



## OPS 2026

# Änderungsvorschlag für den OPS 2026

Dieses Formular ist urheberrechtlich geschützt und darf nur zur Einreichung eines Vorschlags heruntergeladen und genutzt werden. Eine Veröffentlichung z. B. auf Webseiten, in Internetforen oder vergleichbaren Medien ist nicht gestattet.

## Bearbeitungshinweise

1. Bitte füllen Sie für inhaltlich nicht zusammenhängende Vorschläge jeweils ein eigenes Formular aus.
2. Füllen Sie dieses Formular elektronisch aus. Die Formulare Daten werden elektronisch weiterverarbeitet, so dass nur **strukturell unveränderte digitale** Kopien im DOCX-Format angenommen werden.
3. Vergeben Sie einen Dateinamen gemäß unten stehendem Beispiel; verwenden Sie Kleinschrift ohne Umlaute und ß, ohne Leer- oder Sonderzeichen und ohne Unterstrich:  
`ops2026-kurzbezeichnungdesinhalts.docx`; `kurzbezeichnungdesinhalts` sollte nicht länger als 25 Zeichen sein.  
**Beispiel: ops2026-komplexxkodefruehreha.docx**
4. Senden Sie Ihren Vorschlag ggf. zusammen mit Stellungnahmen der Fachverbände unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **28. Februar 2025** an [vorschlagsverfahren@bfarm.de](mailto:vorschlagsverfahren@bfarm.de).
5. Der fristgerechte Eingang wird Ihnen per E-Mail bestätigt. Heben Sie diese **Eingangsbestätigung** bitte als Nachweis auf. Sollten Sie keine Eingangsbestätigung erhalten, wenden Sie sich umgehend an das Helpdesk Klassifikationen (0228 99307-4945, [klassi@bfarm.de](mailto:klassi@bfarm.de)).

## Hinweise zum Vorschlagsverfahren

Das Vorschlagsverfahren wird gemäß Verfahrensordnung für die Festlegung von ICD-10-GM und OPS gemäß § 295 Absatz 1 Satz 9 und § 301 Absatz 2 Satz 7 SGB V durchgeführt.

Bitte berücksichtigen Sie bei der Erarbeitung eines OPS-Vorschlags die "Gesichtspunkte für zukünftige Revisionen des OPS" in der aktuellen Fassung:

[www.bfarm.de](http://www.bfarm.de) – Kodiersysteme – Klassifikationen – OPS, ICHI – OPS – Vorschlagsverfahren – ...

Änderungsvorschläge sollen **primär durch die inhaltlich zuständigen Fachverbände** eingebracht werden. Dies dient der fachlichen Beurteilung und Bündelung der Vorschläge, erleichtert die Identifikation relevanter Vorschläge und trägt so zur Beschleunigung der Bearbeitung bei.

Einzelpersonen und auch einreichende Fachverbände werden gebeten (§ 3 Absatz 3 Verfahrensordnung), ihre Vorschläge **vorab mit allen bzw. allen weiteren für den Vorschlag relevanten Fachverbänden** (Fachgesellschaften [www.awmf-online.de](http://www.awmf-online.de), Verbände des Gesundheitswesens) abzustimmen und mit den schriftlichen Stellungnahmen dieser Fachverbände einzureichen. Für Vorschläge, die nicht mit den inhaltlich zuständigen Fachverbänden abgestimmt sind, leitet das BfArM diesen Abstimmungsprozess ein. Kann die Abstimmung nicht während des laufenden Vorschlagsverfahrens abgeschlossen werden, so kann der Vorschlag nicht umgesetzt werden.

Vorschläge, die die externe Qualitätssicherung betreffen, sollten mit der dafür zuständigen Organisation abgestimmt werden.

**Wir weisen ausdrücklich darauf hin**, dass Vorschläge nur im eigenen Namen oder mit ausdrücklicher Einwilligung der unter 1. genannten verantwortlichen Person eingereicht werden dürfen. Das BfArM führt vor der Veröffentlichung keine inhaltliche Überprüfung der eingereichten Vorschläge durch. Für die Inhalte sind ausschließlich die Einreichenden verantwortlich. Bei Fragen oder Unstimmigkeiten bitten wir, sich direkt an die jeweiligen im Vorschlagsformular genannten Ansprechpersonen zu wenden.

## Einräumung der Nutzungsrechte und Erklärung zum Datenschutz

**Mit Einsendung des Vorschlags räumen Sie dem BfArM das Nutzungsrecht an dem eingereichten Vorschlag ein.**

Datenschutzrechtliche Hinweise zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und zu Ihren Rechten finden Sie auf unseren Internetseiten unter [www.bfarm.de](http://www.bfarm.de) - Datenschutzerklärung.



## OPS 2026

Wir bitten Sie, die Einräumung der Nutzungsrechte und die gemäß Datenschutzgesetzgebung erforderliche Einwilligung zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu bestätigen.

Pflichtangaben sind mit einem \* markiert.

### 1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

| Kontaktdaten   | Angaben der verantwortlichen Person   |
|--|---|
| Organisation *   | Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung   |
| Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden) | FoKA  |
| Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)    | <a href="https://foka.medizincontroller.de/index.php/Hauptseite">https://foka.medizincontroller.de/index.php/Hauptseite</a> |
| Anrede (inkl. Titel) *                                 | Herr Dr. med.   |
| Name *   | Schäfer   |
| Vorname *  | Lars  |
| Straße *   | Obere Hauptstr. 23  |
| PLZ *  | 68766   |
| Ort *  | Hockenheim  |
| E-Mail *   | <a href="mailto:lars.schaefer@medizincontroller.de">lars.schaefer@medizincontroller.de</a>                                  |
| Telefon *  | 06205 2556762   |

### Einräumung der Nutzungsrechte



\* Ich als Verantwortliche oder Verantwortlicher für diesen Vorschlag versichere, dass ich berechtigt bin, dem BfArM die nachfolgend beschriebenen Nutzungsrechte an dem Vorschlag einzuräumen. Mit Einsendung des Vorschlags wird die folgende Erklärung akzeptiert:

„Gegenstand der Nutzungsrechteübertragung ist das Recht zur Bearbeitung und Veröffentlichung des Vorschlags im Rahmen der Weiterentwicklung des OPS komplett oder in Teilen und damit Zugänglichmachung einer breiten Öffentlichkeit. Dies schließt sprachliche und inhaltliche Veränderungen ein. Dem BfArM werden jeweils gesonderte, räumlich unbeschränkte und nicht ausschließliche Nutzungsrechte an dem Vorschlag für die Dauer der gesetzlichen Schutzfristen eingeräumt. Die Einräumung der Nutzungsrechte erfolgt unentgeltlich.“

### Einwilligung zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten



\* Ich willige als Verantwortliche oder Verantwortlicher für diesen Vorschlag darin ein, dass der Vorschlag einschließlich meiner unter Punkt 1 genannten personenbezogenen Daten zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung verarbeitet und ggf. an Dritte übermittelt wird, die an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligt sind (z. B. Vertretende der Selbstverwaltung und der Fachverbände sowie der Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im ambulanten und stationären Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe ICD und der Arbeitsgruppe OPS sowie ggf. weitere Expertinnen und Experten). Ich kann meine Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitungen nicht berührt.



Ich willige als Verantwortliche oder Verantwortlicher für diesen Vorschlag darin ein, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 1 genannten personenbezogenen Daten auf den Internetseiten des BfArM veröffentlicht wird. Ich kann meine Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitungen nicht berührt. Der Widerruf kann über das Funktionspostfach [klassi@bfarm.de](mailto:klassi@bfarm.de) erfolgen. Sollten Sie darin nicht einwilligen, wird Ihr Vorschlag ab Seite 4 veröffentlicht.



## OPS 2026

### 2. Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

| Kontaktdaten   | Angaben der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners                              |
|--|--|
| Organisation *   | Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling e. V.                                   |
| Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden) | DGfM   |
| Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)    | <a href="https://www.medizincontroller.de/">https://www.medizincontroller.de/</a>    |
| Anrede (inkl. Titel) *                                 | Frau Prof. Dr.   |
| Name *   | Raab   |
| Vorname *  | Erika  |
| Straße *   | Obere Hauptstr. 23   |
| PLZ *  | 68766  |
| Ort *  | Hockenheim   |
| E-Mail *   | <a href="mailto:erika.raab@medizincontroller.de">erika.raab@medizincontroller.de</a> |
| Telefon *  | 06205 2556762  |

### Einwilligung zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten



\* Ich willige als Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner für diesen Vorschlag darin ein, dass der Vorschlag einschließlich meiner unter Punkt 2 genannten personenbezogenen Daten zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung verarbeitet und ggf. an Dritte übermittelt wird, die an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligt sind (z. B. Vertretende der Selbstverwaltung und der Fachverbände sowie der Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im ambulanten und stationären Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe ICD und der Arbeitsgruppe OPS sowie ggf. weitere Expertinnen und Experten). Ich kann meine Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitungen nicht berührt.



Ich willige als Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner für diesen Vorschlag darin ein, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 2 genannten personenbezogenen Daten auf den Internetseiten des BfArM veröffentlicht wird. Ich kann meine Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitungen nicht berührt.  
Sollten Sie darin nicht einwilligen, wird der Vorschlag ab Seite 4 veröffentlicht.



## OPS 2026

**Bitte beachten Sie:** Wenn Sie einwilligen, dass die Seiten 2 und 3 mitveröffentlicht werden, setzen Sie bitte das entsprechende Häkchen auf Seite 2 bzw. Seite 3. Sollten Sie darin nicht einwilligen, wird der Vorschlag ab Seite 4, also ab hier, veröffentlicht.

### 3. Prägnante Kurzbeschreibung Ihres Vorschlags (maximal 85 Zeichen inkl. Leerzeichen) \*

| Kurzbeschreibung                        |
|---|
| Klarstellung Nebenschilddrüsenchirurgie |

### 4. Mitwirkung der Fachverbände \*

(eventuelle Stellungnahme(n) bitte als gesonderte Datei(en) mit dem Vorschlag einreichen, s. a. **Hinweise** am Anfang des Formulars. Bitte nur **eine** der beiden nachfolgenden Checkboxes anhaken.)

- ☒ Es liegen keine schriftlichen Erklärungen über die Unterstützung des Vorschlags oder Mitarbeit am Vorschlag seitens der Fachverbände vor.
- ☐ Dem BfArM werden zusammen mit dem Vorschlag schriftliche Erklärungen über die Unterstützung des Vorschlags oder Mitarbeit am Vorschlag seitens der folgenden Fachverbände übersendet.

Bitte entsprechende Fachverbände auflisten:

| Fachverbände mit schriftlicher Unterstützung |
|--|
|  |

### 5. Der Vorschlag betrifft ein Verfahren, das durch die Verwendung eines oder mehrerer Medizinprodukte charakterisiert ist oder bei dem für die Durchführung der Prozedur ein Medizinprodukt benötigt bzw. eingesetzt wird \*

- ☒ Nein
- ☐ Ja

a. Name des Medizinproduktes und des Herstellers (ggf. mehrere. Falls Ihnen ähnliche Produkte bekannt sind, führen Sie diese bitte auch auf.)

| Medizinprodukt |
|----------------|
|                |

b. Datum der letzten CE-Zertifizierung. Es wird darum gebeten, die CE-Zertifizierung zusammen mit dem Vorschlag zu übersenden oder nachzureichen

| CE-Zertifizierung |
|-------------------|
|                   |



## OPS 2026

- c. Zweckbestimmung laut Gebrauchsanweisung. Es wird darum gebeten, die Gebrauchsanweisung zusammen mit dem Vorschlag zu übersenden oder nachzureichen

### Zweckbestimmung

|  |
|--|
|  |
|--|

6. Der Vorschlag betrifft ein Verfahren, das durch die Verwendung eines oder mehrerer Arzneimittel charakterisiert ist oder bei dem für die Durchführung der Prozedur ein Arzneimittel benötigt bzw. eingesetzt wird \*

☒ Nein

☐ Ja

- a. Name des Arzneimittels und des Herstellers (ggf. mehrere. Falls Ihnen ähnliche Produkte bekannt sind, führen Sie diese bitte auch auf.)

### Arzneimittel

|  |
|--|
|  |
|--|

- b. Datum der letzten Arzneimittelzulassung, Name der erteilenden Institution und Anwendungsgebiet laut Fachinformation. Es wird darum gebeten, die Fachinformation zusammen mit dem Vorschlag zu übersenden oder nachzureichen

### Arzneimittelzulassung

|  |
|--|
|  |
|--|

7. Inhaltliche Beschreibung der klassifikatorischen Änderungen \*

(ggf. inkl. Vorschlag für (neue) Schlüsselnummern, Klassentitel, Inklusiva, Exklusiva, Hinweise und Klassifikationsstruktur; bitte geben Sie ggf. auch Synonyme und/oder Neuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

### Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags

5-066 Partielle Nebenschilddrüsenresektion

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

5-066.0 ↔ Exzision von erkranktem Gewebe

fokussierte Exploration

5-066.1 ↔ Reexploration mit partieller Resektion

5-066.2 ↔ Einseitige Nebenschilddrüsenresektion

unilaterale Exploration

5-066.x ↔ Sonstige

5-066.y N.n.bez.

5-067 Parathyreoidektomie

Bilaterale Exploration

Inkl.: Resektion ab 3,5 Nebenschilddrüsen (oder mehr)

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

5-067.0 Ohne Replantation



## OPS 2026

### Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags

5-067.10 Mit Replantation (Autotransplantation), orthotop  
5-067.11 Mit Replantation (Autotransplantation), heterotop  
Replantation am Oberarm  
5-067.y N.n.bez.

## 8. Problembeschreibung und weitere Angaben

### a. Problembeschreibung (Begründung) \*

#### Problembeschreibung

In der aktuellen OPS Systematik ist die Differenzierung der Parathyreoidektomie bezüglich der vollständigen Entfernung einzelner oder aller vorhandenen Polkörperchen nicht eindeutig.

Der Schlüssel 5-066.0 Exzision von Erkranktem Gewebe suggeriert, dass es sich um keine vollständige Resektion eines Polkörperchens handelt. Eine unvollständige Resektion ist dem Antragsteller nicht als chirurgische Indikation, sondern allenfalls als Ergebnis der histologischen Beurteilung bekannt. Die nur teilweise Entfernung eines Polkörperchens wird in der Regel zur Vermeidung eines Seedings von Adenomzellen zu verhindern versucht.

Somit bleibt als Bedeutung des Schlüssels 5-066.0 nur die Entfernung eines Polkörperchens, was durch die geforderte Seitenangabe des OPS plausibel erscheint. In den Leitlinien wird diesbezüglich von einer fokussierten Exploration gesprochen (s. inhaltliche Beschreibung des Vorschlags).

Die Entfernung von zwei (oder mehr) Polkörperchen einer Seite kann im aktuellen OPS nicht abgebildet werden. Als Möglichkeit bietet sich die Differenzierung nach Anzahl der einseitig entfernten Polkörperchen an, da in mehr als 10% der Patienten mehr als 4 Nebenschilddrüsen vorkommen.

Schlüssiger erscheint jedoch die in den Leitlinien beschriebene unilaterale Exploration unter Inklusion aller entfernter Nebenschilddrüsen. Dieser Schlüssel sollte dann mit Seitenangabe erfolgen.

Ob tatsächlich alle vorhandenen Nebenschilddrüsen entfernt worden sind, kann nur anhand der PTH Bestimmung beurteilt werden. Die Parathyreoidektomie sollte daher auch als "Bilaterale Exploration" beschrieben werden. Um Streitfälle um die Differenzierung der "totalen" und 3,5

Nebenschilddrüsenresektion zu vermeiden, sollte die 3,5-Resektion bei der Parathyreoidektomie inkludiert sein.

In den Leitlinien wird von der fokussierten, unilateralen und bilateralen Exploration gesprochen, sodass diese Begriffe in den Vorschlag mit aufgenommen worden sind. Es muss abgewogen werden, ob Fälle mit möglicher Exploration ohne Resektion oder Resektion nur eines Polkörperchens trotz uni- oder bilateraler Exploration über dieselben Schlüssel wie die entsprechenden Resektionen abgebildet werden sollen. Gilt eine Resektion von drei Polkörperchen trotz bilateraler Exploration als Parathyreoidektomie aufgrund des vergleichbaren operativen Aufwandes oder als partielle Resektion aufgrund der fehlenden Entfernung aller angenommenen Polkörperchen?



## OPS 2026

### b. Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der Entgeltsysteme relevant? \*

#### Relevanz Entgeltsysteme

Differenzierung der unilateralen gegenüber der bilateralen Resektion aufgrund des erhöhten Aufwandes.

### c. Verbreitung des Verfahrens \*

- ☒ Standard (z. B., wenn das Verfahren in wissenschaftlichen Leitlinien empfohlen wird)
- ☐ Etabliert (z. B., wenn der therapeutische Stellenwert in der Literatur beschrieben ist)
- ☐ In der Evaluation (z. B., wenn das Verfahren neu in die Versorgung eingeführt ist)
- ☐ Experimentell (z. B., wenn das Verfahren noch nicht in die Versorgung eingeführt ist)
- ☐ Unbekannt

### d. Angaben zu Leitlinien, Literatur, Studienregistern usw. (maximal 5 Angaben)

#### Leitlinien, Literatur, Studienregister

[https://register.awmf.org/assets/guidelines/088-009I\\_S2k\\_Operative-Therapie-des-primären-und-renalen-Hyperparathyreoidismus\\_2025-01-verlaengert.pdf](https://register.awmf.org/assets/guidelines/088-009I_S2k_Operative-Therapie-des-primären-und-renalen-Hyperparathyreoidismus_2025-01-verlaengert.pdf)

### e. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens \*

#### Kosten

unbekannt

### f. Kostenunterschiede (ggf. geschätzt) zu bestehenden, vergleichbaren Verfahren (Schlüsselnummern) \*

#### Kostenunterschiede

### g. Fallzahl (ggf. geschätzt), bei der das Verfahren zur Anwendung kommt \*

#### Fallzahl

unbekannt



## OPS 2026

**h. Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung relevant? \***  
(Vorschläge, die die externe Qualitätssicherung betreffen, sollten mit der dafür zuständigen Organisation abgestimmt werden.)

### Relevanz Qualitätssicherung

|  |
|--|
|  |
|--|

### 9. Bisherige Kodierung des Verfahrens

(Bitte nennen Sie, falls möglich, die Codes, die aus klassifikatorischer Sicht unabhängig vom Ergebnis der Gruppierung in Entgeltsystemen zurzeit für das Verfahren anzugeben sind)

### Bisherige Kodierung

s. Problembeschreibung

### 10. Sonstiges

(z. B. Kommentare, Anregungen, Literaturangaben bitte ausschließlich unter 8.d aufführen)

### Sonstiges

|  |
|--|
|  |
|--|