc.), postoperativer Situs, spezielle Präparationen am Knochen (Eröffnen von Mittelohr/Mastoid, Femurfensterung, Rückenmark etc.), erschwerte anatomische Verhältnisse (z.B. infolge von Fehlbildungen), pätopathologische Obduktionen, neuropathologische Obduktionen. Anfallende Obduktionshistologien sind unter den jeweiligen Histologiepositionen zu dokumentieren. <b>Nicht:</b> Totenbeschau (ZN800).
<b>ZV610</b>	Histologische Befundung von OP-Präparaten (LE=je ambulantem Besuch) Histologische Befundung von Gewebeblöcken von OP-Präparaten
<b>ZV620</b>	Histologische Befundung von Biopsiepräparaten (LE=je ambulantem Besuch) Histologische Befundung von Gewebeblöcken Biopsiepräparaten
<b>ZV630</b>	Histologische Befundung von Präparaten mit Stufenserie (LE=je ambulantem Besuch)
<b>ZV635</b>	Histologische Befundung von Präparaten aus zytologischem Material (Zellblock) (LE=je ambulantem Besuch) Histologische Befundung von zytologischem Material, das zuvor in Paraffin o.ä. eingebettet wurde
<b>ZV640</b>	Zytologische Befundung von gynäkologischen Abstrichen (LE=je ambulantem Besuch) Gynäkologische Abstriche inkl. allfälliger Dünnschichtzytologie
<b>ZV644</b>	Zytologische Befundung von extragenitalen Abstrichen (LE=je ambulantem Besuch) Extragenitalzytologie inkl. allfälliger Dünnschichtzytologie und Befundung von Laborausstrichen
<b>ZV648</b>	Befundung extragenitaler intraoperativer Schnellzytologie (LE=je ambulantem Besuch)
<b>ZV660</b>	Untersuchung intraoperativer Schnellschnittpräparate (LE=je ambulantem Besuch) Schnellschnittbefundung, unabhängig vom Ort der Begutachtung (im OP, in der Krankenanstalt, in anderer Krankenanstalt)

<b>ZV670</b>	Immunhistochemie (LE=je ambulantem Besuch) Nachweis von Antigenen im Gewebe mit Hilfe polyklonaler oder monoklonaler Antikörper. Sichtbarmachung der Antigen-Antikörper-Reaktion durch Markierung mit Fluoreszenzfarbstoffen, Enzymen, Schwermetallen oder Radioisotopen, etc.
<b>ZV675</b>	Semiquantitative Immunhistochemie (LE=je ambulantem Besuch) Östrogen- und Progesteronrezeptoren, Ki 67, Her2/neu, EGFR und ggf. weitere Kits
<b>ZV677</b>	In-situ-Hybridisierung (LE=je ambulantem Besuch) Lokalisierung von DNS-Sequenzen innerhalb des Genoms. Alle Verfahren, auch voll-automatisiert, z.B. EBV, HPV.
<b>ZV680</b>	Molekularpathologische Untersuchungen (LE=je ambulantem Besuch) Sequenzanalyse eines Gens/Exons (MSI, KRAS, BRAF, STR, Punktmut, etc.), semi-quantitative und relative Quantifizierung von DNA und RNA (z.B. Erreger oder Mutationsquantifizierung), Translokationsanalysen, Next Generation Sequencing
<b>ZV690</b>	Untersuchungen mit dem Elektronenmikroskop (LE=je ambulantem Besuch)
<b>ZV698</b>	Zusatzleistungen zu Untersuchungen in der Pathologie (LE=je ambulantem Besuch) Zusatzleistungen, wie Sonderfärbungen (z.B. Grocott, Warthin-Starry, Gomori, Victoriablau), besondere Formen der Einbettung, kleine Stufenserien mit max. 20 µm

## 26 Organisation

<b>Code</b>	<b>Leistungsbezeichnung</b> <b>Leistungsbeschreibung</b>
<b>ZZ525</b>	Beziehung Konsiliararzt in einer spitalsambulanten Einrichtung (LE=je Sitzung) Hausinterne Beziehung einer Ärztin/eines Arztes von einer anderen Kostenstelle



**Bundesministerium für  
Soziales, Gesundheit, Pflege  
und Konsumentenschutz**

Stubenring 1, 1010 Wien

+43 1 711 00-0

[sozialministerium.at](https://www.sozialministerium.at)