



Basiswissen Kodieren

Eine kurze Einführung in die Anwendung
von ICD-10-GM und OPS

herausgegeben vom DIMDI

Basiswissen Kodieren

Eine kurze Einführung in die Anwendung von ICD-10-GM und OPS

Herausgegeben vom
Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information
(DIMDI)

**Basiswissen Kodieren –
Eine kurze Einführung in die Anwendung von ICD-10-GM und OPS**

Überarbeitete Neuauflage
Stand 2010

DIMDI
Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation
und Information
Medizinische Klassifikationen
Waisenhausgasse 36-38a
50676 Köln
+49 221 4724-524
klassi@dimdi.de
www.dimdi.de

Copyright: DIMDI, Köln 2010 Alle Rechte vorbehalten.

1. EINLEITUNG	4
2. WAS BRAUCHT MAN ZUM KODIEREN?	5
2.1 ICD-10-GM	6
Das Systematische Verzeichnis der ICD-10-GM	6
Der Aufbau eines ICD-Kodes.....	8
Unterschiede in der Anwendung: stationär vs. ambulant.....	13
Das Alphabetische Verzeichnis zur ICD-10-GM	14
2.2 OPS	16
Das Systematische Verzeichnis zum OPS	16
Der Aufbau eines OPS-Kodes	18
Das Alphabetische Verzeichnis zum OPS	21
3. DIE ANWENDUNG DER KLASSIFIKATIONEN.....	24
4. HINTERGRUNDWISSEN ZU DEN KLASSIFIKATIONEN ..	31
4.1 Die Entstehung von ICD und OPS	31
4.2 Klassifikationen der WHO im Gesundheitswesen.....	34
5. ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	36
6. REFERENZLISTE	37

1. Einleitung

Angesichts der komplexen Strukturen und des stetig zunehmenden Dokumentationsaufwands im Krankenhaus wird es für Ärztinnen und Ärzte immer schwieriger, neben ihren ärztlichen Aufgaben auch den administrativen Anforderungen gerecht zu werden.

Insbesondere die Verschlüsselung von Krankheiten (Diagnosen) und Behandlungsverfahren (Prozeduren) gewinnt mit Einführung der DRGs (Diagnosis Related Groups) an Bedeutung. Die Verantwortung für die korrekte Verschlüsselung liegt in den Händen der Ärztinnen und Ärzte. Da die zugrunde liegenden Klassifikationen umfangreich und ihre Strukturen komplex sind, bedarf es einer guten Einarbeitung und eines regelmäßigen Trainings der Ärztinnen und Ärzte, um die Gesundheitsdaten regelgerecht zu verschlüsseln und so den Anforderungen an die Kodierqualität zu entsprechen.

Auch medizinische Dokumentare, Assistenten und Pflegekräfte wenden mehr und mehr die hier besprochenen Klassifikationen an. Dabei fällt Personen, die in der Ausbildung nicht mit Klassifikationen konfrontiert worden sind, die Kodierarbeit oft schwer.

Das „Basiswissen Kodieren“ soll Anfängern und wenig geübten Kodieren die komplexen Strukturen der Klassifikationen näherbringen und das Vokabular erklären, das in den Klassifikationen verwendet wird. Sie ist einzig und allein als Einstiegshilfe gedacht und kann ein regelmäßiges Training nicht ersetzen.

Die Klassifikationen finden Sie auf den Internetseiten des DIMDI unter www.dimdi.de – Klassifikationen. Für spezielle Kodierfragen wenden Sie sich bitte per E-Mail an klassi@dimdi.de.

2. Was braucht man zum Kodieren?

Medizinisches Vokabular ist komplex und umfangreich. Es gibt für fast jede Erkrankung, Lokalisation und Behandlungsmethode verschiedene Ausdrücke, die inhaltlich zwar gleichbedeutend sind, aber von verschiedenen Personen nicht unbedingt gleich verstanden oder interpretiert werden. Um die Vielfalt der Bezeichnungen zusammenzuführen und eine standardisierte Gruppierung von Krankheiten und Behandlungen möglich zu machen, hat man in Deutschland zwei Klassifikationen eingeführt, die für Abrechnungszwecke verwendet werden.

Krankheiten (Diagnosen) werden mithilfe der ICD (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) verschlüsselt. Zurzeit wird in Deutschland die 10. Revision der ICD verwendet, angepasst an deutsche Verhältnisse (German Modifikation): **ICD-10-GM**. Mit ihr lassen sich prinzipiell alle Krankheiten, Verdachtsfälle und Zustände abbilden.

Chirurgische Eingriffe und andere Behandlungsverfahren werden mit dem Operationen- und Prozedurenschlüssel **OPS** kodiert.

Kernstück von ICD-10-GM und OPS ist das **Systematische Verzeichnis**; es wird jeweils ergänzt durch ein **Alphabetisches Verzeichnis**.

Beide Klassifikationen sind im Sozialgesetzbuch V gesetzlich verankert. Um die Anwendung dieser beiden Klassifikationen für Abrechnungszwecke näher zu regeln und Zweifelsfälle zu klären, gibt das InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) im Auftrag der ärztlichen Selbstverwaltung zu den jeweiligen Versionen von ICD und OPS seit 2002 ein Regelwerk heraus, die **Deutschen Kodierrichtlinien**. Seit 2010 gibt es ergänzend die Deutschen Kodierrichtlinien für die Psychiatrie/Psychosomatik. Kodierrichtlinien für den ambulanten Bereich sind in Vorbereitung.

Im Folgenden gehen wir auf die Struktur der beiden Klassifikationen näher ein. Natürlich wollen wir nicht verschweigen, dass es noch weitere medizinische Klassifikationen gibt. Da diese aber für den klinischen Alltag von untergeordneter Bedeutung sind, werden sie nur kurz im letzten Teil dieser Broschüre erwähnt.

2.1 ICD-10-GM

Das Systematische Verzeichnis der ICD-10-GM

Eine erste Version der ICD wurde bereits im 19. Jahrhundert als Todesursachenverzeichnis international festgelegt. In Deutschland kam 1986 zum ersten Mal die ICD-9 zur Diagnosenverschlüsselung in Krankenhäusern verpflichtend zur Anwendung. Seit 2004 wird eine „German Modification“, also eine modifizierte deutsche Fassung der ICD-10, angewendet und zurzeit jährlich überarbeitet (Einzelheiten zur Entwicklung der ICD siehe Kapitel 4). Diese ist für den ambulanten und den stationären Bereich gültig. Unterschiede bei der Kodierung in den beiden Bereichen können Sie dem Vorspann zur Systematik der ICD-10-GM entnehmen.

Da die kodierten Daten nicht nur zur Abrechnung in Deutschland verwendbar sein sollen, ist die deutsche Fassung eng an die Fassung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) angelehnt, um internationale Vergleiche und Studien zu ermöglichen.

Die Systematik zur ICD-10-GM hat 22 Kapitel. Die Einteilung gründet sich auf Vorschläge, die schon 1855 von William Farr gemacht wurden. Er schlug vor, die Krankheiten anhand von bestimmten Gruppen **systematisch** zu gliedern (s. Kapitel 4.1).

Den Kernbereich bilden die organspezifischen Krankheiten, sie sind – geordnet nach der Lokalisation – in den Kapiteln 3 bis 14 aufgeführt.

Manche Erkrankungen lassen sich keinem spezifischen Organ zuordnen. Ihre Zusammenfassung in bestimmten Kapiteln dient der besseren Übersichtlichkeit der ICD. So sind z.B. alle infektiösen und parasitären Erkrankungen in Kapitel 1 zusammengefasst. Erkrankungen, die im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett entstehen, finden sich in Kapitel 15, angeborene Erkrankungen sind in Kapitel 17 zu suchen und Verletzungen in Kapitel 19.

Die ICD ist sehr umfangreich: Die Version 2010 enthält bereits mehr als 13.300 endständige Codes und die Tendenz ist steigend. Durch den Fortschritt in der Medizin werden Krankheiten zunehmend differenzierter definiert und Ätiologien geklärt.

Die ICD-10 ist in 22 Kapitel unterteilt.

Beschreibung der 22 Kapitel der ICD-10. Den Kernbereich der ICD-10 bilden die organ-spezifischen Kapitel 3-14.

Kapitel	Gliederung	Titel
I	A00-B99	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten
II	C00-D48	Neubildungen
III	D50-D90	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems
IV	E00-E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
V	F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen
VI	G00-G99	Krankheiten des Nervensystems
VII	H00-H59	Krankheiten des Auges und der Augenhangsgebilde
VIII	H60-H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes
IX	I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems
X	J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems
XI	K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems
XII	L00-L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut
XIII	M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
XIV	N00-N99	Krankheiten des Urogenitalsystems
XV	O00-O99	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
XVI	P00-P96	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben
XVII	Q00-Q99	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien
XVIII	R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind
XIX	S00-T98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen
XX	V01-Y98	Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität
XXI	Z00-Z99	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen
XXII	U00-U99	Schlüsselnummern für besondere Zwecke

Diese Schlüsselnummern finden sich in den Kapiteln.
Achtung: Nicht jeder Buchstabe ist äquivalent zu einem Kapitel. Manche Kapitel beinhalten mehrere Buchstabenbereiche und einige Buchstaben sind auf mehrere Kapitel verteilt!

Abbildung 1: Kapiteleinteilung in der Systematik der ICD-10-GM

Wichtig ist, dass die Organmanifestation einer Allgemeinerkrankung nicht über die Lokalisation, sondern primär über die Allgemeinerkrankung kodiert werden muss. Hierbei gilt der Grundsatz:

ALLGEMEINKRANKHEIT geht vor ORGANMANIFESTATION!

Beispiel:

Erleidet ein Patient eine Hirnvenenthrombose mit Hirninfarkt, so handelt es sich hierbei um eine organspezifische Krankheit. Den richtigen Kode findet man in Kapitel 9 bei den „Krankheiten des Kreislaufsystems“ mit I63.6 (Hirninfarkt durch Thrombose der Hirnvenen, nichteitrig). Handelt es sich jedoch um eine Patientin im Wochenbett, die eine Hirnvenenthrombose erleidet, so findet man den richtigen Kode in Kapitel 15 „Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett“ unter O87.3 (Hirnvenenthrombose im Wochenbett).

Die Kapitel sind in Gruppen, die Gruppen in Kategorien unterteilt. Die dreistelligen Kategorien können weiter ausdifferenziert sein und vier- oder fünfstelligen (Sub)kategorien enthalten. Die Überschriften der Kapitel, Gruppen und (Sub)kategorien werden als Klassentitel bezeichnet.

Der Aufbau eines ICD-Kodes

Eine Krankheit oder eine Gruppe von Erkrankungen wird durch eine Schlüsselnummer (Kode) und einen beschreibenden Text (Klassentitel) bestimmt.

Kodes können durch Zusätze (Klassenattribute) näher erklärt sein:

Inkl.: heißt Inklusivum. Hier finden sich Eigennamen einer Erkrankung oder andere Bezeichnungen (Synonyme), aber auch Sonderformen, die diesem speziellen Kode zuzuordnen sind. Inklusiva sind grundsätzlich nur Beispiele, hier finden sich keine abschließenden Listen. Bei vier- und fünfstelligen Kodes fehlt die Abkürzung Inkl. in der Regel.

Exkl.: heißt Exklusivum. Hier finden sich Informationen, wann ein Code nicht anzuwenden ist oder was ein Code nicht beinhaltet. Ist z.B. bei einer infektiösen Erkrankung eine Erregergruppe anderenorts schon klassifiziert, so wird diese Erregergruppe im Exklusivum für diesen spezifischen Code ausgeschlossen. Hier findet sich dann der zu verwendende Code in Klammern hinter der Bezeichnung.

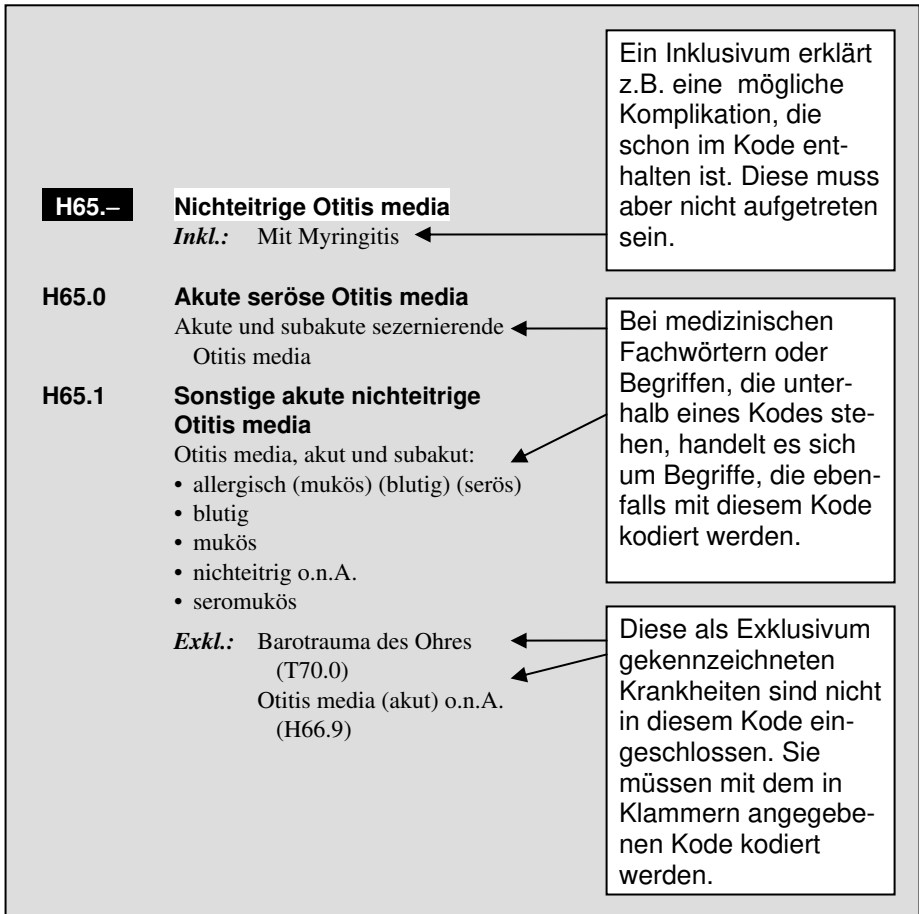


Abbildung 2: Die Bedeutung von Inklusivum und Exklusivum in der ICD-10-GM

Basiswissen Kodieren

Hinw.: heißt Hinweis. Hinweise erklären den entsprechenden Code näher. So findet man hier z.B. eine Erklärung, was die angegebene Dauer einer Erkrankung beinhaltet oder wo man eine nicht genau definierte Form der Erkrankung einordnen sollte.

<p>A09.0 Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs</p> <p><i>Hinw.:</i> Diese Kategorie ist auch bei sonstiger und nicht näher bezeichneter Gastroenteritis und Kolitis vermutlich infektiösen Ursprungs zu verwenden.</p>	<p>Hinweise sind in der ICD-10-GM selten.</p> <p>Sie erläutern die Anwendung des Codes näher.</p>
---	---

Abbildung 3: Beispiel für Hinweise in der ICD-10-GM

In den meisten Kategorien gibt es eine Subkategorie für eine Resteklasse, deren Text in der Regel mit dem Wort **Sonstige** beginnt. Dieser Resteklasse werden diejenigen Krankheiten zugeordnet, die zwar in den betreffenden Code-Block gehören, für die es dort jedoch keinen spezifischen Einzelcode gibt.

Beispiel:

Ein Patient leidet an einer Keratitis purulenta. Diese Form lässt sich keiner der unter H16 genannten Formen der Keratitis zuordnen. In diesem Fall liegt also eine genaue Diagnose vor, die als „sonstige Form der Keratitis“ H16.8 zuzuordnen ist.

Außerdem gibt es in den meisten Kategorien Codes für die **nicht näher bezeichneten** Erkrankungen. Diese Codes sind zu verwenden, wenn zum Zeitpunkt des Kodierens keine näheren Informationen über die Erkrankung vorliegen.

Beispiel:

Ein Patient hat die Klinik schon verlassen und der behandelnde Arzt ist im Urlaub. Seine Vertretung wird nun aufgefordert, die Akte zu kodieren, findet aber als Diagnose nur den Eintrag Keratitis. Hier muss mit H16.9 kodiert werden, da die Keratitis hier nicht näher bezeichnet ist.

Prinzipiell sollte man versuchen, so spezifisch wie möglich zu kodieren, d.h. möglichst selten **nicht näher bezeichnet** zu verwenden.

A26.–	Erysipeloid	Mit A26.8 kodiert man Formen des Erysipeloids, die nicht A26.0 oder A26.7 zugeordnet werden können. Es gibt also Befunde, die eine Eingruppierung der Krankheit unter die beiden spezifischen Codes ausschließen!
A26.0	Haut-Erysipeloid Erythema migrans Schweinerotlauf	
A26.7	Erysipelothrix-Sepsis	Mit A26.9 kodiert man ein Erysipeloid, über das keine näheren Informationen vorliegen und das deshalb nicht zugeordnet werden kann.
A26.8	Sonstige Formen des Erysipeloids	
A26.9	Erysipeloid, nicht näher bezeichnet	

Abbildung 4:

Restklassen für „sonstige“ und „nicht näher bezeichnete“ Erkrankungen

Und dann ist da noch das **Kreuz-Stern-System**: Der **Ätiologiecode** einer Erkrankung wird in der ICD-Kodierung mit einem Kreuz (†) gekennzeichnet und die (Organ)**manifestation** mit einem Stern (*). Hierbei darf ein *-Code aber nie alleine verwendet werden. Der †-Code ist der Primärkode.

Basiswissen Kodieren

Das heißt, liegt eine Erkrankung vor, die sich an verschiedenen Organen manifestiert, so sollte man die Grunderkrankung mit dem †-Kode kodieren und die einzelnen Manifestationen mit den speziell dafür vorgesehenen *-Kodes. Diese sind in der Systematik am Anfang eines jeden Kapitels aufgezählt.

Dieses Kapitel enthält die folgenden Sternschlüsselnummern:

- E35* Störungen der endokrinen Drüsen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
- E90* Ernährungs- und Stoffwechselstörungen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten

Abbildung 5:

Hinweis am Anfang von Kapitel 4 auf die in diesem Kapitel vorhandenen *-Kodes

Beispiel:

*Ein gutes Beispiel ist hier die Masernotitis: Bei einem Patienten mit Masern, der eine Otitis als Komplikation der Masern entwickelt hat, muss man den Ätiologiekode für Masern verwenden und dahinter das † setzen, denn dabei handelt es sich um die Grundkrankheit. Dazu muss man dann den Kode für „Otitis bei Masern“ verwenden und mit einem * kennzeichnen. Falsch wäre es, hier nur den Kode für Otitis anzugeben, denn dadurch ginge die Information über die eigentlich zugrunde liegende Krankheit verloren (ganz zu schweigen von der Information über den Mehraufwand, der bei Diagnostik und Therapie betrieben werden muss).*

*Korrekt ist also: B05.3† H67.1**

Falsch ist: H65.1

Das Kreuz-Stern-System sollte aber nicht bei Krankheiten angewendet werden, die in keinem ätiologischen Zusammenhang stehen.

Beispiel:

*Erleidet dieser Masern-Patient eine Fraktur, so steht dies nicht in direktem Zusammenhang mit seinen Masern. Hier werden die beiden Codes für die Fraktur und die Masern angegeben, aber ohne † und *.*

Als Sternkodes darf man nur diejenigen Codes verwenden, die in der ICD-10-GM explizit als solche definiert sind. Man kann also Codes nicht beliebig kombinieren und mit Kreuz und Stern versehen.

Zulässig ist es hingegen, den Code für eine Grunderkrankung mit einem Kreuz zu ergänzen, wenn für die Krankheitsmanifestation ein passender Sternkode zur Verfügung steht.

Beispiel:

Ein Patient entwickelt als Komplikation seiner idiopathischen Gicht eine Iridozyklitis. Die Grunderkrankung ist also die Gicht, bei Befall mehrerer Lokalisationen zu kodieren mit M10.00. Die Iridozyklitis ist zu kodieren mit H22.1 („Iridozyklitis bei andernorts klassifizierten Krankheiten“). Somit lautet hier die korrekte Kodierung M10.00† H22.1*, obwohl M10.00 in der ICD-10 nicht ausdrücklich mit einem Kreuz versehen ist.*

Manche Codes sind mit einem **Ausrufezeichen (!)** gekennzeichnet. Hierbei handelt es sich um Zusatzcodes, die eine Krankheit näher beschreiben oder deren Schweregrad abgrenzen. Diese Codes dürfen ebenfalls nicht alleine stehen.

Beispiel:

Hat ein Patient eine Fraktur des Oberarmes erlitten, so wird diese mit einem Code aus dem Dreistellerbereich S42 kodiert. Um diese Fraktur näher zu beschreiben (offen/geschlossen, Weichteilschaden etc.), gibt man nun zusätzlich einen speziell für diesen Zweck vorgesehenen Code aus dem Bereich S41.8f an. Dieser Code wird mit einem Ausrufezeichen markiert.

Unterschiede in der Anwendung: stationär vs. ambulant

Seit 2004 gibt es für den stationären und den ambulanten Bereich nur noch eine Fassung der ICD-10-GM. Allerdings sind in der Anwendung Unterschiede zu beachten:

Für den **ambulanten** Bereich gelten zwei Arten von Zusatzkennzeichen:

- Man **kann** die Seite einer Erkrankung durch das Zusatzkennzeichen **R/L/B** angeben. Hierbei steht R für rechts, L für links und B für beidseitig.
- Den Stand der Diagnosesicherheit **muss** man angeben durch ein weiteres Zusatzkennzeichen: **V** für Verdacht auf; **G** für gesicherte Diagnose; **A** für ausgeschlossene Diagnose und **Z** für symptomloser Zustand nach betreffender Diagnose.

Für den **stationären** Bereich gilt:

- Die Seite einer Erkrankung **kann** durch das Zusatzkennzeichen **R/L/B** angegeben werden. Hierbei steht ebenfalls R für rechts, L für links und B für beidseitig.
- Die Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit (V, G, A und Z) **dürfen** im stationären Bereich **nicht verwendet** werden.

Der Vorspann zur Systematik der ICD-10-GM gibt nähere Erläuterungen zu diesen Unterschieden, die ebenfalls jährlichen Änderungen unterworfen sein können.

Das Alphabetische Verzeichnis zur ICD-10-GM

Das Alphabetische Verzeichnis zur ICD-10-GM wurde schon über viele Jahre sowohl auf internationaler als auch auf nationaler Ebene gepflegt und weiterentwickelt. Dadurch konnte ein Großteil des gängigen medizinischen Wortschatzes integriert werden. Durch die kontrollierte Aufnahme von zusätzlichen Begriffssammlungen entstand ein umfangreiches, alphabetisch sortiertes Vokabular. Bei der Suche nach einem Kode sollte der erste Blick also immer in das Alphabetische Verzeichnis gehen (siehe auch Kapitel 3).

Natürlich lässt sich nicht ausschließen, dass Termini fehlen, seien es neuere Fachbegriffe oder umgangssprachliche Formen. Zur Weiterentwicklung des Verzeichnisses ist das DIMDI jederzeit für Hinweise auf fehlende Begriffe dankbar (klassi@dimdi.de).

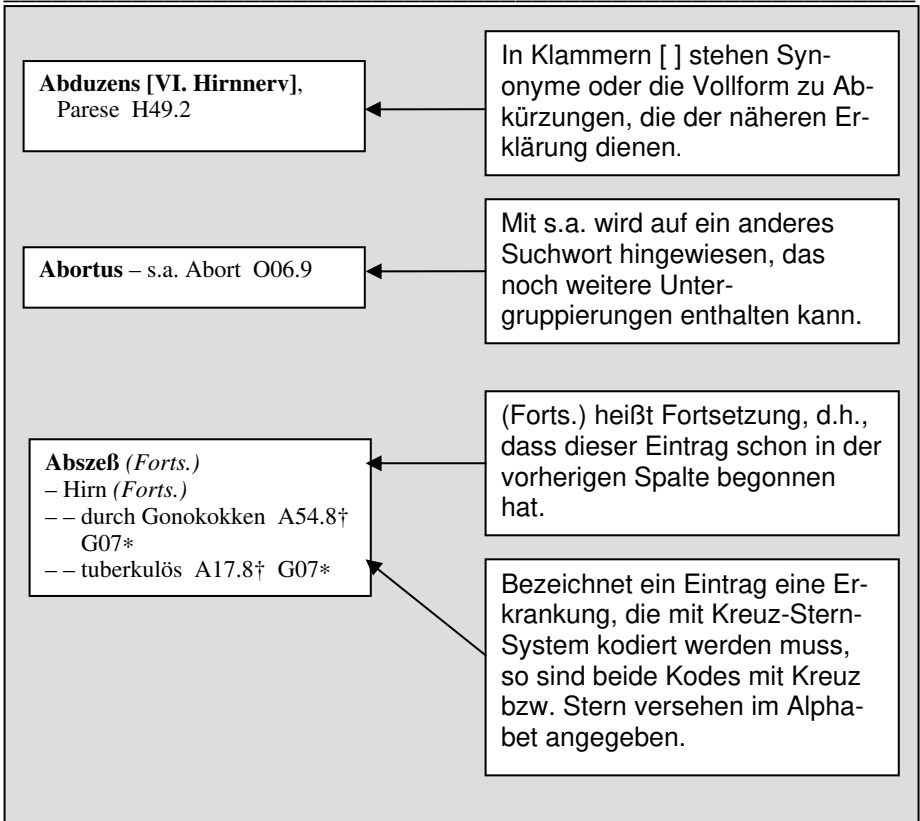


Abbildung 6: Besonderheiten des Alphabetischen Verzeichnisses der ICD-10-GM

2.2 OPS

Das Systematische Verzeichnis zum OPS

Der Operationen- und Prozedurenschlüssel OPS (bis zur Version 2004 OPS-301 genannt) wurde 1994 erstmalig in Deutschland veröffentlicht. Seine Grundstruktur geht zurück auf die im Jahr 1978 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) veröffentlichte International Classification of Procedures in Medicine (ICPM).

Da sich Therapieverfahren ständig ändern, manche obsolet werden und andere hinzukommen, wird der OPS zurzeit jährlich überarbeitet.

Generell dient der OPS nicht dazu, jeden Handgriff zu verschlüsseln, der an dem Patienten/der Patientin durchgeführt wird. Vielmehr sollten nur solche Behandlungen verschlüsselt werden, die für sich genommen eine abgeschlossene Maßnahme darstellen und nicht nur Teil einer Prozedur sind. Der postoperative Verbandswechsel ist ein typisches Beispiel einer therapeutischen Maßnahme, die im Kode der durchgeführten Operation bereits enthalten ist und nicht gesondert kodiert werden muss.

Kapitelstruktur: Der OPS ist in 6 Kapitel gegliedert. Die Kapitel 2, 4 und 7, die in der Ursprungsversion der WHO vorhanden waren, sind im OPS derzeit nicht besetzt.

Die einzelnen Kapitel des OPS sind in Gruppen unterteilt, die Gruppen in Kategorien, die Kategorien in bis zu sechsstellige (Sub)kategorien. Die Überschriften der Kapitel, Gruppen und (Sub)kategorien werden als Klassentitel bezeichnet.

Kapitel 1: DIAGNOSTISCHE MASSNAHMEN

In diesem Kapitel finden sich z.B. Biopsien, Katheteruntersuchungen, Funktionstests und diagnostische Endoskopien.

Kapitel 3: BILDGEBENDE DIAGNOSTIK

Wie der Titel schon sagt, sind hier z.B. CT- und MRT-Untersuchungen, endosonographische Verfahren, Szintigraphien, aber auch Gefäßdarstellungen zu finden.

Möchte man also ein diagnostisches Verfahren kodieren, so sollte man in Kapitel 1 oder 3 nach dem passenden Schlüssel suchen.

Kapitel 5: OPERATIONEN

Dies ist mit mehr als 85 % der Codes das umfangreichste Kapitel des OPS. Hier sind alle operativen Prozeduren zusammengefasst. Die meisten der hier beschriebenen Eingriffe finden im Operationssaal unter Narkose statt. Die Untergruppen sind nach der Anatomie geordnet, wobei der Mensch von oben nach unten betrachtet wird. Kapitel 5 beginnt also mit Eingriffen am Kopf.

Kapitel 6: MEDIKAMENTE

In diesem Kapitel werden Medikamente kodiert, teilweise unterteilt nach verabreichten Mengen. Es sind aber nur Medikamente enthalten, die besonders hohe Kosten verursachen und für das Abrechnungssystem G-DRG benötigt werden.

Kapitel 8: NICHTOPERATIVE THERAPEUTISCHE MASSNAHMEN

In diesem Kapitel finden sich Therapien, die keine Operationen im klassischen Sinne sind und teilweise keines Operationssaals bedürfen. So findet man in diesem Kapitel die nuklearmedizinische Therapie, die Lithotrypsie, Fremdkörperentfernung ohne Inzision, perkutan-transluminale Gefäßinterventionen und dergleichen.

Kapitel 9: ERGÄNZENDE MASSNAHMEN

Dieses Kapitel enthält z.B. geburtsbegleitende Maßnahmen. Im Jahr 2010 sind hier auch die Codes für hochaufwendige Pflege und für stationäre Psychotherapie aufgenommen worden.

Gerade in den Kapiteln 8 und 9 dürften auch in Zukunft viele Ergänzungen zu erwarten sein.

Der Aufbau eines OPS-Kodes

Ein OPS-Kode hat maximal sechs Stellen. Die erste Stelle bezeichnet die Kapitelnummer, d.h. sie lautet 1, 3, 5, 6, 8 oder 9. Danach folgt, durch einen Bindestrich getrennt, eine dreistellige Folge aus Ziffern und Buchstaben, die der weiteren Untergliederung dient. Nach der vierten Stelle kann der Code enden; ist das nicht der Fall, folgen ein Punkt und eine oder zwei weitere alphanumerische Stellen.

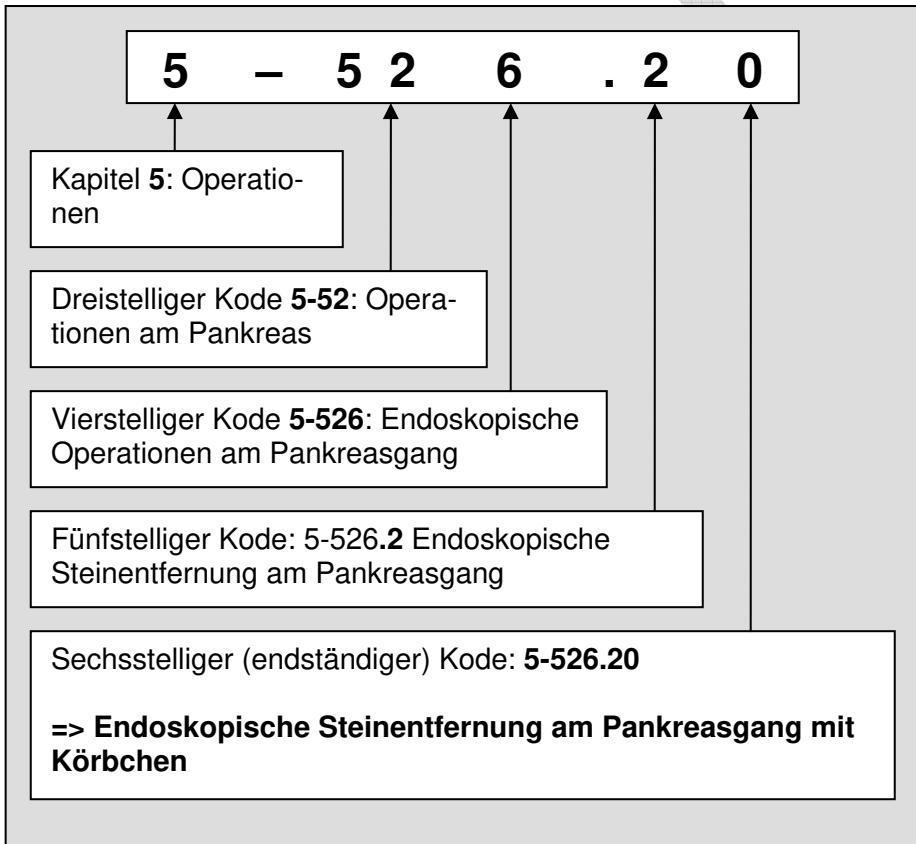


Abbildung 7: Vom Code zum medizinischen Text, dem Klassentitel

Wie in der ICD gibt es auch im OPS nähere Beschreibungen zu einzelnen Kodes. Diese sind nicht bei allen Kodes vorhanden:

Exkl.: heißt Exklusivum. Hier stehen Informationen darüber, wann ein Kode nicht anzuwenden ist. Manche Kodebeschreibung lässt z.B. vermuten, dass auch ein bestimmter Spezialeingriff in den Bereich dieses Kodes fällt. Ist dies nicht der Fall, so ist der Spezialeingriff im Exklusivum angegeben. Dann muss für den Spezialeingriff der im Exklusivum in Klammern aufgeführte Kode verwendet werden (siehe Abbildung 8).

Inkl.: heißt Inklusivum. Im Gegensatz zum Exklusivum sind hier Teile der Operation beschrieben, die bereits im Kode enthalten sind. Auch Eigennamen und andere synonyme Operationsbezeichnungen findet man unter Inkl.

Hinw.: heißt Hinweis. Hinweise erklären den entsprechenden Kode näher. Ist z.B. ein Zugangsweg zu einem Operationsfeld in dem Kode nicht enthalten, so ist das im Hinweis erwähnt.

Das Zeichen ↔ zeigt an, dass für diesen Kode ein **Zusatzkennzeichen** angegeben werden muss. Ab 2005 ist es für so markierte Kodes Pflicht, die Seitigkeit anzugeben, d.h. ob eine Prozedur rechts (**R**), links (**L**) oder beidseitig (**B**) durchgeführt wurde. Alle endständigen Kodes, für die das Zusatzkennzeichen angegeben werden muss, sind mit diesem Symbol gekennzeichnet.

Ähnlich wie in der ICD gibt es im OPS Resteklassen: Kodes, die mit **x** enden, bezeichnen **sonstige** Prozeduren, die zu der Kodeüberschrift passen, aber nicht einem spezifischen Kode der Gruppe zugeordnet werden können.

Y steht im OPS für **N.n.bez.** (Nicht näher bezeichnet) und ist nur zu verwenden, wenn keine näheren Angaben zu einem Eingriff bekannt sind. Y sollte möglichst nicht verwendet werden!

Basiswissen Kodieren

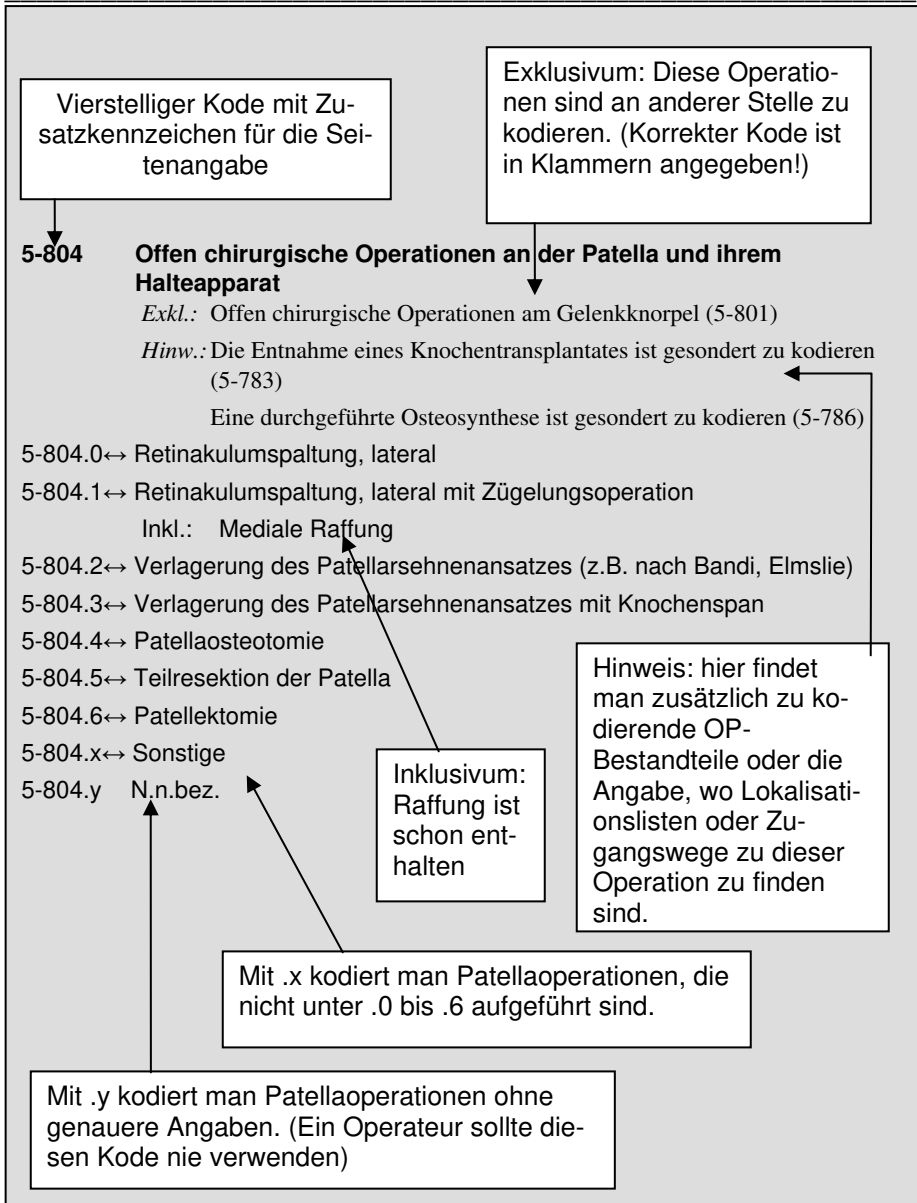


Abbildung 8:
Aufbau eines vierstelligen Codes und seiner fünfstelligen Differenzierungen

Wenn unter einer Überschrift (Klassentitel) Beschreibungen stehen, gelten sie für alle nachfolgenden Codes bis zur nächsten Überschrift auf gleicher Ebene. Es lohnt sich also, beim Nachschlagen im Systematischen Verzeichnis auch die vorherigen Seiten zu betrachten, um den Code wirklich korrekt anwenden zu können.

5-36 **Operationen an den Koronargefäßen**
Exkl.: Operationen bei kongenitalen Gefäßanomalien (5-357)
Hinw.: Die Anwendung der Herz-Lungen-Maschine ist, sofern
 nicht im Code enthalten, zusätzlich zu kodieren
 (8-851)

Dieses Exklusivum und die Hinweise gelten für alle Codes, die mit 5-36 beginnen. Wenn man dies nicht beachtet, kann es dazu kommen, dass man eine Koronararterien-Transposition unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine mit 5-363.3 fehlkodiert anstatt korrekt mit 5-363.3 und 8-851.

Abbildung 9: Für die Kodierung mit vier-, fünf- und sechsstelligen Codes muss man immer auch die Inklusiva, Exklusiva und Hinweise der zugehörigen übergeordneten Dreistellergruppe bzw. des dreistelligen Codes beachten.

Das Alphabetische Verzeichnis zum OPS

Auch zum OPS gibt es ein Alphabetisches Verzeichnis. Um in diesem Alphabetischen Verzeichnis fündig zu werden, sollte man nach der durchgeführten Operation oder der Lokalisation suchen, an der die Operation durchgeführt wurde. Hat man z.B. eine Spalthauttransplantation am Oberarm bei Verbrennung durchgeführt, kann man den passenden Code unter Spalthaut, Transplantation oder Oberarm finden. Man findet ihn hingegen nicht bei Verbrennung, denn das ist eine Diagnose – und Diagnosen kommen im Alphabetischen Verzeichnis des OPS (fast) nicht vor.

Das Alphabetische Verzeichnis enthält zwei Arten von Verweisen. Die Abkürzung **s.** steht für „siehe“ und verweist auf Einträge an anderer Stelle, die dort weiter untergliedert sind.

Diese Verweise werden hauptsächlich eingesetzt, um den Umfang des Verzeichnisses zu reduzieren.

Die Abkürzung **s.a.** steht für siehe auch; hier ist der Eintrag meist mit einem Kode versehen. Dies sind zum großen Teil endständige Codes, die auch an anderer Stelle nicht mehr weiter untergliedert sind. Der Verweis wird an dieser Stelle eingesetzt, um doppeldeutige Abkürzungen zu spezifizieren und Eigennamen zu erklären. Diese Abkürzung wird aber auch verwendet, um auf Listen anderer Einträge hinzuweisen (Bein s.a. Oberschenkel, Unterschenkel ist eingetragen, um auf die ausführlicheren Listen der genaueren Lokalisationen zu verweisen).

Erstmalig ist das Alphabetische Verzeichnis zum OPS mit der Version 2004 erschienen. Es wird jährlich um klinisches Vokabular und Termini technici erweitert, um dem klinischen Sprachgebrauch besser gerecht zu werden. Dennoch wird es immer Begriffe geben, die nicht im Alphabetischen Verzeichnis enthalten sind. Findet man also das gesuchte Wort nicht, so kann man entweder nach einem Synonym suchen oder in die Systematik schauen.

Das DIMDI ist über jeden Hinweis auf fehlende Einträge dankbar (klassi@dimdi.de).

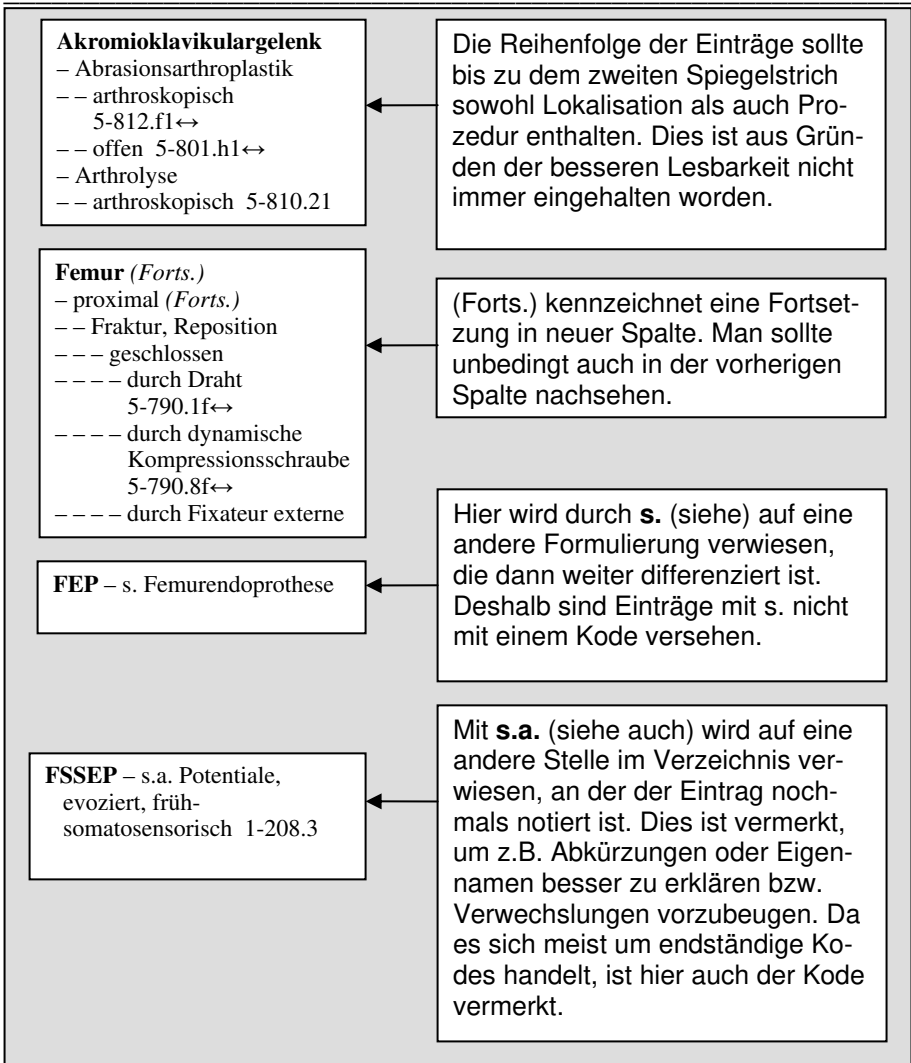


Abbildung 10: Besonderheiten des Alphabetischen Verzeichnisses des OPS

3. Die Anwendung der Klassifikationen

Das vorangegangene Kapitel gab einen Überblick über die beiden abrechnungsrelevanten Klassifikationen ICD-10-GM und OPS. Dennoch ist es hilfreich, ein wenig durch das Systematische Verzeichnis von ICD bzw. OPS zu blättern, bevor man mit dem Kodieren beginnt. Um die Anwendung der beiden Klassifikationen im Krankenhaus deutschlandweit zu vereinheitlichen und Problemfälle zu lösen, gibt das InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) jährlich die Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) heraus. Erstmals erschienen diese 2001 für das Jahr 2002 und traten am 01.01.2002 zusammen mit den entsprechenden Klassifikationen in Kraft. Seit 2010 gibt es zusätzlich die Deutschen Kodierrichtlinien für die Psychiatrie/Psychosomatik (DKR-Psych). Kodierrichtlinien für den ambulanten Bereich sind in Vorbereitung.

Die DKR sind in zwei Bereiche aufgeteilt. Der erste allgemeine Teil erklärt, wie im deutschen DRG-System ICD-10-GM und OPS anzuwenden sind, und gibt einige Definitionen vor. Der zweite Teil ist wesentlich umfangreicher und spezieller und legt Kodierungen für bestimmte Krankheiten und Prozeduren fest. Die DKR-Psych beinhalten nur allgemeine Kodierrichtlinien.

Die Bestimmungen der Kodierrichtlinien können im Einzelfall von den Verschlüsselungsregeln der Klassifikationen abweichen. In solchen Fällen haben die Kodierrichtlinien immer Vorrang!

Für den Einstieg ist es wichtig, einige allgemeine Regeln zu kennen. Da auch die Deutschen Kodierrichtlinien jedes Jahr überarbeitet werden und in der jeweils aktuellen Fassung anzuwenden sind, empfiehlt es sich, die derzeit gültigen Kodierrichtlinien zu lesen, bevor man abrechnungsrelevant kodiert.

Möchte man also z.B. einen stationären Fall kodieren, sollte man folgende Fragen stellen:

1. Weshalb wurde der Patient/die Patientin aufgenommen und hauptsächlich behandelt? (**Hauptdiagnose**)
2. Welche Behandlung dieser Diagnose wurde durchgeführt und ist diese verschlüsselbar? (**Prozedur**)

3. Hatte der Patient/die Patientin noch weitere Erkrankungen, die während des Aufenthalts einer Behandlung bedurften?
(Nebendiagnosen)
4. Gab es zusätzliche Faktoren (z. B. Behinderungen, Funktionseinschränkungen etc.), die die Versorgung des Patienten/der Patientin erschwert haben? (Nebendiagnosen)
5. Hat der Patient/die Patientin noch andere relevante kodierbare Behandlungen erhalten? (weitere Prozeduren)

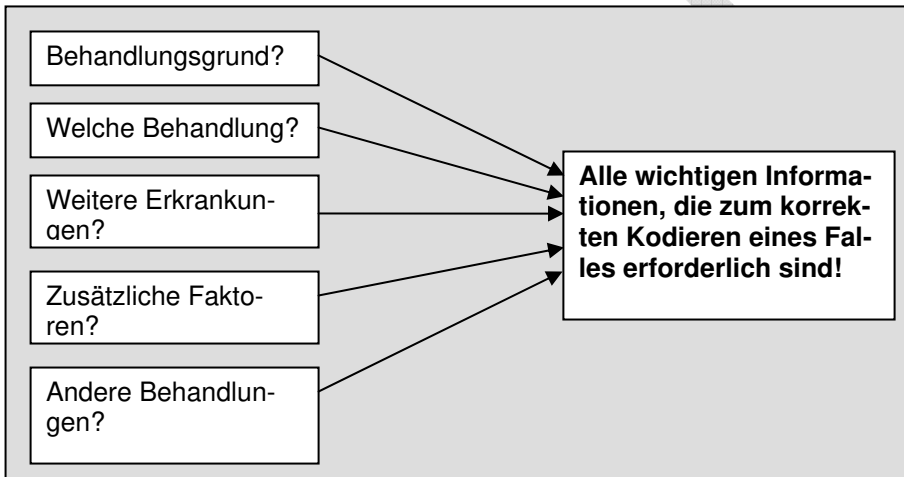


Abbildung 11:

Fünf Fragen, die man vor dem Kodieren eines Falles beantworten sollte.

Durch Beantwortung dieser Fragen gewinnt man alle nötigen Informationen, um korrekt verschlüsseln zu können. Im Folgenden werden diese Fragen näher erläutert:

Zu Frage 1: Weshalb wurde der Patient/die Patientin aufgenommen und hauptsächlich behandelt?

Mit dieser Frage sollte man klären, was die **Hauptdiagnose** des behandelten Patienten bzw. der Patientin ist. Die Deutschen Kodierrichtlinien legen die Definition der Hauptdiagnose fest:

D002f Hauptdiagnose

Die Hauptdiagnose wird definiert als:

Die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist.

Der Begriff „nach Analyse“ bezeichnet die Evaluation der Befunde am Ende des stationären Aufenthaltes, um diejenige Krankheit festzustellen, die hauptsächlich verantwortlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes war. Die dabei evaluierten Befunde können Informationen enthalten, die aus der medizinischen und pflegerischen Anamnese, einer psychiatrischen Untersuchung, Konsultationen von Spezialisten, einer körperlicher Untersuchung, diagnostischen Tests oder Prozeduren, chirurgischen Eingriffen und pathologischen oder radiologischen Untersuchungen gewonnen wurden. Für die Abrechnung relevante Befunde, die nach der Entlassung eingehen, sind für die Kodierung heranzuziehen.

Die nach Analyse festgestellte Hauptdiagnose muss nicht der Aufnahme- oder Einweisungsdiagnose entsprechen.

Abbildung 12: Kodierrichtlinie zur Definition der Hauptdiagnose aus den Deutschen Kodierrichtlinien 2010

Zu Frage 2: Welche Behandlung dieser Diagnose wurde durchgeführt und ist diese verschlüsselbar?

Mit dieser Frage versucht man zu klären, was die wichtigste Maßnahme war, die an dem Patienten/der Patientin durchgeführt wurde. Es gibt aber auch Erkrankungen, bei denen keine Prozedur oder Operation durchgeführt wird. Diese Frage muss also nicht unbedingt eine Antwort haben! Zur Definition einer Prozedur helfen wieder die Deutschen Kodierrichtlinien weiter:

P001f Allgemeine Kodierrichtlinien für Prozeduren

Alle signifikanten Prozeduren, die vom Zeitpunkt der Aufnahme bis zum Zeitpunkt der Entlassung vorgenommen wurden und im OPS abbildbar sind, sind zu kodieren. Dieses schließt diagnostische, therapeutische und pflegerische Prozeduren ein.

Die Definition einer signifikanten Prozedur ist, dass sie entweder

- chirurgischer Natur ist
- ein Eingriffsrisiko birgt
- ein Anästhesierisiko birgt
- Spezialeinrichtungen oder Geräte oder spezielle Ausbildung erfordert.

Es ist besonders wichtig, dass alle signifikanten und kodierbaren Prozeduren, einschließlich traditioneller nicht-chirurgischer Prozeduren verschlüsselt werden.

Es gibt keine Kodierrichtlinie, die die Reihenfolge der Prozeduren regelt. Jedoch sollten die bedeutenderen Prozeduren zuerst angegeben werden, da die Anzahl der zur Verfügung stehenden Schlüsselnummernfelder begrenzt ist.

Die Reihenfolge der Prozeduren hat keinen Einfluss auf die DRG-Gruppierung.

Abbildung 13:

Kodierrichtlinie zur Definition einer Prozedur aus den Deutschen Kodierrichtlinien 2010

Zu Frage 3: Hat der Patient/die Patientin noch weitere Erkrankungen, die während des Aufenthaltes einer Behandlung bedurften?

Diese Frage hilft, die **Nebendiagnosen** festzulegen. Häufig sind Patienten/Patientinnen multimorbide und es gibt neben der Hauptdiagnose noch weitere Erkrankungen, die während des stationären Aufenthaltes einer Behandlung bedürfen. Die Definition einer Nebendiagnose ist in den Deutschen Kodierrichtlinien wie folgt beschrieben:

D003i Nebendiagnosen

Die Nebendiagnose ist definiert als:

Eine Krankheit oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich während des Krankenhausaufenthaltes entwickelt.

Für Kodierungszwecke müssen Nebendiagnosen als Krankheiten interpretiert werden, die das Patientenmanagement in der Weise beeinflussen, dass irgendeiner der folgenden Faktoren erforderlich ist:

- therapeutische Maßnahmen
- diagnostische Maßnahmen
- erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand

Bei Patienten, bei denen einer dieser erbrachten Faktoren auf mehrere Diagnosen ausgerichtet ist, können alle betroffenen Diagnosen kodiert werden.

Abbildung 14: Kodierrichtlinie zur Definition einer Nebendiagnose aus den Deutschen Kodierrichtlinien 2010

Diagnosen sollten also den obigen Kriterien entsprechen, wenn sie als Nebendiagnosen kodiert werden sollen. Eine „folgenlos ausgeheilte Meningitis vor fünf Jahren“ ist keine Nebendiagnose: Sie erfordert weder therapeutische noch diagnostische Maßnahmen und auch keinen erhöhten Aufwand.

Zu Frage 4: Gibt es zusätzliche Faktoren (z.B. Behinderungen, Funktionseinschränkungen etc.), die die Versorgung des Patienten/der Patientin erschwert haben?

Diese Frage überschneidet sich zum Teil mit Frage 3, denn auch hier wird das Ergebnis der Frage eine Nebendiagnose sein. Diese Frage zielt aber darauf ab, nochmals zu überlegen, ob es Umstände gibt, die die Versorgung eines Patienten/einer Patientin im Vergleich zu anderen Patienten/Patientinnen mit gleicher Hauptdiagnose wesentlich er-

schwert haben. Hier sind speziell Behinderungen, Funktionseinschränkungen oder andere erschwerende Umstände zu berücksichtigen.

Beispiel:

Ein Patient wird zur Behandlung einer Lungenembolie aufgenommen. Der Patient hat Morbus Down. Eine Lungenembolie ist keine Manifestation des Morbus Down. Die Hauptdiagnose ist hier die Lungenembolie. Dennoch entsteht ggf. ein Mehraufwand in der Betreuung durch den bestehenden Morbus Down. Nur dann darf diese Diagnose als Nebendiagnose kodiert werden.

Zu Frage 5: Hat der Patient/die Patientin noch andere relevante kodierbare Behandlungen erhalten?

Wenn ein Patient/eine Patientin bei einem stationären Aufenthalt eine Behandlung erhalten hat, die nicht durch die Hauptprozedur beschrieben wird, so ist diese Behandlung gesondert zusätzlich zu kodieren.

Beispiel:

Ein Patient wird aufgrund einer akuten Appendizitis aufgenommen. Nach erfolgreicher Appendektomie fällt im Rahmen seines stationären Aufenthaltes eine Gangunsicherheit des Patienten auf. Wegen Verdacht auf Hirninfarkt wird eine computertomographische Untersuchung durchgeführt, die sich als unauffällig erweist. Diese Untersuchung steht nicht in Zusammenhang mit der Appendektomie. Deshalb sollte diese Prozedur gesondert kodiert werden.

Die Beantwortung dieser fünf Fragen führt zu einer mehr oder weniger umfangreichen Liste von Diagnosen und Prozeduren. Die entsprechenden Codes findet man am einfachsten, indem man die Diagnosen- bzw. Prozedurenbezeichnungen im jeweiligen Alphabetischen Verzeichnis sucht; der Code ist direkt hinter der Bezeichnung angegeben.

Wird man im Alphabet – trotz Suche auch nach synonymen Bezeichnungen – nicht fündig, sucht man den passenden Bereich im Systematischen Verzeichnis auf und sucht dort nach einem Code, der der gesuchten Diagnose bzw. Prozedur möglichst genau entspricht.

Aber auch wenn man im Alphabetischen Verzeichnis fündig geworden ist, sollte man immer noch einen zweiten Blick in das Systematische Verzeichnis werfen:

Inklusiva oder Exklusiva könnten die Anwendung von Zusatzcodes empfehlen oder bestimmte Behandlungen als bereits im Code enthalten definieren.

Schließlich und endlich gibt es eine wichtige Regel, die man beim Kodieren immer im Hinterkopf behalten sollte:

Es ist beim Kodieren nicht ausschlaggebend, möglichst viele Schlüsselnummern anzugeben. Vielmehr sollte das kodierte Ergebnis möglichst genau den im Krankenhaus erbrachten Aufwand widerspiegeln.

Es gibt durchaus Erkrankungen und Behandlungen, die durch die Angabe von „nur“ einem oder zwei Codes korrekt dargestellt werden, ohne dass die Gefahr besteht, damit abrechnungsrelevante Informationen unberücksichtigt gelassen zu haben. Hingegen lässt sich die Behandlung anderer Patienten/Patientinnen nur mit einer größeren Anzahl von Codes korrekt abbilden.

4. Hintergrundwissen zu den Klassifikationen

Auch wenn ICD und OPS erst in den letzten Jahren in deutsche Kliniken Einzug gehalten haben und heute zunehmend auch in Arztpraxen zum Einsatz kommen, reicht die Geschichte von ICD und OPS schon länger zurück. Im Folgenden wird die Entstehung der beiden Klassifikationen beleuchtet. In diesem Zusammenhang finden auch weitere Klassifikationen Erwähnung, die international zur Anwendung kommen. Diese können z.B. für Studien oder interne Dokumentationszwecke von Interesse sein.

4.1 Die Entstehung von ICD und OPS

ICD

Schon im 18. Jahrhundert gab es erste Bestrebungen, Krankheiten und Todesursachen in Gruppen zusammenzufassen. Wichtige Ansätze stammen von Lacroix, Linné und Cullen. 1855 wurde dann von William Farr, dem damaligen Leiter des Statistischen Amtes von England und Wales, auf einem internationalen statistischen Kongress eine Klassifikation vorgestellt, die sich in fünf Bereiche gliederte:

- epidemisch und endemisch übertragbare Krankheiten
- angeborene Krankheiten und Fehlbildungen
- Krankheiten und Todesfälle durch Gewalteinwirkung
- Erkrankungen in Verbindung mit Schwangerschaft und Geburt
- lokale Erkrankungen, differenziert nach Organsystemen.

Diese Grundstruktur ist noch heute in der ICD-10-GM zu erkennen. 1893 wurde von Jacques Bertillon die Weiterentwicklung der Klassifikation vorgestellt. Auf der Tagung des Internationalen Statistischen Instituts im Jahre 1899 wurde die Empfehlung zur international einheitlichen Anwendung dieser Klassifikation für die Verschlüsselung von Todesursachen ausgesprochen. Außerdem sprach man sich für einen zehnjährigen Revisionszyklus dieser Klassifikation aus.

1948 wurde bei der 6. Internationalen Revisionskonferenz die Übernahme der Verantwortung durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) vereinbart. Außerdem einigte man sich auf dieser Konferenz auf eine Definition des Grundleidens für die Todesursachenstatistik und auf eine Erweiterung der Anwendung der Klassifikation für Morbiditätsstatistiken.

Die 9. Internationale Revisionskonferenz beschloss 1975 die Stärkung von Tiefenstruktur, Begriffsvokabular, die Einführung des Kreuz-Stern-Systems, die Definition der Haupterkrankung für Morbiditätsstatistiken und die Anwendung und Ausdifferenzierung für die perinatale Sterblichkeit.

Eine grundlegend überarbeitete 10. Revision der Klassifikation wurde ab 1993 zum offiziellen Einsatz für die WHO-Mitgliedsstaaten freigegeben. In diesem Jahr erschienen auch Band 2 (Regelwerk) und im Folgejahr Band 3 (Alphabetischer Index) der internationalen Klassifikation. Dennoch dauerte es noch bis 1994, bis erste Länder (zuerst Dänemark) auf die ICD-10 umstellten.

In Deutschland kam 1986 zum ersten Mal die ICD-9 zur Diagnosenverschlüsselung in Krankenhäusern verpflichtend zum Einsatz. Diese Verschlüsselung diente als Grundlage für die Pflegesatzverhandlungen.

Seit 2000 wird in Deutschland die ICD-10-SGB-V eingesetzt; diese Fassung der ICD-10 ist an die Erfordernisse des deutschen Gesundheitssystems angepasst und weicht in einigen Punkten von der internationalen WHO-Fassung ab. Während bis Ende 2003 im ambulanten und stationären Bereich zeitweise unterschiedliche Versionen der ICD-10-SGB-V angewendet wurden, gilt seit 2004 die nun als ICD-10-GM bezeichnete angepasste Fassung sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich.

Zu Unterschieden bezüglich der Kodierung in den beiden Bereichen lesen Sie bitte den Vorspann zur Systematik der ICD-10-GM.

OPS

Die WHO gab 1978 erstmals mit der ICPM (International Classification of Procedures in Medicine) einen internationalen Standard vor, anhand dessen man Operationen und Prozeduren verschlüsseln konnte. In den folgenden Jahren wurde dieser Schlüssel in verschiedene Sprachen übersetzt und in einigen Ländern weiterentwickelt. Im Oktober 1994 wurde in Deutschland der Amtliche Operationenschlüssel nach § 301 SGB V Version 1.0 veröffentlicht. Er konnte ab 1995 freiwillig im Krankenhaus eingesetzt werden. Seit 1996 ist der Einsatz des OPS-301 in den Krankenhäusern vorgeschrieben.

Danach gab es folgende Weiterentwicklungen:

OPS-301 Version 1.1 gültig ab 1996
OPS-301 Version 2.0 gültig ab 2001
OPS-301 Version 2.1 gültig ab 2002
OPS-301 Version 2004 gültig für 2004
OPS Version 2005 gültig für 2005
OPS Version 2006 gültig für 2006
OPS Version 2007 gültig für 2007
OPS Version 2008 gültig für 2008
OPS Version 2009 gültig für 2009
OPS Version 2010 gültig für 2010

Seit 2005 wird der OPS-301 nur noch als OPS bezeichnet.

Da auch in Zukunft Anpassungen und Änderungen notwendig sein werden, sind auch in den kommenden Jahren jährliche Überarbeitungen zu erwarten.

4.2 Klassifikationen der WHO im Gesundheitswesen

Die WHO ist seit 1948 verantwortlich für die internationalen Revisionen der ICD. Außerdem hat die WHO auch die Pflege und Weiterentwicklung von anderen medizinischen Klassifikationen übernommen und diese zur Familie der internationalen Klassifikationen (WHO Family of International Classifications) zusammengefasst. Von diesen Klassifikationen sollen drei erwähnt werden, die zurzeit in Deutschland angewendet werden.

ICF

Die ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit – ist eine Klassifikation, die der einheitlichen Sprache zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung und der relevanten Umgebungsfaktoren einer Person dient. Sie findet zunehmend Verwendung im Bereich der Rehabilitation.

ICD-O-3

Die ICD-O-3 – Internationale Klassifikation der Krankheiten für die Onkologie, Dritte Revision – dient als Spezialausgabe der ICD-10 der Dokumentation bösartiger Neubildungen. Mit dem Lokalisations-schlüssel kann der Ort einer Neubildung, mit dem Histologieschlüssel deren Zellbild und biologisches Verhalten kodiert werden.

ATC

Die ATC-Klassifikation – Anatomisch-Therapeutisch-Chemische Klassifikation – mit definierten Tagesdosen (defined daily doses: DDD) wurde erstmals 1976 durch den Nordic Council on Medicines für Studien über den Arzneiverbrauch in Skandinavien eingesetzt und unter breiter Beteiligung wissenschaftlicher Fachkreise weiterentwickelt. Seit 1981 empfiehlt auch die WHO die Anwendung der ATC-Klassifikation.

Aufgrund der steigenden Kosten im Gesundheitssystem wurde in Deutschland eine größere Transparenz der Arzneimittelkosten gefor-

dert. Die ATC-Klassifikation mit definierten Tagesdosen ermöglicht einen Preisvergleich verschiedener Arzneimittel nach Indikationsgebiet und Wirkstoffgruppen und gewährleistet einen einheitlichen Bezug für die Angabe von Tagestherapiekosten. Dabei dienen die Tagesdosisangaben als Hilfsgröße, die nicht notwendigerweise die empfohlene, zugelassene oder die im individuellen Fall angewendete Dosierung eines Arzneimittels wiedergibt. Dies gilt entsprechend auch für die auf dieser Basis errechneten Tagestherapiekosten, die lediglich als eine grobe Hilfsgröße zu verstehen sind.

DIMDI

5. Abkürzungsverzeichnis

ATC	Anatomisch-Therapeutisch-Chemische Klassifikation
DDD	defined daily doses (Standardisierte Tagesdosen)
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DRG	Diagnosis Related Groups
Exkl.	Exklusivum
G-DRG	German Diagnosis Related Groups
Hinw.	Hinweis
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandte Gesundheitsprobleme
ICD-O	International Statistical Classification of Diseases for Oncology Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten für die Onkologie
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
ICPM	International Classification of Procedures in Medicine Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
Inkl.	Inklusivum
N.n.bez.	Nicht näher bezeichnet
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
WHO	World Health Organisation

6. Referenzliste

ICD-10-GM

Onlinefassung des Systematischen Verzeichnisses zur ICD-10-GM 2010 auf der Website des DIMDI:

ICD-10-GM 2010 Systematisches Verzeichnis, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.):

www.dimdi.de – Klassifikationen – Diagnosen – [ICD online](#)

[Stand 19.07.2010]

Kostenfreie **Download-Referenzfassungen** zur ICD-10-GM als PDF auf der Website des DIMDI im Downloadcenter Klassifikationen:

ICD-10-GM 2010 **Systematisches Verzeichnis**, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.):

www.dimdi.de – Klassifikationen – Downloadcenter – ICD-10-GM (SGB-V-Adaption) – Version 2010 – Systematik – ICD-10-GM 2010 Systematik – [kostenfreie Referenzfassung](#)

[Stand 19.07.2010]

ICD-10-GM 2010 **Alphabetisches Verzeichnis**, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.):

www.dimdi.de – Klassifikationen – Downloadcenter – ICD-10-GM (SGB-V-Adaption) – Version 2010 – Alphabet – [kostenfreie Referenzfassung](#)

[Stand 19.07.2010]

OPS

Onlinefassung des Systematischen Verzeichnisses zum OPS Version 2010 auf der Website des DIMDI:

OPS 2010 **Systematisches Verzeichnis**, Operationen- und Prozedurenschlüssel, Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin (OPS), Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.):

www.dimdi.de – Klassifikationen – Prozeduren – [OPS online](#)

[Stand 19.07.2010]

Kostenfreie **Download-Referenzfassungen** des OPS als PDF auf der Website des DIMDI im Downloadcenter Klassifikationen:

OPS 2010 **Systematisches Verzeichnis**, Operationen- und Prozedurenschlüssel, Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin (OPS), Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.):

www.dimdi.de – Klassifikationen – Downloadcenter – OPS – Version 2010 – Systematik – [kostenfreie Referenzfassung](#)

[Stand 19.07.2010]

OPS 2010 **Alphabetisches Verzeichnis**, Operationen- und Prozedurenschlüssel, Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin (OPS), Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.):

www.dimdi.de – Klassifikationen – Downloadcenter – OPS – Version 2010 – Alphabet – [kostenfreie Referenzfassung](#)

[Stand 19.07.2010]

Kodierrichtlinien 2010

Kodierrichtlinien als kostenfreie **Downloadfassung** auf der Website des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK):

Deutsche Kodierrichtlinien – Allgemeine und spezielle Kodierrichtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren, Version 2010, Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), GKV-Spitzenverband, Verband der privaten Krankenversicherung (PKV), Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK GmbH):

www.g-drg.de – G-DRG-System 2010 – [Kodierrichtlinien](#)

Deutsche Kodierrichtlinien für die Psychiatrie/Psychosomatik (DKR-Psych) – Allgemeine Kodierrichtlinien, Version 2010, Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), GKV-Spitzenverband, Verband der privaten Krankenversicherung (PKV), Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK GmbH):

www.g-drg.de – Psychiatrie/Psychosomatik – [Kodierrichtlinien](#)

[Stand 19.07.2010]

ICF

ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, Stand Oktober 2005, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.):

Kostenfreie **Downloadfassung** der ICF als PDF auf der Website des DIMDI im Downloadcenter Klassifikationen:

www.dimdi.de – Klassifikationen – Downloadcenter – [ICF](#)

ICD-O-3

ICD-O-3 – Internationale Klassifikation der Krankheiten für die Onkologie, Dritte Revision, 1. Auflage August 2003, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.):

Kostenlose **Downloadfassung** der ICD-O-3 als PDF auf der Webseite des DIMDI im Downloadcenter Klassifikationen:

www.dimdi.de – Klassifikationen – Downloadcenter – [ICD-O-3](#)

ATC

Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation mit Tagesdosen – Amtliche Fassung des ATC-Index mit DDD-Angaben für Deutschland im Jahre 2010, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.):

Kostenlose **Downloadfassung** der ATC-Klassifikation auf der Webseite des DIMDI im Downloadcenter Klassifikationen:

www.dimdi.de – Klassifikationen – Downloadcenter – [ATC/DDD](#)

Das DIMDI stellt über das Internet hochwertige Informationen für alle Bereiche des Gesundheitswesens zur Verfügung: Es entwickelt und betreibt datenbankgestützte Informationssysteme für Arzneimittel und Medizinprodukte und verantwortet ein Programm zur Bewertung gesundheitsrelevanter Verfahren und Technologien (Health Technology Assessment, HTA).

Das DIMDI ermöglicht den Online-Zugriff auf seine Informationssysteme und über 60 Datenbanken aus der gesamten Medizin. Dafür entwickelt und pflegt es moderne Software-Anwendungen und betreibt ein eigenes Rechenzentrum.

Das DIMDI ist auch Herausgeber der deutschen Fassung von medizinischen Klassifikationen:

- Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD-10-GM, ICD-10-WHO)
- Operationen und Prozedurenschlüssel (OPS)
- Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)
- Internationale Klassifikation für die Onkologie (ICD-O)
- Universal Medical Device Nomenclature System (UMDNS)
- Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation und definierte Tagesdosen (ATC/DDD)

Darüber hinaus pflegt das DIMDI medizinische Terminologien, Thesauri, Nomenklaturen und Kataloge, die für die Gesundheitstelematik von Bedeutung sind (z. B. Alpha-ID, LOINC, OID, MeSH).



**Kode-Suche in ICD-10-
WHO Version 2019**

Dreisteller-Eingabe:

Übersicht über die Kapitel

Erstes Kapitel

Ergänzende Informationen

ICD-10-WHO Version 2019

Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter
Gesundheitsprobleme
10. Revision
Version 2019
Mit Aktualisierungen vom 01.11.2019, 13.02.2020, 23.03.2020 und 22.04.2020

Übersicht über die Kapitel

Kapitel	Gliederung	Titel
I	A00-B99	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten
II	C00-D48	Neubildungen
III	D50-D89	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems
IV	E00-E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
V	F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen
VI	G00-G99	Krankheiten des Nervensystems
VII	H00-H59	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
VIII	H60-H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes
IX	I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems
X	J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems
XI	K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems
XII	L00-L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut
XIII	M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
XIV	N00-N99	Krankheiten des Urogenitalsystems
XV	O00-O99	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
XVI	P00-P96	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben
XVII	Q00-Q99	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien

Kode-Suche in ICD-10-
 WHO Version 2019

Dreisteller-Eingabe:

Übersicht über die Kapitel

Erstes Kapitel

Ergänzende Informationen

ICD-10-WHO Version 2019

Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision Version 2019

Mit Aktualisierungen vom 01.11.2019, 13.02.2020, 23.03.2020 und 22.04.2020

Übersicht über die Kapitel

Kapitel	Gliederung	Titel
I	A00-B99	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten
II	C00-D48	Neubildungen
III	D50-D89	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems
IV	E00-E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
V	F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen
VI	G00-G99	Krankheiten des Nervensystems
VII	H00-H59	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
VIII	H60-H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes
IX	I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems
X	J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems
XI	K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems
XII	L00-L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut
XIII	M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
XIV	N00-N99	Krankheiten des Urogenitalsystems
XV	O00-O99	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
XVI	P00-P96	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben
XVII	Q00-Q99	Aangeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien
XVIII	R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andersorts nicht klassifiziert sind
XIX	S00-T98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen
XX	V01-Y98	Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität
XXI	Z00-Z99	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen
XXII	U00-U85	Schlüsselnummern für besondere Zwecke

Kapitel I

Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)

Dieses Kapitel gliedert sich in folgende Gruppen:

- A00-A09 Infektiöse Darmkrankheiten
- A15-A19 Tuberkulose
- A20-A28 Bestimmte bakterielle Zoonosen
- A30-A49 Sonstige bakterielle Krankheiten
- A50-A64 Infektionen, die vorwiegend durch Geschlechtsverkehr übertragen werden
- A65-A69 Sonstige Spirochätenkrankheiten
- A70-A74 Sonstige Krankheiten durch Chlamydien
- A75-A79 Rickettsiosen
- A80-A89 Virusinfektionen des Zentralnervensystems
- A92-A99 Durch Arthropoden übertragene Viruskrankheiten und virale hämorrhagische Fieber
- B00-B09 Virusinfektionen, die durch Haut- und Schleimhautläsionen gekennzeichnet sind
- B15-B19 Virushepatitis
- B20-B24 HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]
- B25-B34 Sonstige Viruskrankheiten
- B35-B49 Mykosen
- B50-B64 Protozoenkrankheiten
- B65-B83 Helminthosen
- B85-B89 Pedikulose [Läusebefall], Akarinoase [Milbenbefall] und sonstiger Parasitenbefall der Haut
- B90-B94 Folgezustände von infektiösen und parasitären Krankheiten
- B95-B98 Bakterien, Viren und sonstige Infektionserreger als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind
- B99-B99 Sonstige Infektionskrankheiten

Kapitel II

Neubildungen (C00-D48)

Dieses Kapitel gliedert sich in folgende Gruppen:

- C00-C97 Bösartige Neubildungen
 - C00-C75 Bösartige Neubildungen an genau bezeichneten Lokalisationen, als primär festgestellt oder vermutet, ausgenommen lymphatisches, blutbildendes und verwandtes Gewebe
 - C00-C14 Bösartige Neubildungen der Lippe, der Mundhöhle und des Pharynx
 - C15-C26 Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane
 - C30-C39 Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane und sonstiger intrathorakaler Organe
 - C40-C41 Bösartige Neubildungen des Knochens und des Gelenkknorpels
 - C42-C44 Melanom und sonstige bösartige Neubildungen der Haut
 - C45-C49 Bösartige Neubildungen des mesothelialen Gewebes und des Weichteilgewebes
 - C50-C50 Bösartige Neubildungen der Brustdrüse [Mamma]
 - C51-C58 Bösartige Neubildungen der weiblichen Genitalorgane
 - C60-C63 Bösartige Neubildungen der männlichen Genitalorgane
 - C64-C68 Bösartige Neubildungen der Harnorgane
 - C69-C72 Bösartige Neubildungen des Auges, des Gehirns und sonstiger Teile des Zentralnervensystems
 - C73-C75 Bösartige Neubildungen der Schilddrüse und sonstiger endokriner Drüsen
 - C76-C80 Bösartige Neubildungen ungenau bezeichneter, sekundärer und nicht näher bezeichneter Lokalisationen
 - C81-C96 Bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes, als primär festgestellt oder vermutet
 - C97-C97 Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen
- D00-D09 In-situ-Neubildungen
- D10-D36 Gutartige Neubildungen
- D37-D48 Neubildungen unsicheren oder unbekanntem Verhalten

Kapitel III

Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems (D50-D89)

Dieses Kapitel gliedert sich in folgende Gruppen:

- D50-D53 Alimentäre Anämien
- D55-D59 Hämolytische Anämien
- D60-D64 Aplastische und sonstige Anämien
- D65-D69 Knagulopathien, Purpura und sonstige hämorrhagische Diathesen
- D70-D77 Sonstige Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe
- D80-D89 Bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems

Kapitel IV

Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)

Dieses Kapitel gliedert sich in folgende Gruppen:

- E00-E07 Krankheiten der Schilddrüse
- F10-F14 Diabetes mellitus
- F15-F16 Sonstige Störungen der Blutglukose-Regulation und der inneren Sekretion des Pankreas
- F20-E35 Krankheiten sonstiger endokriner Drüsen
- F40-E46 Mangelernährung
- F50-E64 Sonstige alimentäre Mangelzustände
- F65-E68 Adipositas und sonstige Überernährung
- F70-E90 Stoffwechselstörungen

Kapitel V

Kapitel V

Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)

Dieses Kapitel gliedert sich in folgende Gruppen:

- F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
- F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
- F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
- F30-F39 Affektive Störungen
- F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
- F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
- F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- F70-F79 Intelligenzminderung
- F80-F89 Entwicklungsstörungen
- F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
- F99-F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

Kapitel VI

Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)

Dieses Kapitel gliedert sich in folgende Gruppen:

- G00-G09 Entzündliche Krankheiten des Zentralnervensystems
- G10-G14 Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen
- G20-G26 Extrapiramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen
- G30-G32 Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems
- G35-G37 Demyelinisierende Krankheiten des Zentralnervensystems
- G40-G47 Episodische und paroxysmale Krankheiten des Nervensystems
- G50-G59 Krankheiten von Nerven, Nervenwurzeln und Nervenplexus
- G60-G64 Polyneuropathien und sonstige Krankheiten des peripheren Nervensystems
- G70-G73 Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels
- G80-G83 Zerebrale Lähmung und sonstige Lähmungssyndrome
- G90-G99 Sonstige Krankheiten des Nervensystems

Kapitel VII

Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (H00-H59)

Dieses Kapitel gliedert sich in folgende Gruppen:

- H00-H06 Affektionen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
- H10-H13 Affektionen der Konjunktiva
- H15-H22 Affektionen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers
- H25-H28 Affektionen der Linse
- H30-H36 Affektionen der Aderhaut und der Netzhaut
- H40-H42 Glaukom
- H43-H45 Affektionen des Glaskörpers und des Augapfels
- H46-H48 Affektionen des N. opticus und der Sehbahn
- H49-H52 Affektionen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler
- H53-H54 Sehstörungen und Blindheit
- H55-H59 Sonstige Affektionen des Auges und der Augenanhangsgebilde

Kapitel VIII

Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes (H60-H95)

Dieses Kapitel gliedert sich in folgende Gruppen:

- H60-H62 Krankheiten des äußeren Ohres
- H65-H75 Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
- H80-H83 Krankheiten des Innenohres
- H90-H95 Sonstige Krankheiten des Ohres

Kapitel IX

Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)

Dieses Kapitel gliedert sich in folgende Gruppen:

- I00-I02 Akutes rheumatisches Fieber
- I05-I09 Chronische rheumatische Herzkrankheiten
- I10-I15 Hypertonie [Hochdruckkrankheit]
- I20-I25 Ischämische Herzkrankheiten
- I26-I28 Pulmonale Herzkrankheit und Krankheiten des Lungenkreislaufes
- I30-I52 Sonstige Formen der Herzkrankheit
- I60-I69 Zerebrovaskuläre Krankheiten
- I70-I79 Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
- I80-I89 Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten, anderenorts nicht klassifiziert
- I95-I99 Sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems

Kapitel X

Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)

Dieses Kapitel gliedert sich in folgende Gruppen:

- J00-J06 Akute Infektionen der oberen Atemwege
- J09-J18 Grippe und Pneumonie
- J20-J22 Sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege
- J30-J39 Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege
- J40-J47 Chronische Krankheiten der unteren Atemwege
- J60-J70 Lungenkrankheiten durch exogene Substanzen
- J80-J84 Sonstige Krankheiten der Atmungsorgane, die hauptsächlich das Interstitium betreffen
- J85-J86 Purulente und nekrotisierende Krankheitszustände der unteren Atemwege
- J90-J94 Sonstige Krankheiten der Pleura
- J95-J99 Sonstige Krankheiten des Atmungssystems

Kapitel XI

Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)

Dieses Kapitel gliedert sich in folgende Gruppen:

- K00-K14 Krankheiten der Mundhöhle, der Speicheldrüsen und der Kiefer
- K20-K31 Krankheiten des Oesophagus, des Magens und des Duodenums
- K35-K38 Krankheiten der Appendix
- K40-K46 Hernien
- K50-K52 Nichtinfektiöse Enteritis und Kolitis
- K55-K64 Sonstige Krankheiten des Darms
- K65-K67 Krankheiten des Peritoneums
- K70-K77 Krankheiten der Leber
- K80-K87 Krankheiten der Gallenblase, der Gallenwege und des Pankreas
- K90-K93 Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems

Kapitel XII

Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)

Dieses Kapitel gliedert sich in folgende Gruppen:

- L00-L08 Infektionen der Haut und der Unterhaut
- L10-L14 Bullöse Dermatosen
- L20-L30 Dermatitis und Ekzem
- L40-L45 Papulosquamöse Hautkrankheiten
- L50-L54 Urtikaria und Erythem
- L55-L59 Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung
- L60-L75 Krankheiten der Hautanhangsgebilde
- L80-L99 Sonstige Krankheiten der Haut und der Unterhaut

Kapitel XIII

Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)

Dieses Kapitel gliedert sich in folgende Gruppen:

- M00-M25 Arthropathien
 - M00-M03 Infektiöse Arthropathien
 - M05-M14 Entzündliche Polyarthropathien
 - M15-M19 Arthrose
 - M20-M25 Sonstige Gelenkrankheiten
- M30-M36 Systemkrankheiten des Bindegewebes

Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)

Dieses Kapitel gliedert sich in folgende Gruppen:

- M00-M25** Arthropathien
M00-M03 Infektiöse Arthropathien
M03-M14 Entzündliche Polyarthropathien
M14-M19 Arthrose
M20-M25 Sonstige Gelenkrankheiten
- M30-M36** Systemkrankheiten des Bindegewebes
M40-M54 Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
M40-M43 Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
M44-M49 Spondylopathien
M50-M54 Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
- M60-M79** Krankheiten der Weichteilgewebe
M60-M63 Krankheiten der Muskeln
M64-M68 Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
M70-M79 Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes
- M80-M94** Osteopathien und Chondropathien
M80-M85 Veränderungen der Knochenichte und -struktur
M86-M90 Sonstige Osteopathien
M91-M94 Chondropathien
- M95-M99** Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes

Kapitel XIV Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)

Dieses Kapitel gliedert sich in folgende Gruppen:

- N00-N08** Glomeruläre Krankheiten
N10-N16 Tubulointerstitielle Nierenkrankheiten
N17-N19 Niereninsuffizienz
N20-N23 Urolithiasis
N25-N29 Sonstige Krankheiten der Niere und des Ureters
N30-N39 Sonstige Krankheiten des Harnsystems
N40-N51 Krankheiten der männlichen Genitalorgane
N60-N64 Krankheiten der Mamma [Brustdrüse]
N70-N77 Entzündliche Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
N80-N88 Nichtentzündliche Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
N90-N99 Sonstige Krankheiten des Urogenitalsystems

Kapitel XV Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)

Dieses Kapitel gliedert sich in folgende Gruppen:

- O00-O08** Schwangerschaft mit abortivem Ausgang
O10-O16 Ödeme, Proteinurie und Hypertonie während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
O20-O29 Sonstige Krankheiten der Mutter, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind
O30-O48 Betreuung der Mutter im Hinblick auf den Fetus und die Amnionhöhle sowie mögliche Entbindungskomplikationen
O50-O75 Komplikationen bei Wehentätigkeit und Entbindung
O80-O84 Entbindung
O85-O92 Komplikationen, die vorwiegend im Wochenbett auftreten
O94-O99 Sonstige Krankheitszustände während der Gestationsperiode, die anderenorts nicht klassifiziert sind

Kapitel XVI Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben (P00-P96)

Dieses Kapitel gliedert sich in folgende Gruppen:

- P00-P04** Schädigung des Fetus und Neugeborenen durch mütterliche Faktoren und durch Komplikationen bei Schwangerschaft, Wehentätigkeit und Entbindung
P05-P08 Störungen im Zusammenhang mit der Schwangerschaftsdauer und dem fetalen Wachstum
P10-P15 Geburtstrauma
P20-P29 Krankheiten des Atmungs- und Herz-Kreislaufsystems, die für die Perinatalperiode spezifisch sind
P35-P39 Infektionen, die für die Perinatalperiode spezifisch sind
P50-P51 Hämorrhagische und hamatologische Krankheiten beim Fetus und Neugeborenen
P70-P74 Transitorische endokrine und Stoffwechselstörungen, die für den Fetus und das Neugeborene spezifisch sind
P75-P78 Krankheiten des Verdauungssystems beim Fetus und Neugeborenen
P80-P83 Krankheitszustände mit Beteiligung der Haut und der Temperaturregulation beim Fetus und Neugeborenen
P90-P96 Sonstige Störungen, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben

Kapitel XVII Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien (Q00-Q99)

Dieses Kapitel gliedert sich in folgende Gruppen:

- Q00-Q07** Angeborene Fehlbildungen des Nervensystems
Q10-Q18 Angeborene Fehlbildungen des Auges, des Ohres, des Gesichtes und des Halses
Q20-Q28 Angeborene Fehlbildungen des Kreislaufsystems
Q30-Q34 Angeborene Fehlbildungen des Atmungssystems
Q35-Q37 Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalte
Q38-Q45 Sonstige angeborene Fehlbildungen des Verdauungssystems
Q50-Q56 Angeborene Fehlbildungen der Genitalorgane
Q60-Q64 Angeborene Fehlbildungen des Harnsystems
Q65-Q79 Angeborene Fehlbildungen und Deformitäten des Muskel-Skelett-Systems
Q80-Q89 Sonstige angeborene Fehlbildungen
Q90-Q99 Chromosomenanomalien, anderenorts nicht klassifiziert

Kapitel XVIII Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind (R00-R99)

Dieses Kapitel gliedert sich in folgende Gruppen:

- R00-R09** Symptome, die das Kreislaufsystem und das Atmungssystem betreffen
R10-R19 Symptome, die das Verdauungssystem und das Abdomen betreffen
R20-R23 Symptome, die die Haut und das Unterhautgewebe betreffen
R25-R29 Symptome, die das Nervensystem und das Muskel-Skelett-System betreffen
R30-R39 Symptome, die das Harnsystem betreffen
R40-R46 Symptome, die das Erkennungs- und Wahrnehmungsvermögen, die Stimmung und das Verhalten betreffen
R47-R49 Symptome, die die Sprache und die Stimme betreffen
R50-R69 Allgemeinsymptome
R70-R79 Abnorme Blutuntersuchungsbefunde ohne Vorliegen einer Diagnose
R80-R89 Abnorme Urinuntersuchungsbefunde ohne Vorliegen einer Diagnose
R90-R99 Abnorme Befunde ohne Vorliegen einer Diagnose bei der Untersuchung anderer Körperflüssigkeiten, Substanzen und Gewebe
R90-R94 Abnorme Befunde ohne Vorliegen einer Diagnose bei bildgebender Diagnostik und Funktionsprüfungen
R95-R99 Ungenau bezeichnete und unbekannte Todesursachen

Kapitel XIX Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00-T98)

Dieses Kapitel gliedert sich in folgende Gruppen:

- S00-S09** Verletzungen des Kopfes
S10-S19 Verletzungen des Halses
S20-S29 Verletzungen des Thorax
S30-S39 Verletzungen des Abdomens, der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
S40-S49 Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
S50-S59 Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
S60-S69 Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
S70-S79 Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
S80-S89 Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
S90-S99 Verletzungen der Knochelregion und des Fußes
T00-T07 Verletzungen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen
T08-T14 Verletzungen nicht näher bezeichneter Teile des Rumpfes, der Extremitäten oder anderer Körperregionen
T15-T19 Folgen des Eindringens eines Fremdkörpers durch eine natürliche Körperöffnung
T20-T32 Verbrennungen oder Verätzungen
T20-T25 Verbrennungen oder Verätzungen der äußeren Körperoberfläche, Lokalisation bezeichnet
T26-T28 Verbrennungen oder Verätzungen, die auf das Auge und auf innere Organe begrenzt sind
T29-T32 Verbrennungen oder Verätzungen mehrerer und nicht näher bezeichneter Körperregionen
T33-T35 Erfrierungen
T36-T50 Vergiftungen durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen
T51-T65 Toxische Wirkungen von vorwiegend nicht medizinisch verwendeten Substanzen
T66-T78 Sonstige und nicht näher bezeichnete Schäden durch äußere Ursachen
T79-T79 Bestimmte Frühkomplikationen eines Traumas
T80-T88 Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, anderenorts nicht klassifiziert
T90-T98 Folgen von Verletzungen, Vergiftungen und sonstigen Auswirkungen äußerer Ursachen

Kapitel XX Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität (V01-Y98)

Dieses Kapitel gliedert sich in folgende Gruppen:

- V01-X59** Unfälle
V01-V99 Transportmittelunfälle

Kapitel XX Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität (V01-Y98)

Dieses Kapitel gliedert sich in folgende Gruppen:

- [V01-X59](#) Unfälle
- [V01-V09](#) Transportmittelunfälle
 - [V01-V09](#) Fußgänger bei Transportmittelunfall verletzt
 - [V10-V19](#) Benutzer eines Fahrrades bei Transportmittelunfall verletzt
 - [V20-V29](#) Benutzer eines Motorrads bei Transportmittelunfall verletzt
 - [V30-V39](#) Benutzer eines dreirädrigen Kraftfahrzeuges bei Transportmittelunfall verletzt
 - [V40-V49](#) Benutzer eines Personenkraftwagens bei Transportmittelunfall verletzt
 - [V50-V59](#) Benutzer eines Lieferwagens bei Transportmittelunfall verletzt
 - [V60-V69](#) Benutzer eines Lastkraftwagens bei Transportmittelunfall verletzt
 - [V70-V79](#) Autobusbenutzer bei Transportmittelunfall verletzt
 - [V80-V89](#) Sonstige Landtransportmittelunfälle
 - [V90-V94](#) Wasserfahrzeugunfälle
 - [V95-V97](#) Luftverkehrs- und Raumfahrtunfälle
 - [V98-V99](#) Sonstige und nicht näher bezeichnete Transportmittelunfälle
 - [W00-X59](#) Sonstige äußere Ursachen von Unfallverletzungen
 - [W00-W19](#) Stürze
 - [W20-W49](#) Exposition gegenüber mechanischen Kräften unbelebter Objekte
 - [W50-W64](#) Exposition gegenüber mechanischen Kräften belebter Objekte
 - [W65-W74](#) Unfälle durch Ertrinken und Untergehen
 - [W75-W84](#) Sonstige unfallbedingte Gefährdung der Atmung
 - [W85-W99](#) Exposition gegenüber elektrischem Strom, Strahlung und extremer Temperatur der Umgebungsluft sowie extremem Druck
 - [X00-X09](#) Exposition gegenüber Rauch, Feuer und Flammen
 - [X10-X19](#) Verbrennung oder Verbrühung durch Hitze und heiße Substanzen
 - [X20-X29](#) Kontakt mit giftigen Tieren und Pflanzen
 - [X30-X39](#) Exposition gegenüber Naturkräften
 - [X40-X49](#) Akzidentelle Vergiftung durch und Exposition gegenüber schädliche(n) Substanzen
 - [X50-X57](#) Überanstrengung, Reisen und Entbehrung
 - [X58-X59](#) Akzidentelle Exposition gegenüber sonstigen und nicht näher bezeichneten Faktoren
- [X60-X84](#) Vorsätzliche Selbstbeschädigung
- [X85-Y09](#) Tätlicher Angriff
- [Y10-Y34](#) Ereignis, dessen nähere Umstände unbestimmt sind
- [Y35-Y36](#) Gesetzliche Maßnahmen und Kriegshandlungen
- [Y40-Y84](#) Komplikationen bei der medizinischen und chirurgischen Behandlung
 - [Y40-Y59](#) Unerwünschte Nebenwirkungen bei therapeutischer Anwendung von Arzneimitteln, Drogen oder biologisch aktiven Substanzen
 - [Y60-Y69](#) Zwischenfälle bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung
 - [Y70-Y82](#) Medizintechnische Geräte und Produkte im Zusammenhang mit Zwischenfällen bei diagnostischer und therapeutischer Anwendung
 - [Y83-Y84](#) Chirurgische und sonstige medizinische Maßnahmen als Ursache einer abnormen Reaktion eines Patienten oder einer späteren Komplikation, ohne Angabe eines Zwischenfalls zum Zeitpunkt der Durchführung der Maßnahme
- [Y85-Y89](#) Folgezustände äußerer Ursachen von Morbidität und Mortalität
- [Y90-Y98](#) Zusätzliche Faktoren mit Bezug auf anderenorts klassifizierte Ursachen von Morbidität und Mortalität

Kapitel XXI Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen (Z00-Z99)

Dieses Kapitel gliedert sich in folgende Gruppen:

- [Z00-Z13](#) Personen, die das Gesundheitswesen zur Untersuchung und Abklärung in Anspruch nehmen
- [Z20-Z29](#) Personen mit potentiellen Gesundheitsrisiken hinsichtlich übertragbarer Krankheiten
- [Z30-Z39](#) Personen, die das Gesundheitswesen im Zusammenhang mit Problemen der Reproduktion in Anspruch nehmen
- [Z40-Z54](#) Personen, die das Gesundheitswesen zum Zwecke spezifischer Maßnahmen und zur medizinischen Betreuung in Anspruch nehmen
- [Z55-Z65](#) Personen mit potentiellen Gesundheitsrisiken aufgrund sozioökonomischer oder psychosozialer Umstände
- [Z70-Z76](#) Personen, die das Gesundheitswesen aus sonstigen Gründen in Anspruch nehmen
- [Z80-Z99](#) Personen mit potentiellen Gesundheitsrisiken aufgrund der Familien- oder Eigenanamnese und bestimmte Zustände, die den Gesundheitszustand beeinflussen

Kapitel XXII Schlüsselnummern für besondere Zwecke (U00-U85)

Dieses Kapitel gliedert sich in folgende Gruppen:

- [U00-U49](#) Vorläufige Zuordnungen für Krankheiten mit unklarer Ätiologie und nicht belegte Schlüsselnummern
- [U82-U85](#) Infektionserreger mit Resistenzen gegen bestimmte Antibiotika und Chemotherapeutika



ICD-10-GM

Home > Klassifikationen > ICD > ICD-10-GM

Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM) ist die amtliche Klassifikation zur Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland.
Seit dem 1. Januar 2020 ist die ICD-10-GM in der **Version 2020** anzuwenden.



Aktualisierung vom 23. März 2020

- [ICD-10 \(WHO und GM\): U07.2 kodiert Verdacht auf COVID-19](#)
- [COVID-19 - Kodierregeln für die Mortalität in der ICD-10-WHO \(PDE, 194 kB\)](#)

Aktualisierung vom 13. Februar 2020

[ICD-10 \(WHO und GM\): U07.1 kodiert COVID-19](#)

KODE-SUCHE ONLINEFASSUNGEN

- [ICD-10-GM 2020](#)
- [OPS 2020](#)
- [ICD-10-WHO 2019](#)
- [ICD-Q-3 Erste Revision](#)
- [ICE](#)
- [ICD und OPS: alle Versionen](#)

NUNANDESKLASSIFIKATIONEN

ICD-10-GM

Klassifikationen > ICD > ICD-10-GM

Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM) ist die amtliche Klassifikation zur Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland.

Seit dem 1. Januar 2020 ist die ICD-10-GM in der **Version 2020** anzuwenden.



Aktualisierung vom 23. März 2020

- ICD-10 (WHO und GM): U07.2 kodiert Verdacht auf COVID-19
- COVID-19 - Kodierregeln für die Mortalität in der ICD-10-WHO (PDE, 194 kB)

Aktualisierung vom 13. Februar 2020

- ICD-10 (WHO und GM): U07.1 kodiert COVID-19, Coronavirus-Krankheit-2019

Aktualisierung vom 1. November 2019

- ICD-10 (WHO und GM): U07.0 kodiert Gesundheitsstörungen durch E-Zigaretten

Die ICD-10-GM ist in verschiedenen Fassungen und Formaten erhältlich und wird zurzeit jährlich überarbeitet; die aktualisierte Version tritt zu Jahresbeginn in Kraft und ist bis Ende des Jahres gültig. Über unterjährige Fehlerkorrekturen und Aktualisierungen informiert Sie unser Newsletter [DIMDI Aktuell](#), Rubrik Klassifikationen.

- Newsletter abonnieren
- Kontinuierliche Weiterentwicklung und Verbesserung
- Kode-Suche ICD-10-GM online
- Downloads ICD-10-GM
- Fassungen und Formate

Amthliche Diagnosenklassifikation

Das DIMDI gibt die ICD-10-GM im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit heraus, sie ist gemeinfrei. Ihre Anwendung erfolgt im stationären Bereich gemäß § 301 SGB V und im ambulanten Bereich gemäß § 295 SGB V.

Aufbau der ICD-10-GM

Die ICD-10-GM hat zwei Teile:

- Systematisches Verzeichnis (Systematik)**, bestehend aus der eigentlichen Systematik, also der hierarchisch geordneten Liste der Codes, und ergänzenden Informationen: Der Vorspann enthält eine Anleitung zur Verschlüsselung und einen Kommentar mit den wichtigsten Änderungen gegenüber der Vorgängerversion. Im Anhang finden Sie Informationen zur Morphologie der Neubildungen und einige Testverfahren, um Funktions Einschränkungen festzustellen.
- Alphabetisches Verzeichnis (Alphabet)** mit einer umfangreichen Sammlung verschlüsselter Diagnosen aus dem Sprachgebrauch in der ambulanten und stationären Versorgung. Es wurde bis zur Version 2004 der ICD-10-GM als ICD-10-Diagnosethesaurus bezeichnet.

Über die Anleitung innerhalb der ICD-10-GM weit hinaus geht das umfassende Regelwerk zur ICD-10-WHO. Es enthält allgemeine Informationen über die Struktur und die Benutzung der ICD-10 sowie generelle Regeln und Richtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten. Diese grundlegenden Informationen gelten auch für die ICD-10-GM. Vorrangig aber gelten bei der Anwendung bereichsspezifische Kodierrichtlinien.

- Systematisches Verzeichnis der ICD-10-GM
- Alphabetisches Verzeichnis zur ICD-10-GM
- Anwendung der ICD-10-GM

ICD-10-GM als Grundlage für Vergütungs- und Finanzierungssysteme, Qualitätsberichte und Statistik

Die ICD-10-GM ist eine wichtige Grundlage für das pauschalierende Entgeltsystem G-DRG. Es wird im Auftrag der Selbstverwaltungspartner im Gesundheitswesen vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) bereitgestellt und in der stationären Versorgung eingesetzt. Auch die Vergütung der ambulanten Behandlung nach EBM und der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich benötigen nach GM kodierte Behandlungsdiagnosen. Auch die Qualitätsberichte der Krankenhäuser und die AU-Beschneidungen enthalten GM-kodierte Diagnosen. Der Morbi-BAS basiert ebenfalls auf GM-kodierten Daten.

- G-DRG-System
- EBM
- Qualitätsberichte
- AU-Beschneidung
- Morbi-BAS

Vorschlagsverfahren für ICD-10-GM und OPS

Die ICD-10-GM wird in einem aufwändigen Pflegeverfahren weiterentwickelt. Die Grundlage dafür bildet ein zurzeit jährlich unter Federführung des DIMDI durchgeführtes Vorschlagsverfahren.

- Weiterlesen

ICD-10-GM als Adaption der ICD-10-WHO

Die ICD-10-GM ist eine Adaption der ICD-10-WHO, der vom DIMDI ins Deutsche übertragenen "International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems" der Weltgesundheitsorganisation WHO (die Ziffer 10 bezeichnet die 10. Revision der Klassifikation, GM bedeutet "German Modification"). Sie gehört zur Familie der internationalen gesundheitsrelevanten Klassifikationen. Bis 2003 wurde die ICD-10-GM als ICD-10-SGB-V bezeichnet, SGB V steht für "Sozialgesetzbuch Fünft".

Die ICD-10-GM ist eine an die Erfordernisse des deutschen Gesundheitswesens angepasste Fassung. In Aufbau und Struktur entspricht sie der Vierstelligen Ausführlichen Systematik (VAS) der deutschsprachigen ICD-10-WHO. Die Klassifikation dient seit 1. Januar 2000 der Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung (§4 295 und 301 SGB V), insbesondere im Rahmen des pauschalierenden Entgeltsystems G-DRG (German Diagnosis Related Groups).

- Schritte der Adaption: Von der WHO über die SGB-V zur GM-Fassung
- ICD-10-WHO für die Todesursachenverschlüsselung
- ICD-10 bei der WHO

Weitere Informationen auf unserer Website

- Historie und Ausblick
- Nomenklaturen und Klassifikationen

KODE-SUCHE ONLINEFASSUNGEN

- ICD-10-GM 2020
- OPS 2020
- ICD-10-WHO 2019
- ICD-Q-3 Erste Revision
- ICF
- ICD und OPS: alle Versionen

DOWNLOADS KLASSIFIKATIONEN

Über unterjährige Fehlerkorrekturen und Aktualisierungen informiert Sie unser Newsletter [DIMDI Aktuell](#), Rubrik Klassifikationen.

- Newsletter abonnieren
- Fassungen und Formate
- Downloads
- Klassifikationen zitieren
- Basiswissen Kodieren (PDE, 522 kB)
- GlAML - Kurzdokumentation (PDE, 1,7 MB)
- Todesursachen-Flyer (PDE, 537 kB)
- Basisinformation Klassifikationen (PDE, 960 kB)

KODIERFRAGEN

- Hinweise zu den Kodierfragen
- Kodierfragen zur ICD-10-GM
- Kodierfragen zum OPS
- Kodierrichtlinien der Selbstverwaltung beim InEK

VORSCHLAGSVERFAHREN

Das Vorschlagsverfahren für die neue Version und die Freischaltung der Vorschlagsformulare laufen jeweils vom 01. Dezember bis Ende Februar des Folgejahres.

- Vorschlagsverfahren

HÄUFIGE FRAGEN

- Antworten dazu finden Sie im Servicebereich.
- FAQ Klassifikationen

KONTAKT KLASSIFIKATIONEN

Kodierfragen zum OPS und zur ICD-10-GM können aufgrund des derzeit hohen Arbeitsaufkommens leider bis auf Weiteres **nicht beantwortet werden**, davon ausgenommen sind Anfragen zu COVID-19.

- Telefon: +49 221 4724-524
- Zum Kontaktformular



FAQ



KONTAKT



NEWSLETTER



BÜRGER-INFORMATIONEN

DAS DIMDI

- Für Bürgerinnen und Bürger
- Aktuelles
- Aufgaben
- Organisation
- Karriere
- Kontakt
- Anfahrt

KLASSIFIKATIONEN

- ICD
- OPS
- ICF
- Weitere Klassifikationen und Standards
- Kooperationen
- Downloads

MEDIZINPRODUKTE

- Informationssystem
- Institutionen
- Rechtliche öffentliche Datenbanken
- Medizinprodukterecht
- Bezeichnungssysteme
- Europäischer Markt
- Implantatregister Deutschland
- Service

ARZNEIMITTEL

- Arzneimittel recherchieren
- Festbetrag und Zuzahlungen
- Versandhandels-Register
- ATC-Klassifikation
- PharmNet Bund
- Service
- Downloads

WEITERE FACHDIENSTE

- Versorgungsdaten
- Deutsches Register Klinischer Studien
- Samenspende-Register
- Gesundheitsberufe
- Health Technology Assessment



[DIMDI Startseite](#) [Kontakt](#)

Kode-Suche in ICD-10-WHO Version 2019

Dreisteller-Eingabe:

Übersicht über die Kapitel

- Kapitelvorspann**
- Kapitelgliederung**
- Vorige Gruppe**
- Nächste Gruppe**

Ergänzende Informationen

ICD-10-WHO Version 2019

Kapitel XXI Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen (Z00-Z99)

Personen, die das Gesundheitswesen aus sonstigen Gründen in Anspruch nehmen (Z70-Z76)

Z70 **Beratung in Bezug auf Sexualeinstellung, -verhalten oder -orientierung**
Exkl.: Beratung zur Kontrazeption oder Fertilisation ([Z30-Z31](#))

Z70.0 **Beratung in Bezug auf Einstellung zur Sexualität**
Person, die bei Fragen des Geschlechtslebens von Peinlichkeit, Verlegenheit oder sonstigen negativen Empfindungen betroffen ist

Z70.1 **Beratung in Bezug auf Sexualverhalten oder -orientierung**
Patient hat Bedenken wegen:

- Impotenz
- Nichtansprechbarkeit
- Promiskuität
- sexueller Orientierung

Z70.2 **Beratung in Bezug auf Sexualverhalten oder -orientierung Dritter**
Beratungsersuchen im Hinblick auf Sexualverhalten oder -orientierung:

- Ehepartner
- Kind
- Partner

Z70.3 **Beratung in Bezug auf kombinierte Probleme hinsichtlich Sexualeinstellung, -verhalten oder -orientierung**

Z70.8 **Sonstige Sexualberatung**
Sexualerziehung



**Kode-Suche in ICD-10-GM
Version 2019**

Dreisteller-Eingabe:

Übersicht über die Kapitel

- Kapitelvorspann**
- Kapitelgliederung**
- Vorige Gruppe**
- Nächste Gruppe**

Ergänzende Informationen

ICD-10-GM Version 2019

Kapitel XXI **Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen (Z00-Z99)**

Personen, die das Gesundheitswesen aus sonstigen Gründen in Anspruch nehmen (Z70-Z76)

Z70 **Beratung in Bezug auf Sexualeinstellung, -verhalten oder -orientierung**
Inkl.: Beratung in Bezug auf Sexualverhalten oder -orientierung Dritter
Exkl.: Beratung zur Kontrazeption oder Fertilisation ([Z30-Z31](#))

Z71 **Personen, die das Gesundheitswesen zum Zwecke anderer Beratung oder ärztlicher Konsultation in Anspruch nehmen, anderenorts nicht klassifiziert**
Inkl.: Beratung:

- bei Konsanguinität
- in Bezug auf HIV [Humanes Immundefizienz-Virus]
- wegen Tabakmissbrauch

Beratung und Überwachung wegen:

- Alkoholmissbrauch
- Arzneimittel- oder Drogenmissbrauch

Ernährungsberatung und -überwachung
Medizinische Beratung o.n.A.
Konsultation zur Erläuterung von Untersuchungsbefunden
Person, die sich im Namen einer anderen Person beraten lässt
Person mit Furcht vor Krankheit, bei der keine Diagnose gestellt wird
Exkl.: Ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen, Verdacht ausgeschlossen ([Z03.-](#))
Beratung zur Kontrazeption oder Fertilisation ([Z30-Z31](#))

ICD-10-GM Version 2019

Kapitel XXI
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen (Z00-Z99)

Personen, die das Gesundheitswesen aus sonstigen Gründen in Anspruch nehmen (Z70-Z76)

- Z70** **Beratung in Bezug auf Sexualeinstellung, -verhalten oder -orientierung**
Inkl.: Beratung in Bezug auf Sexualverhalten oder -orientierung Dritter
Exkl.: Beratung zur Kontrazeption oder Fertilisation (Z30-Z31)
-
- Z71** **Personen, die das Gesundheitswesen zum Zwecke anderer Beratung oder ärztlicher Konsultation in Anspruch nehmen, anderenorts nicht klassifiziert**
Inkl.: Beratung:
 • bei Konsanguinität
 • in Bezug auf HIV (Humanes Immundefizienz-Virus)
 • wegen Tabakmissbrauch
 Beratung und Überwachung wegen:
 • Alkoholmissbrauch
 • Arzneimittel- oder Drogenmissbrauch
 Ernährungsberatung und -überwachung
 Medizinische Beratung o.n.A.
 Konsultation zur Erläuterung von Untersuchungsbefunden
 Person, die sich im Namen einer anderen Person beraten lässt
 Person mit Furcht vor Krankheit, bei der keine Diagnose gestellt wird
Exkl.: Ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen, Verdacht ausgeschlossen (Z03-)
 Beratung zur Kontrazeption oder Fertilisation (Z30-Z31)
 Besorgnis (normal) wegen einer kranken Person in der Familie (Z63)
 Rehabilitationsmaßnahmen bei:
 • Alkoholismus (Z20.2)
 • Arzneimittel- oder Drogenabhängigkeit (Z50.3)
 • Tabakmissbrauch (Z50.8)
 Sexualberatung (Z70)
-
- Z72-** **Probleme mit Bezug auf die Lebensführung**
Exkl.: Probleme mit Bezug auf:
 • Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (Z73)
 • sozioökonomische oder psychosoziale Umstände (Z55-Z65)
- Z72.0** **Konsum von Alkohol, Tabak, Arzneimitteln oder Drogen**
Exkl.: Alkoholabhängigkeit (F10.2)
 Arzneimittel- oder Drogenabhängigkeit (F11-F16, F19 mit vierter Stelle .2)
 Missbrauch von nichtabhängigkeitsserzeugenden Substanzen (F55-)
 Nikotinabhängigkeit (F17.2)
- Z72.8** **Sonstige Probleme mit Bezug auf die Lebensführung**
 Beteiligung an Glücksspielen oder Wetten
 Mangel an körperlicher Bewegung
 Riskantes Sexualverhalten
 Selbstschädigendes Verhalten
 Ungeeignete Ernährungs- oder Essgewohnheiten
Exkl.: Essstörungen (F50-)
 Fütterstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter (F98.2-F98.3)
 Mangel an adäquater Nahrung (Z65)
 Mangelernährung oder sonstige alimentäre Mangelzustände (E40-E64)
 Zwanghaftes und pathologisches Spielen (F63.0)
- Z72.9** **Problem mit Bezug auf die Lebensführung, nicht näher bezeichnet**
-
- Z73** **Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung**
Inkl.: Akzentuierung von Persönlichkeitszügen
 Ausgebranntsein [Burn-out]
 Einschränkung von Aktivitäten durch Behinderung
 Körperliche oder psychische Belastung o.n.A.
 Mangel an Entspannung oder Freizeit
 Sozialer Rollenkonflikt, anderenorts nicht klassifiziert
 Stress, anderenorts nicht klassifiziert
 Unzulängliche soziale Fähigkeiten, anderenorts nicht klassifiziert
 Zustand der totalen Erschöpfung
Exkl.: Probleme mit Bezug auf Pflegebedürftigkeit (Z74-)
 Probleme mit Bezug auf sozioökonomische oder psychosoziale Umstände (Z55-Z65)
-
- Z74-** **Probleme mit Bezug auf Pflegebedürftigkeit**
Exkl.: Abhängigkeit von unterstützenden Apparaten, medizinischen Geräten oder Hilfsmitteln, anderenorts nicht klassifiziert (Z99-)
- Z74.0** **Hilfsbedürftigkeit wegen eingeschränkter Mobilität**
- Z74.1** **Notwendigkeit der Hilfestellung bei der Körperpflege**
- Z74.2** **Notwendigkeit der Hilfeleistung im Haushalt, wenn kein anderer Haushaltsangehöriger die Betreuung übernehmen kann**
- Z74.3** **Notwendigkeit der ständigen Beaufsichtigung**
- Z74.8** **Sonstige Probleme mit Bezug auf Pflegebedürftigkeit**
- Z74.9** **Problem mit Bezug auf Pflegebedürftigkeit, nicht näher bezeichnet**
-
- Z75-** **Probleme mit Bezug auf medizinische Betreuungsmöglichkeiten oder andere Gesundheitsversorgung**
Exkl.: Erfolgte Registrierung zur Herztransplantation (U55.1-)
 Erfolgte Registrierung zur Herz-Lungen-Transplantation (U55.3-)
 Erfolgte Registrierung zur Lungentransplantation (U55.2-)
- Die folgenden fünften Stellen sind bei den Subkategorien Z75.6 und Z75.7 zu benutzen:
- 0 Niere
 4 Niere-Pankreas
 5 Pankreas
 6 Dünndarm
 7 Leber
 8 Sonstige Organe
 9 Nicht näher bezeichnetes Organ
- Z75.2** **Wartezeit auf eine Untersuchung oder Behandlung**
- Z75.6** **Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation ohne Dringlichkeitsstufe HU (High Urgency)**
- Z75.7** **Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation mit Dringlichkeitsstufe HU (High Urgency)**
- Z75.8** **Sonstige Probleme mit Bezug auf medizinische Betreuungsmöglichkeiten oder andere Gesundheitsversorgung**
 Betreuung einer pflegebedürftigen Person während des Urlaubs der Angehörigen
 Hauspflege nicht verfügbar
 Nichtverfügbarkeit oder Nichtzugänglichkeit von Gesundheitseinrichtungen und sonstigen Hilfsangeboten
 Person, die auf Aufnahme in eine angemessene Betreuungseinrichtung wartet
Exkl.: Unmöglichkeit der Übernahme der Betreuung durch einen anderen Haushaltsangehörigen (Z74.2)
- Z75.9** **Nicht näher bezeichnetes Problem mit Bezug auf medizinische Betreuungsmöglichkeiten oder andere Gesundheitsversorgung**
-
- Z76-** **Personen, die das Gesundheitswesen aus sonstigen Gründen in Anspruch nehmen**
- Z76.0** **Ausstellung wiederholter Verordnung**
 Wiederverordnung:
 • Apparat
 • Arzneimittel
 • Brille
Exkl.: Ausstellung einer ärztlichen Bescheinigung (Z02)
 Wiederverordnung von Kontrazeptiva (Z30.4)
- Z76.1** **Gesundheitsüberwachung und Betreuung eines Findelkinds**
- Z76.2** **Gesundheitsüberwachung und Betreuung eines anderen gesunden Säuglings und Kindes**
 Medizinische oder pflegerische Betreuung oder Überwachung eines gesunden Säuglings bei Umständen wie z.B.:
 • Anzahl der im Haushalt lebenden Kinder erschwert die normale Pflege oder macht sie unmöglich
 • Krankheit der Mutter
 • ungünstige häusliche sozioökonomische Bedingungen
 • Warten auf eine Pflegestelle oder Adoption
- Z76.3** **Gesunde Begleitperson einer kranken Person**
- Z76.4** **Andere in eine Gesundheitsbetreuungseinrichtung aufgenommene Person**
Exkl.: Obdachlosigkeit (Z59)
- Z76.8** **Personen, die das Gesundheitswesen aus sonstigen näher bezeichneten Gründen in Anspruch nehmen**
- Z76.9** **Person, die das Gesundheitswesen aus nicht näher bezeichneten Gründen in Anspruch nimmt**



DER VERBAND DER STUDENTENWERKE

KOPF BRAUCHT DACH
Wohnraum für Studierende. Bezahlbar.
www.mein-studentenwohnheim.de

FAIR WOHNEN. STARK STUDIEREN.
DEUTSCHES STUDENTENWERK

- Aktuelles ▾
- Themen ▾
- Deutsches Studentenwerk ▾
- Presse ▾
- Publikationen ▾

Startseite » Themen » Beratungsangebote » Psychologische Beratung der Studentenwerke

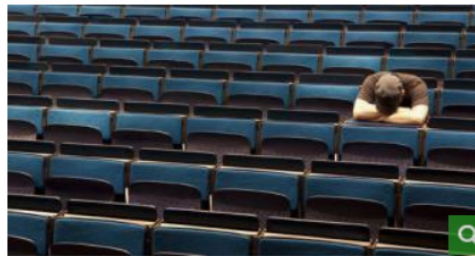
BERATUNGSANGEBOTE

Psychologische Beratung der Studentenwerke

Die Psychologische Beratung der Studentenwerke ist auf die studentische Lebenswelt zugeschnitten. Ziel der Beratung ist, positive persönliche Entwicklungen anzustoßen und die Entstehung dauerhafter und schwerwiegender Probleme zu verhindern.

Ressourcen wecken und erhalten: Beratung bevor die Krise kommt!

Die Psychologische Beratung der Studentenwerke ist vorrangig präventiv und ressourcenorientiert ausgerichtet: Studierende werden gezielt und methodisch fundiert dabei unterstützt, ihre persönlichen Potenziale wahrzunehmen und optimal für ihr Studium einzusetzen.



Psychologische Beratung unterstützt, fördert und 44 der 58 Studentenwerke in Deutschland bieten psychologische

- ▶ Themen
- ▶ Hochschulpolitik
- ▶ Studienfinanzierung
- ▶ Wohnen
- ▶ Mensen und Cafeterien
- ▾ Beratungsangebote
 - ▶ Beratungsangebote im Hochschulkontext
 - ▾ Psychologische Beratung
 - ▶ Psychologische Beratungsangebote
 - ▶ Psychologische Beratungsstellen
 - ▶ Netzwerk Psychologische Beratung

Startseite » Themen » Beratungsangebote » Psychologische Beratung der Studentenwerke

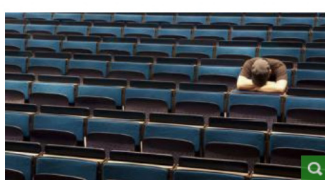
BERATUNGSANGEBOTE

Psychologische Beratung der Studentenwerke

Die Psychologische Beratung der Studentenwerke ist auf die studentische Lebenswelt zugeschnitten. Ziel der Beratung ist, positive persönliche Entwicklungen anzustoßen und die Entstehung dauerhafter und schwerwiegender Probleme zu verhindern.

Ressourcen wecken und erhalten: Beratung bevor die Krise kommt!

Die Psychologische Beratung der Studentenwerke ist vorrangig präventiv und ressourcenorientiert ausgerichtet: Studierende werden gezielt und methodisch fundiert dabei unterstützt, ihre persönlichen Potenziale wahrzunehmen und optimal für ihr Studium einzusetzen.



Psychologische Beratung unterstützt, fördert und stärkt:

44 der 58 Studentenwerke in Deutschland bieten psychologische Beratung an | (c) Fstop/Strandperle

- die Ausschöpfung individueller Bildungs- und Entwicklungsressourcen
- die individuelle Arbeits- und Leistungsfähigkeit
- einen selbstbewussten Umgang mit sozialen und leistungsbezogenen Anforderungen
- die für ein Studium notwendigen Schlüsselkompetenzen
- eine befriedigende Gestaltung sozialer Beziehungen
- funktionale Problemlösekompetenzen und Handlungspotenziale zur Überwindung persönlicher und studienbezogener Probleme und Störungen
- die Vorbeugung gesundheitlicher Risiken, beispielsweise aufgrund von Stress und Überforderung und verringert damit die Entwicklung von schädigenden Bewältigungsstrategien

Wenn die Probleme schwerer wiegen

Psychologische Beratung bietet auch Stabilisierungshilfe bei akuten persönlichen und studienbedingten psychischen Problemen und Krisenintervention: Als schnell verfügbare, professionelle Unterstützung hilft sie Studierenden dabei, psychische Krisen zu bewältigen und ihre persönlichen Handlungspotenziale zu (re-)aktivieren. Eskalation sowie die Verfestigung psychischer Probleme beziehungsweise die Entwicklung psychischer Störungen können so verhindert werden.


Psychologische Beratung kann zur Feststellung krankheitswertiger Störungen beitragen und die Überleitung zu medizinischen oder psychotherapeutischen Behandlungen begleiten.

Typische Probleme Studierender sind:

- Arbeits- und Leistungskrisen
- Lern- und Konzentrationsschwierigkeiten
- Prüfungsangst
- Probleme mit der Arbeitsorganisation und dem Zeitmanagement
- Identitätskrisen
- Selbstwertzweifel
- depressive Verstimmungen

- Themen
- Hochschulpolitik
- Studienfinanzierung
- Wohnen
- Mensen und Cafeterien
- ▾ Beratungsangebote
 - Beratungsangebote im Hochschulkontext
 - ▾ Psychologische Beratung
 - Psychologische Beratungsangebote
 - Psychologische Beratungsstellen
 - Netzwerk Psychologische Beratung
 - Sozialberatung
- Studieren mit Kind
- Studieren mit Behinderung
- Studieren mit Migrationshintergrund
- Kultur
- Internationales/ Interkulturelles
- Wettbewerbe
- Jubiläen der Studenten- und Studierendenwerke

ANSPRECHPERSON FÜR BERATUNGSANGEBOTE



Vera Demmel
Mitarbeiterin des Referats Beratungsangebote

✉ E-Mail

Tel.: +49 (0)30/297 727-63
Fax: +49 (0)30/297 727-69

VERWANDTE THEMEN

[Finden Sie hier Ihren Ansprechpartner für psychologische Beratungen](#)

Aktuelles	Themen	Deutsches Studentenwerk	Presse	Publikationen
<ul style="list-style-type: none"> Aktuelles Nachrichten Stellungnahmen Veranstaltungen Jobs beim DSW Jobs bei den STW 	<ul style="list-style-type: none"> Themen Hochschulpolitik Studienfinanzierung Wohnen Mensen und Cafeterien Beratungsangebote Studieren mit Kind Studieren mit Behinderung Studieren mit Migrationshintergrund Kultur Internationales/ Interkulturelles Wettbewerbe Jubiläen der Studenten- und Studierendenwerke 	<ul style="list-style-type: none"> Deutsches Studentenwerk Geschäftsstelle Organe Gremien Verband Studentenwerke Kontakt 	<ul style="list-style-type: none"> DSW-Journal Presse Pressemittellungen Presseverteller Beschlüsse der Mitgliederversammlung Pressetermine 	<ul style="list-style-type: none"> Publikationen Liste der Publikationen Liste der DSW-Journale Liste der Plakate

Anzeige



Natürlich gesund,
natürlich Hanf.

Jetzt probieren! >>

MEDI HEMP

Inhaltsverzeichnis



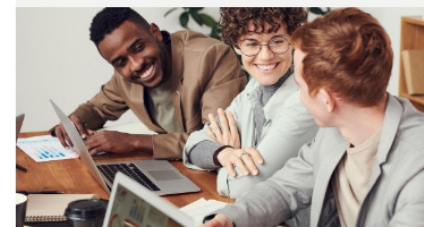
Sie sind hier: [Startseite](#) > [Krankheiten](#) > Burnout

Burnout

Von [Julia Dobmeier](#), Masterstudium in Psychologie
und [Christiane Fux](#), Medizinredakteurin
28. Juni 2018

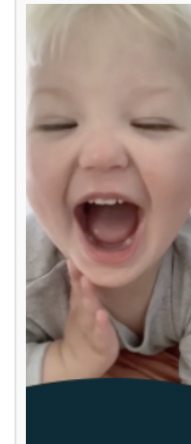
Burnout beschreibt einen Zustand tiefer emotionaler, körperlicher und geistiger Erschöpfung. Die Betroffenen können sich nur schlecht konzentrieren, machen viele Fehler. Manche verlieren auch die Energie für ihr Privatleben. Burnout wird meist auf

Anzeige



Beste Geldanlagen im
Vergleich

Anzeige



Burnout

Von [Julia Dobmeier](#), Masterstudium in Psychologie
und [Christiane Fux](#), Medizinredakteurin
28. Juni 2018

Burnout beschreibt einen Zustand tiefer emotionaler, körperlicher und geistiger Erschöpfung. Die Betroffenen können sich nur schlecht konzentrieren, machen viele Fehler. Manche verlieren auch die Energie für ihr Privatleben. Burnout wird meist auf Überforderung und Stress im Beruf zurückgeführt. Die Ursachen sind aber vielfältig. Wie Sie Burnout erkennen, wie Sie sich schützen und Burnout überwinden, erfahren Sie hier.

ICD-Codes für diese Krankheit: [Z73](#)

„Ein Burnout kündigt sich oft durch Frühwarnzeichen an. Wenn Sie auf Ihre Bedürfnisse achten und sich ausreichend Erholung zugestehen, können Sie rechtzeitig gegensteuern.“

Marian Grosse, Arzt

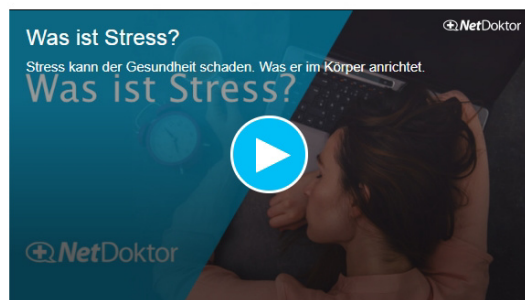
Artikelübersicht
Burnout

Kurzübersicht	Vorbeugen
Symptome	Behandlung
Ursachen	Prognose



Burnout: Kurzübersicht

- **Symptome:** tiefe Erschöpfung, keine Möglichkeit "abzuschalten", psychosomatische Beschwerden, Gefühl mangelnder Anerkennung, „Dienst nach Vorschrift“, Distanziertheit, Zynismus, Leistungseinbußen, schließlich [Depression](#)
- **Ursachen:** Selbstüberforderung oder Stress durch äußere Umstände, Perfektionismus, Selbstbewusstsein, das sich aus Leistung speist, Probleme „Nein“ zu sagen, starker Wunsch nach Anerkennung
- **Vorbeugen:** eigene Bedürfnisse wahrnehmen, Stressmanagement, Perfektionismus abbauen, klare persönliche Ziele definieren und verfolgen, gute Selbstakzeptanz aufbauen, soziale Kontakte, gesunder Lebensstil
- **Diagnostik:** mittels spezieller Fragebögen, Abgrenzung zu Fatigue und Depressionen
- **Therapie:** Krisenintervention, kognitive [Verhaltenstherapie](#), tiefenpsychologisch fundierte [Psychotherapie](#), Gruppentherapie, gegebenenfalls Antidepressiva
- **Prognose:** gute Heilungschancen bei frühzeitiger Behandlung, unbehandelt droht dauerhafte Arbeitsunfähigkeit



Stress kann der Gesundheit schaden. Was er im Körper anrichtet.

[ZUM INHALTSVERZEICHNIS](#) ↑

Burnout: Symptome

Burnout-Symptome sind sehr vielfältig. Sie äußern sich emotional, psychisch und in der geistigen Leistungsfähigkeit, können aber auch in Form psychosomatischer Beschwerden auftreten. Jeder Betroffene zeigt ein individuelles Muster von Symptomen und Beschwerden. Diese verändern sich abhängig von der Phase der Erkrankung. Hauptsymptom von Burnout ist jedoch ein Gefühl tiefer Erschöpfung.

Burnout (Ausgebranntsein):
Bin ich betroffen?

Frage 1

Anzeige

Beste Geldanlagen im Vergleich

Video-Sprechstunden
jetzt auch
für deine Kinder

KRY
Ärztliche Hilfe per Video



Inhaltsverzeichnis III



auffallen, Sachen zu erledigen?

JA

NEIN

Der HeilerDoktor Newsletter

Burnout-Symptome in der Anfangsphase

In der frühen Phase eines Burnouts steckt die Betroffene meist extrem viel Energie in seine Aufgaben. Das kann häufig aus Idealismus oder Ehrgeiz geschehen, aber auch aus der Not heraus geboren sein - beispielsweise aufgrund von Mehrfachbelastungen, zu geringen Angehörigen oder aus Angst vor Jobverlust.

Ein charakteristisches frühes Anzeichen von Burnout ist, wenn Menschen nicht mehr abschalten können. Sie können sich nicht mehr richtig erholen, sind weniger aktivitätstüchtig und müssen dann noch mehr Kraft aufwenden, um ihre Aufgaben zu bewältigen. Damit beginnt ein Teufelskreis. Weitere Burnout-Symptome in der Anfangsphase sind unter anderem:

- Gefühl, unentbehrlich zu sein
- Gefühl, ein geringeres Zeit zu haben
- Verknüpfung eigener Bedürfnisse
- Verkünderung von Misserfolgen und Enttäuschungen
- Einschränkung sozialer Kontakte auf Kunden, Patienten, Klienten etc.

Bald machen sich erste Burnout-Anzeichen einer Erkrankung bemerkbar. Dazu gehören:

- Ratlosigkeit
- Energiemangel
- Schlafmangel
- erhöhte Unfallgefahr
- erhöhte Anfälligkeit für Infektionen



Symptom-Checker

Welche Krankheit verursacht meine Beschwerden?

TESTEN SIE SICH

2. Phase: Reduziertes Engagement

Das für die Einleitungsphase typische Überengagement klappt irgendwann zunehmend in eine Antriebslosigkeit. Die Betroffenen erwarten, dass ihnen für ihren großen Einsatz etwas zurückgegeben wird. Werden sie enttäuscht, nutzen sie in eine starke Frustration. Die folgenden Symptome helfen Ihnen einen drohenden Burnout zu erkennen:

Innerer Kündigung: Die Betroffenen nehmen längere Pausen als üblich, können spät zur Arbeit und gehen zu früh wieder. Sie begaben sich zunehmend in einen Zustand innerer Kündigung. Der starke Widerwill gegen die Arbeit führt dazu, dass sie - wenn überhaupt - nur noch das Nötigste tun.

Zum Beispiel eine zur Arbeitszeit überhöhter Schichtarbeit führt dazu, um Leistung machen sich emotionale Kälte und Zynismus breit. Pflegekräfte werden dann beispielsweise ihre Patienten stark ab.

Anwachsen mit der Familie? **natürlich Hanf.**

JETZT probieren!

3. Emotionale Reaktionen - Depressionen, Aggressionen, Schuldzuweisungen

Burnout-Symptome äußern sich auch in emotionalen Reaktionen. Wenn das überhöhte Engagement langsam in Frustration kippt, macht sich häufig Desillusionierung breit. Die Personen erkennen, dass die Realität nicht den eigenen Wünschen entspricht. Sie geben die Schuld dafür entweder der Umwelt oder sich selbst. Extremes führt eher zu Aggressionen. Letzteres klappt zu einer depressiven Stimmung bei (ich bin ein Versager!).

Depressive Symptome bei Burnout sind:

- Gefühl der Ohnmacht und Hilflosigkeit
- Gefühl innerer Leere
- Antriebslosigkeit



4. Abbau, schwindende Leistungsfähigkeit

Einger "Zeit auch in einer schlechteren Leistung nieder. Die Betroffenen machen häufiger Flüchtigkeitsfehler oder vergessen Termine. Weitere Anzeichen des beginnenden Leistungsabbaus sind:

- schwindende Kreativität
- unregelmäßige Vorlieben im Verhalten
- unregelmäßiges Schwarz-Weiß-Denken
- Ableitern von Veränderungen

Auch die letzten beiden Burnout-Symptome können bei geeigneter Unterstützung auf **BUIGERGESUNDHEIT UND NATÜRLICH HANF** zurückzuführen sein.

BUIGERGESUNDHEIT UND NATÜRLICH HANF

Burnout vorbeugen

Burnout tritt von Menschen. Aber wie lässt sich das Ausbreiten rechtzeitig erkennen und schon im Ansatz verhindern?

5. Verflachung, Desinteresse

Der Energiemangel führt auch zu einem emotionalen Rückzug. Betroffene reagieren zunehmend gleichgültig. Sie fühlen sich oft gelangweilt, geben Hobbys auf, ziehen sich von Freunden und Familie zurück. Burnout macht einsam.

Natürlich gesund, natürlich Hanf.

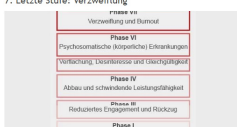
JETZT probieren!

6. Psychosomatische Reaktionen

Die enorme psychische Belastung schlägt sich auch in körperlichen Beschwerden nieder. Solche psychosomatischen Anzeichen tauchen bereits in der Anfangsphase von Burnout auf. Körperliche Symptome sind unter anderem:

- Schlafstörungen und Alpträume
- Magenbeschwerden, Bluthochdruck, Kopfschmerzen
- erhöhter Blutdruck, Herzklappen und Engpassgefühl in der Brust
- Übelkeit und Verdauungsbeschwerden (Erbrechen oder Durchfälle)
- sexuelle Probleme
- starkes Geschlechtszuzug oder -abnahme infolge veränderter
- erhöhter Infektionsanfälligkeit

7. Letzte Stufe: Verzweiflung



Burnout Ursachen und Risikofaktoren

Die Burnout-Ursachen sind vielfältig. An der Entstehung des Burnout-Syndroms sind immer innere (Persönlichkeit) und äußere Faktoren (Umwelt) beteiligt.

Wen trifft ein Burnout?

Der Begriff Burnout kommt aus dem Englischen und steht für "Ausgebranntheit, totale Erschöpfung". Ein solcher Zustand kann jeden treffen. Gerade die weite Verbreitung ist typisch für Burnout. Letzter leiden darunter ebenso wie Manager, Krankenschwestern oder Althandwerker. Aber auch bei Rentnern, Menschen, die keinen Beruf nachgehen, und Hausfrauen können sich die Energieleakage leisten.

Zuerst beschrieben wurde die Krankheit bei ehrenamtlichen Helfern sowie Personen, die in Heil- und Pflegeberufen arbeiten. Oft arbeiten in diesen Berufen Menschen, die ein hohes Maß an Idealismus mitbringen, sich über die körperlichen und emotionalen Belastungsgrenzen hinaus versagen, ohne dafür viel Anerkennung zu erhalten.

Wen trifft ein Burnout?

Der Begriff Burnout kommt aus dem Englischen und steht für "Ausgebranntheit, totale Erschöpfung". Ein solcher Zustand kann jeden treffen. Gerade die weite Verbreitung ist typisch für Burnout. Letzter leiden darunter ebenso wie Manager, Krankenschwestern oder Althandwerker. Aber auch bei Rentnern, Menschen, die keinen Beruf nachgehen, und Hausfrauen können sich die Energieleakage leisten.

Zuerst beschrieben wurde die Krankheit bei ehrenamtlichen Helfern sowie Personen, die in Heil- und Pflegeberufen arbeiten. Oft arbeiten in diesen Berufen Menschen, die ein hohes Maß an Idealismus mitbringen, sich über die körperlichen und emotionalen Belastungsgrenzen hinaus versagen, ohne dafür viel Anerkennung zu erhalten.

Eine Frage der Belastbarkeit

Jeder Mensch reagiert anders auf Belastungen. Manche sind schon mäßigem Druck kaum gewöhnt. Bei ihnen wirkt bereits wenig aus, um die totale Burnout-Spirale in. Auch sehr widerstandsfähige Personen sind dennoch nicht vor Burnout geschützt. Gefährdet ist man vor allem dann, wenn eine Reihe von bestehenden Epochen eintritt und die Ressourcen damit umgehen, erschöpft sind.

Burnout: „Hören Sie Betroffenen zu!“

Drei Fragen an



Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapie

.....

hach dem Online-Shopping wurden ihm

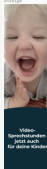
50 € 50.000 €

für Radieschsaum abgebuht.

hach dem Online-Shopping wurden ihm

20 € 0.000 €

für Radieschsaum abgebuht.



KRY



Ursachen für Burnout

Die Burnout-Ursachen sind individuell so unterschiedlich wie die Betroffenen selbst. Die Bedürfnisse und Ziele jedes Menschen sind in ihrer besonderen Konstellation einmalig. Ebenso unterschiedlich ist die Umwelt, in der sie leben.

Anzeige

Natürlich gesund, natürlich Hanf.

Jetzt probieren! >>

MEDIXHEMP

Risikofaktoren für Burnout

Grundsätzlich scheint es zwei Typen von Menschen zu geben, die ein erhöhtes Burnout-Risiko haben:

1. Menschen mit einem schwachen Selbstbewusstsein, die infolgedessen überempfindlich, eher angepasst und passiv und besonders liebebedürftig sind.
2. Ebenso findet man unter den Burnout-Kandidaten häufig dynamische, sehr zielstrebige Menschen, die mit viel Ehrgeiz, Idealismus und Engagement ein hohes Ziel erreichen wollen.

Diese zwei Typen sind sehr gegensätzlich und haben doch Gemeinsamkeiten. Beide Typen haben Schwierigkeiten, ihren Gefühlen Ausdruck zu verleihen, und einen starken Wunsch nach Anerkennung durch ihre Umwelt.

Innere Risikofaktoren für Burnout sind zudem:

- Abhängigkeit des Selbstbildes von der erfolgreichen Ausübung einer einzigen

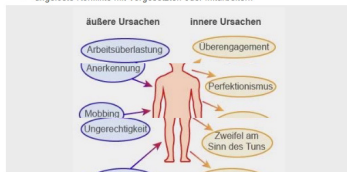
Äußere Ursachen, die das Burnout-Risiko erhöhen

Viele Burnout-Prozesse starten, wenn sich die Lebenssituation grundsätzlich ändert. Das kann der Studienanfang, Berufseinstieg, Jobwechsel oder ein neuer Vorgesetzter sein. In solchen Burnout-Phasen wird das eigene Selbstbild manchmal empfindlich erschüttert, Erwartungen werden enttäuscht oder gar Lebensziele zerstört.

Umgekehrt kann aber auch das Ausbleiben einer erhofften Veränderung zu Frustration und Burnout beitragen, beispielsweise wenn der ersehnte Job an einen anderen Bewerber vergeben wird oder die Beförderung ausbleibt.

Äußere Faktoren, die das Burnout-Risiko erhöhen, sind:

- Arbeitsüberlastung
- Mangel an Kontrolle
- Mangel an Autonomie
- fehlende Anerkennung
- mangelnde Gerechtigkeit
- ungenügende Belohnungen
- bürokratische Hindernisse
- Konflikt zwischen den eigenen Werten und Überzeugungen und den Anforderungen
- fehlende soziale Unterstützung im Privatleben
- ungelöste Konflikte mit Vorgesetzten oder Mitarbeitern



Burnout: Vorbeugen

Auch Menschen, die Probleme normalerweise gut bewältigen, können bei starkem Stress erkrankt sein. Um dieses Risiko zu verringern, können verschiedene Strategien Ihnen dabei helfen:

Eigene Bedürfnisse wahrnehmen: Versuchen Sie, Ihre Wünsche und Bedürfnisse wahrzunehmen. Was ist Ihnen wirklich wichtig? Soziale Anerkennung, Aufregung, Anerkennung, Flexibilität bei der Durchführung der Arbeit, mehr oder weniger Einflussmöglichkeiten? Gestehen Sie sich zu, dass Ihre Bedürfnisse ebenso wichtig sind wie die Ihrer Mitmenschen.

Grundbedürfnisse aufdecken: Burnout entsteht aus einer Frustration heraus. Suchen Sie sich Aufgaben, bei denen Ihre individuellen Grundbedürfnisse befriedigt werden. Kreativität beispielsweise, Reputation, vielfältige soziale Kontakt oder auch die Verantwortung zu übernehmen, um etwas erreicht zu bringen. Nur so vermeiden Sie sich nicht in kraftzehrenden Projekten, die Sie letztlich nicht zufrieden stellen.

Stärkung der Selbstakzeptanz: Für Burnout sind vor allem Menschen anfällig, die ihr Selbstbewusstsein überwiegend aus einer Rolle im Beruf oder Privatleben ziehen: die perfekte Mutter oder die erfolgreiche Managerin. Menschen mit einer starken Selbstakzeptanz haben auch ein Selbstbewusstsein, das von Zeitigen unabhängig ist. Damit schwindet die Gefahr des Überengagements und des Gefühls, ausgebeutet zu werden.

Gesunde Lebensweise: Auch eine gesunde Lebensweise kann Burnout vorbeugen. Dazu gehören eine ausgewogene Ernährung, vor allem aber regelmäßiger Sport und viel Bewegung, also nicht beim Büroarbeitsbau, sondern die alten Methoden von Aufputschmitteln (z.B. Nikotin, Koffein) oder Genussmitteln (z.B. Alkohol, Zucker) ein. Dadurch fühlen Sie sich nicht nur fitter, sondern gehen ohne die chemischen Antreiber vielleicht auch weniger stark über Ihre persönlichen Grenzen hinaus.

Hilfe suchen: Oft ist es nicht so einfach, gute Vorsätze in der Praxis umzusetzen. Falls Sie bei sich über einen längeren Zeitraum ein erhöhtes Stresslevel oder typische Symptome von Burnout bemerken, sollten Sie sich unbedingt an einen Arzt, Psychotherapeuten oder Psychiater wenden. Je früher ein Burnout erkannt wird, desto besser sind die Heilungschancen.

Anzeige

Natürlich gesund, natürlich Hanf.

Jetzt probieren! >>

MEDIXHEMP

Burnout vorbeugen – was Sie im Job tun können

Da das Burnout-Syndrom oft mit Unzufriedenheit in der Arbeit entsteht, ist es wichtig, die oben genannten Strategien auch an der Arbeitsstelle anzuwenden. Folgende Punkte können Ihnen bei der Burnout-Prävention helfen und das Arbeitsklima verbessern:

Autonomie anstreben: Wer sich seine Aufgaben und Arbeitszeit flexibel einteilen kann, ist weit weniger für Burnout gefährdet. Versuchen Sie, ein möglichst flexibles Arbeitszeitmodell mit Ihrem Arbeitgeber auszuhandeln.

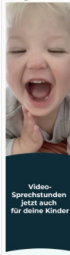
Zeitmanagement: Wer sich in einem anspruchsvollen Job nicht verzettelt und aufreihen will, sollte sich Strategien fürs richtige Zeitmanagement aneignen.

Nein-Sagen: Die Fähigkeit, eine angetragene Aufgabe auch einmal ausschlagen zu können, ist eine wertvolle Fähigkeit. Wenn Sie sich nicht schnell zuigeln, persönliche Befriedigung durch seine Aufgaben erhofft, wird enttäuscht. Das trifft auf den Krankpfleger zu, der sich Dankbarkeit von seinen Patienten erwartet, genauso Grundbedürfnis. Wer es nicht schafft, sich angemessene Freiräume und Auszeiten zu gönnen, wird im Laufe der Jahre gesundheitlich an der Belastung erkranken.

Karriereplanung: Auch der schönste Job kann nach Jahren in monotone Langweile führen. Wer ein Karriereziel vor Augen hat, läuft weniger Gefahr, im Alltagsenergie stecken zu bleiben. Auch Weiterbildungen sind eine gute Methode zur Burnout-Prävention und um Inspirationen für den beruflichen Alltag zu finden.



Anzeige



Video-Sprechstunden
Jetzt auch
für kleine Kinder



Karriereplanung: Auch der schönste Job kann nach Jahren in monotone Langweile führen. Wer ein Karriereziel vor Augen hat, läuft weniger Gefahr, im Alltagseinerlei stecken zu bleiben. Auch Weiterbildungen sind eine gute Methode zur Burnout-Prävention und um Inspirationen für den beruflichen Alltag zu finden.

Um ein Ausbrennen zu verhindern, können Sie sich auch an auf Burnout spezialisierte Coachs wenden, die Ihnen bei der Umsetzung von Strategien in der Arbeit helfen.

Wenn erste Symptome wie zum Beispiel anhaltende **Müdigkeit**, Erschöpfung oder Schlafstörungen auftreten, suchen Betroffene meist zuerst den Hausarzt auf. Dieser wird in einem Anamnesegespräch den Patienten nach seinen Beschwerden und besonderen Belastungen befragen. Folgende Fragen könnte der Hausarzt bei Verdacht auf Burnout stellen:

- Haben Sie das Gefühl, dass Sie nie zur Ruhe kommen?
- Haben Sie das Gefühl, dass es viele Aufgaben gibt, die nur Sie leisten können?
- Haben Sie in letzter Zeit mehr gearbeitet als sonst?
- Können Sie nachts gut schlafen?
- Empfinden Sie am Tag häufig ein Gefühl von Müdigkeit?
- Fühlen Sie sich an Ihrer Arbeitsstelle wertgeschätzt?
- Haben Sie das Gefühl ausgebeutet zu werden?
- Fühlen Sie sich antriebslos?
- Haben Sie sonstige körperliche Beschwerden?

Durch weitere Untersuchungen kann der Arzt eine körperliche Ursache der Beschwerden ausschließen. Denn unerklärliche Müdigkeit und Erschöpfung können zum Beispiel auch auf eine Fehlfunktion der **Schilddrüse** oder eine andere schwerwiegende körperliche Erkrankung hinweisen. Dies lässt sich unter anderem im Rahmen einer **Blutuntersuchung** feststellen.

Erhärtet sich aber der Verdacht auf Burnout, wird der Hausarzt Sie an einen Spezialisten weiterverweisen. Das ist in diesem Fall ein psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut.

Burnout-Tests

Der Psychotherapeut wird in einem klinischen Interview durch Fragen klären, ob Ihre Symptome tatsächlich auf ein Burnout-Syndrom hinweisen.



NetDoktor Laborwert-Checker

Was bedeuten meine Laborwerte?

LABORWERT CHECKEN

Maslach Burnout Inventory (MBI)

Der von Experten am häufigsten eingesetzte Burnout-Test ist das Maslach Burnout Inventory (MBI). Es misst Burnout anhand von 22 Fragen die drei Skalen:

- emotionale Erschöpfung
- **Depersonalisation**/Zynismus (unpersönliche/zynische Haltung gegenüber Klienten, Kollegen und Vorgesetzten)
- persönliche Erfüllung/Leistungszufriedenheit

Typische Aussagen sind zum Beispiel: „Ich fühle mich durch meine Arbeit emotional erschöpft“, „Ich bin Menschen gegenüber abgestumpfter geworden, seit ich diese Arbeit ausübe“, „Ich habe das Gefühl, am Ende meiner Weisheit zu sein“.

Einige Burnout-Symptome werden in diesem Burnout-Test allerdings nicht berücksichtigt. Beispielsweise das zunächst extrem hohe Engagement, dass sich nach und nach zum völligen Desinteresse verflacht.

Tedium Measure (Burnout Measure)

Das Tedium Measure, auch Burnout Measure genannt, besteht aus 21 Fragen. Auf einer Skala von eins bis sieben können die Betroffenen angeben, in wie weit die jeweilige Frage auf sie zutrifft (1= trifft nie zu; 7 = trifft immer zu).

In diesem Fragebogen werden die körperliche („Sind Sie körperlich erschöpft?“), in diesem Burnout-Test, anders als im MBI, keine Rolle.

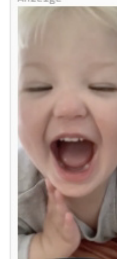
Burnout-Tests im Internet

Immer tatsächlich mit Schwache in Verbindung gebracht.

Inhaltsverzeichnis



Anzeige



Video-Sprechstunden
jetzt auch
für deine Kinder

KRY
Ärztliche Hilfe per Video

App Store Google Play

Anzeige

FLORYDAY



BIS ZU 90% RABATT Jetzt shoppen

Burnout-Tests im Internet

Im Internet kann man zahlreiche kostenlose Burnout-Test finden. Ein solcher Burnout-Selbsttest kann jedoch niemals die ärztliche oder psychologische Diagnostik ersetzen. Der Onlinecheck kann jedoch helfen, sich des eigenen Belastungsgrads und seiner persönlichen Arbeitsfrustration bewusst zu werden. Gibt es Anhaltspunkte für einen Burnout, sollten Sie einen Arzt oder Psychologen aufsuchen.

Differentialdiagnose Burnout

Obwohl der Begriff „Burnout“ in Medien und Alltagssprache häufig auftaucht, gibt es noch keine allgemeingültige klinische Burnout-Definition.

Burnout wird daher auch nicht als eigenständige Störung in den Klassifikationssystemen für psychische Störungen (ICD-10; DSM-V) gelistet. Das „Ausgebrannt-Sein“ ist lediglich unter dem Diagnosepunkt „Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“ als Zusatzdiagnose im Sinne von Burnout im ICD 10 aufgeführt.

Die Symptome von Burnout überschneiden sich mit denen anderer Störungen wie zum Beispiel dem chronischen Müdigkeitssyndrom (Fatigue). Vor allem aber bestehen Überschneidungen mit der Depression. Das erschwert die Diagnose.

Burnout oder Depression?

Manche Experten bezweifeln sogar grundsätzlich, dass Burnout eine eigenständige Krankheit ist. Sie gehen davon aus, dass Menschen mit der Krankheit im Grunde an einer Depression leiden.

Tatsächlich ist denkbar, dass viele die Diagnose Burnout besser akzeptieren können als die einer Depression. Denn ein Burnout wird gemeinhin Menschen zugeschrieben, die zuvor viel geleistet haben. Eine Depression hingegen wird noch immer fälschlicherweise mit Schwäche in Verbindung gebracht.

Viele der Symptome von Burnout, insbesondere die tiefe emotionale Erschöpfung, sind tatsächlich auch für Depressionen kennzeichnend. Auch Anzeichen wie Interessens- und Motivationsverlust sind gleichfalls Merkmale einer Depression.


Einige wesentliche Symptome von Burnout und Depressionen stimmen jedoch nicht überein. So sind Depersonalisation und Leistungsunzufriedenheit untypisch für eine Depression. Das allgemein angeschlagene Selbstwertgefühl, das viele Depressive belastet, ist wiederum nicht typisch für Menschen mit Burnout.

Manche Fachleute sehen Burnout auch eher als einen Risikofaktor für psychische Probleme an, und nicht als eigenständige Erkrankung. Andere beschreiben die Krankheit als einen Prozess der, sofern er nicht gestoppt wird, in eine Erschöpfungsdepression mündet. Die Grenze zwischen Burnout und Depression bleibt somit weiterhin unscharf. Der Therapeut muss sehr sorgfältig prüfen, ob nicht eigentlich – oder außerdem – eine Depression vorliegt, die entsprechend behandelt werden muss.

[ZUM INHALTSVERZEICHNIS](#) ↑

Burnout: Behandlung

Sie werden individuell auf die Ursachen und Bedürfnisse des Patienten



NetDoktor Heilpflanzenfinder

Welche Heilpflanze kann meine Beschwerden lindern?

[HEILPFLANZE FINDEN](#)

Am Anfang steht die Krankheitseinsicht

Die Voraussetzung für jede Therapie ist die Einsicht, dass überhaupt ein Burnout-Problem existiert. Dazu sollten Betroffene mit therapeutischer Unterstützung folgende

- Inwiefern trage ich selbst zu der schwierigen Situation bei?
- Wo überschreite ich meine Grenzen?
- Welche Umweltfaktoren sind beteiligt?
- Welche lassen sich verändern, welche nicht?

können auch das Übel nicht selbst an der Wurzel packen. Die Auseinandersetzung mit anderen Burnout-Betroffenen, beispielsweise in Selbsthilfegruppen oder über Erfahrungsberichte, kann dabei helfen Wege aus dem Burnout zu finden.

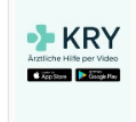
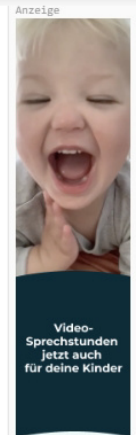
Schrittweise können Betroffene ihr Selbstwertgefühl verringern sich ihre Abhängigkeit von äußerer Anerkennung. Sie ist oft der geheime Motor hinter dem Raubbau an den



Inhaltsverzeichnis



Inhaltsverzeichnis





Am Anfang steht die Krankheitseinsicht

Die Voraussetzung für jede Therapie ist die Einsicht, dass überhaupt ein Burnout-Problem existiert. Dazu sollten Betroffene mit therapeutischer Unterstützung folgende vier Fragen klären:

- Inwiefern trage ich selbst zu der schwierigen Situation bei?
- Wo überschreite ich meine Grenzen?
- Welche Umweltfaktoren sind beteiligt?
- Welche lassen sich verändern, welche nicht?

Menschen mit Burnout, die sich ihren Eigenanteil an der Situation nicht eingestehen, können auch das Übel nicht selbst an der Wurzel packen. Die Auseinandersetzung mit anderen Burnout-Betroffenen, beispielsweise in Selbsthilfegruppen oder über Erfahrungsberichte, kann dabei helfen Wege aus dem Burnout zu finden.

Schnelle Krisenintervention

Befindet sich der Burnout-Prozess noch in der Anfangsphase, genügt oft schon eine Krisenintervention oder eine Kurzzeittherapie von wenigen Stunden als erste Burnout-Hilfe. Ziel ist es, verbesserte Fertigkeiten zur Konflikt- und Problemlösung zu entwickeln und ein feineres Gespür für die Grenzen der eigenen Belastbarkeit zu bekommen.

Auch Entspannungstechniken wie Autogenes Training oder Progressive Muskelentspannung nach Jacobson können hilfreich sein die Burnout-Behandlung unterstützen.

Psychotherapie

Ist das Burnout schon weiter vorangeschritten, ist meist eine Psychotherapie zur Burnout-Behandlung notwendig. Da die Gründe, die zum Ausbrennen führen, ganz unterschiedlich sind, sind auch der Therapieschwerpunkt und die Methode individuell verschieden. Die nachfolgenden therapeutische Verfahren können helfen.

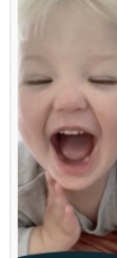
Verhaltenstherapie

Mithilfe einer kognitiven Verhaltenstherapie lassen sich falsche Vorstellungen und Verhaltensmuster auflösen, die Burnout-Patienten oft verinnerlicht haben. Ein Beispiel: "Ich muss alles perfekt machen, sonst bin ich wertlos." Das Hinterfragen solcher Muster und Weltanschauungen (Paradigmen) ermöglicht es, sich von den krankmachenden "inneren Antreibern" zu befreien. Ein Ziel der Burnout-Therapie ist es also, die problematischen Muster zu erkennen und schrittweise zu verändern.

Gruppentherapie

Auch eine Gruppentherapie kann wichtige Unterstützung bei Burnout leisten. Für viele Patienten ist es zunächst ungewohnt, die eigenen Probleme mit einer Gruppe von zunächst Fremden zu teilen. Es hat jedoch meistens eine entlastende Wirkung, sich mit anderen Menschen auszutauschen, die ebenfalls betroffen sind. Therapie und Gruppentherapie oft auch [Körpertherapie](#), [Kunsttherapie](#) oder [Erdtherapie](#).

Anzeige



Video-
Sprechstunden
jetzt auch
für deine Kinder



unterschiedlich sind, sind auch der Therapieschwerpunkt und die Methode individuell verschieden. Die nachfolgenden therapeutische Verfahren können helfen.

Verhaltenstherapie

Mithilfe einer kognitiven Verhaltenstherapie lassen sich falsche Vorstellungen und Verhaltensmuster auflösen, die Burnout-Patienten oft verinnerlicht haben. Ein Beispiel: "Ich muss alles perfekt machen, sonst bin ich wertlos." Das Hinterfragen solcher Muster und Weltanschauungen (Paradigmen) ermöglicht es, sich von den krankmachenden "inneren Antreibern" zu befreien. Ein Ziel der Burnout-Therapie ist es also, die problematischen Muster zu erkennen und schrittweise zu verändern.

Tiefenpsychologische Verfahren

Bei vielen Burnout-Betroffenen steht der Aufbau eines stabileren Selbstwertgefühls im Vordergrund. Mit wachsendem Selbstwertgefühl verringert sich ihre Abhängigkeit von äußerer Anerkennung. Sie ist oft der geheime Motor hinter dem Raubbau an den eigenen Kräften.

In solchen Fällen sind tiefgreifende seelische Umstrukturierungen notwendig, die sich besser durch tiefenpsychologische Verfahren wie eine [Psychoanalyse](#) bewirken lassen. Solche Prozesse können langwierig und mitunter zunächst schmerzhaft sein, sind aber in einigen Fällen für eine wirksame Burnout-Therapie unumgänglich.

Gruppentherapie

Auch eine Gruppentherapie kann wichtige Unterstützung bei Burnout leisten. Für viele Patienten ist es zunächst ungewohnt, die eigenen Probleme mit einer Gruppe von zunächst Fremden zu teilen. Es hat jedoch meistens eine entlastende Wirkung, sich mit anderen Menschen auszutauschen, die ebenfalls betroffen sind.

Körpertherapie und Sport

Viele Patienten mit Burnout haben verlernt, die eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen. In solchen Fällen können sogenannte Körpertherapien ergänzend zur Psychotherapie helfen. Der Patient lernt, körperliche Verspannungen wahrzunehmen, die durch Ängste und Stress entstehen. Wird die körperliche Anspannung gezielt aufgelöst, entspannt sich auch die Psyche.

Auch körperliche Aktivität unterstützt den Genesungsprozess, zeigen verschiedene Untersuchungen. Sie wirkt sich positiv auf das Körperempfinden und das Selbstbewusstsein aus.

Therapieangebot in Burnout-Kliniken

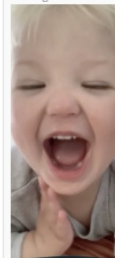
Bei schwerem Burnout kann ein Aufenthalt in einer Spezialklinik sinnvoll sein.



Inhaltsverzeichnis III



Anzeige



Video-
Sprechstunden
jetzt auch
für deine Kinder



Therapieangebot in Burnout-Kliniken

Bei schwerem Burnout kann ein Aufenthalt in einer Spezialklinik sinnvoll sein. Burnout-Kliniken bieten Patienten ein breites Spektrum an Therapien. Dazu gehören neben tiefenpsychologischen Ansätzen, kognitiver Verhaltenstherapie, systemischer Therapie und Gruppentherapie oft auch [Körpertherapie](#), [Kunsttherapie](#) oder [Ergotherapie](#).

Der genaue Therapieplan wird dabei individuell auf den einzelnen Patienten zugeschnitten. Durch den stationären Rahmen können sich die Patienten intensiv und ohne Ablenkung mit ihrer Problematik auseinandersetzen, Ursachen aufdecken und neue Verhaltes- und Denkmuster einüben. Eine solche "Burnout-Kur" hilft ihnen, auch langfristig besser mit Ihren Ressourcen zu haushalten.

Medikamente bei Burnout

Spezielle Burnout-Medikamente gibt es nicht. Leidet ein Patient aber unter ausgeprägten depressiven Symptome wie Antriebslosigkeit, innere Leere und Interessenverlust, können Antidepressiva ergänzend zur Psychotherapie eine gute Option sein. Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI) beispielsweise heben den [Serotonin](#) Spiegel im [Gehirn](#) und wirken so antriebssteigernd.

Mehr zu den Therapien lesen

Lesen Sie hier mehr zu Therapien, die helfen können:

- [Achtsamkeitsübungen](#)

[ZUM INHALTSVERZEICHNIS](#) ↑

Burnout: Krankheitsverlauf und Prognose

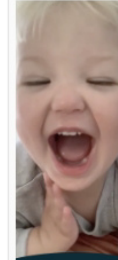
Eine Burnout-Statistik des Robert Koch-Instituts zufolge leiden in Deutschland 4,2 Prozent der Deutschen unter Burnout. Trifft vor allem Noch immer ist die Vorstellung verbreitet, dass dem Burnout-Syndrom immer eine Phase idealistischen Überengagements und das sogenannte „Brennen“ vorausgeht. Das ist aber nicht der Fall.

Allerdings investieren die Betroffenen mehr Energie in ihre Aufgaben, als sie auf Dauer verkraften können. Das kann seinen Ursprung im Idealismus haben, aber auch aus einer Notlage erwachsen.

Ein häufiges Warnsignal ist, das die Betroffenen nach der Arbeit nicht mehr abschalten können und sich nicht mehr erholen. In dieser Phase wird ein drohendes Burnout jedoch nur selten erkannt.

Südwest, 29. April 2014

Anzeige



Video-Sprechstunden
jetzt auch
für deine Kinder



Ein häufiges Warnsignal ist, das die Betroffenen nach der Arbeit nicht mehr abschalten können und sich nicht mehr erholen. In dieser Phase wird ein drohendes Burnout jedoch nur selten erkannt.

Erst wenn die erhoffte Belohnung, beispielsweise in Form von beruflichem Aufstieg oder Anerkennung, dauerhaft hinter den Erwartungen zurückbleibt, oder die Kraft nicht mehr reicht, beginnt die Ausbrennphase – das Burnout-Syndrom.

Auf die (Selbst-)Überforderung folgen dann Erschöpfung, Irritation und Frustration. Die enorme seelische Belastung geht am Körper nicht spurlos vorbei. Daher können psychosomatische Beschwerden, etwa Kopf- und [Magenschmerzen](#) oder Schlafstörungen Anzeichen für ein Burnout-Syndrom sein.

Beim Burnout gilt das Gleiche wie bei vielen anderen Krankheiten und Störungen: Je früher das Problem erkannt und angegangen wird, desto besser lässt es sich beheben.

Drohende Invalidität

Wird ein schweres Burnout-Syndrom über einen längeren Zeitraum nicht erkannt und behandelt, hinterlässt meist dauerhafte Spuren. Schon der normale berufliche und soziale Stress ist für viele Betroffene noch Monate und Jahre nach der Therapie eine Überforderung. Teilinvaliderität oder auch vollständige Invaliderität infolge eines Burnouts sind nicht selten. Daher sollte ein drohendes Burnout ernst genommen und rasch behandelt werden.

[ZUM INHALTSVERZEICHNIS](#) ↑

Weiterführende Informationen

Bücher

- Thomas Bergner Burnout-Prävention: Erschöpfung verhindern - Energie aufbauen - Selbsthilfe in 12 Stufen Taschenbuch – 14. Oktober 2015
- Sabine Gapp-Bauß: Depression und Burn-out überwinden: Ihr roter Faden aus der Krise: Die wirksamsten Selbsthilfestrategien VAK – 15. Februar 2016
- Miriam Prieß: Finde zu dir selbst zurück! Wirksame Wege aus dem Burnout Südwest, 29. April 2014

Leitlinie

- HTA-Bericht ["Therapie des Burnout-Syndroms"](#) des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (2012)

Was bedeuten meine Laborwerte?

Welche Krankheit verursacht meine Beschwerden?

Selbsthilfe

- Burnout Selbsthilfe: <https://www.burnout-selbsthilfe.de/>
- Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (INAKUS): <https://www.inakus.de/>

Autoren- & Quelleninformationen

[+ JETZT EINBLENDEN](#)

[DRUCKEN](#)  [NACH OBEN](#) ↑

Die meistgelesenen Artikel

[Selbsttest: Trinken Sie zu viel Alkohol?](#)

[Pneumokokkenimpfung: Wer, wann und wie oft?](#)

[Coronavirus oder Grippe? Das sind die Unterschiede!](#)

Auch interessant

 [Smartfeed](#) | ▶



Tinnitus Research

Ärzte verblüfft: Ein einfacher Tipp lindert jahrelangen Tinnitus (Heute Abend testen)



NeckRelax

Dieses revolutionäre Gerät entspannt verspannte Nackenmuskeln

Anzeige

B

C

33 kg

Anzeige

Inhaltsverzeichnis

↶

Inhaltare →

↶

↑

↶

↑

↶

↑

↶

↑

↶

↑

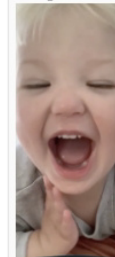
↶

↑

↶

↑

Anzeige



Video-Sprechstunden jetzt auch für deine Kinder

 **KRY**
Ärztliche Hilfe per Video

