



14 Gesundheit

Rundschreiben für Kodiererinnen und Kodierer 2022 Nr. 1

16. Dezember 2021

Neuchâtel, 2021

Herausgeber:	Bundesamt für Statistik (BFS)	Layoutkonzept:	Sektion DIAM
Auskunft:	Kodierungssekretariat: codeinfo@bfs.admin.ch	Copyright:	BFS, Neuchâtel 2021 Wiedergabe unter Angabe der Quelle für nichtkommerzielle Nutzung gestattet
Redaktion:	Bereich Medizinische Klassifikationen	Download:	www.statistik.ch
Reihe:	Statistik der Schweiz		
Themenbereich:	14 Gesundheit		
Originaltext:	Deutsch		
Übersetzung:	Sprachdienste BFS		

1. Allgemeines

1.1. Gültige Kodierungsinstrumente

Ab 1. Januar 2022 gelten folgende Kodierungsinstrumente:

- Medizinisches Kodierungshandbuch: Der offizielle Leitfaden der Kodierrichtlinien in der Schweiz. Version 2022
- Rundschreiben für Kodiererinnen und Kodierer: 2022 Nr. 1 mit Anhang
- Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP): Systematisches Verzeichnis - Version 2022
- ICD-10-GM 2022 Systematisches Verzeichnis: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme: 10. Revision – German Modification
- ICD-10-GM 2022 Systematisches Verzeichnis, deutsche Version: Zusatzinformationen für den schweizerischen Kontext
- Letzte offizielle Kommunikation Kodierung COVID-19

Die Instrumente zur medizinischen Kodierung finden Sie unter www.bfs.admin.ch:

Bundesamt für Statistik → Statistiken finden → 14 – Gesundheit → Grundlagen Erhebungen → Nomenklaturen → Medizinische Kodierung und Klassifikationen → Instrumente zur medizinischen Kodierung → Gültige Instrumente zur medizinischen Kodierung je Jahr.

Die Dateien der ICD-10-GM in deutscher Sprache werden vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) erstellt und stehen auf der Internetseite www.dimdi.de zur Verfügung:
Klassifikationen → Downloads → ICD-10-GM

Die Medizinische Statistik der Krankenhäuser ist eine obligatorische Vollerhebung. Sie wird jährlich erhoben. Die obengenannten Kodierungsinstrumente gelten für die Kodierung aller stationärer Aufenthalte in Spitälern und Kliniken der Schweiz, einschliesslich Rehabilitations-, Psychiatrie- und Spezialkliniken, sowie Geburtshäuser.

Die gesetzlichen Grundlagen sind:

- Bundesstatistikgesetz vom 9. Oktober 1992 (BStatG) und
- Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG)

1.1.1. Referenzversionen

Für die Klassifikationen und das Kodierungshandbuch sind bei Unterschieden zwischen den Sprachversionen die Originalversionen (deutschsprachige Versionen) massgebend.

1.1.2. Rundschreiben und Anhang

Das Rundschreiben enthält Grundlagen und Zusatzinformationen (inkl. Korrekturen) zum Kodierungshandbuch und zu den Klassifikationen. Der Anhang des Rundschreibens enthält Informationen und Präzisierungen. Diese Dokumente sind offizielle Informationen des BFS und müssen für weitere Kodierungen berücksichtigt werden.

Die Publikationszeitpunkte der Rundschreiben und deren Anhang sind:

- Rundschreiben für Kodiererinnen und Kodierer 2022 Nr. 1 (Publikation Ende Dezember 2021): anzuwenden bei Fällen mit Austrittsdatum ab 1. Januar 2022.
- Rundschreiben für Kodiererinnen und Kodierer 2022 Nr. 2 (Publikation Ende Juni 2022): anzuwenden bei Fällen mit Austrittsdatum ab 1. Juli 2022.

1.1.3. Analogiekodierungen und Hinweise zur Leistungserfassung und Abrechnung der SwissDRG AG

Die Hinweise zur Leistungserfassung und Abrechnung der SwissDRG AG sind ebenfalls zu berücksichtigen.

Pfad: www.swissdrg.org → Akutsomatik/Psychiatrie/Rehabilitation → Abschnitt SwissDRG → Hinweis zur Leistungserfassung und Abrechnung

<https://www.swissdrg.org/de/akutsomatik/swissdrg/hinweis-zur-leistungserfassung>

Die Hinweise auf Analogiekodierungen der SwissDRG AG sind ebenfalls zu berücksichtigen.

Pfad: www.swissdrg.org → Akutsomatik → Abschnitt SwissDRG System 11.0/2022 → Analogiekodierung

<https://www.swissdrg.org/de/akutsomatik/swissdrg-system-1102022/analogiekodierung>

Weitere Publikationen der SwissDRG AG sind unterjährig laufend zu beachten.

1.2. Anfragen zur Kodierung

1.2.1. Vorgehen

Es werden nur Kodierungsanfragen behandelt, welche in der Beilage **alle notwendigen klinischen Unterlagen zur Fallbeurteilung in anonymisierter Form** (Austrittsbericht, Operationsbericht, Kodierung usw.) enthalten. Sie sind an CodeInfo@bfs.admin.ch zu senden.

Kodierungsunstimmigkeiten und Revisionsfälle sind **mit vollständiger und anonymisierter Patientendokumentation, Argumentation und Kodierung beider Parteien** mit Kopie an die andere Partei an CodeInfo@bfs.admin.ch zu senden.

Bei Anfragen ohne Dokumentation oder mit ungenügender Dokumentation geben wir keine Empfehlung ab.

Eine Empfehlung ist nur für den spezifischen Einzelfall gültig und darf nicht auf andere Fälle angewendet werden.

1.2.2. Anonymisierung

Für die Anonymisierung der Dokumente sind die folgenden Angaben zu entfernen:

- Name, Vorname
- Geburtstag und Monat (ausgenommen für Neugeborene bis zum Alter von einem Jahr (< 1 Jahr))
- Wohnadresse
- Korrespondenzdaten (Telefonnummer, etc.)

BFS-Mitarbeiter unterstehen nur dem Statistikgeheimnis (gemäss Art. 14 des Bundesstatistikgesetzes) und dem Datenschutzgesetz.

2. Zusatzinformationen zum Kodierungshandbuch 2022

Legende: Neuerungen in grün, Löschungen in rot

2.1. Verwendung der ICD-10-GM 2022 im Jahr 2022

Betrifft alle Sprachversionen

Im medizinischen Kodierungshandbuch 2022 sind alle aufgeführten Codes der ICD-10-GM 2021, wenn notwendig, mit Codes der ICD-10-GM 2022 zu ersetzen.

Aufgrund der Anforderungen im Kontext der SARS-CoV-2-Pandemie ist ausserplanmässig in der Schweiz ab 1. Januar 2022 die ICD-10-GM 2022 als gültige Diagnoseklassifikation zu verwenden.

2.2. Präzisierungen der Kodierregel S0102jk Sepsis

Betrifft alle Sprachversionen

2.2.1. Präzisierung Beispiel 2

Beispiel 2

72-jährige Patientin mit Urosepsis durch *E. coli* bei akuter Pyelonephritis rechts

Verlauf: Aggravierung (sepsisbedingte zusätzliche akute Einschränkung der Nierenfunktion - «acute on chronic», Verschlechterung innerhalb 48 h) einer chronischen Niereninsuffizienz mit Kreatininwert von 140 µmol/l und Abnahme der GFR auf 25 ml/min (Baseline-Kreatinin 100 µmol/l; GFR 40 ml/min). Laborchemisch zeigten sich am zweiten Hospitalisationstag ein Bilirubinanstieg auf 1.5 mg/dl sowie eine Thrombozytopenie von 90 G/l. Es erfolgte die intravenöse antibiotische Behandlung und Rehydrierung. In der Folge Normalisierung der Leberwerte und der Thrombozytopenie bei einmaliger Verlaufskontrolle. Besserung der Nierenfunktionseinschränkung auf Niveau der Baseline-GFR der chronischen Niereninsuffizienz im Verlauf. Entlassung nach Hause in gutem Allgemeinzustand.

Gesamtscore SOFA	Atmung	Gerinnung	Leber	Kardiovaskulär, MAP	ZNS	Renal
4	0	2	1	0	0	1

HD	A41.51	Sepsis durch <i>Escherichia coli</i>
ND	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis
ND	B96.2!	<i>Escherichia coli</i> [<i>E. coli</i>] und andere <i>Enterobacterales</i> als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind
ND	N17.91	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet, Stadium 1
ND	N18.3	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 3

Das Beachte unter dem Beispiel 2 der Kodierregel S0102j ist ersatzlos zu streichen.

~~Beachte: Das SOFA-Kriterium der akuten Verschlechterung der Niereninsuffizienz ist erfüllt und gilt für die Berechnung des Scores. Die AKIN-Kriterien jedoch werden nicht erfüllt (Bedingung für Stadium 1: Anstieg des Serum-Kreatinins um mindestens 50 bis unter 100% gegenüber dem Ausgangswert innerhalb von 7 Tagen. Hier liegt ein Anstieg um 40% vor). Die Progredienz der Niereninsuffizienz erfolgt akut im Rahmen der Sepsis, bewegt sich aber im Range der chronischen Niereninsuffizienz Stadium 4 (GFR 15 bis unter 30 ml/min). Die Kodierung der Organdysfunktion erfolgt mit dem Code für die chronische Niereninsuffizienz mit Stadiumangabe.~~

2.2.2. Organdysfunktionen im Kontext Sepsis

Auswahl des Sepsis-Kodes

Die Kodes für Sepsis finden sich in folgenden Kapiteln/Kategorien:

- In Kapitel I, in den Kategorien A40. – *Streptokokkensepsis* und A41. – *Sonstige Sepsis*, wobei die Exklusiva zu berücksichtigen sind.
- In Kapitel I, bei den einzelnen Infektionskrankheiten (z. B. B37.7 *Candidasepsis*).
- In Kapitel XVI für die Sepsis beim Neugeborenen (P36. – *Bakterielle Sepsis beim Neugeborenen*).
- Eine Sepsis in Zusammenhang mit Abort, ektopischer Schwangerschaft, Molenschwangerschaft, Geburt oder Wochenbett wird mit einem Kode aus Kapitel XV (O03 – O07, O08.0, O75.3, O85) zusammen mit einem Sepsis-Kode aus Kapitel I abgebildet (Reihenfolge siehe unten), um auf den Erreger und das Vorliegen einer Sepsis hinzuweisen.
- Obwohl der Begriff Sepsis unter manchen Kodes für Komplikationen nach medizinischen Massnahmen aufgelistet ist, muss zusätzlich ein Sepsis-Kode aus Kapitel I abgebildet werden, um auf den Erreger und das Vorliegen einer Sepsis hinzuweisen (z. B. J95.0 *Funktionsstörung eines Tracheostomas*, T88.0 *Infektion nach Impfung*).

Definition der Sepsis gemäss 3. Internationale Konsensus-Konferenz ([Guidelines of the Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock](#)) (Singer M et al. *The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3)*. JAMA 2016;315(8):801-810)

Definition der Sepsis: Nachgewiesene oder vermutete Infektion und nachgewiesene Organdysfunktion, verursacht durch eine dysregulierte Reaktion des Körpers auf einen Infekt.

[...]

Sepsis beim Erwachsenen

[...]

Eine Sepsis mit Organdysfunktion zeigt sich über eine Zunahme des SOFA-Scores ≥ 2 innerhalb von maximal 72 Stunden.

Die Kumulation der Punkte bei Verschlechterung einzelner Organsysteme um je 1 Punkt ist zulässig.

Die Erhebung des SOFA-Scores richtet sich nach den Vorgaben im Dokument «Minimaler Datensatz der SGI MDSi» der SGI (abrufbar unter folgendem Link: www.sgi-ssmi.ch/de -> Ressorts -> Datensatz (MDSi) -> «MDSiV30_V4_de_def»).

Organdysfunktionen, welche offensichtlich durch eine andere Ursache erklärt werden können, insbesondere, wenn diese vorbestehen, dürfen nicht als Kriterium zur Definition der Sepsis verwendet werden.

Beispiel für Nichterfassung einer Sepsis

Eintritt einer 56-jährigen Patientin mit Dyspnoe und Fieber.

Eine auf der Notfallstation durchgeführte aBGA zeigt eine leichtgradige hypoxische respiratorische Insuffizienz bei vorbekanntem allergischem Asthma bronchiale.

Bei Verdacht auf pulmonalen Infekt wird ein SOFA-Score erhoben, der eine Differenz von 2 Punkten (jeweils 1 Punkt Atmung und Gerinnung) aufweist. Die initiale Blutentnahme zeigt eine geringe Thrombozytopenie. Diese bleibt im Verlauf ohne weitere Konsequenzen.

Die Patientin wird mit Verdacht auf Sepsis stationär aufgenommen.

Nach weiteren Abklärungen/Diagnostik ergibt sich die Diagnose eines infektexazerbierten Asthma bronchiale mit beginnender Broncho-Pneumonie.

Bereits auf dem Notfall erhält die Patientin u.a. inhalative bronchodilatative Medikamente. Darunter sistiert die Dyspnoe zeitnah und die weiteren aBGA zeigen sich normwertig.

Die Ätiologie der bei Eintritt vorliegenden Thrombozytopenie wird anamnestisch mit zuvor eingenommenen, hochdosierten Analgetika erklärt.

Die betreuenden Mediziner dokumentieren im Austrittsbericht die vorliegenden Differenzen des SOFA-Scores nicht als sepsisbedingt.

Hauptaufwand des 3-tägigen stationären Aufenthaltes ist die antibiotische Behandlung der beginnenden Broncho-Pneumonie.

HD J18.0 Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet

ND J45.0 Vorwiegend allergisches Asthma bronchiale

ND J96.00 Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert, Typ I [hypoxisch]

Vorbestehende Organdysfunktionen werden nur als septische Organdysfunktion/Organkomplikation beurteilt, wenn eine sepsisbedingte akute Verschlechterung vorliegt.

Die vorbestehende Organdysfunktion definiert den Ausgangsscore. Bei fehlenden Informationen zu Vorerkrankungen eines Organsystems geht man von einer SOFA-Baseline von 0 aus.

~~Sepsisbedingte Organdysfunktionen, welche die Ausprägung des SOFA Scores beeinflussen, werden nur dann kodiert, wenn sie die Kriterien der Kodierregel zu Nebendiagnosen (G54) erfüllen. Hierzu verweisen wir auf das Beispiel 2 unter «Beispiele zur Kodierung».~~

Jede ärztlich dokumentierte **sepsisbedingte** Organdysfunktion oder **sepsisbedingte** Verschlechterung einer vorbestehenden Organdysfunktion wird erfasst, da im Rahmen der Behandlung der systemischen Erkrankung Sepsis alle vorhandenen Organdysfunktionen mitbehandelt werden.

2.2.3. Präzisierung unter Absatz «Reihenfolge der Kodes»

Reihenfolge der Kodes

Eine Sepsis wird mit folgenden Kodes in dieser Reihenfolge abgebildet:

- **Sepsiskode**
- **Spezifische Erreger und zugehörige Resistenzen U80.-! bis U85! werden gemäss Regel D04 kodiert**
- **Septischer Schock R57.2, wenn vorliegend**
- **Infektfokus:** z.B. Pneumonie
Es soll jeder Erreger, der den Infektfokus spezifiziert, und die dazugehörigen Resistenzen kodiert werden gemäss Regel D04.
- **Jede einzelne Organdysfunktion**
Die Kodierung der Sepsis umfasst mindestens den Code der Sepsis und die Angabe des Fokus, von dem der Infekt ausgeht. Ist der Infektfokus unbekannt, so wird zur Sepsis ergänzend *B99 Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten* kodiert. Für die Spezifizierung von Erregern oder die Angabe von Resistenzen gilt Regel D04c. Weitere ND sind alle Organdysfunktionen, die sich im Rahmen der Sepsis verschlechtern.

Die Verschlüsselung eines *R65.1!* und *R65.0!* entfällt im Kontext der Sepsis. Alle *R65.-!* SIRS-Kodes haben weiterhin Gültigkeit und dürfen kodiert werden, sofern sie die Anforderungen an die Kodierung einer Nebendiagnose (G54) erfüllen. ~~Der~~ Ein Kode aus Kategorie *R65.-!* darf aber **nicht** an die Diagnose Sepsis gehängt werden.

Wenn während derselben Hospitalisation sowohl eine Sepsis als auch ein SIRS nichtinfektiöser Genese oder ein SIRS aufgrund einer anderen Infektion als derjenigen, welche die Sepsis verursacht hat, auftraten und dokumentiert sind, darf das SIRS im Zusammenhang/Kontext der Sepsis-unabhängigen Krankheiten trotzdem kodiert werden.

2.2.4. Präzisierung «Septischer Schock»

Septischer Schock

Ein septischer Schock wird mit **R57.2** abgebildet.

Der Kode *R57.2 Septischer Schock* wird nicht als Hauptdiagnose erfasst, auch wenn eine Sepsis und ihre Folgen die Bedingungen der Kodierregel G52 «Die Hauptdiagnose» erfüllen und wenn (in seltenen Fällen) die Behandlung des septischen Schocks (oder seiner Folgen) den Hauptaufwand des stationären Aufenthaltes darstellen.

Definition septischer Schock: Dieser liegt vor, wenn trotz adäquater Volumengabe ein mittlerer arterieller Druck von ≥ 65 mmHg nur mit Vasopressoren erreicht werden kann und ein Laktatwert >2 mmol/l vorliegt.

2.3. Präzisierung Kodierregel SD0103jk SIRS

Betrifft alle Sprachversionen

Für die Verschlüsselung eines SIRS steht in der ICD-10-GM die Kategorie *R65.-!* *Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom* zur Verfügung.

Es wird unterschieden zwischen SIRS infektiöser und SIRS nichtinfektiöser Genese.

Bei Vorliegen eines SIRS infektiöser Ursache ist der Infekt anzugeben, gefolgt von dem entsprechenden Kode aus *R65.-!*

Bei Vorliegen eines SIRS nichtinfektiöser Genese ist die auslösende Grundkrankheit anzugeben, gefolgt von dem entsprechenden Kode aus *R65.-!*

Beachte: Im Kontext der Sepsiskodierung entfällt die Diagnose *R65.-!*

Wenn während derselben Hospitalisation sowohl eine Sepsis als auch ein SIRS nichtinfektiöser Genese oder ein SIRS aufgrund einer anderen Infektion als derjenigen, welche die Sepsis verursacht hat, auftraten und dokumentiert sind, darf das SIRS im Zusammenhang/Kontext der Sepsis-unabhängigen Krankheiten trotzdem kodiert werden.

<i>R65.0!</i>	<i>Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiöser Genese ohne Organkomplikationen</i>
<i>R65.1!</i>	<i>Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiöser Genese mit Organkomplikationen</i>
<i>R65.2!</i>	<i>Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] nichtinfektiöser Genese ohne Organkomplikationen</i>
<i>R65.3!</i>	<i>Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] nichtinfektiöser Genese mit Organkomplikationen</i>
<i>R65.9!</i>	<i>Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS], nicht näher bezeichnet</i>

~~Es wird unterschieden zwischen SIRS infektiöser und SIRS nichtinfektiöser Genese.~~

~~Bei Vorliegen eines SIRS infektiöser Ursache ist der Infekt anzugeben, gefolgt von dem entsprechenden Kode aus *R65.-!*~~

~~Bei Vorliegen eines SIRS nichtinfektiöser Genese ist die auslösende Grundkrankheit anzugeben, gefolgt von dem entsprechenden Kode aus *R65.-!*~~

Zur Angabe von Erregern und deren Resistenzlage sind zusätzliche Schlüsselnummern zu verwenden.

2.4. Puerperalsepsis

Betrifft alle Sprachversionen

SD1506k Krankheiten im Wochenbett (Puerperium)

Puerperalsepsis (veraltet «Kindbettfieber»)

Die Puerperalsepsis ist eine eigene Entität. Ihr eigenständiger Charakter bezogen auf den Zeitpunkt des Auftretens und ihrer Ätiologie (Kontext Geburt) ist vergleichbar mit dem des Gestationsdiabetes, des Herpes gestationis oder der Schwangerschaftscholestase.

Die Unterscheidung «Puerperalsepsis» versus «Sepsis im Puerperium» ist essentiell für die Erfassung der korrekten Kodierung.

Die Puerperalsepsis wird ausgelöst durch eine bakterielle Infektion des Endometriums (Eintrittspforte: z.B. dort befindliche postpartale Wunden, Plazentarestes etc.). Die möglichen Folgen dieser Infektion reichen von einer Endo-Myometritis bis zu einer fulminanten Sepsis im Wochenbett.

Die Puerperalsepsis ist abzugrenzen von postpartalen Septitiden aufgrund von Harnwegsinfekten, Mastitiden und/oder infizierten geburtshilflichen Wunden, wie z.B. nach Episiotomie etc.

In den folgenden Beispielen wird auf die Erfassung der Behandlungen aufgrund Fokus «Diagnosekodierung» bewusst verzichtet.

Beispiel 1

7 h nach protrahierter (EP ca. 13 h) aber ansonsten komplikationsloser Geburt (II Gravida/II Para, 39.SSW) persistierende Schmerzen (s.g. Uteruskantenschmerz).

Die Wöchnerin ist blass, klagt über starke Schmerzen/Nachwehen im Unterbauch, ist noch kreislaufstabil bei einer Temperatur von 35.7 °C. Primär Verdacht auf Kreislaufdysregulation bei protrahierter Geburt.

Das aktuelle angeforderte Blutbild zeigt eine Anämie (5.1 mmol/l) sowie Thrombozytopenie ($76 \times 10^3/\mu\text{l}$) bei normalen Leukozytenwerten.

Im Verlauf des nächsten Hospitalisierungstages persistieren zunehmende therapieresistente Unterbauchschmerzen.

Die Patientin zeigt sich klinisch zunehmend unruhig, kaltschweissig und mit Lippenzyanose. Der Blutdruck ist hypoton (80/40 mmHg) bei tachykardem Puls von 122/min. Das Abdomen ist weich und ohne Abwehrspannung.

Aufgrund der Diagnose Endomyometritis mit Sepsis erfolgt die Aufnahme auf die Intensivstation mit Beginn einer antibiotischen Therapie.

Der Zustand der Patientin verschlechtert sich schnell weiter mit Multiorganversagen (Nierenversagen, ARDS, septischer Schock), so dass eine Notfall-Hysterektomie unter Reanimationsbedingungen erfolgt.

Austrittsdiagnose: Foudroyante Puerperalsepsis durch Streptokokken der Gruppe A.

HD	A40.0	Sepsis durch Streptokokken A
HD	O85	Puerperalfieber
ND	B95.0!	Streptokokken, Gruppe A, als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind
ND	O99.4	Krankheiten des Kreislaufsystems, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren
ND	R57.2	Septischer Schock
ND	N71.0	Akute entzündliche Krankheit des Uterus, ausgenommen der Zervix
ND	O99.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten und Zustände, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren
ND	N17.99	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet, Stadium nicht näher bezeichnet
ND	O99.5	Krankheiten des Atmungssystems, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren
ND	J80.-	Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS], Schweregrad nicht näher bezeichnet
ND	O99.1	Sonstige Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren
ND	D69.58	Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet
ND	D64.9	Anämie, nicht näher bezeichnet
ND	O63.0	Protrahiert verlaufende Eröffnungsperiode (bei der Geburt)
ND	O09.6!	37. Woche bis 41 vollendete Wochen
ND	Z37.0!	Lebendgeborener Einling

Die Endomyometritis ist im Code O85 Puerperalfieber bereits enthalten. Sie wird durch den Code N71.0 Akute entzündliche Krankheit des Uterus, ausgenommen der Zervix spezifiziert.

Der Code R57.2 Septischer Schock beinhaltet die herz-kreislaufbezogenen Parameter des Beispiels 1 und wird zusammen mit O99.4 Krankheiten des Kreislaufsystems, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren erfasst.

Aufgrund des Kapitels S1503 «Krankheiten in der Schwangerschaft» werden alle Organdysfunktionen mit den dazugehörigen Codes aus dem Kapitel XV der ICD-10-GM zusammen kodiert.

Beispiel 2

19 Tage nach Entlassung nach stationärem Aufenthalt wegen elektiver Sectio bei BEL erneute Aufnahme mit ärztlich dokumentierter Urosepsis aufgrund Pyelonephritis (Ätiologie nicht zu eruieren z.B. obstruktiv durch graviden Uterus, iatrogen aufgrund Harnwegskatheter etc.).

Dokumentation einer sepsisbedingten akuten Verschlechterung um 4 SOFA-Punkte innerhalb 72 h.

Vorliegen eines akuten Nierenversagens Stadium AKIN 3, bei Ausgangsbaseline 0.

In der Urinkultur und in den Blutkulturen wird Escherichia coli nachgewiesen.

HD	A41.51	Sepsis durch sonstige gramnegative Erreger, Escherichia coli [E. coli]
ND	O86.2	Infektion des Harntraktes nach Entbindung
ND	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis
ND	B96.2!	Escherichia coli [E. coli] und andere Enterobacterales als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind
ND	O99.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten und Zustände, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren
ND	N17.93	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet, Stadium 3

Auch wenn sich die Patientin per definitionem im Wochenbett (Puerperium) befindet, wird bei erfüllten Kriterien gemäss Kodierregel S0102 für die Kodierung der vorliegenden Sepsis **nicht** der Code O85 Puerperalfieber gewählt.

Es handelt sich nicht um eine Puerperalsepsis im Sinne ihrer Definition.

Die Kodierung des akuten Nierenversagens erfolgt nicht mit der Kodekombination *O90.4 Postpartales akutes Nierenversagen* gefolgt von *N17.93 Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet, Stadium 3*, da es sich **nicht um ein postpartales**, sondern sepsisbedingtes Nierenversagen handelt.

Die Kodierung der Schwangerschaftsdauer bei Verwendung von Codes aus dem Kapitel XV «Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett» der ICD-10-GM entfällt im Kontext Wochenbett.

Beispiel 3

Bei einer werdenden Mutter (39.4 SSW) manifestiert sich bereits sub partu bei Verdacht auf Chorioamnionitis (Streptococcus anginosus) eine Sepsis, die sich postpartum zum septischen Schock entwickelt. Aufgrund Kopf-Becken-Missverhältnis bei Verdacht auf Makrosomie des Fetus, der steigenden Infektionsparameter und klinischen Zeichen einer Sepsis erfolgt eine sekundäre Notfallsectio und anschliessende Behandlung auf der IPS. Alle Parameter gemäss Kodierregel S0102 sind erfüllt.

HD	A40.8	Sonstige Sepsis durch Streptokokken
ND	O75.3	Sonstige Infektion unter der Geburt
ND	B95.48!	Sonstige näher bezeichnete Streptokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind
ND	R57.2!	Septischer Schock
ND	O41.1	Infektion der Fruchtblase und der Eihäute
ND	O65.4	Geburtshindernis durch Missverhältnis zwischen Fetus und Becken, nicht näher bezeichnet
ND	O66.2	Geburtshindernis durch ungewöhnlich grossen Fetus
ND	O09.6!	37. Woche bis 41 vollendete Wochen
ND	Z37.0!	Lebendgeborener Einling

Die Sepsis gelangt in o.a. Beispielen in die Hauptdiagnose, weil die Kodierregel SD0102 Vorrang gegenüber den Hinweisen der Benutzung der ICD-10-GM hat.

Die Reihenfolge der Erfassung der Codes richtet sich nach den Angaben unter Kodierregel SD0102.

2.5. Nutzung des ICD-10-GM- Codes *Z99.1 Abhängigkeit(langzeitig) vom Respirator*

Betrifft alle Sprachversionen

SD1001k Maschinelle Beatmung

[...]

Z99.1 Abhängigkeit (langzeitig) vom Respirator

Der ICD-10-GM-Code *Z99.1 Abhängigkeit (langzeitig) vom Respirator* darf nur unter Berücksichtigung der Vorgaben und Hinweise am Beginn des Kapitels XXI der ICD-10-GM erfasst werden.

Das bedeutet, dass der Code *Z99.1* nur gewählt werden soll, wenn ein(e) Erkrankung/Zustand/Manifestation/Symptom vorliegt, welche eine Langzeitabhängigkeit vom Respirator erfordert, aber für den Grund der Beatmung kein anderer ICD-10-GM-Code passend/vorhanden ist.

Maschinelle Beatmung in der Rehabilitation

Diese Kodierregel gilt für alle Fälle, die über die Tarifstruktur ST Reha abgerechnet werden.

Wenn aufgrund einer Beatmung in der Rehabilitation ein Aufwand > 0 für die Klinik entsteht, d.h. die Beatmung z.B. nicht selbständig von der Patientin / vom Patienten durchgeführt werden kann, ist die Beatmung bei erfüllten Mindestmerkmalen mit den Codes aus den Kategorien 93.9E.-, 93.9F.- oder 93.9G.- zu verschlüsseln.

Mit dem Code 93.9G.09 werden auch Maskenüberdrucktherapien gemäss 93.9G.1.-, 93.9G.2.-, 93.9G.3.- oder 93.9G.4.- abgebildet, wenn das Mindestmerkmal Punkt 2, die Therapiedichte von mindestens 4 Stunden pro Tag, nicht erfüllt wird, jedoch für die Rehabilitationskliniken ein Aufwand > 0 vorliegt.

Eine reine Sauerstoffgabe ist nicht mit 93.9G.09 zu kodieren.

3. Zusatzinformationen zur CHOP 2022

Legende: Neuerungen in grün, Löschungen in rot

3.1. Korrektur vom Titel der Codes 38.7X.21 und 38.7X.22

Betrifft nur die deutsche Sprachversion

Die Titel der Codes 38.7X.21 und 38.7X.22 sind wie folgt zu korrigieren.

38.7X.21 ~~Implantation~~ Einsetzen eines Embolie-Protektionssystems in die Vena cava, ~~Filters~~, perkutan transluminal

38.7X.22 Entfernung eines Embolie-Protektionssystems aus der Vena cava ~~Filters~~, perkutan transluminal

3.2. Andere näher bezeichnete Gelenke, Streichen der Lateralitätsmarkierung

Betrifft alle Sprachversionen

Die Lateralitätsmarkierung ist bei folgenden Codes zu streichen. Bei «anderen näher bezeichneten Gelenken» trifft die Angabe der Lateralität nicht immer zu. Es kann, muss aber nicht.

81.96.83 Sonstige Rekonstruktion an anderen näher bezeichneten Gelenken, Subchondrale Spongiosaplastik, arthroskopisch ~~[L]~~

81.96.8B Sonstige Rekonstruktion an anderen näher bezeichneten Gelenken, subchondrale Knocheneröffnung, offen chirurgisch ~~[L]~~

81.96.8D Sonstige Rekonstruktion an anderen näher bezeichneten Gelenken, subchondrale Knocheneröffnung mit Einbringen eines azellulären Implantats, offen chirurgisch ~~[L]~~

3.3. 93.59.5- «Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multiresistenten Erregern»

3.3.1. 93.59.5- und 99.84.- «Isolierung»

Betrifft alle Sprachversionen

Falls bei einer «Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multiresistenten Erregern» eine einfache protektive Isolierung oder protektive Isolierung durchgeführt wird, kann diese mit einem Code der Elementegruppen 99.84.4- oder 99.84.5- zusammen mit einem Code der Elementegruppe 93.59.5- erfasst werden. Das «Inklusivum» unter 93.59.5- und die «Exklusiva – Kode weglassen» unter 99.84.- sind wie folgt anzupassen.

93.59.5- Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multiresistenten Erregern, nach Anzahl Behandlungstage
INKL. ~~Isolierung~~ Kontakt-, Tröpfchen- und Aerosolisolierung

[...]

99.84.- Isolierung

[...]

~~EXKL. — Kode weglassen — Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multiresistenten Erregern, nach Anzahl Behandlungstage (93.59.5-)~~

[...]

99.84.1- Kontaktilisierung, nach Anzahl Behandlungstage
 [...]

 EXKL. Kode weglassen - Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multiresistenten Erregern, nach Anzahl Behandlungstage (93.59.5-)

[...]

99.84.2- Tröpfchenisolierung, nach Anzahl Behandlungstage
 [...]

 EXKL. Kode weglassen - Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multiresistenten Erregern, nach Anzahl Behandlungstage (93.59.5-)

[...]

99.84.3- Aerosolisierung, nach Anzahl Behandlungstage
 [...]

 EXKL. Kode weglassen - Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multiresistenten Erregern, nach Anzahl Behandlungstage (93.59.5-)

[...]

3.3.2. Referenzdokument 93.59.5-

Betrifft nur die deutsche Sprachversion

Im «Mindestmerkmal Punkt 0, Referenzdokument» der Elementegruppe 93.59.5- sind der genaue Titel und das Publikationsdatum des Referenzdokuments aufzunehmen.

93.59.5- Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multiresistenten Erregern, nach Anzahl Behandlungstage
 [...]

 Beachte: Mindestmerkmal Punkt 0, Referenzdokument:
 Mindestmerkmale gemäss den Kriterien der Swisssoso sind folgendem Dokument «Strukturelle Mindestanforderungen für die Prävention und Bekämpfung von healthcare-assoziierten Infektionen (HAI) bei hospitalisierten Patientinnen und Patienten für Schweizer Akutspitäler», Version 1.0 vom 30.09.2020 zu entnehmen: <https://www.swisssoso.ch/forschung-entwicklung/publikationen>
 s. Erläuterungen im Dokument von Swisssoso ~~«Anwendung von Mindestanforderungen Swisssoso im Kontext Komplexbehandlung 93.59.5-», Version 1.0 vom xx.xx.xxxx:~~ «Anwendung von Mindestanforderungen Swisssoso im Kontext der Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multiresistenten Erregern (Elementegruppe 93.59.5- der Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP)) Stand: 24.09.2021:
<https://www.swisssoso.ch/forschung-entwicklung/publikationen>

[...]

3.4. 93.89.9- «Geriatrische Akutrehabilitation» Anpassungen in den Mindestmerkmalen

Betrifft alle Sprachversionen

Die Mindestmerkmale «Punkt 4, Behandlungsteam» und «Punkt 5, Therapie» der Elementegruppe 93.89.9- «Geriatrische Akutrehabilitation, nach Anzahl Behandlungstage» sind wie folgt anzupassen. Die neuen «Beachte» unter den endständigen Codes der Elementegruppe 93.89.9- sollen die Flexibilität der Verteilung der Therapieeinheiten über die Dauer verdeutlichen.

93.89.9- Geriatrische Akutrehabilitation, nach Anzahl Behandlungstage
 Beachte: Mindestmerkmal Punkt 1, Indikation: [...]

 Mindestmerkmal Punkt 2, Behandlungsort: [...]

 Mindestmerkmal Punkt 3, Assessments: [...]

Mindestmerkmal Punkt 4, Behandlungsteam:

Behandlung durch ein in Geriatrie spezialisiertes Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung eines Schwerpunktträgers Geriatrie (FMH).

~~Der Schwerpunktträger Geriatrie (FMH) muss überwiegend in der leistungserbringenden geriatrischen Einheit tätig sein. D.h. dieser kann die fachärztliche Behandlungsleitung nicht gleichzeitig in einem anderen Spital oder sich in enger Nähe zueinander befindlichen Standorten innehaben.~~

Der Beschäftigungsgrad des Schwerpunktträgers Geriatrie bzw. der Schwerpunktträger Geriatrie (FMH) für die leistungserbringende Abteilung muss mindestens 5% pro Bett sowie insgesamt mindestens 50% pro leistungserbringende Abteilung betragen. Diese Beschäftigung kann auch über einen Kooperationsvertrag sichergestellt werden.

Mindestmerkmal Punkt 5, Therapie:

Behandlung durch ein geriatrisches Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung.

Teamintegrierter Einsatz von mindestens 2 der folgenden 4 Therapiebereiche:

A.) Physiotherapie/Physikalische Therapie,

B.) Ergotherapie,

C.) Logopädie/faziorale Therapie und/oder Ernährungsberatung/therapie,

D.) (Neuro)psychologie/ärztliche Psychotherapie

~~Die Behandlungstage werden durchgehend gezählt bis zu einer Unterbrechung und nach dieser Unterbrechung wieder fortlaufend. Als Unterbrechung zählt die Verlegung auf eine andere Einheit, die eine Fortsetzung der geriatrischen Akutrehabilitation nicht zulässt. Die Gesamtsumme der erbrachten Therapieeinheiten (TE) wird durch die totale Anzahl Behandlungstage dividiert und muss mindestens 10 TE pro 7 Behandlungstage entsprechen. Von den 10 TE sind mindestens 8 Einzeltherapien. Sowohl die Tage mit, wie ohne Therapieeinheiten werden gezählt.~~ Therapieeinheiten dauern jeweils 30 Minuten. Es können maximal drei Therapieeinheiten pro Behandlungstag angerechnet werden. Es ist möglich, Therapieeinheiten zusammenhängend zu leisten. Müssen Therapieeinheiten aufgrund mangelnder Belastbarkeit der Patientin / des Patienten abgebrochen werden, so können diese ab einer Dauer von 20 Minuten angerechnet werden.

Die Zählung der Behandlungstage beginnt mit dem Beginn des ersten dokumentierten Assessment-Bestandteils. ~~In der Regel muss das Assessment innerhalb von 4 Tagen abgeschlossen sein. Folgt die geriatrische Akutrehabilitation auf einen chirurgischen Eingriff, kann der Operationstag nicht als Behandlungstag gezählt werden.~~ Ein Operationstag kann nur als Behandlungstag gezählt werden, wenn auch Therapieeinheiten an diesem Tag durchgeführt werden können.

Kommt es zu einer Unterbrechung, wird die Zählung der Behandlungstage nach dieser Unterbrechung fortgesetzt. Als Unterbrechung zählt auch die Verlegung auf eine andere Einheit, die eine Fortsetzung der geriatrischen Akutrehabilitation nicht zulässt.

Mindestmerkmal Punkt 6, Therapieplanung und -kontrolle: [...]

Mindestmerkmal Punkt 7, Erfassung: [...]

93.89.93

Geriatrische Akutrehabilitation, bis 6 Behandlungstage

93.89.94

Geriatrische Akutrehabilitation, mindestens 7 bis 13 Behandlungstage

Beachte: Der therapeutische Anteil umfasst mindestens 10 Therapieeinheiten, davon mindestens 8 Einzeltherapien.

93.89.95

Geriatrische Akutrehabilitation, mindestens 14 bis 20 Behandlungstage

Beachte: Der therapeutische Anteil umfasst mindestens 20 Therapieeinheiten, davon mindestens 16 Einzeltherapien.

93.89.96

Geriatrische Akutrehabilitation, 21 und mehr Behandlungstage

Beachte: Der therapeutische Anteil umfasst mindestens 30 Therapieeinheiten, davon mindestens 24 Einzeltherapien.

3.5. 94.6A.1- und 94.6A.2- Korrektur im «Mindestmerkmal Punkt 4, Behandlungsteam»

Betrifft alle Sprachversionen

Folgende Korrektur ist im «Mindestmerkmal Punkt 4, Behandlungsteam» der Elementegruppen 94.6A.1- «Qualifizierter Entzug Abhängigkeitskranker, nach Anzahl Behandlungstage» und 94.6A.2- «Entwöhnungsbehandlung bei Substanzmittelabhängigkeit, nach Anzahl Behandlungstage» anzubringen.

94.6A.1- Qualifizierter Entzug Abhängigkeitskranker, nach Anzahl Behandlungstage

Beachte:

[...]

Mindestmerkmal Punkt 4, Behandlungsteam:

Interdisziplinäres Behandlungsteam unter der Leitung einer Fachärztin / eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie. Das Team besteht aus:

- Arzt/Ärztin,
- psychologischer Psychotherapeutin / psychologischem Psychotherapeut oder Suchttherapeut/in,
- Sozialpädagog/in und/oder Sozialarbeiter/in,
- Physio- und/oder Bewegungstherapeut/in,
- Ergo- und/oder Kunsttherapeut/in,
- ~~speziell geschultem Pflegefachpersonal, d.h.~~ Pflegefachpersonal unter der Verantwortung von ~~mind.~~ einer Pflegefachfrau / einem Pflegefachmann ~~pro Schicht~~ mit personell und/oder fachlich leitenden Kompetenzen, ~~der/die mit~~ a) über mind. zwei Jahren Berufserfahrung auf einer Abteilung verfügt, in der mehrheitlich psychiatrisch-psychotherapeutische Therapien von Abhängigkeitserkrankungen durchgeführt werden oder b) eine geeignete suchttherapeutische Weiterbildung (z.B. in «Motivational Interviewing» oder ein spezialisiertes CAS) absolviert hat.

Das zuständige Team ist speziell für das Assessment und die Überwachung eines Entzugs geschult und verpflichtet sich zu regelmässigen Fallsupervisionen, mindestens 1 Mal pro Monat.

[...]

94.6A.2- Entwöhnungsbehandlung bei Substanzmittelabhängigkeit, nach Anzahl Behandlungstage

Beachte:

[...]

Mindestmerkmal Punkt 4, Behandlungsteam: Interdisziplinäres Team unter Leitung einer Fachärztin / eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie.

Das Team besteht aus:

- Facharzt/Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie,
- psychologischer Psychotherapeutin / psychologischem Psychotherapeut und/oder Suchttherapeut/in,
- Sozialpädagog/in und/oder Sozialarbeiter/in,
- Physio- und/oder Bewegungstherapeut/in,
- Ergo-, Kunst - und/oder Gestaltungstherapeut/in,
- ~~speziell geschultem Pflegefachpersonal, d.h. mind.~~ Pflegefachpersonal unter der Verantwortung von ~~mind.~~ einer Pflegefachfrau / einem Pflegefachmann ~~pro Schicht~~ mit personell und/oder fachlich leitenden Kompetenzen, ~~der/die mit~~ a) über mind. zwei Jahren Berufserfahrung auf einer Abteilung verfügt, in der mehrheitlich psychiatrisch-psychotherapeutische Therapien von Abhängigkeitserkrankungen durchgeführt werden oder b) eine geeignete suchttherapeutische Weiterbildung (z.B. in «Motivational Interviewing» oder ein spezialisiertes CAS) absolviert hat.

Das zuständige Team ist suchtspezifisch geschult und verpflichtet sich zu regelmässigen Fallsupervisionen, mind. einmal monatlich.

[...]

3.6. 94.8X.4- Nachsorgeorganisation

Betrifft alle Sprachversionen

In der «ergänzenden Beschreibung» der Elementegruppe 94.8X.4- «Nachsorgeorganisation, nach Dauer» ist «teilstationär» zu streichen.

94.8X.4- Nachsorgeorganisation, nach Dauer

Beratung und organisatorische Massnahmen hinsichtlich ambulanter, ~~teilstationärer~~ und stationärer Nachsorge

3.7. 94.92.2- und 94.92.3- Konsiliar- und Liaisonbehandlung

Betrifft alle Sprachversionen

Die Titel und die «Mindestmerkmale Punkt 3 Erfassung» der Elementegruppen 94.92.2- und 94.92.3- sind wie folgt zu korrigieren. Auf Französisch ist zudem eine Korrektur im «Mindestmerkmal Punkt 2, Leistungsmerkmale» vorzunehmen.

94.92.2- Psychiatrisch-psychotherapeutische Konsiliar- und Liaisonbehandlung, nach Dauer in Stunden ~~pro Einzelleistung~~

Beachte:

[...]

Mindestmerkmal Punkt 3, Erfassung: Ein Kode aus der Elementegruppe 94.92.2- wird ~~pro Einzelleistung erfasst (d.h. pro Konsil oder Liaisonkonsultation)~~ einmal pro Fall erfasst. Die diversen Konsilien, Re-Konsilien und Liaisonbehandlungen werden summiert. Zum Konsilium zählen die Leistungen (z.B. Gespräche und Berichterstellung) der patientenbezogenen Beratung eines Arztes resp. Behandlungsteams durch einen anderen Arzt resp. ein Behandlungsteam. Zur Liaisonbehandlung zählen die therapeutischen Leistungen und die Abklärungen des liaisondienstleistenden Arztes resp. Behandlungsteams.

[...]

94.92.3- Psychosomatische und psychosoziale Konsiliar- und Liaisonbehandlung, nach Dauer in Stunden ~~pro Einzelleistung~~

Beachte:

[...]

Mindestmerkmal Punkt 3, Erfassung: Ein Kode aus der Elementegruppe 94.92.3- wird ~~pro Einzelleistung erfasst (d.h. pro Konsil oder Liaisonkonsultation)~~ einmal pro Fall erfasst. Die diversen Konsilien, Re-Konsilien und Liaisonbehandlungen werden summiert. Zum Konsilium zählen die Leistungen (z.B. Gespräche und Berichterstellung) der patientenbezogenen Beratung eines Arztes resp. Behandlungsteams durch einen anderen Arzt resp. ein Behandlungsteam. Zur Liaisonbehandlung zählen die therapeutischen Leistungen und die Abklärungen des liaisondienstleistenden Arztes resp. Behandlungsteams.

[...]

3.8. 99.04.- und 99.05.- Präzisierung des Links zu den Vorschriften

Betrifft alle Sprachversionen

In den «Beachte» der Subkategorien 99.04.- «Transfusion von Erythrozytenkonzentraten» und 99.05.- ist der Link zu den Vorschriften aufzunehmen.

99.04.- Transfusion von Erythrozytenkonzentraten

Beachte: Eine Transfusionseinheit besteht aus einem Volumen von 200-350 ml (Vorschriften der Blutspende SRK Schweiz, Kapitel 18 A: Spezifikationen: Vollblut und Erythrozytenkonzentrate (Version 6, in Kraft ab 01.01.2021)

~~Pfad: Dokuman -> Vorschriften BSD -> Vorschriften: Kapitel & Beschlüsse -> Kapitel (cbse-bsd.ch)~~

Link: <https://dokuman.sbsc-bsd.ch/de-de/vorschriftenbsd/vorschriftenkapitelbeschl%C3%BCsse/kapitel.asp>). Bei der Transfusion von Baby-Erythrozytenkonzentraten bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres ist jedes verabreichte Split-Erythrozytenkonzentrat zu zählen. Das Mindestvolumen entfällt.

[...]

99.05.- Transfusion von Thrombozyten

Beachte: Ein Thrombozytenkonzentrat [TK] hat einen Thrombozytengehalt $>$ oder $= 2.4 \times 10^{11}$ /Einheit (Vorschriften der Blutspende SRK Schweiz, Kapitel 18 B: Spezifikationen: Thrombozytenkonzentrate (Version 8, in Kraft an 01.02.2020), Pfad: Dokuman > Vorschriften BSD > Vorschriften: Kapitel & Beschlüsse > Kapitel (sbsc-bsd.ch) Link: <https://dokuman.sbsc-bsd.ch/de-de/vorschriftenbsd/vorschriftenkapitelbeschl%C3%BCsse/kapitel.asp>).

Ein halbes TK entspricht einem in zwei Hälften geteilten TK. Je halbem TK ist somit der Thrombozytengehalt von $>$ oder $= 1.2 \times 10^{11}$ /Beutel. Die über den gesamten Fall verabreichten halben Konzentrate sind zu addieren (z.B. 3 verabreichte halbe TK ergeben 1.5 TK). Werden in einem Fall ganze und halbe TK verabreicht, sind diese zu addieren (z.B. 5 ganze TK plus 3 halbe TK ergibt 6.5 ganze TK). Ergibt die Summe keine ganze Zahl, ist, abzurunden (im vorherigen Beispiel somit 6 TK).

Bei der Transfusion von Baby-Thrombozytenkonzentraten bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres ist jedes verabreichte Split-Thrombozytenkonzentrat als ein Ganzes zu zählen. Das Mindestvolumen entfällt.

[...]

3.9. 99.A7, 99.BA.1- und 99.BA.2- Neue Version des Referenzdokuments und Korrekturen im Mindestmerkmal Punkt 3

Betrifft alle Sprachversionen

Eine neue Version steht für die Referenzdokumente der Stroke Units und Stroke Centers zur Verfügung. Das «Mindestmerkmal Punkt 0, Referenzdokument» ist somit beim Code 99.A7, und den Elementgruppen 99.BA.1- und 99.BA.2- anzupassen. Zudem sind die «Mindestmerkmal Punkte 3, Behandlung» der Elementgruppe 99.BA.1- auf Französisch und Italienisch sowie der Elementgruppe 99.BA.2- in allen drei Sprachen zu korrigieren. Die betroffenen «Beachte» sind wie folgt anzupassen.

99.A7 Komplexdiagnostik des akuten Hirnschlags in Stroke Unit oder Stroke Center, bis maximal 24 Stunden

Beachte: Mindestmerkmal Punkt 0, Referenzdokument:

Richtlinien und Anforderungsprofile einer zertifizierten Stroke Unit [SU] gemäss den Kriterien der SFCNS sind folgendem Dokument «Qualitätskriterien für die Zertifizierung von Stroke Units», Version V vom 18.11.2021 (~~Information zur aktualisierten Version folgt im Rundschreiben 2022 Nr. 1~~) zu entnehmen:

<https://www.sfcns.ch/application-and-documents.html>

«Documents required for the process» -> «Annex I» -> «Criteria in German to be fulfilled by Stroke Units (Version 18-11-2021)»

[...]

99.BA.1- Neurologische Komplexbehandlung des akuten Hirnschlags in Stroke Center [SC], nach Behandlungsdauer in Stunden

Beachte: Mindestmerkmal Punkt 0, Referenzdokument:

Richtlinien und Anforderungsprofile eines zertifizierten Stroke Centers gemäss den Kriterien der SFCNS sind folgendem Dokument «Qualitätskriterien für die Zertifizierung von Stroke Centers», Version V vom 18.11.2021 (~~Information zur aktualisierten Version folgt im Rundschreiben 2022 Nr. 1~~) zu entnehmen:

<https://www.sfcns.ch/application-and-documents.html>

«Documents required for the process» -> «Annex I» -> «Criteria in German to be fulfilled by Stroke Centers (Version 18-11-2021)»

[...]

99.BA.2- Neurologische Komplexbehandlung des akuten Hirnschlags in einer Stroke Unit [SU], nach Behandlungsdauer in Stunden

Beachte: Mindestmerkmal Punkt 0, Referenzdokument:

Richtlinien und Anforderungsprofile einer zertifizierten Stroke Unit [SU] gemäss den Kriterien der SFCNS sind folgendem Dokument «Qualitätskriterien für die Zertifizierung von Stroke Units», Version V vom 18.11.2021 (~~Information zur aktualisierten Version folgt im Rundschreiben 2022 Nr. 1~~) zu entnehmen:

<https://www.sfcns.ch/application-and-documents.html>

«Documents required for the process» -> «Annex I» -> «Criteria in German to be fulfilled by Stroke Units (Version 18-11-2021)»

[...]

Mindestmerkmal Punkt 3, Behandlung:

- a) Diagnostik: Durchführung von Computertomographie (Spiral-CT) oder Kernspintomographie des Kopfes mit jeweils Angiographie der Hals/Kopfarterien mit Beginn der neuroradiologischen Untersuchung innert 120 Minuten nach Eintritt resp. nach Feststellung von Hirnschlagzeichen bei hospitalisierten Patienten, sofern keine entsprechende technisch ausreichende externe CT oder MRI und keine Kontraindikationen vorliegen. Neurovaskulärer Ultraschall (intra- und extrakraniell) kann eine Angiographie ersetzen.
- b) Notfallbehandlung: Bei ischämischem Hirninfarkt, falls indiziert: intravenöse Thrombolyse mit Beginn < 60 Min. nach Spitaleintritt, resp. Verschlechterung. Richtlinien konforme Behandlung nicht-ischämischer Hirnschlagursachen (z.B. intrazerebrale / subarachnoidale Blutungen, Sinusvenenthrombosen, etc.)
- c) Überwachung: Kontinuierliche monitorisierte Überwachung von mindestens 3 der folgenden Parameter: EKG, Sauerstoffsättigung, Temperatur, Blutdruck, Herzfrequenz, Atmung.
Bedarfsweise nicht-kontinuierliche Überwachung der Glukosewerte.
Das Monitoring darf zur Durchführung von Zusatzuntersuchungen und Behandlungen sowie zum Wechsel des Überwachungssystems unterbrochen werden.
6-stündliche Kontrolle und Dokumentation des neurologischen Befundes durch den Arzt oder durch geschulte Pflegefachpersonen zur Früherkennung von Schlaganfallprogression, -rezidiv und anderen Komplikationen. Die Dokumentation des Befundes liegt in der Verantwortung der den Befund erhebenden Fachperson. 6 Stunden Intervalle dürfen unterschritten, jedoch im Durchschnitt des Erhebungszeitraumes pro Tag nicht überschritten werden, wobei an eine Abweichung von plus/minus 60 Minuten pro Zeitintervall toleriert wird.
- d) Therapiebereiche: Beginn von Massnahmen der Physiotherapie innert 24 Stunden mit mindestens 1 Behandlungseinheit pro Tag (7/7). - Bei entsprechender Indikation folgende Therapiemodalitäten: Ergotherapie, Logopädie, Neuropsychologie. Ernährungsberatung/therapie nur im Zusammenhang mit Schluckstörungen.

[...]

3.10. 99.B7.- und 99.B8.- Referenzdokument

Betrifft alle Sprachversionen

Eine neue Version des Referenzdokuments «Minimaler Datensatz der SGI MDSi» steht zur Verfügung. Die Mindestmerkmale der Elementegruppen 99.B7.1-, 99.B7.4- und 99.B7.5-, sowie das «Mindestmerkmal Punkt 3, Berechnung und Erfassung» der Elementegruppen 99.B8.1-, 99.B8.4- und 99.B8.5- sind wie folgt anzupassen.

99.B7.1- Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) des Erwachsenen, nach Aufwandspunkten

Beachte: Mindestmerkmale:

- Kontinuierliche, 24-stündige Überwachung und Behandlung durch ein Team von Pflegefachfrauen / Pflegefachmännern und Ärztinnen / Ärzten in einer durch die Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin [SGI] anerkannten Intensivstation [IS] und unter Leitung einer Fachärztin / eines Facharztes Intensivmedizin,
- Die Anzahl der Aufwandspunkte errechnet sich als SAPS II + Summe von NEMS. SAPS II wird einmal in den ersten 24 Stunden des Aufenthaltes in der IS erhoben. NEMS wird einmal pro Pflegeschicht erhoben. Bei 8-Stunden Schichten wird NEMS einfach aufsummiert, bei 12-Stunden Schichten wird die jeweils erhobene Punktzahl für NEMS mit 1.5 multipliziert. Die genauen Definitionen von SAPS II [Simplified Acute Physiology Score] und NEMS [Nine Equivalent of nursing Manpower use Score] sind im Dokument «Minimaler Datensatz der SGI MDSi V. 29d_2019» «Minimaler Datensatz der SGI MDSi V. 30d_2021» enthalten und abrufbar unter folgendem Link: www.sgi-ssmi.ch/de -> Ressorts -> Datensatz (MDSi) -> «MDSiV29_V7_de_def» «MDSiV30_V4_de_def».
- Spezielle intensivmedizinische Prozeduren, wie Transfusion von Plasma und Plasmabestandteilen, Plasmapherese und Immunadsorption, Massnahmen im Rahmen der Reanimation u.a. sind gesondert zu kodieren. Dieser Kode gilt für Patientinnen / Patienten ab dem vollendeten 16. Lebensjahr.

[...]

99.B7.4- Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur), nach Aufwandspunkten

Beachte: Mindestmerkmale:

- Kontinuierliche, 24-stündige Überwachung und Behandlung durch ein Team von Pflegefachfrauen / Pflegefachmännern und Ärztinnen / Ärzten in einer durch die Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin [SGI] anerkannten Intensivstation [IS] und unter Leitung einer Fachärztin / eines Facharztes Intensivmedizin,
- Die Anzahl der Aufwandspunkte errechnet sich als PIM 2 (absoluter Wert) + Summe von NEMS. PIM 2 wird einmal in den ersten 24 Stunden des Aufenthaltes in der IS erhoben. NEMS wird einmal pro Pflegeschicht erhoben. Bei 8-Stunden Schichten wird NEMS einfach aufsummiert, bei 12-Stunden Schichten wird die jeweils erhobene Punktzahl für NEMS mit 1.5 multipliziert. Die genauen Definitionen von PIM 2 [Pediatric Index of Mortality 2] und NEMS [Nine Equivalent of nursing Manpower use Score] sind im Dokument ~~«Minimaler Datensatz der SGI MDSi V. 29d_2019»~~ [«Minimaler Datensatz der SGI MDSi V. 30d_2021»](#) enthalten und abrufbar unter folgendem Link: www.sgi-ssmi.ch/de -> Ressorts -> Datensatz (MDSi) -> ~~«MDSiV29_V7_de_def»~~ [«MDSiV30_V4_de_def»](#).
- Spezielle intensivmedizinische Prozeduren, wie Transfusion von Plasma und Plasmabestandteilen, Plasmapherese und Immunadsorption, Massnahmen im Rahmen der Reanimation u.a. sind gesondert zu kodieren. Dieser Kode gilt für Patientinnen / Patienten, die bei stationärer Aufnahme älter als 28 Tage sind, aber das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

[...]

99.B7.5- Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Neugeborenenalter (Basisprozedur), nach Aufwandspunkten

Beachte: Mindestmerkmale:

- Kontinuierliche, 24- stündige Überwachung und Behandlung durch ein Team von spezialisierten Neonatologie-Pflegefachfrauen / Neonatologie-Pflegefachmännern und Neonatologinnen / Neonatologen in einer durch die Schweizerische Gesellschaft für Neonatologie [SGN] anerkannten Level III-Neonatologie-Intensivpflegestation und/oder durch die Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin [SGI] anerkannten Intensivstation [IS] und unter Leitung einer Fachärztin / eines Facharztes Pädiatrie mit Schwerpunkt Neonatologie oder Fachärztin / Facharztes Intensivmedizin.
- Die Anzahl der Aufwandspunkte errechnet sich als PIM 2 oder CRIB 2 + Summe von NEMS. PIM 2/CRIB 2 (fakultativ, abhängig von erfüllbaren Kriterien Reife/Gewicht) wird einmal in den ersten 24 Stunden des Aufenthaltes in der IS erhoben. NEMS wird einmal pro Pflegeschicht erhoben. Bei 8- Stunden Schichten wird NEMS einfach aufsummiert, bei 12-Stunden Schichten wird die jeweils erhobene Punktzahl für NEMS mit 1.5 multipliziert. Die genauen Definitionen von PIM 2 [Pediatric Index of Mortality 2], CRIB 2 [Clinical Risk Index for Babies 2] und NEMS [Nine Equivalent of nursing Manpower use Score] sind im Dokument ~~«Minimaler Datensatz der SGI MDSi V. 29d_2019»~~ [«Minimaler Datensatz der SGI MDSi V. 30d_2021»](#) enthalten und abrufbar unter folgendem Link: www.sgi-ssmi.ch/de -> Ressorts -> Datensatz (MDSi) -> ~~«MDSiV29_V7_de_def»~~ [«MDSiV30_V4_de_def»](#).
- Spezielle intensivmedizinische Prozeduren, wie Transfusion von Plasma und Plasmabestandteilen, Plasmapherese und Immunadsorption, Massnahmen im Rahmen der Reanimation, systemische Hypothermie u.a. sind gesondert zu kodieren. Dieser Kode gilt für Patientinnen / Patienten, die bei stationärer Aufnahme jünger oder gleich 28 Tage alt sind.

[...]

99.B8.1- Komplexbehandlung des Erwachsenen in einer Intermediate-Care Unit [IMCU], nach Aufwandspunkten

[...]

Beachte: [...]

Mindestmerkmal Punkt 3, Berechnung und Erfassung:

Die Anzahl der Aufwandspunkte errechnet sich als SAPS II + Summe von NEMS. SAPS II wird einmal in den ersten 24 Stunden des Aufenthaltes in der IMCU erhoben. NEMS wird einmal pro Pflegeschicht erhoben. Bei 8-Stunden Schichten wird NEMS einfach aufsummiert, bei 12-Stunden Schichten wird die jeweils erhobene Punktzahl für NEMS mit 1.5 multipliziert.

Die genauen Definitionen von SAPS II [Simplified Acute Physiology Score] und NEMS [Nine Equivalent of nursing Manpower use Score] sind im Dokument ~~«Minimaler Datensatz der SGI MDSi V.29d_2019»~~ [«Minimaler Datensatz der SGI MDSi V. 30d_2021»](#) enthalten und abrufbar unter folgendem Link:

www.sgi-ssmi.ch/de -> Ressorts -> Datensatz (MDSi) -> ~~«MDSiV29_V7_de_def»~~ [«MDSiV30_V4_de_def»](#).

Spezielle Prozeduren, wie Transfusion von Plasma und Plasmabestandteilen, Plasmapherese und Immunadsorption, Massnahmen im Rahmen der Reanimation u.a. sowie zusätzliche Komplexbehandlungen sind gesondert zu codieren. Für die Dauer des Aufenthaltes in der IMCU kann jedoch nicht gleichzeitig eine intensivmedizinische Komplexbehandlung kodiert werden.

[...]

99.B8.4- Komplexbehandlung im Kindesalter in einer Intermediate-Care Unit [IMCU], nach Aufwandspunkten

[...]

Beachte: [...]

Mindestmerkmal Punkt 3, Berechnung und Erfassung:

Die Anzahl der Aufwandspunkte errechnet sich als Sterbenswahrscheinlichkeit gemäss PIM 2 + Summe von NEMS. PIM 2 wird einmal in den ersten 24 Stunden des Aufenthaltes in der IMCU erhoben. NEMS wird einmal pro Pflegeschicht erhoben. Bei 8-Stunden Schichten wird NEMS einfach aufsummiert, bei 12-Stunden Schichten wird die jeweils erhobene Punktzahl für NEMS mit 1.5 multipliziert. Die genauen Definitionen von PIM 2 [Pediatric Index of Mortality 2] und NEMS [Nine Equivalent of nursing Manpower use Score] sind im Dokument [«Minimaler Datensatz der SGI MDSi V.29d_2019»](#) [«Minimaler Datensatz der SGI MDSi V. 30d_2021»](#) enthalten und abrufbar unter folgendem Link:

www.sgi-ssmi.ch/de -> Ressorts -> Datensatz (MDSi) -> [«MDSiV29_V7_de_def»](#) [«MDSiV30_V4_de_def»](#).

Spezielle Prozeduren, wie Transfusion von Plasma und Plasmabestandteilen, Plasmapherese und Immunadsorption, Massnahmen im Rahmen der Reanimation u.a. sowie zusätzliche Komplexbehandlungen sind gesondert zu kodieren. Für die Dauer des Aufenthaltes in der IMCU kann jedoch nicht gleichzeitig eine Intensivmedizinische Komplexbehandlung kodiert werden.

[...]

99.B8.5- Komplexbehandlung im Neugeborenenalter in einer Intermediate-Care Unit [IMCU], nach Aufwandspunkten

[...]

Beachte: [...]

Mindestmerkmal Punkt 3, Berechnung und Erfassung:

Die Anzahl der Aufwandspunkte errechnet sich als Sterbenswahrscheinlichkeit gemäss PIM 2 oder CRIB 2 + Summe von NEMS. PIM 2 oder CRIB 2 wird (fakultativ, abhängig von erfüllbaren Kriterien Reife/Gewicht) einmal in den ersten 24 Stunden des Aufenthaltes in der IMCU erhoben. NEMS wird einmal pro Pflegeschicht erhoben. Bei 8-Stunden Schichten wird NEMS einfach aufsummiert, bei 12-Stunden Schichten wird die jeweils erhobene Punktzahl für NEMS mit 1.5 multipliziert.

Die genauen Definitionen von PIM 2 [Pediatric Index of Mortality], CRIB 2 [Clinical Risk Index for Babies 2] und NEMS [Nine Equivalent of nursing Manpower use Score] finden sich im Dokument [«Minimaler Datensatz der SGI MDSi V. 29d_2019»](#) [«Minimaler Datensatz der SGI MDSi V. 30d_2021»](#) abrufbar unter folgendem Link:

www.sgi-ssmi.ch/de -> Ressorts -> Datensatz (MDSi) -> [«MDSiV29_V7_de_def»](#) [«MDSiV30_V4_de_def»](#).

Spezielle Prozeduren, wie Transfusion von Plasma und Plasmabestandteilen, Plasmapherese und Immunadsorption, Massnahmen im Rahmen der Reanimation, systemische Hypothermie u.a. sowie zusätzliche Komplexbehandlungen sind gesondert zu kodieren. Für die Dauer des Aufenthaltes in der IMCU kann für einen Behandlungszeitraum jedoch nicht gleichzeitig eine Intensivmedizinische Komplexbehandlung kodiert werden.

[...]

3.11. 99.C5.- Ergänzung von drei Titeln

Betrifft nur die deutsche Sprachversion

Die Titel 99.C5.11, 99.C5.12, 99.C5.13 der Subkategorie 99.C5.- «Pflege-Komplexbehandlung bei Frühgeborenen, Neugeborenen und Säuglingen, nach Aufwandspunkten» sind wie folgt zu ergänzen.

99.C5.11	Pflege-Komplexbehandlung bei Frühgeborenen, Neugeborenen und Säuglingen, bis 5 Aufwandspunkte
99.C5.12	Pflege-Komplexbehandlung bei Frühgeborenen, Neugeborenen und Säuglingen, 6 bis 10 Aufwandspunkte
99.C5.13	Pflege-Komplexbehandlung bei Frühgeborenen, Neugeborenen und Säuglingen, 11 bis 15 Aufwandspunkte

3.12. Korrektur in der Einleitung der CHOP 2022 zum AA.31.- «6-Minuten-Gehtest»

Betrifft nur die deutsche Sprachversion

In der Einleitung des systematischen Verzeichnisses der CHOP 2022 auf Seite XIII ist im Absatz zum 6-Minuten-Gehtest folgender Text zu streichen.

6-Minuten-Gehtest

Sämtliche «Beachte» der Subkategorie AA.31.- «6-Minuten-Gehtest» wurden überarbeitet. Die bestehenden Codes der Subkategorie AA.31.- wurden gestrichen und eine neue Aufgliederung mit einer Differenzierung der Gehdistanz je 50 m aufgenommen. Zudem wurden die Codes AA.31.15 «6-Minuten-Gehtest, nicht durchführbar aufgrund Malcompliance des Patienten» ~~oder «Gehdistanz 0 m»~~ und AA.31.16 «6-Minuten-Gehtest, Gehdistanz 0 m» gebildet. Ein «Beachte» unter AA.31.16 beschreibt den Umfang von diesem Kode.

3.13. BA.- und BB.2- Anpassungen in den «Beachte»

Betrifft alle Sprachversionen

Folgende Anpassungen sind in den «Beachte» von BA.- «Basisleistung in der Rehabilitation» und BB.2- «Zusatzleistung der Therapie in der Rehabilitation, nach durchschnittlichen Therapieminuten pro Woche» vorzunehmen.

BA.- Basisleistung in der Rehabilitation

Beachte:

[...]

Mindestmerkmal Punkt 3, Therapie:

Eine Woche (Behandlungswoche) umfasst 7 Kalendertage. Zeitliche Vorgaben für die wöchentlichen Therapie- und Schulungsleistungen sind als Durchschnitt pro Woche auf den gesamten Reha-Aufenthalt bezogen. Die Anzahl Tage des gesamten Reha-Aufenthalts berechnen sich nach derselben Regel, wie die Berechnung der Aufenthaltsdauer in den für das Anwendungsjahr geltenden «Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter ST Reha», publiziert unter <https://www.swissdr.org/de/rehabilitation/st-reha>. Die in der Kategorie BA.- beschriebenen «Therapiedauern pro Woche» schliessen Leistungen an der Patientin / am Patienten ein. Leistungen ohne Anwesenheit der Patientin / des Patienten zählen nicht zur Therapiedauer.

Die Therapieeinheiten und die Edukation (Schulung) erfolgen in Einzel- oder Gruppentherapie je nach Indikation und in Abhängigkeit der Bedürfnisse und Ressourcen der Patientin / des Patienten. Die Therapie und Edukation (Schulung) für Kurzaufenthalte und angebrochene Reha-Wochen werden pro rata berechnet.

Selbsttraining unter Aufsicht des entsprechenden Therapeuten entspricht einer Therapie.

[...]

BA.1 Neurologische Rehabilitation

Beachte:

[...]

Mindestmerkmal Punkt 3, Therapie und Schulung:

Therapiedauer pro Woche mind. 540 Min. Die zeitliche Vorgabe für die wöchentlichen Therapie- und Schulungsleistungen sind als Durchschnitt pro Woche auf den gesamten Reha-Aufenthalt bezogen.

Folgende Therapien kommen dabei entsprechend der Defizite zum Einsatz:

Obligatorisch sind Physiotherapie, in patientenbezogenen Kombinationen mit:

- Physikalischer Therapie
- Logopädie
- Ergotherapie
- Neuropsychologie
- **Psycho- und Gesprächstherapie**
- Ernährungsberatung/therapie

Nicht obligatorisch, aber bei entsprechender Indikation eingesetzt und zur Therapiedauer zählend:

- Sozialberatung

- Raucherstopp-Beratung
- Diabetesberatung

[...]

BA.3 Pulmonale Rehabilitation

Beachte:

[...]

Mindestmerkmal Punkt 2, Therapie und Schulung:

Die Behandlung besteht obligatorisch aus Therapie- und Schulungseinheiten mit insgesamt 540 Minuten pro Woche. Die zeitliche Vorgabe für die wöchentlichen Therapie- und Schulungsleistungen ist als Durchschnitt pro Woche auf den gesamten Reha-Aufenthalt bezogen.

a) obligatorisch ~~Physiotherapie als Ausdauertraining~~ aktive Physiotherapie (Ausdauer, Kraft und Beweglichkeit, Entspannung)

sowie in patientenbezogener Kombination Therapien aus folgenden Bereichen:

- Atemphysiotherapie
- Krafttraining (medizinische Trainingstherapie)
- Ergotherapie
- Logopädie
- Ernährungsberatung/therapie
- psychologische Unterstützung

sowie

b) mind. 3 Patientenschulungen pro Woche zu unterschiedlichen Themen

Nicht obligatorisch, aber bei entsprechender Indikation eingesetzt und zur Therapiedauer zählend:

- Apparative Atem-Therapien, z.B. mobile Sauerstofftherapie, Inhalationstherapie,
- Sozialberatung

[...]

BB.2- Zusatzleistung der Therapie in der Rehabilitation, nach durchschnittlichen Therapieminuten pro Woche

Beachte:

[...]

Mindestmerkmal Punkt 4, Berechnung der durchschnittlichen Wochenminuten:

Die zeitliche Vorgabe für die wöchentlichen Therapie- und Schulungsleistungen sind als Durchschnitt pro Woche auf den gesamten Reha-Aufenthalt bezogen. Die Anzahl Tage des gesamten Reha-Aufenthalts berechnen sich nach derselben Regel, wie die Berechnung der Aufenthaltsdauer in den für das Anwendungsjahr geltenden «Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter ST Reha», publiziert unter <https://www.swissdrg.org/de/rehabilitation/st-reha>. Der zugehörige CHOP-Kode BB.2- wird anhand der Gesamtsumme der durchschnittlichen Therapieminuten pro Woche ermittelt. Die Therapieminuten im zugehörigen BA.- Kode werden von der Gesamtsumme nicht abgezogen. Die in der 3-stelligen Kategorie BB.2- beschriebenen «Therapiedauern pro Woche» schliessen Leistungen an der Patientin / am Patienten ein. Leistungen ohne Anwesenheit der Patientin / des Patienten zählen nicht zur Therapiedauer. Pro Aufenthalt in einer Reha-Art wird dafür nur ein Kode kodiert.

BB.21.- Neurologische Rehabilitation, Zusatzleistung der Therapie, nach durchschnittlichen Therapieminuten pro Woche

Beachte:

Therapie und Schulungen:

Folgende Therapien kommen entsprechend der Defizite zum Einsatz:

Obligatorisch sind Physiotherapie, in patientenbezogenen Kombinationen mit:

- Physikalischer Therapie
- Logopädie
- Ergotherapie
- Neuropsychologie
- Psycho- und Gesprächstherapie
- Ernährungsberatung/therapie

Nicht obligatorisch, aber bei entsprechender Indikation eingesetzt und zur Therapiedauer zählend:

- Sozialberatung
- Raucherstopp-Beratung
- Diabetesberatung

[...]

BB.23.- Pulmonale Rehabilitation, Zusatzleistung der Therapie, nach durchschnittlichen Therapieminuten pro Woche

Beachte:

Therapie und Schulungen:

a) obligatorisch ~~Physiotherapie als Ausdauertraining~~ aktive Physiotherapie (Ausdauer, Kraft und Beweglichkeit, Entspannung)

sowie in patientenbezogener Kombination Therapien aus folgenden Bereichen:

- Atemphysiotherapie
- Krafttraining (medizinische Trainingstherapie)
- Ergotherapie
- Logopädie
- Ernährungsberatung/therapie
- psychologische Unterstützung

sowie

b) Patientenschulungen zu unterschiedlichen Themen

Nicht obligatorisch, aber bei entsprechender Indikation eingesetzt und zur Therapiedauer zählend:

- Apparative Atem-Therapien, z.B. mobile Sauerstofftherapie, Inhalationstherapie,
- Sozialberatung

[...]

3.14. Anhang 99.C4.- und 99.C5.- Korrektur Nummer 7.4 der Leistungsgruppe 7 «Atmung»

Betrifft nur die französische Sprachversion

3.15. Anhang BB.1- Korrektur Nummer 2.2 der Indikation «Erkrankungen des Herzkreislaufsystems»

Betrifft nur die deutsche Sprachversion

Folgende Korrektur ist bei der Nummer 2.2 der Indikation «Erkrankungen des Herzkreislaufsystems» des Anhangs «BB.1- Zusatzaufwand in der Rehabilitation» vorzunehmen.

2 Erkrankungen des Herzkreislaufsystems				
2.1	Bei VAD	Patientenschulung im Umgang mit VAD	mind. 30 Min.	1
2.2	Herzinsuffizienz NYHA III oder EF < 30 %	Qualifizierte Herzinsuffizienzberatung und Schulung	mind. 30 Min.	1

4. Zusatzinformationen zur ICD-10-GM 2022

4.1. Gültigkeit der ICD-10-GM 2022 ab 1. Januar 2022

Die ICD-10-GM 2022 ist ab 1. Januar 2022 in der Schweiz gültig.

Diese Entscheidung wurde getroffen, um die Datenerfassung in 2022 bei Belegung durch die WHO und Übernahme durch das BfArM der nicht belegten U-Schlüsselnummern U16.- und aufsteigend zu garantieren. Im systematischen Verzeichnis der ICD-10-GM 2022 wurden die nicht belegten U-Schlüsselnummern U16.- bis U49.- eingeführt.

Die deutsche Sprachversion (systematisches und alphabetisches Verzeichnis) steht zum Download auf der Internetseite des BfArM zur Verfügung.

Die französischen und italienischen Sprachversionen des systematischen Verzeichnisses, sowie die deutschsprachigen Zusatzinformationen für den schweizerischen Kontext wurden auf der Internetseite des BFS publiziert. Die französischen und italienischen Sprachversionen des alphabetischen Verzeichnisses folgen am 30. Mai 2022.

5. Anhang

5.1. Informationen und Präzisierungen

Das aktuelle Rundschreiben enthält **alle**, ab 1. Januar 2022 gültigen «Informationen und Präzisierungen».

Beschreibung der Nummerierung

Die «Informationen und Präzisierungen» sind aufsteigend aufgelistet, wobei die neuesten oder aktualisierten Informationen die tiefste Nummer tragen.

Z.B.:	0999 (Nummer)	01.01.2012 (gültig seit/ab)
	0998	01.01.2012
	[...]	
	0852	01.07.2017 usw.

0786 01.01.2022 93.8C.1- Referenzdokument

In der CHOP 2022 wurde die «Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation, nach Anzahl Behandlungstage» von der Code-Nummer 93.89.1- auf 93.8C.1- verschoben. Im «Mindestmerkmal Punkt 0, Definition und Referenzdokument» der Elementegruppe 93.8C.1- wird im Titel des Referenzdokuments weiterhin die alte Code-Nummer genannt. Der Inhalt des Referenzdokuments gilt dennoch für die neue Code-Nummer 93.8C.1-.

0787 01.01.2022 Berechnung der Aufenthaltsdauer in der Rehabilitation zur Erfassung der BA.- Kodes

Ein Patient tritt z.B. am 3. März in die muskuloskeletale Rehabilitation ein und verlässt diese am 20. März. Die Aufenthaltsdauer beträgt somit 18 Tage. Die erbrachten Therapien und Schulungen am Eintritts- und Austrittstag werden berücksichtigt und zählen zu den Therapie- und Schulungsminuten. Insgesamt erhält der Patient 1170 Therapie- und Schulungsminuten. Zur Berechnung des Durchschnitts werden die geleisteten Therapieminuten durch die Aufenthaltsdauer dividiert, im genannten Beispiel 18 Tage, und mit 7 multipliziert. $1170/18*7=455$ Therapieminuten/Woche. D.h. der Code BA.5 «Muskuloskeletale Rehabilitation» kann erfasst werden.

0788 01.01.2022 Spondylodese: Zählung der Segmente bei Stabwechsel und bei Verlängerung

Die Segmente, bei denen anlässlich eines Revisionseingriffs an der Wirbelsäule nur die Stäbe entfernt (und diese z.B. durch längere Stäbe ersetzt werden bei Anschlusssegment-Pathologie) und bei denen sonst keine operativen Massnahmen an den Wirbelkörpern vorgenommen werden wie z.B. Einsetzen neuer Pedikelschrauben oder eines Cages, Dekortizierung der Facettengelenke, Anlage von lokalem Knochen oder Knochenersatzmaterial, fliessen nicht in die Zählung der operierten Segmente mit ein.

Ad Zählen der Segmente bei Überbrückung:

Bei z.B. vorbestehender Spondylodese L2 – L4 und aktuell Neufusion der Segmente L1/L2 und L4/L5 wird dies mit dem zutreffenden CHOP-Code für 2 Segmente abgebildet, falls wie oben erwähnt, an den Wirbelkörpern L2 – L4 ausser der Stabanlage keine weiteren Massnahmen durchgeführt wurden.

0789 01.01.2022 Erfassen von nicht-vaskulären Stents/Prothesen

Folgende Codes haben eine Unterteilung nach Anzahl der implantierten Stents/Prothesen. Es gibt für diese Stent-/Prothesen-Typen keine Summen-Kodes über den gesamten Aufenthalt.

- 42.81.- Einsetzen eines permanenten Tubus in den Ösophagus
- 51.87.- Endoskopische Einlage oder Wechsel von Stent in den Gallengang
- 51.9A.- Einlage oder Wechsel von Stent in den Gallengang

Je Eingriff ist der Code auszuwählen mit der entsprechenden Anzahl von eingesetzten Stents/Prothesen und einmal pro Eingriff zu erfassen.

Beispiel: Am Tag X werden zwei selbstexpandierende Prothesen in den Ösophagus eingesetzt. Am Tag Y wird eine selbstexpandierende Prothese ausgewechselt.

Kodierung

Tag X: 42.81.41 «Einsetzen und Wechsel von zwei selbstexpandierenden Prothesen (permanenten Tubus) in den Ösophagus, endoskopisch»

Tag Y: 42.81.40 «Einsetzen und Wechsel einer selbstexpandierenden Prothese (permanenter Tubus) in den Ösophagus, endoskopisch»

Folgende Codes geben jeweils nur «eines Stents» oder «Stent», resp. «einer Prothese» an. Es gibt für diese Stent-/Prothesen-Typen keine Summen-Codes über den gesamten Aufenthalt.

- 09.83 Konjunktivostorhinostomie mit Einsetzen von Tubus oder Stent
- 31.93 Ersetzen eines Larynx- oder Trachea-Stents
- 31.96 Einsetzen eines Larynx- oder Trachea-Stents
- 33.91.2- Bronchusdilataion, endoskopisch, mit Einlegen oder Wechsel eines Stents/Stent-Grafts
- 44.99.5- Einlegen oder Wechsel einer nicht selbstexpandierenden Prothese am Magen
- 44.99.6- Einlegen oder Wechsel einer selbstexpandierenden Prothese am Magen
- 46.99.5- Einlegen oder Wechsel einer nicht selbstexpandierenden Prothese am Darm
- 46.99.6- Einlegen oder Wechsel einer selbstexpandierenden Prothese am Darm
- 48.99.50 Einlegen oder Wechsel einer nicht selbstexpandierenden Prothese im Rektum
- 48.99.60 Einlegen oder Wechsel einer selbstexpandierenden Prothese im Rektum
- 52.93.- Endoskopische Einlage oder Wechsel von Stent [Prothese] in den Ductus pancreaticus
- 52.95.4- Einlage oder Wechsel eines nicht selbstexpandierenden Stents [Prothese] in den Pankreasgang
- 52.95.5- Einlage oder Wechsel eines selbstexpandierenden Stents [Prothese] in den Pankreasgang
- 58.99.10 Sonstige Operationen an Urethra und Periurethralgewebe, Einlegen und Wechsel eines Stents in die Urethra
- 60.99.31 Einlegen eines Stents in die prostatistische Harnröhre

Je Eingriff ist der Code so oft zu kodieren, wie Stents/Prothesen implantiert wurden.

Beispiel: Am Tag X werden zwei nicht selbstexpandierende Prothesen am Darm eingelegt. Am Tag Y werden beide entfernt und durch eine selbstexpandierende Prothese ersetzt.

Kodierung:

Tag X: 46.99.51 «Einlegen oder Wechsel einer nicht selbstexpandierenden Prothese am Darm, offen chirurgisch» wird **zweimal** kodiert.

Tag Y: 46.99.71 «Entfernen einer Prothese am Darm, offen chirurgisch» wird **zweimal** kodiert.

46.99.61 «Einlegen oder Wechsel einer selbstexpandierenden Prothese am Darm, offen chirurgisch» wird **einmal** erfasst.

0790 01.01.2022 Kodierung bei Vorliegen einer chaotischen und wahllosen multiplen Substanzaufnahme (F19.- «Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen»)

Liegt bei einer Patientin oder einem Patienten eine chaotische und wahllose Substanzaufnahme vor, bei der die verschiedenen Substanzen untrennbar vermischt sind und es aus diesem Grund nicht möglich ist zu bestimmen, welche der Substanzen und die daraus resultierenden Störungen die Bedingungen der Kodierregel G52 «Die Hauptdiagnose» erfüllen, ist die Kodierung folgendermassen vorzunehmen.

HD F19.- *Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen*

ND U69.3-! *Sekundäre Schlüsselnummern für die Art des Konsums psychotroper Substanzen bei durch diese verursachten psychischen und Verhaltensstörungen*

ND andere Erkrankungen/Zustände/Manifestationen/Symptome, welche die Bedingungen der Kodierregel G54 «Die Nebendiagnose» erfüllen

D.h. die Schlüsselnummern F10.- bis F18.- werden nicht als Nebendiagnosen zusammen mit F19.- erfasst.

0791 01.01.2022 Gefässverschlusskörper vs. Embolie-Protektionssysteme

In der CHOP existieren Kodekategorien für **gefässverschliessende** Operationen/Interventionen, die s.g. Embolisierungen mit Coils, Plugs, Schirmen usw., z.B. 39.79.2- «Coil-Embolisation oder -Verschluss von sonstigen Gefässen», 39.79.5- «Selektive Embolisierung von sonstigen Gefässen mit Schirmen» oder 39.79.A- «Selektive Embolisierung von sonstigen Gefässen mit Plugs» usw.

Des Weiteren stehen die Zusatzcodes aus der Kategorie 00.4A.- «Anzahl verwendeter endovaskulärer Coils» und 00.4G.- «Einsetzen von Gefässverschlusskörpern» zur Verfügung.

Die Zusatzcodes der Elementgruppen von 00.4G.2- bis 00.4G.6-« Eingesetzte vaskuläre Schirme in [...], nach Anzahl», gelten nur für die Abbildung der verwendeten Devices im Kontext von gefässverschliessenden Operationen/Interventionen (z.B. **selektive** Embolisierungen) als Zusatzcodes.

Um dennoch die Anzahl der verwendeten «Filter (Schirme)» als Embolie-Protektionssysteme abbilden zu können, werden folgende Codes so oft wie eingesetzt, erfasst. Die Codes sind mit dem Datum der Intervention, bei dem Embolie-Protektionssysteme verwendet werden, zu kodieren.

- 38.7X.11 «Einsetzen eines Embolie-Protektionssystems in die Vena cava, offen chirurgisch»
 38.7X.21 «**Einsetzen** eines Embolie-Protektionssystems in die Vena cava, perkutan transluminal»
 39.75.13 «Perkutan-transluminale Gefäßintervention, sonstige Gefäße, Embolie-Protektionssystem (periphere oder viszerale Gefäße)»
 39.C5 «Verwendung eines Embolie-Protektionssystems»

Die Codes unter 00.4G.- sind für Embolie-Protektionssysteme **nicht** zu verwenden.

In Fällen von Eingriffen mit Embolisierungen und Anwendung von Embolie-Protektionssystemen, wird die Anzahl der Devices zur Embolisation mit dem entsprechenden Code aus den Subkategorien 00.4A.- und 00.4G.- erfasst (die Anzahl ist im Code angegeben). Die Codes zur Embolie-Protektion werden zusätzlich erfasst.

0792 01.01.2022 Präzisierung zur Anwendung des Messinstrumentes FIM™

Die Nutzung des Messinstrumentes FIM™ ist lizenzgebunden. Auf nationaler Ebene ist der ANQ Lizenznehmer nur zu Zwecken der **Qualitätsmessungen** und nur im Bereich der stationären **Rehabilitation**. Entsprechende Sublizenzen werden vom ANQ vergeben. Die Erhebung des FIM™ in Einrichtungen/Spitälern der **Rehabilitation zu tarifären Zwecken** sowie in Einrichtungen/Spitälern der **Akutsomatik und Psychiatrie zu tarifären Zwecken und Qualitätsmessungen** ist nur mit gültiger Lizenz gestattet. Der bestehende Lizenzvertrag des ANQ deckt diese Anwendung nicht.

H+ arbeitet an der Abklärung für die Rahmenbedingung einer nationalen Lösung, die aufgrund der Komplexität des Themas Zeit in Anspruch nehmen wird.

0793 01.01.2022 Kodierung Ulcus hypertonicum (Martorell)

Beim Ulcus (cruris) hypertonicum handelt es sich um eine spezielle Form des Ulcus cruris, die vorwiegend am laterodorsalen Unterschenkel oder über der Achillessehne auftritt. Die meisten Betroffenen weisen einen markanten, langfristig bestehenden Hypertonus auf, in ca. 60 % der Fälle kombiniert mit einem Diabetes mellitus Typ 2.

Zur Ätiologie des Ulcus hypertonicum gibt es drei Erklärungsansätze: die ischämisierende Arteriosklerose, die Medialkalkinose der pathologischen Arteriolen und die lokalen Entzündungsvorgänge.

Die Arteriosklerose in der Subkutis steht für die Pathogenese der Hautnekrose dabei im Vordergrund.

Auch wenn die Erkrankung pathogenetisch auf eine Arteriosklerose zurückzuführen ist, ist die eigentliche Grundursache die Hypertonie.

Einen spezifischen ICD-10-GM-Code zur Verschlüsselung eines Ulcus hypertonicum (Martorell) gibt es nicht.

Für das Ulcus hypertonicum (Martorell) empfehlen wir deshalb folgende Kodekombination:

L97 *Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert* zusammen mit der Kreuz-Stern-Kombination aus dem zutreffenden Code I10.-† bis I15.-† und L99.8* *Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Haut und der Unterhaut bei anderenorts klassifizierten Krankheiten*. Durch diese Erfassung kann das Ulcus hypertonicum von anderen Ulcus cruris-Arten unterschieden werden.

0794 01.01.2022 Dauer des intraoperativen Neuromonitorings

Unter der Elementegruppe 00.94.3- «Intraoperatives neurophysiologisches Monitoring, nach Dauer» wurde das «Beachte» «Gemäss dem Neuromonitoring- Protokoll gilt das Zeitintervall von der ersten bis zur letzten Signalableitung.» aufgenommen.

Für alle Fälle bis und mit Austritt 31.12.2021 gilt die ärztlich dokumentierte Dauer des intraoperativen Neuromonitorings.

0795 01.07.2021 Perkutane Ablation von Läsion oder Gewebe an der Lunge

Die «perkutane Ablation von Läsion oder Gewebe an der Lunge» wird mit dem Code 32.24 «Perkutane Exzision von Läsion oder Gewebe an der Lunge» erfasst

~~0796 01.07.2021 Hiatushernie – Funduplicatio: Zusätzliche Erfassung CHOP-Code 44.92 Intraoperative Manipulation am Magen~~

Die Präzisierung 0796 wurde unter der Kodierregel SP0301k im Kodierungshandbuch 2022 aufgenommen.

0797 01.07.2021 Fieber nach Impfung gegen COVID -19

Tritt nach Anwendung eines COVID-19-Impfstoffs Fieber auf und erfolgt dahingehend eine stationäre Behandlung, wird folgende Kodierung empfohlen:

R50.88 Sonstiges näher bezeichnetes Fieber

U12.9! Unerwünschte Nebenwirkungen bei der Anwendung von COVID-19-Impfstoffen, nicht näher bezeichnet

Der Kode für arzneimittelinduziertes Fieber R50.2 «Medikamenten-induziertes Fieber [Drug fever]» (bezogen auf die pharmakologische Wirkung des Arzneimittels) ist vorerst nicht zu verwenden, da noch keine offiziellen Hinweise vorliegen, dass diese Nebenwirkung durch den COVID-19-Impfstoff an sich verursacht wird/werden kann.

~~0798 — 01.07.2021 — D12j-Präzisierung der Kodierregel bezüglich Beispiel 7~~

Die Präzisierung 0798 wurde unter der Kodierregel D12k im Kodierungshandbuch 2022 aufgenommen.

~~0799 — 01.07.2021 — Anti-D-Prophylaxe~~

Die Präzisierung 0799 wurde unter der Kodierregel SD1504e im Kodierungshandbuch 2022 aufgenommen.

~~0800 — 01.07.2021 — Ersatz einer patientenfernen Teilkomponente eines univentrikulären oder biventrikulären herzkreislaufunterstützenden Systems~~

Die Präzisierung 0800 wurde bei der Überarbeitung der Subkategorie 37.6D.- «Ersatz einer patientenfernen Teilkomponente eines herzkreislauf- und lungenunterstützenden Systems» in der CHOP 2022 berücksichtigt.

0801 01.07.2021 Kodierung transileosakrale Verschraubung einer Os sacrum-Fraktur

Bei einfachen transalaren Sakrumfrakturen (z.B. im Rahmen einer osteoporotischen Fraktur) mit stabiler Wirbelsäule ist der Kode 7A.49 «Osteosynthese einzelner Wirbel, Kyphoplastie oder Vertebroplastie, sonstige» gefolgt von 81.29.10 «Arthrodese am Iliosakralgelenk» zu kodieren.

Bei Os sacrum-Frakturen, die zu einer Instabilität der Wirbelsäule führen (meist im Rahmen eines Polytraumas auftretend), ist bei dorsalem/dorsolateralem (inkl. perkutanem) Zugang der 7A.73.11 «Nicht dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule durch Osteosynthese ohne Fusion der Wirbel, Zugang dorsal und dorsolateral, 1 Segment» gefolgt von 81.29.10 «Arthrodese am Iliosakralgelenk» zu kodieren.

~~0802 — 01.07.2021 — Geschlechtsumwandlung~~

Die Präzisierung 0802 wurde unter der Kodierregel SP0401k im Kodierungshandbuch 2022 aufgenommen.

~~0803 — 01.07.2021 — Überleitung MoCA auf MMSE~~

Die Präzisierung 0803 wurde unter der Kodierregel SD2200 im Kodierungshandbuch 2022 aufgenommen.

~~0804 — 01.07.2021 — Rehabilitation - AA.31.- 6-Minuten-Gehtest~~

Die Präzisierung 0804 wurde bei der Überarbeitung der Subkategorie AA.31.- «6-Minuten-Gehtest» in der CHOP 2022 berücksichtigt.

~~0805 — 01.07.2021 — Erfassung Funktionseinschränkungen im Rahmen von Palliativbehandlungen gemäss Kodierregel S0217~~

Die Präzisierung 0805 wurde unter der Kodierregel SD0217k im Kodierungshandbuch 2022 aufgenommen.

~~0806 — 01.07.2021 — Kodierung aorto-iliaco-femoraler Bypass mit Uni-Y-Prothese~~

Die Präzisierung 0806 wurde bei der Überarbeitung der Subkategorie 39.25.- «Gefäss-Bypass von der Aorta oder der A. iliaca zu weiteren Arterien der unteren Extremität» in der CHOP 2022 berücksichtigt.

~~0807 — 01.01.2021 — Devices zur Embolisation vs. Embolie-Protektion~~

Die Präzisierung 0807 wird im Rundschreiben 2022 Nr. 1 ersetzt durch die Präzisierung 0791.

0808 01.01.2021 Wechsel einer Knieendoprothese und Implantation weiterer/anderer Komponenten

Wird eine bestehende Knieendoprothese, unabhängig vom Typ, durch eine andere Knieendoprothese ersetzt, ist für die Implantation der Kode mit der Bezeichnung «bei einem Prothesenwechsel» zu wählen. Z.B. Explantation einer Hemiendoprothese und Implantation einer Totalendoprothese am gleichen Knie: für die Implantation muss der Kode 81.54.31 «Implantation einer Standard-Totalendoprothese des Kniegelenks bei einem Prothesenwechsel» erfasst werden und **nicht** der Kode 81.54.21 «Erstimplantation einer Standard-Totalendoprothese des Kniegelenks».

Wird bei einem Wechsel einer Knieendoprothese zum ersten Mal ein Patella-Rückflächenersatz eingesetzt, muss der Kode 81.54.42 «Implantation eines Patella-Rückflächenersatz bei einem Wechsel» erfasst werden und **nicht** der Kode 81.54.27 «Erstimplantation eines Patella-Rückflächenersatzes».

~~0809 01.01.2021 «Mindestmerkmal Punkt 4, Austrittsplanung» des Kodes 93.59.5- «Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multiresistenten Erregern, nach Anzahl Behandlungstage»~~

Bei der Revision der Elementegruppe 93.59.5- «Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multiresistenten Erregern, nach Anzahl Behandlungstage» wurde das Mindestmerkmal Punkt 4 «Austrittsplanung» in der CHOP 2022 gestrichen. Die Präzisierung 0809 ist folglich zu streichen.

0810 01.01.2021 Erfassen der Anzahl implantierter Stents und Stent-Grafts

Diese Präzisierung ist wie folgt gegliedert:

- Erfassen der Anzahl der aortalen Stent-Grafts
- Erfassen der Anzahl der in die A. iliaca, den tiefen Venen, abdominalen und viszeralen Gefäßen implantierten Stent-Grafts
- Erfassen der Anzahl der (perkutan-) transluminal implantierten Stents
- Erfassen der Anzahl der in den Koronararterien implantierten Stents
- Erfassen der Anzahl von Stents falls im stationären Fall Stents sowohl in die Koronararterien als auch in andere Gefäße implantiert werden
- Grund für die Angabe der Gesamtanzahl der im Rahmen eines stationären Aufenthaltes implantierten Stents, resp. Stent-grafts

Die Angabe der Codes in den Fallbeispielen bezieht sich auf die implantierten Stents und Stent-Grafts. Dem stationären Fall entsprechend ist die Kodierung zu vervollständigen.

Erfassen der Anzahl der aortalen Stent-Grafts

Die aortalen Stent-Grafts sind unter den Subkategorien 39.71.- «Endovaskuläre Implantation eines Stent-Grafts (Stent-Prothesen) an der abdominalen Aorta» und 39.73.- «Endovaskuläre Implantation eines Stent-Grafts (Stent-Prothesen) an der thorakalen und thorako-abdominalen Aorta» abgebildet.

Unter beiden Subkategorien gibt es folgendes «Beachte»:

«Falls mehrere Stent-Grafts (Stent-Prothesen) an der [...] Aorta implantiert werden, ist jedes Implantat gesondert zu kodieren».

Und folgendes «Kodiere ebenso»:

«Anzahl der implantierten aortalen Stent-Grafts (Stent-Prothesen) (39.78.6-)»

Fallbeispiel 1

Fall: Zwei Stent-Grafts mit je einer Öffnung werden in die abdominale Aorta während einer Intervention innerhalb eines stationären Aufenthaltes implantiert.

Kodierung:

Der Code 39.71.22 «Endovaskuläre Implantation in die Aorta abdominalis von Stent-Grafts (Stent-Prothesen), mit 1 Öffnung» ist zweimal zu erfassen.

Die über den Aufenthalt implantierten aortalen Stent-Grafts in die Aorta thoracica, thoracoabdominalis und abdominalis werden summiert und der entsprechende Zusatzcode der Elementegruppe 39.78.6- mit dem Datum des ersten Interventionstages erfasst, in diesem Fall der 39.78.61 «2 implantierte aortale Stent-Grafts».

Fallbeispiel 2

Fall: Ein Stent-Graft ohne Öffnung wird während einer ersten Intervention am Tag X in die abdominale Aorta implantiert. Während einer zweiten Intervention am Tag Y, wird ein Stent-Graft mit einer Öffnung in die abdominale Aorta implantiert. Beide Interventionen finden in einem stationären Aufenthalt statt.

Kodierung:

Der Code 39.71.21 «Endovaskuläre Implantation in die Aorta abdominalis von Stent-Grafts (Stent-Prothesen), ohne Öffnung» ist einmal für den Tag X zu erfassen.

Der Code 39.71.22 «Endovaskuläre ist Implantation in die Aorta abdominalis von Stent-Grafts (Stent-Prothesen), mit 1 Öffnung» ist einmal für Tag Y zu erfassen.

Die über den Aufenthalt implantierten aortalen Stent-Grafts in die Aorta thoracica, thoracoabdominalis und abdominalis werden summiert. Der entsprechende Zusatzcode der Elementegruppe 39.78.6- wird mit dem Datum des ersten Interventionstages erfasst, in diesem Fall der 39.78.61 «2 implantierte aortale Stent-Grafts».

Fallbeispiel 3

Fall: Ein Stent-Graft mit 2 Öffnungen wird in die Aorta thoracoabdominalis implantiert.

Kodierung:

Der Kode 39.73.43 «Endovaskuläre Implantation in die Aorta thoracoabdominalis von Stent-Grafts (Stent-Prothesen), mit 2 Öffnungen» ist einmal zu erfassen.

Über den gesamten stationären Aufenthalt wurde nur ein aortaler Stent-Graft implantiert. Es ist somit kein Zusatzkode der Elementengruppe 39.78.6- «Anzahl der implantierten aortalen Stent-Grafts (Stent-Prothesen)» zu erfassen.

Fallbeispiel 4

Fall: An einem Eingriffsdatum werden ein Stent-Graft mit einer Öffnung in die Aorta thoracica und ein weiterer Stent-Graft ohne Öffnung in die Aorta abdominalis implantiert. Beide Stent-Grafts stehen nicht in Verbindung.

Kodierung:

Der Kode 39.73.32 «Endovaskuläre Implantation in die Aorta thoracica von Stent-Grafts (Stent-Prothesen), mit 1 Öffnung» wird am Eingriffsdatum einmal erfasst.

Der Kode 39.71.21 «Endovaskuläre Implantation in die Aorta abdominalis von Stent-Grafts (Stent-Prothesen), ohne Öffnung» wird am Eingriffsdatum einmal erfasst.

Der Zusatzkode 39.78.61 «2 implantierte aortale Stent-Grafts» wird mit dem Datum des ersten Interventionstages erfasst.

Erfassen der Anzahl der in die A. iliaca, den tiefen Venen, abdominalen und viszeralen Gefäßen implantierten Stent-Grafts

Bei den iliakalen Stent-Grafts ohne Seitenarme ist die Anzahl der implantierten Stent-Grafts im selben Kode wie der Eingriff und das Material kombiniert (siehe Fallbeispiele 1, 2 und 3). Die Kodes unter 39.7A.1- «Endovaskuläre Implantation in Beckenarterien von Stent-Grafts (Stent-Prothesen), iliakal, ohne Seitenarm, nach Anzahl Stent-Prothesen» sind pro Eingriffsdatum zu erfassen.

Bei den Kodes für Stent-Grafts in die tiefen Venen und in anderen abdominalen und viszeralen Gefäßen, wird die Anzahl nicht bereits im Kode angegeben, d.h. falls mehrere Stent-Grafts implantiert werden, ist jedes Implantat einzeln zu kodieren (siehe Fallbeispiele 4 und 5).

Ein Kode zur Angabe der gesamt implantierten Stent-Grafts in die A. iliaca und andere Gefäße ausser der Aorta gibt es nicht.

Fallbeispiel 1

Werden während einer Intervention drei Stent-Grafts ohne Seitenarme in die A. iliaca implantiert, so ist der Kode 39.7A.13 «Endovaskuläre Implantation, iliakal, 3 Stent-Prothesen, ohne Seitenarm» einmal für das Interventionsdatum zu kodieren.

Fallbeispiel 2

Wird in einem stationären Aufenthalt in einer ersten Intervention am Tag X ein Stent-Graft ohne Seitenarm in die A. iliaca implantiert und in einer zweiten Intervention am Tag Y ein weiterer Stent-Graft ohne Seitenarm in die A. iliaca, so ist der Kode 39.7A.11 «Endovaskuläre Implantation, iliakal, 1 Stent-Prothese, ohne Seitenarm» einmal am Tag X und einmal am Tag Y zu erfassen.

Fallbeispiel 3

Werden in einer Intervention in die linke A. iliaca interna ein Stent-Graft (Stent-Prothese) und in derselben Intervention in die rechte A. iliaca interna ein Stent-Graft implantiert, so ist der Kode 39.7A.11 «Endovaskuläre Implantation, iliakal, 1 Stent-Prothese, ohne Seitenarm» zweimal zu erfassen, einmal mit der Lateralitätsmarkierung links und einmal mit der Lateralitätsmarkierung rechts.

Fallbeispiel 4

Werden an einem Interventionsdatum zwei Stent-Grafts in die V. cava implantiert, ist zweimal der Kode 39.7A.31 «Endovaskuläre Implantation von Stent-Grafts (Stent-Prothesen) in die V. cava» zu erfassen.

Fallbeispiel 5

Werden an einem Interventionsdatum X und an einem weiteren Interventionsdatum Y jeweils ein Stent-Graft in die V. cava implantiert, ist pro Interventionsdatum einmal der Kode 39.7A.31 «Endovaskuläre Implantation von Stent-Grafts (Stent-Prothesen) in die V. cava» zu erfassen.

Erfassen der Anzahl der (perkutan-) transluminal implantierten Stents

Bei den Codes unter 39.B- « (Perkutan-) transluminale Implantation von Stents in Blutgefäße » wird jeder implantierte Stent einzeln kodiert. Werden z.B. drei Stents ohne Medikamenten-Freisetzung in Arterien des Oberschenkels und zwei Stents ohne Medikamenten-Freisetzung in Arterien des Unterschenkels implantiert, wird der 39.B1.G1 dreimal kodiert und der 39.B1.H1 zweimal. Die Gesamtsumme, der über den Aufenthalt implantierten Stents, wird berechnet und mit einem Code unter 39.C1.- «Anzahl der implantierten Stents», am Datum des ersten Interventionstages erfasst. Im vorherigen Beispiel 5 Stents, 39.C1.15 «5 implantierte Stents ».

Erfassen der Anzahl der in den Koronararterien implantierten Stents

Die Implantation von Stents in die Koronararterien ist unter den Subkategorien 36.03.- «Koronarangioplastik am offenen Thorax» und 36.08.- «Implantation von Stents an Herzkranzarterien, perkutan-transluminal» abgebildet.

Die Codes sind pro Eingriff/Intervention, so oft wie implantiert, für den jeweiligen Stent-Typ zu erfassen.

Wurden z.B. medikamentenfreisetzende Stents während einem Eingriff/einer Intervention in mehrere Koronararterien implantiert, ist der Code mit der Angabe «in mehrere Koronararterien» zu wählen und so oft zu kodieren wie Stents von diesem Typ implantiert wurden.

Es gibt keinen spezifischen Code für die gesamte Summe der implantierten Stents in die Koronararterien.

Fallbeispiel 1

Fall: Am Tag X wird ein medikamentenfreisetzender Stent, perkutan-transluminal in eine Koronararterie implantiert. Am Tag Y werden zwei medikamentenfreisetzende Stents, offen chirurgisch in eine Koronararterie implantiert.

Kodierung:

Der Code 36.08.21 «Implantation perkutan-transluminal von Stents mit Medikamenten-Freisetzung, in einer Koronararterie» ist einmal zu erfassen.

Der Code 36.03.51 «Endarteriektomie von Koronararterien, offen chirurgisch, mit Implantation von Stents mit Medikamenten-Freisetzung, in einer Koronararterie» ist zweimal zu erfassen.

Fallbeispiel 2

Fall: Am Tag X wird ein selbstexpandierender Stent in eine Koronararterie implantiert. Am Tag Y wird ein selbstexpandierender Stent in eine andere Koronararterie implantiert.

Kodierung:

Der Code 36.08.23 «Implantation perkutan-transluminal von selbstexpandierenden Stents mit Medikamenten-Freisetzung, in einer Koronararterie» wird zweimal erfasst mit unterschiedlichen Interventionsdaten.

Fallbeispiel 3

Fall: Koronare PTCA mit 4 Stents (alle medikamentenfreisetzend) (2 RIVA (ramus interventricularis anterior (RIVA)), 1 RCX (ramus circumflex artery), 1 RCA (right coronary artery)) in einem Eingriff

Kodierung:

Der Code 36.08.22 «Implantation perkutan-transluminal von Stents mit Medikamenten-Freisetzung, in mehreren Koronararterien» ist viermal zu erfassen.

Fallbeispiel 4

Fall: Koronare PTCA mit 4 Stents (RIVA 1 medikamentenfreisetzender, RCA 2 BMS (bare metal stents), RCX selbstexpandierend medikamentenfreisetzend) in einem Eingriff.

Zu erfassen sind:

Für RIVA einmal 36.08.21 «Implantation perkutan-transluminal von Stents mit Medikamenten-Freisetzung, in einer Koronararterie»

Für RCA zweimal 36.08.13 «Implantation perkutan-transluminal von selbstexpandierenden Stents ohne Medikamenten-Freisetzung, in einer Koronararterie» und einmal den Zusatzcode 39.C2.12 «Bare metal Stent»

Für RCX einmal 36.08.23 «Implantation perkutan-transluminal von selbstexpandierenden Stents mit Medikamenten-Freisetzung, in einer Koronararterie»

Erfassen der Anzahl von Stents falls im stationären Fall Stents sowohl in die Koronararterien als auch in andere Gefäße implantiert werden

Es ist nicht zulässig die Anzahl der implantierten Koronararterienstents mit der Anzahl der peripher implantierten Blutgefäßsstents zu addieren.

Ein Zusatzcode der Subkategorie 39.C1.- «Anzahl der implantierten Stents» ist nur zu erfassen für die Summe der insgesamt implantierten peripheren Gefäßstents im Gesamtfall.

Fallbeispiel 1

In einer ersten Intervention am Tag X: Koronare PTCA mit 4 Stents (alle medikamentenfreisetzend) (2 RIVA, 1 RCX, 1 RCA)

In einer zweiten Intervention am Tag X: PTA und 1 Stent (nicht medikamentenfreisetzend) A. femoralis

Zu erfassen sind am Tag X:

Viermal der Kode 36.08.22 «Implantation perkutan-transluminal von Stents mit Medikamenten-Freisetzung, in mehreren Koronararterien»

Der angebrachte Kode der Subkategorie 39.50.- «Angioplastik oder Atherektomie an sonstigem(n) Nicht-Herzkranzgefäß(en)»

Einmal der Kode 39.B1.G1 «(Perkutan-)transluminale Implantation von Stents ohne Medikamenten-Freisetzung, Arterien vom Oberschenkel»

Und der Kode 39.C1.11 «1 implantierter Stent»

Fallbeispiel 2

In einer ersten Operation am Tag X: Koronare PTCA mit 4 Stents (alle medikamentenfreisetzend) (2 RIVA, 1 RCX, 1 RCA)

In einer zweiten Operation am Tag Y: PTA und 1 Stent (nicht medikamentenfreisetzend) A. femoralis

Zu erfassen sind am Tag X:

Viermal der Kode 36.08.22 «Implantation perkutan-transluminal von Stents mit Medikamenten-Freisetzung, in mehreren Koronararterien»

Der angebrachte Kode der Subkategorie 39.50.- «Angioplastik oder Atherektomie an sonstigem(n) Nicht-Herzkranzgefäß(en)»

Zu erfassen sind am Tag Y:

Einmal der Kode 39.B1.G1 «(Perkutan-)transluminale Implantation von Stents ohne Medikamenten-Freisetzung, Arterien vom Oberschenkel»

und der Kode 39.C1.11 «1 implantierter Stent»

Grund für die Angabe der Gesamtanzahl der im Rahmen eines stationären Aufenthaltes implantierten Stents, resp. Stent-Grafts

Analog der Logik bei den Bypass-Anastomosen zur Revaskularisation (s. 36.1C.- «Bypass-Anastomose zur Myokard-Revaskularisation, nach gesamter Anzahl»), dienen die Codes unter der Elementegruppe 39.78.6- «Anzahl der implantierten aortalen Stent-Grafts (Stent-Prothesen)» und der Subkategorie 39.C1.- «Anzahl der implantierten Stents» als Identifikatoren von Fällen mit der Implantation von mehreren aortalen Stent-Grafts, resp. peripheren Stents.

~~0811 01.07.2020 Interpretation der «Exklusiva – Kode weglassen» unter 93.89.1- «Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation, nach Anzahl Behandlungstage»~~

Die Konventionen zu «Exklusiva – Kode weglassen» wurden im Kodierungshandbuch 2022 und in der CHOP 2022 präzisiert. Die Präzisierung 0811 ist zu streichen.

0812 01.07.2020 Embolie-Protektionssystem und TAVI

Der Kode 39.C5 «Verwendung eines Embolie-Protektionssystems» kann im Kontext einer TAVI (Transcatheter Aortic Valve Implantation) kodiert werden, obwohl der Kode unter der 3-stelligen Kategorie 39.C- «Zusatzinformationen zu den implantierten Stents» eingeordnet ist.

0814 01.07.2020 Erfassen von gecoverten Koronararterien-Stents

Aktuell gibt es keine spezifische Abbildung der gecoverten Koronararterien-Stents. Die Resteklassen 36.03.09 «Koronarangioplastik am offenen Thorax, sonstige» 36.08.09 «Implantation von Stents an Herzkranzarterien, perkutan-transluminal, sonstige» müssen somit verwendet werden.

0815 01.07.2020 Kodierung von 00.44 «Massnahme auf Gefäßbifurkation» mit Codes unter 36.03.- und 36.08.-

Der Kode 00.44 «Massnahme auf Gefäßbifurkation» kann zusammen mit den Codes unter 36.03.- und 36.08.- kodiert werden.

0816 01.07.2020 Kodierung beschichteter Koronararterien-Stents mit Medikamenten-Freisetzung

Für beschichtete Koronararterien-Stents mit Medikamenten-Freisetzung sind die entsprechenden Codes mit der Angabe «mit Medikamenten-Freisetzung» auszuwählen.

Für die offen chirurgischen Eingriffe sind dies:

36.03.51 «Endarteriektomie von Koronararterien, offen chirurgisch, mit Implantation von Stents mit Medikamenten-Freisetzung, in einer Koronararterie»

36.03.52 «Endarteriektomie von Koronararterien, offen chirurgisch, mit Implantation von Stents mit Medikamenten-Freisetzung, in mehreren Koronararterien»

Für die perkutan-transluminalen Eingriffe sind dies:

36.08.21 «Implantation perkutan-transluminal von Stents mit Medikamenten-Freisetzung, in einer Koronararterie»

36.08.22 «Implantation perkutan-transluminal von Stents mit Medikamenten-Freisetzung, in mehreren Koronararterien»

0817 01.07.2020 Erfassen des 39.78.5- «Ende der untersten Stent-Graft (Stent-Prothesen)»

Falls ein Stent-Graft an einem Stück eingesetzt wird, ist wie folgt zu kodieren:

- 39.71.- UND 39.78.5-
ODER
- 39.73.4- UND 39.78.5-

Falls ein aortaler Stent-Graft (der aortal, monoiliakal oder biliakal enden kann) und zusätzliche(r) Stent-Graft(s) iliakal eingesetzt wird/werden und diese unterschiedlichen Stent-Grafts nicht verbunden sind, resp. intraluminal überbrückend anmodelliert werden, ist wie folgt zu kodieren:

- 39.71.- UND 39.78.5- (Ende des aortalen Stent-Grafts, nicht des anmodellierten iliakalen Stent-Grafts) UND je nach Stent-Graft-Typ 39.7A.1- oder 39.7A.2-
ODER
- 39.73.4- UND 39.78.5- (Ende des aortalen Stent-Grafts, nicht des anmodellierten iliakalen Stent-Grafts) UND je nach Stent-Graft-Typ 39.7A.1- oder 39.7A.2-

Bei einer biliakalen Gefäß-Prothese, die aus einer monoiliakalen aortalen Gefäß-Prothese und einem anmodellierten iliakalen Schenkel besteht, wird für diesen anmodellierten Stent-Graft, der Code 39.7A.1- oder 39.7A.2- nicht hinzukodiert. Es ist wie folgt zu kodieren:

- 39.71.- UND 39.78.53
ODER
- 39.73.4- UND 39.78.53

Werden weitere iliakale Stent-Grafts zusätzlich implantiert, sind diese hinzuzukodieren.

0818 01.07.2020 Zusatzcode 00.9C.- «Einzeitige Eingriffe an Hand oder Fuss»

Folgende Tabelle präzisiert die Kodierung von Eingriffskode und Zusatzcode bei einzeitigen Mehrfacheingriffen, am Beispiel der Hand.

Einzeitige Mehrfacheingriffe an der Hand - Beispiel						
		Eingriff		00.9C.1- Einzeitige Mehrfacheingriffe an Mittelhand- und Fingerstrahlen		
Fall	Beschreibung	Eingriffskode	Lateralität	Zusatzcode	Titel	Lateralität
Fall 1	Eingriff vom Typ A am Finger des 2. Strahls der linken Hand	Kode des Eingriffs vom Typ A	Einseitig Links	Kein Kode		
Fall 2	Eingriff vom Typ A am Finger des 2. Strahls der linken Hand	Kode des Eingriffs vom Typ A	Einseitig Links	Kein Kode		
	Eingriff vom Typ B am Finger des 3. Strahls der rechten Hand	Kode des Eingriffs vom Typ B	Einseitig Rechts			
Fall 3	Eingriff vom Typ A am Finger des 2. Strahls der linken Hand	Kode des Eingriffs vom Typ A	Einseitig Links	Kein Kode		
	Eingriff vom Typ B an der Mittelhand, 2. Strahl der linken Hand	Kode des Eingriffs vom Typ B	Einseitig Links			

Fall 4	Eingriff vom Typ A an Fingern des 2. und 3. Strahls der linken Hand	Kode des Eingriffs vom Typ A	Einseitig Links	00.9C.11	Einzeitige Mehrfacheingriffe an 2 Mittelhand- und Fingerstrahlen	Einseitig Links
	Eingriff vom Typ B am Finger, des 3. Strahls der linken Hand	Kode des Eingriffs vom Typ B	Einseitig Links	Kein Kode		
Fall 5	Eingriff vom Typ A an den Fingern der 2., 3. und 4. Strahlen der linken Hand	Kode des Eingriffs vom Typ A	Einseitig Links	00.9C.12	Einzeitige Mehrfacheingriffe an 3 Mittelhand- und Fingerstrahlen	Einseitig Links
Fall 6	Eingriff vom Typ A an den Fingern der 2., 3. und 4. Strahlen der linken Hand, sowie an den Fingern der 4. und 5. Strahlen der rechten Hand	Kode des Eingriffs vom Typ A	Beidseitig	00.9C.12	Einzeitige Mehrfacheingriffe an 3 Mittelhand- und Fingerstrahlen	Einseitig Links
				00.9C.11	Einzeitige Mehrfacheingriffe an 2 Mittelhand- und Fingerstrahlen	Einseitig Rechts
Fall 7	Eingriff vom Typ A am Finger des 2. Strahls der linken Hand	Kode des Eingriffs vom Typ A	Einseitig Links	Kein Kode		
	Eingriff vom Typ B am Mittelhandknochen des 3. Strahls der linken Hand	Kode des Eingriffs vom Typ B	Einseitig Links	Kein Kode		
	Eingriff vom Typ C an den Fingern des 3. und 4. Strahls der linken Hand	Kode des Eingriffs vom Typ C	Einseitig Links	00.9C.11	Einzeitige Mehrfacheingriffe an 2 Mittelhand- und Fingerstrahlen	Einseitig Links
Fall 8	Eingriff vom Typ A an den Fingern des 2. und 3. Strahls der linken Hand	Kode des Eingriffs vom Typ A	Einseitig Links	00.9C.11	Einzeitige Mehrfacheingriffe an 2 Mittelhand- und Fingerstrahlen	Einseitig Links
	Eingriff vom Typ B an den Fingern des 2. und 3. Strahls der rechten Hand	Kode des Eingriffs vom Typ B	Einseitig Rechts	00.9C.11	Einzeitige Mehrfacheingriffe an 2 Mittelhand- und Fingerstrahlen	Einseitig Rechts
Fall 9	Eingriff vom Typ A an den Fingern des 2. und 3. Strahls der linken Hand	Kode des Eingriffs vom Typ A	Einseitig Links	00.9C.11	Einzeitige Mehrfacheingriffe an 2 Mittelhand- und Fingerstrahlen	Einseitig Links
	Eingriff vom Typ B am Finger des 2. Strahls der rechten Hand	Kode des Eingriffs vom Typ B	Einseitig Rechts	Kein Kode		

0819 01.01.2020 7A.A2 Growing rod – Zusatzkode – Segmente beim spezifischen Eingriff

Der Kode 7A.A2 «Implantation von mitwachsenden oder expandierenden Systemen, Wirbelsäule» ist ein Zusatzkode und kann daher nicht alleine kodiert werden. Beim Eingriff handelt es sich um eine dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule. Zur Zählung der behandelten Segmente werden nur die Segmente an denen das System befestigt wird berücksichtigt. 7A.72.12 «Dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule, Zugang dorsal und dorsolateral, 2 Segmente» bildet den Eingriff ab.

0820 01.01.2020 Verwendung der Zusatzcodes U69.3-! «Sekundäre Schlüsselnummern für die Art des Konsums psychotroper Substanzen bei durch diese verursachten psychischen und Verhaltensstörungen»

Grundsätzlich sind die Hinweise bei den entsprechenden Schlüsselnummern F10 – F19 «Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen» in der ICD-10-GM zu beachten.

Ergänzend dazu wird der nichtintravenöse Konsum von Kokain mit dem Code U69.36! «Nichtintravenöser Konsum sonstiger Stimulanzien, ausser Koffein» zusätzlich zum zutreffenden Code aus F14.- «Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain» abgebildet.

~~**0824 01.01.2020 Primäre und sekundäre Seetie**~~

Die Präzisierung 0824 wurde bei der Kodierregel SD1505k im Kodierungshandbuch 2022 berücksichtigt.

0826 01.01.2020 Einweggebrauch-VAC-Pumpensysteme

Einweggebrauch-VAC-Pumpensysteme werden neu mit dem Code 93.57.21 «Applikation eines epikutanen (Vakuum)-Verbandes» kodiert.

0827 01.01.2020 Informationen und Präzisierungen zur Palliative Care

Folgende Präzisierungen betreffen die Elementgruppen 93.8A.2- «Palliativmedizinische Komplexbehandlung, nach Anzahl Behandlungstagen» und 93.8B.- «Spezialisierte Palliative Care». Sie wurden in einer intensiven Zusammenarbeit zwischen der «Arbeitsgruppe Tarife Palliative Care» (AG Tarife) von palliative.ch und den Versicherer Vertretern tarifsuisse ag und curafutura erarbeitet. Weiterführende Informationen zur Palliativmedizin finden Sie auf der Internetseite der Schweizerischen Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung, www.palliative.ch.

0827/1: Palliativmedizinische Basisassessments

93.8A.2: Mindestmerkmal Punkt 2, Eintrittsabklärung, Assessment:

Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA). [...]

93.8B.-: Mindestmerkmal Punkt 2, Eintrittsabklärung, Assessment:

a) Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) inklusive Erfassung von Komplexität und Instabilität. [...]

Ist SENS ebenfalls ein standardisiertes palliativmedizinisches Basisassessment (PBA)?

Mit dem SENS-Assessment werden folgende Bereiche der Palliativversorgung abgedeckt: Symptomanagement, Entscheidungsfindung/ End of Life Vorbereitung, Netzwerk-Organisation, Support der Angehörigen. SENS integriert alle Themenbereiche der gängigen Ziele, Definitionen und Modelle. Somit ist auch ein dokumentiertes SENS-Assessment als standardisiertes palliativmedizinisches Basisassessment für die Codes 93.8A.2- und 93.8B.- anzuerkennen.

Kann ein einzelnes Assessmentinstrument als palliativmedizinisches Basisassessment zählen?

Die alleinige Durchführung eines Assessmentinstrumentes (z.B. ESAS) zur Erfassung der körperlichen Dimension ist nicht als vollständiges PBA anzuerkennen. In einem PBA müssen die biologische, psychologische, soziale und spirituelle Dimension berücksichtigt werden.

0827/2: Therapiebereiche

93.8A.2: Mindestmerkmal Punkt 3, Behandlungsteam und Therapie:

[...]

c) Arzt, Pflege und mindestens zwei der oben genannten Therapiebereiche kommen insgesamt mindestens 6 Stunden pro Behandlungswoche (7 Kalendertage) zum Einsatz, zu deren Leistungen gehören auch dokumentierte Patienten-, Angehörigen- und Familiengespräche, die von allen hier aufgeführten Berufsgruppen erbracht werden können. Die erbrachten Leistungen erfolgen in patientenbezogenen, unterschiedlichen Kombinationen.

93.8B.2: Spezialisierte Palliative Care mit zusätzlicher Leistung von Therapien, nach Anzahl Behandlungstage

Mindestmerkmal Punkt 3, Therapie:

[...]

b) Arzt, Pflege und mindestens zwei der unter Mindestmerkmal Punkt 4c aufgeführten Therapiebereiche kommen insgesamt mindestens 6 Stunden pro Behandlungswoche (7 Kalendertage) zum Einsatz. Zu deren Leistungen gehören auch

dokumentierte Patienten-, Angehörigen- und Familiengespräche, die von allen hier aufgeführten Berufsgruppen erbracht werden können. Die erbrachten Leistungen erfolgen in patientenbezogenen, unterschiedlichen Kombinationen.
[...]

Welche Therapiebereiche gibt es und was wird zu den 6 Stunden gezählt?

1. Die Aufzählung der Therapiebereiche (Sozialarbeit/-pädagogik, Psychologie, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Ernährungsberatung/-therapie, Seelsorge, Kunsttherapie) ist sowohl für 93.8A.2- als für 93.8B.- abschliessend.
2. Interprofessionelle Teambesprechungen, gemäss 0827/3, und Wegzeiten werden nicht zu den 6 Stunden gezählt.
3. Die dokumentierten Patienten-, Angehörigen- und Familiengespräche können von allen aufgeführten Berufsgruppen (Arzt, Pflege, Sozialarbeit/-pädagogik, Psychologie, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Ernährungsberatung/-therapie, Seelsorge, Kunsttherapie) erbracht werden. Zu diesen gehört ebenfalls die Information des Patienten und dessen Angehörigen im Rahmen der Therapie.
4. Die dokumentierten und spezifischen Koordinationsaufgaben in direktem Zusammenhang mit dem Behandlungs- und Beratungsprozess sowie die Patienten-, Angehörigen- und Familiengespräche werden den 6 Stunden angerechnet.
5. Es gibt keine Festlegung für die Mindesttherapiedauer einer Therapieeinheit.
6. Grundvoraussetzung für die Kodierung ist die Dokumentation der Gespräche und Therapien. Die Art der Therapie, deren Dauer und das Datum der Durchführung müssen von allen beteiligten Berufsgruppen nachvollziehbar dokumentiert sein.

0827/3: Teambesprechung

93.8A.2-: Mindestmerkmal Punkt 4, Therapieplanung und -kontrolle:

[...]

- b) Wöchentliche interprofessionelle Teambesprechung mit Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele.

93.8B.2-: Mindestmerkmal Punkt 5, Therapieplanung und -kontrolle:

[...]

- b) Wöchentliche interprofessionelle Teambesprechung mit Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele.

Was ist unter wöchentlicher interprofessioneller Teambesprechung zu verstehen?

Die wöchentliche interprofessionelle Teambesprechung bei der palliativmedizinischen Komplexbehandlung und der spezialisierten Palliative Care ist wie folgt zu verstehen: **«wöchentlich»** ist struktur- und nicht patientenbezogen. Das bedeutet, dass im klinischen Betrieb mindestens einmal pro Woche eine interprofessionelle Teambesprechung stattfindet.

Beispiel:

Der Patient ist 10 Tage hospitalisiert (von Montag der Woche 1 bis Mittwoch der Woche 2). Der Patient tritt am Mittwoch der 2. Woche aus oder verstirbt. Die Teambesprechungen finden jeweils donnerstags statt. Für die 2. Woche ist das strukturbezogene Mindestmerkmal ebenfalls erfüllt.

Unter **«interprofessionell»** ist zu verstehen, dass im Minimum Arzt, Pflege und eine weitere Berufsgruppe an der Teambesprechung teilnehmen.

0834 01.07.2019 Lithiumintoxikation

Wie wird eine Lithiumintoxikation abgebildet?

Lithium wird in Kombination mit Antidepressiva bei schweren Depressionen, die auf die üblichen Behandlungen nicht ansprechen, verwendet. Lithium wird, aber auch bei der Behandlung akuter Phasen und der Langzeitprophylaxe manisch-depressiver Erkrankungen verwendet. Lithium gehört zur Kategorie der **Stimmungsstabilisatoren**. Bei einer Lithiumintoxikation in diesem Zusammenhang ist der Kode T43.8 «Vergiftung durch psychotrope Substanzen, anderenorts nicht klassifiziert, sonstige psychotrope Substanzen, anderenorts nicht klassifiziert» zu erfassen und **nicht** der Kode T43.2 «Vergiftung durch psychotrope Substanzen, anderenorts nicht klassifiziert, sonstige und nicht näher bezeichnete Antidepressiva».

0845 01.01.2018 Kollagenmatrix zur autologen Chondrozytentransplantation oder als azelluläres Implantat

Wird bei einer subchondralen Knocheneröffnung eines Gelenks eine native Kollagenmatrix (d.h. ohne autologe kultivierte Chondrozyten) eingebracht, ist, in Abhängigkeit vom Zugang, der Eingriff mit dem Code «Subchondrale Knocheneröffnung am ...Gelenk mit Einbringen eines azellulären Implantats, arthroskopisch» oder mit dem Code «Subchondrale Knocheneröffnung am ...Gelenk mit Einbringen eines azellulären Implantats, offen chirurgisch» abzubilden. Die Codes der Elementgruppen 81.9A.3- «Autogene matrixinduzierte Chondrozytentransplantation an Gelenken, arthroskopisch» bzw. 81.9A.4- «Autogene matrixinduzierte Chondrozytentransplantation an Gelenken, offen chirurgisch» dürfen in diesem Fall nicht kodiert werden.

Zum Beispiel bedeutet dies für das Kniegelenk, dass bei einer subchondralen Knocheneröffnung mit Einbringen einer nativen Kollagenmatrix der 81.47.25 «Subchondrale Knocheneröffnung am Kniegelenk mit Einbringen eines azellulären Implantats, arthroskopisch» oder 81.47.28 «Subchondrale Knocheneröffnung am Kniegelenk mit Einbringen eines azellulären Implantats, offen chirurgisch» zu verwenden ist. Die Codes 81.9A.3C «Autogene matrixinduzierte Chondrozytentransplantation an Gelenken, Kniegelenk, arthroskopisch » bzw. 81.9A.4C «Autogene matrixinduzierte Chondrozytentransplantation an Gelenken, Kniegelenk, offen chirurgisch» sind in diesem Fall nicht zu verwenden.

0855 01.07.2017 54.98.- Peritonealdialyse

Ein Kode der Subkategorie 54.98.- «Peritonealdialyse» darf auch dann kodiert werden, wenn der Patient/-in diese selbstständig durchführt. Die dazu benötigten Materialien, wie zum Beispiel Spülflüssigkeit usw., müssen dabei von der stationären Abteilung zur Verfügung gestellt werden.

0871 01.01.2016 CHOP: Definition «endovaskulär»

Endovaskuläre Interventionen sind Eingriffe innerhalb eines Blutgefäßes, wobei dieses am Zielort der Behandlung nicht eröffnet wird. Inhaltlich ähnlich ist der Begriff interventionelles Verfahren.

Mit einem Katheter gelangt der Arzt nach Punktion einer Arterie (meistens in der Leiste) unter Bildgebung an die erkrankte Stelle. Dort kann die erkrankte Arterie mit speziellen Kathetern behandelt werden.

Beispiele für endovaskuläre Interventionen sind:

- Ballondilatation (PTA)
- Rotationsatherektomie
- Einlage eines Endograft
- Einlage eines Stents
- Einbringen eines Stentgrafts

0879 01.07.2015 39.99.21 Operationen bei kongenitaler Anomalie des Aortenisthmus (Stenose) oder bei unterbrochenem Aortenbogen

Eine offene Operation einer kongenitalen Aortenisthmusstenose wird je nach Methode mit einem präzisen Kode aus Kapitel 7 abgebildet. Gibt es einen präzisen Kode, wird 39.99.21 nicht kodiert.

0897 01.07.2014 80.76.10 Arthroskopische Synovektomie am Kniegelenk / 80.76.20 Offene Synovektomie am Kniegelenk

Die Resektion von Plica oder Hoffa-Fettkörper am Knie wird mit diesen Codes abgebildet.

~~**0900 01.07.2014 Arteria subclavia**~~

Aufgrund Anpassungen der CHOP-Kodes und klarer anatomischer Gegebenheiten ist die Präzisierung 0900 zu streichen.

0903 01.07.2014 51.99.00 - 51.99.14, 51.99.91, 51.99.99 Sonstige Operationen an den Gallenwegen

Diese Codes sind nur für offen chirurgische oder laparoskopische Eingriffe abzubilden.

0941 01.12.2012 ABO / AB0 Suchbegriff

Bei der informatischen Stichwortsuche nach Blutgruppen-assoziierten Codes gibt es sprachliche Unterschiede:

- im Deutschen müsste die Blutgruppe immer mit 0 abgebildet sein,
- im Französischen mit O.

Es muss zurzeit unter O wie «Otto» und 0 «Null» gesucht werden, um alle Codes zu finden.

2010 92.24 Teleradiotherapie mit Photonen

92.24.1- «...bildgestützte Einstellung» sind Therapien **mit** und 92.24.2- «... bildgestützte Einstellung» sind Therapien ohne bildgestützte Einstellung.

Das Stichwort «bildgestützte Einstellung» bzw. «bildgestützte Bestrahlung» (IGRT) bedeutet, dass man im Bestrahlungsraum am bereits positionierten Patienten Röntgen- oder Schnittbilder anfertigt.

Solche Anlagen können im Bestrahlungsraum (Röntgensystem, mobiles CT, Ultraschall) oder als Zusätze direkt an den Bestrahlungsgeräten angebracht sein.

Diese Bildgebung ist von der Bestrahlungsplanung unabhängig und erfordert entsprechende Gerätschaften. Dadurch lassen sich die Patienten- und die Zielvolumenpositionierung mit den Aufnahmen aus der Bestrahlungsplanung vergleichen. Man kann hierdurch sofort Lagerungskorrekturen des Patienten vornehmen. Beispielsweise kann durch eine CT bei einem Patienten mit Prostatakarzinom die Füllung von Harnblase und Rektum kontrolliert und die daraus resultierende Position der Prostata bestimmt werden.

Durch eine kontinuierliche Erfassung der Patienten- oder Organbewegungen ist es auch möglich, eine Nachjustierung des Strahls während der Bestrahlung selbst vorzunehmen («adaptive Radiotherapie»).