



Rundschreiben für Kodiererinnen und Kodierer: 2020 / Nr. 2

1. Allgemeines

1.1. Gültige Kodierungsinstrumente

Ab **1. Juli 2020** gelten folgende Kodierungsinstrumente:

- Medizinisches Kodierungshandbuch: Der offizielle Leitfaden der Kodierrichtlinien in der Schweiz. Version 2020 (inklusive Kodierungsrichtlinien für die Rehabilitation)
- Rundschreiben für Kodiererinnen und Kodierer: 2020 / Nr. 1 **mit Anhang**
- Rundschreiben für Kodiererinnen und Kodierer: 2020 / Nr. 2 **mit Anhang**
- Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP): Systematisches Verzeichnis - Version 2020
- ICD-10-GM 2018 Systematisches Verzeichnis: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme: 10. Revision – German Modification
- ICD-10-GM 2018 Systematisches Verzeichnis, deutsche Version: Zusatzinformationen für den schweizerischen Kontext
- **Aktuelle offizielle Kommunikation 2020 Kodierung COVID-19**

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

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

Die Medizinische Statistik der Krankenhäuser ist eine obligatorische Vollerhebung. Sie wird jährlich erhoben. Die oben genannten 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

Keine Änderungen im Vergleich zum Rundschreiben 2020 Nr. 1.

1.1.2 Rundschreiben und Anhang

Keine Änderungen im Vergleich zum Rundschreiben 2020 Nr. 1.

1.1.3 Analogiekodierungen und Hinweise zur Leistungserfassung und Abrechnung der SwissDRG AG mit Einfluss auf die gültigen Kodierungsinstrumente

In Absprache mit dem BFS hat die SwissDRG AG zu folgenden Punkten Hinweise zur Leistungserfassung und Abrechnung publiziert:

- Abbildung der stationären Fälle bzw. Behandlungen von COVID-19 (10. März 2020)
- Ergänzung zur Publikation vom 10. März 2020 «Abbildung der stationären Fälle bzw. Behandlungen von COVID-19» (6. April 2020)
- Aktualisierung zur Publikation vom 10. März «Abbildung der stationären Fälle bzw. Behandlungen von COVID-19» (6. Mai 2020)
- Ergänzung zur Kodierung der CHOP Codes 2020 «Endovaskuläre Implantation von Stent-Grafts (Stent-Prothesen) in n.n.bez., sonstige (Resteklassen) und iliakale Gefässe» 39.7A.00, 39.7A.09, 39.7A.11-39.7A.16, 39.7A.21 (9. Juni 2020)
- Ergänzung zur Kodierung der CHOP Codes 2020 «Endovaskuläre Implantation von Stent-Grafts (Stent-Prothesen) in die Aorta abdominalis/ thoracica/ thoracoabdominalis, ...» 39.71.21 bis -.25 bzw. 39.73.31 bis -.35 bzw. 39.73.41 bis -.45 (9. Juni 2020)

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

Weitere Publikationen der SwissDRG AG sind unabhängig von diesem Rundschreiben unterjährig laufend zu beachten.

1.2. Anfragen zur Kodierung

Keine Änderungen im Vergleich zum Rundschreiben 2020 Nr. 1.

2. Zusatzinformationen zum Kodierungshandbuch 2020

Legende: Neuerungen in grün, ~~Löschungen in rot~~

Die Zusatzinformationen zum Kodierungshandbuch 2020 aus dem Rundschreiben 2020 Nr. 1 sind weiterhin gültig.

Zusätzliche neue Korrekturen sind hier aufgenommen:

2.1. P10i Adhäsiolyse

Betrifft alle Sprachversionen

Die Kodierregel P10i «Adhäsiolyse» im Kodierungshandbuch 2020 wird mit folgender Publikation vollständig ersetzt.

Eine Adhäsiolyse kann eine (aufwändige) Nebenprozedur oder eine Hauptprozedur (je nach Indikation) sein.

Handelt es sich um Adhäsiolyseeingriffe am Peritoneum der Organe/Organsysteme des Abdominalraumes und Beckens (viszerale, urologische, gynäkologische, neonatologische Adhäsiolysen), stehen spezifische Codes, die den Sachverhalt der Adhäsiolyse abbilden, in der CHOP zur Verfügung.

Entsprechende Codes finden sich in den Organkapiteln der CHOP, z.B.:

- 54.5- Lösung von peritonealen Adhäsionen
- 65.8- Lösung von Adhäsionen an Ovar und Tuba uterina
- 59.02 Sonstige Lösung von perirenal oder periureteralen Adhäsionen
- 59.03.- Laparoskopische Lösung von perirenal oder periureteralen Adhäsionen
- 59.11 Sonstige Lösung von perivesikalen Adhäsionen
- 59.12 Laparoskopische Lösung von perivesikalen Adhäsionen

Adhäsiolyse als Nebenprozedur

Sofern die Operationsdauer der Adhäsiolyse(n) (Zeitsumme der einzelnen Adhäsiolyseeingriffe während eines Eingriffes oder eine alleinige Adhäsiolyse z.B. nur am abdominalen Peritoneum oder nur an den Adnexen) die 60-Minutengrenze überschreitet, dürfen die entsprechenden CHOP-Kodes aus den Organkapiteln (auch mehrere gleichzeitig) kodiert werden.

Für die Summierung der Gesamt-Dauer wird nur die reine Zeit, welche das Lösen betrifft, gezählt. Bei Unklarheiten erfolgt die Anfrage an den Operateur.

Die Dauer muss im Operationsbericht schriftlich und nachvollziehbar dokumentiert und ggf. durch Zeitangaben (z.B. Schnitt-Naht-Zeit) aus dem Operationsprotokoll belegbar sein.

Wird die erforderliche Zeitdauer von > 60 min nicht erreicht (entweder als Zeitsumme einzelner Adhäsiolysen oder als Adhäsiolyse an einem Organ/Organsystem), darf **kein** Adhäsiolyse-Kode aus den CHOP-Kapiteln verschlüsselt werden.

Die Kodierung eines/mehrerer Diagnosekodes bezogen auf die Adhäsionen (ND) hat bei Erfüllung der Kodierregel G54 jedoch zu erfolgen.

Beispiel 1 (Adhäsioolysezeitsumme ≤ 60 min):

Eine Patientin wird mit persistierendem linksseitigem Ovarialbefund aufgenommen.

Intraoperativ werden massive postentzündliche und endometriale Verwachsungen konstatiert.

Es erfolgt eine aufwändige Adhäsioolyse (perivesikal, periuterale, periovariell, Peritoneum des Darmes).

Dokumentierte Zeitsumme der Adhäsioolysen: 55 min.

Erst nach Freilegung des Befundes kann eine laparoskopische Salpingoovarektomie bei grossem, linksseitigem ovariellen Endometriom erfolgen.

Gesamt-OP-Dauer 1h 50 min.

HD N80.1 Endometriose des Ovars
 ND N73.6 Peritoneale Adhäsionen im weiblichen Becken
 ND K66.0 Peritoneale Adhäsionen

HB 65.41 Salpingoovarektomie, laparoskopisch

Beispiel 2 (Adhäsioolysezeitsumme > 60 min):

Ein Patient wird wegen akuter, gedeckt perforierter Sigmadivertikulitis aufgenommen.

Bei Vorliegen massiver postoperativer Adhäsionen (Status nach Vierquadranten-Peritonitis bei perforierter Appendizitis und iatrogener Harnblasenverletzung) muss eine aufwändige Adhäsioolyse erfolgen, die neben interenterischen, abdominalen Adhäsionen auch das gesamte männliche Becken betrifft.

Erst nach einer 100 min dauernden Adhäsioolyse (Zeitsumme aus Lösung perivesikaler, interenterischer und periureteraler Adhäsionen) kann eine laparoskopische Sigmaresektion erfolgen.

HD K57.22 Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation [...]
 ND N99.4 Peritoneale Adhäsionen im Becken nach medizinischen Massnahmen
 ND K66.0 Peritoneale Adhäsionen
 ND Y84.9! Zwischenfälle durch medizinische Massnahmen, n.n.bez.

HB 45.76.21 Sigmoidektomie, laparoskopisch
 NB 59.12 Laparoskopische Lösung von perivesikalen Adhäsionen
 NB 54.51 Lösung von peritonealen Adhäsionen, laparoskopisch
 NB 59.03.99 Laparoskopische Lösung von [...] periureteralen Adhäsionen, sonstige
 NB 00.99.10 Reoperation

Adhäsioolyse als Hauptprozedur

Werden peritoneale Adhäsionen im Abdomen und/oder Beckenraum gelöst und stellt dieser Eingriff die Hauptindikation für die Operation dar, so soll der entsprechende Diagnosekode (z.B. K66.0, K56.5, K31.5 etc.) als Hauptdiagnosekode kodiert werden, gefolgt von ggf. anderen Nebendiagnosekodes, die Adhäsionen beschreiben.

Die Kodierung der Hauptprozedur ist abhängig von der Dauer der Adhäsioolyse(n) folgendermassen vorzunehmen:

Bei Dauer der Adhäsioolyse(n) als **Hauptprozedur ≤ 60 min** wird ausschliesslich je nach Zugangsweg einer der folgenden Kodes als Hauptbehandlung verwendet:

54.21.99 Laparoskopie, sonstige **oder**
 54.19 Laparotomie, sonstige

Es werden keine weiteren CHOP-Kodes bezüglich Adhäsioolysen aus den Organkapiteln abgebildet.

Werden zusätzliche Adhäsioolysen (z.B. periureteralen oder perivesikale Adhäsioolysen) beschrieben, werden diese nur über die entsprechenden ICD-10-GM-Kodes als Nebendiagnose(n) gemäss Regel G54 abgebildet.

Beispiel 3 (Adhäsioolysezeitsumme ≤ 60 min):

Ein Patient wird wegen Bridenileus nach vorangegangener Rektumresektion bei Rektumkarzinom aufgenommen.

Es erfolgt eine laparoskopische Bridenlösung (Lösung peritonealer Adhäsionen).

Des Weiteren werden rechtsseitige periureterale, ostiumnahe Adhäsionen gelöst, die ebenfalls auf die vorangegangene Rektumresektion zurückgeführt werden.

Eine Darmentlastung durch Inzision oder Teilresektion aufgrund Ischämie ist nicht notwendig. Der Darm erholt sich sofort nach Lösung der Briden.

OP-Dauer: 40 min.

HD K56.5 Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion
ND C20 Bösartige Neubildung des Rektums
ND N99.4 Peritoneale Adhäsionen im Becken nach medizinischen Massnahmen

HB 54.21.99 Laparoskopie, sonstige
NB 00.99.10 Reoperation

Bei einer Dauer der Adhäsioolyse(n) von **> 60 min als Hauptprozedur(en)** wird der Code als Hauptbehandlung aus dem entsprechenden Organkapitel gewählt, der den höchsten Aufwand gemäss Kodierregel G55 widerspiegelt.

Es können zusätzlich in den Nebendiagnosen und in den Nebenprozeduren weitere Codes bezüglich Adhäsioolysen aus den entsprechenden Kapiteln der ICD-10-GM und der CHOP abgebildet werden.

Für die Kodierung gelten die Kodierregeln zur Nebendiagnose (G54) und zur Nebenprozedur (G56).

Beispiel 4 (Adhäsioolysezeitsumme > 60 min):

Eine Patientin mit massiver sekundärer Dysmenorrhoe, Dyspareunie und sekundärer Sterilität wird aufgenommen.

Es wird bei Status nach sekundärer Sectio caesarea und Appendektomie eine diagnostische Laparoskopie geplant.

Intraoperativ zeigen sich v.a. Adhäsionen zwischen den Adnexen und dem Beckenperitoneum (als Folge der Voreingriffe deklariert).

Dauer der Adhäsioolyse insgesamt 75 min, mit Fokus auf den Adnexen beidseitig. Komplikationsloses Lösen mehrerer kleiner abdominaler, interenterischer Verwachsungen rechtsseitig, Chromopertubation beidseitig, keine weiteren Massnahmen.

HD N99.4 Peritoneale Adhäsionen im Becken nach medizinischen Massnahmen
ND K66.0 Peritoneale Adhäsionen
ND Y84.9! Zwischenfälle durch medizinische Massnahmen, n.n.bez.

HB 65.81.10 Laparoskopische Lösung von Adhäsionen an Ovar und Tuba uterina
am Peritoneum des weiblichen Beckens

L 0

NB 54.51 Lösung von peritonealen Adhäsionen, laparoskopisch

L 1

NB 66.8 Insufflation einer Tuba uterina

L 0

NB 00.99.10 Reoperation

Beachte:

Als einzige Ausnahme für oben angegebene Kodierregeln gilt die Operation nach Ladd. Unabhängig von der Dauer der Lösung der störenden Ladd-Bänder und unabhängig davon, ob die Operation die Hauptprozedur oder eine Nebenprozedur darstellt, wird der CHOP-Kode 46.99.8- gewählt.

Beispiel 5:

*Ein Kind wird (u.a.) mit Dünndarmileus aufgrund Malrotation aufgenommen.
(U.a.) Chirurgische Lösung von störenden Ladd-Bändern, Verwachsungen und Befestigung des Darmes in der „Prozedur nach Ladd».*

HD/ND Q43.3 Angeborene Fehlbildungen, die die Darmfixation betreffen

HB/NB 46.99.81 Durchtrennung der Laddschen Bänder, offen chirurgisch

oder 46.99.82 Durchtrennung der Laddschen Bänder, laparoskopisch

2.2. Kodierregel S0102i «Sepsis»

Betrifft alle Sprachversionen

Die Kodierregel S0102i «Sepsis» ist mit folgendem Hinweis zu ergänzen.

S0102i Sepsis

[...]

Sepsis bei Erwachsenen

[...]

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.

2.3. Kodierregel S1606c «Besondere Massnahmen für das kranke Neugeborene»

Betrifft alle Sprachversionen

Die Kodierregel S1606c ist mit folgendem Hinweis zu ergänzen.

S1606c Besondere Massnahmen für das (kranke) Neugeborene

[...]

Primäre Reanimation

Hinweis:

Für die Abbildung des CHOP-Kodes 99.65 «Akute Behandlung einer Adaptationsstörung beim Neugeborenen (sog. Primäre Reanimation)» müssen alle unter dem «Beachte» aufgeführten Bedingungen erfüllt sein.

Sind die Bedingungen nicht vollständig erfüllt, darf der Code nicht erfasst werden.

Für die Beurteilung des Kriteriums «[...] - Unterstützende Massnahmen der Atmung (CPAP, Beatmung) [...]» wird ebenfalls auf die Kodierregel S1001i «Maschinelle Beatmung; Kontinuierlicher positiver Atemwegsdruck (CPAP)» verwiesen.

2.4. Kodierrichtlinien Rehabilitation Assessments - CHOP AA

Betrifft alle Sprachversionen

Der Text unter Punkt 2 «Assessments» wird ersetzt.

Prozeduren

2.) Assessments – CHOP AA.-

~~Alltagsfunktions- und Multimorbiditätsmessungen müssen bei Eintritt und bei Austritt erhoben und dokumentiert werden.~~

Die Alltagsfunktionsmessungen beziehen sich auf folgende Subkategorien:

- AA.11.- - Erweiterter Barthel-Index (EBI)
- AA.31. - - 6-Minuten-Gehtest
- AA.32. - - Spinal Cord Independence Measure (SCIM)

Die **zutreffenden** Alltagsfunktionsmessungen müssen bei Eintritt und Austritt **erhoben** und dokumentiert werden.

Die Multimorbiditätsmessung bezieht sich auf folgende Subkategorie:

- AA.21.- - Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)

und muss einmal pro Aufenthalt, bei Eintritt, erhoben und dokumentiert werden.

Die Eintrittsmessung hat grundsätzlich innerhalb von drei Arbeitstagen* nach Klinikeintritt zu erfolgen (Eintrittstag eingerechnet).

Die Austrittsmessung erfolgt analog frühestens drei Arbeitstage* vor Klinikaustritt (Austrittstag eingerechnet).

Für FIM® wird EBI mit den Codes unter der Subkategorie AA.11.- erfasst; die Überleitungstabelle FIM® -EBI findet sich unter folgenden Links:

- Deutsch: https://www.swissdrg.org/application/files/7915/4090/1364/Ueberleitungstabelle_FIM_EBI_CHOP_Code_2019.pdf http://www.swissdrg.org/application/files/4415/7303/8340/Ueberleitungstabelle_FIM_EBI_CHOP.pdf
- Auf Französisch: https://www.swissdrg.org/application/files/7515/4090/1379/Ueberleitungstabelle_FIM_EBI_CHOP_Code_2019_f.pdf http://www.swissdrg.org/application/files/8215/7303/8340/Ueberleitungstabelle_FIM_EBI_CHOP_f.pdf
- Auf Italienisch: https://www.swissdrg.org/application/files/9115/4090/1379/Ueberleitungstabelle_FIM_EBI_CHOP_Code_2019_i.pdf http://www.swissdrg.org/application/files/1615/7303/8341/Ueberleitungstabelle_FIM_EBI_CHOP_i.pdf

~~Dies betrifft die Codes:~~

- ~~= AA.11.- - Erweiterter Barthel-Index (EBI)~~
- ~~= AA.21.- - Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)~~
- ~~= AA.31.- - 6-Minuten-Gehtest~~
- ~~= AA.32.- - Spinal Cord Independence Measure (SCIM)~~

* Definition «innerhalb von 3 Arbeitstagen»: um die drei Arbeitstage berechnen zu können gilt es zu beachten, dass nur der Sonntag als Feiertag gilt. Samstage gelten als Arbeitstage.

3. Zusatzinformationen zur CHOP 2020

Legende: Neuerungen in grün, ~~Löschungen in rot~~

Die Zusatzinformationen zur CHOP 2020 aus dem Rundschreiben 2020 Nr. 1 sind weiterhin gültig mit Ausnahme von:

- 3.11. 93.89.1- Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation
- 3.15. 99.B7.- Intensivmedizinische Komplexbehandlung
- 3.16. 99.B8.1- und 99.B8.2- Komplexbehandlungen in einer Intermediate-Care Unit (IMCU)
- 3.17. 99.B8.3- Komplexbehandlung im Neugeborenenalter in einer Intermediate-Care Unit (IMCU), nach Aufwandspunkten

Zusätzliche neue Korrekturen sind hier aufgenommen:

3.1. Anpassung des «Lies-mich» zur CSV-Datei des Systematischen Verzeichnis der CHOP 2020

Betrifft alle Sprachversionen

Die CSV-Datei des systematischen Verzeichnisses der CHOP 2020 wurde im UTF-8 Format publiziert. Die LF-Zeilenumbrüche werden nicht mehr angegeben. Die Lies mich-Datei «CHOP_2020_SI_DE_LIESMICH» ist wie folgt zu korrigieren.

Technischer Hinweis	
Umgang mit Zeilenumbrüchen in der CHOP-CSV-Ausgabe:	
Die CSV-Datei enthält folgende 2 Zeilenumbrucharten:	
-LF (Line Feed) für Zeilenumbrüche innerhalb des Textfeldes	
-CR LF (Carriage Return Line Feed) für den Sprung zum nächsten Item	
In der CSV-Datei werden die Zeilen mittels CR LF (Carriage Return Line Feed) umgebrochen.	
Dies gilt sowohl für	
- den Sprung zum nächsten Item, als auch für	
- den Zeilenumbruch innerhalb eines Texts.	
Texte mit Zeilenumbrüchen beginnen mit einem Anführungszeichen " und enden mit einem Schlusszeichen ".	
Zum Text gehörende Anführungs- und Schlusszeichen werden mit « und » ausgegeben.	
Bei Verwendung von Microsoft® Excel® werden diese Zeilenumbrüche korrekt dargestellt, wenn die Datei über «Doppelklick» oder über «Excel -> Datei öffnen» geöffnet wird.	
Über die Funktion "Daten -> aus Text" wird auch für die Zeilenumbruchart "LF" eine neue Zeile ausgegeben, anstelle den Text innerhalb der Zelle umzubrechen.	
Bei Verwendung von "Excel -> Datei öffnen" oder über die Funktion "Daten -> aus Text" werden bei Zeilenumbrüchen innerhalb eines Texts eine neue Zeile ausgegeben, anstatt den Text innerhalb der Zelle umzubrechen.	
Zeichenformat	UTF-8

3.2. 00.40 bis 00.43 Massnahmen auf einer bestimmten Anzahl von Gefässen

Betrifft alle Sprachversionen.

Folgende «Exklusiva Kode weglassen» unter den Codes 00.40 bis 00.43 sind zu streichen. Zusätzlich werden «Beachte» aufgenommen.

00.40 Massnahme auf einem Gefäss

Anzahl von Gefässen, nicht näher bezeichnet

EXKL. (Aorto)koronarer Bypass (36.10.- - 36.1D.-)

~~Kode weglassen - Endarteriektomie von Koronararterien, offen chirurgisch, mit Implantation von Stents (36.03.21 - 36.03.82)~~

~~Kode weglassen - Implantation von Stents an Blutgefässen, perkutan-transluminal (39.B.-)~~

~~Kode weglassen – Implantation von Stents an Herzkranzarterien, perkutan-transluminal (36.08.-)~~

Beachte: Dieser Zusatzkode ist, falls zutreffend, je Eingriff zu erfassen.

00.41 Massnahme auf zwei Gefässen

EXKL. (Aorto)koronarer Bypass (36.10.- - 36.1D.-)

~~Kode weglassen – Endarteriektomie von Koronararterien, offen-chirurgisch, mit Implantation von Stents (36.03.21 - 36.03.82)~~

~~Kode weglassen – Implantation von Stents an Blutgefässen, perkutan-transluminal (39.B.-)~~

~~Kode weglassen – Implantation von Stents an Herzkranzarterien, perkutan-transluminal (36.08.-)~~

Beachte: Dieser Zusatzkode ist, falls zutreffend, je Eingriff zu erfassen. Die Summe der behandelten Gefässe pro Eingriff ist abzubilden.

00.42 Massnahme auf drei Gefässen

EXKL. (Aorto)koronarer Bypass (36.10.- - 36.1D.-)

~~Kode weglassen – Endarteriektomie von Koronararterien, offen-chirurgisch, mit Implantation von Stents (36.03.21 - 36.03.82)~~

~~Kode weglassen – Implantation von Stents an Blutgefässen, perkutan-transluminal (39.B.-)~~

~~Kode weglassen – Implantation von Stents an Herzkranzarterien, perkutan-transluminal (36.08.-)~~

Beachte: Dieser Zusatzkode ist, falls zutreffend, je Eingriff zu erfassen. Die Summe der behandelten Gefässe pro Eingriff ist abzubilden.

00.43 Massnahmen auf vier oder weiteren Gefässen

EXKL. (Aorto)koronarer Bypass (36.10.- - 36.1D.-)

~~Kode weglassen – Endarteriektomie von Koronararterien, offen-chirurgisch, mit Implantation von Stents (36.03.21 - 36.03.82)~~

~~Kode weglassen – Implantation von Stents an Blutgefässen, perkutan-transluminal (39.B.-)~~

~~Kode weglassen – Implantation von Stents an Herzkranzarterien, perkutan-transluminal (36.08.-)~~

Beachte: Dieser Zusatzkode ist, falls zutreffend, je Eingriff zu erfassen. Die Summe der behandelten Gefässe pro Eingriff ist abzubilden.

3.3. 00.44 Massnahme auf Gefässbifurkation

Betrifft alle Sprachversionen.

Folgende «Exklusiva» unter dem Kode 00.44 «Massnahme auf Gefässbifurkation» sind zu streichen.

00.44 Massnahme auf Gefässbifurkation

Beachte: Dieser Kode ist zu verwenden, um das Vorhandensein einer Gefässbifurkation festzuhalten; er beschreibt nicht einen spezifischen Bifurkationsstent. Dieser Kode darf nur einmal pro Operation angegeben werden, unabhängig der Anzahl behandelter Bifurkationen.

~~EXKL. — Kode weglassen – Endovaskuläre Implantation eines Stent-Grafts (Stent-Prothesen) an der abdominalen Aorta (39.71.-)~~

~~Kode weglassen – Endovaskuläre Implantation von Stent-Grafts (Stent-Prothesen) in die Aorta thoracoabdominalis (39.73.4-)~~

~~Kode weglassen – Implantation von Stents an Blutgefässen, perkutan-transluminal (39.B.-)~~

3.4. 00.4G.- Einsetzen von Gefäßverschlusskörpern

Betrifft alle Sprachversionen.

Das «Kodierte ebenso» unter 00.4G.- ist durch ein «Exklusivum» zu ersetzen.

00.4G.- Einsetzen von Gefäßverschlusskörpern

Kod. eb.: ~~Anzahl verwendeter endovaskulärer Coils (00.4A.-)~~

EXKL. Anzahl verwendeter endovaskulärer Coils (00.4A.-)

3.5. Taschenrekonstruktion der Aortenklappe 35.C1.12 – Titelkorrektur

Betrifft nur die französische Sprachversion. Siehe Circulaire 2020 n° 2.

3.6. 35.F3.71 Pulmonalklappenersatz durch klappentragende Gefäßprothese, mechanisch, über vollständige Sternotomie - Titelkorrektur

Betrifft nur die französische Sprachversion. Siehe Circulaire 2020 n° 2.

3.7. Änderung «Kodierte ebenso» unter 36.03.- und 36.08.-

Betrifft alle Sprachversionen.

Die Implantation von Stents in den 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 für den jeweiligen Stent-Typ zu erfassen.

Es gibt keinen spezifischen Code für die gesamte Summe der implantierten Stents in die Koronararterien. Das «Kodierte ebenso» «Anzahl der implantierten Stents (39.C1.-)» unter 36.03.- und 36.08.- ist zu streichen.

Zusätzlich wurden unter 36.03.- und 36.08.- «Kodierte ebenso» auf 39.C2.- und 39.C3.- eingeführt.

36.03 Koronarangioplastik am offenen Thorax

Kod. eb.: ~~Anzahl der implantierten Stents (39.C1.-)~~

Materialeigenschaften der implantierten Stents (39.C2.-)

Typ der Oberfläche und der Beschichtung (39.C3.-)

EXKL. Assoziiert mit Koronararterien-Bypass Graft (36.10.- - 36.1D.-)

36.08 Implantation von Stents an Herzkranzarterien, perkutan-transluminal

Implantation von Stents an Koronararterien, perkutan-transluminal

INKL. Massnahme an einem Bypass-Gefäß

Kod. eb.: ~~Anzahl der implantierten Stents (39.C1.-)~~

Hybridtherapie (00.99.80)

Materialeigenschaften der implantierten Stents (39.C2.-)

Perkutane transluminale Koronarangioplastik [PTCA] oder koronare Atherektomie (00.66.-)

Typ der Oberfläche und der Beschichtung (39.C3.-)

Verwendung eines Embolie-Protektionssystems (39.C5)

3.8. 39.49.- Sonstige Revision nach vaskulärem Eingriff

Betrifft alle Sprachversionen.

Das «Beachte» der Subkategorie 39.49.- ist wie folgt zu korrigieren.

39.49.- Sonstige Revision nach vaskulärem Eingriff

Beachte: Prozeduren, welche über Revision, Wechsel, Ersatz hinausgehen (z.B. plastische Rekonstruktion des Gefäßes mittels Patch; plastische Rekonstruktion des Gefäßes; Endarteriektomie; Embolektomie; Thrombektomie; Neueinlage Stent) werden **gesondert zusätzlich** mit dem spezifischen Prozedurenkode kodiert.

3.9. 39.73.46 und 39.73.47 Endovaskuläre Implantation in die Aorta thoracoabdominalis von Stent-Grafts (Stent-Prothesen)

Betrifft alle Sprachversionen.

Im «Beachte» der zwei Kodes ist «A. thoracica» durch «Aorta thoracoabdominalis» zu ersetzen.

39.73.46 Endovaskuläre Implantation in die Aorta thoracoabdominalis von Stent-Grafts (Stent-Prothesen), mit Versorgung eines Gefäßabganges in Parallelgraft-Technik

INKL. Chimney-, Periskop-, Schnorchel- und Sandwich-Technik

Beachte: Kode für die gleichzeitige Implantation eines Stent-Grafts in die **A. thoracica Aorta thoracoabdominalis** und einer kleinlumigeren Stent-Prothese in einen Seitenast

39.73.47 Endovaskuläre Implantation in die Aorta thoracoabdominalis von Stent-Grafts (Stent-Prothesen), mit Versorgung von 2 und mehr Gefäßabgänge in Parallelgraft-Technik

INKL. Chimney-, Periskop-, Schnorchel- und Sandwich-Technik

Beachte: Kode für die gleichzeitige Implantation eines Stent-Grafts in die **A. thoracica Aorta thoracoabdominalis** und kleinlumigeren Stent-Prothesen in Seitenäste

3.10. 39.B- Beachte zur Definition Stent und Stent-Graft

Betrifft alle Sprachversionen.

Das «Beachte» unter der 3-stelligen Kategorie 39.B- ist wie folgt zu ergänzen.

39.B- (Perkutan-)transluminale Implantation von Stents in Blutgefäße

Beachte: **Folgende Definitionen zu Stents und Stent-Grafts verfolgen nicht die Intention einer indikationsgebundenen Kodierung. Sie dienen nur einer groben Einordnung.** Stent ist ein Überbegriff für scheren-gitterartige, röhrenförmige endovaskuläre Prothesen, die zum Ziel haben ein Gefäß offen zu halten (Erhaltung des Lumens). Ein gecoverter Stent ist ein ummantelter Stent, z.B. mit Polyester. Ummantelt ist nicht gleich beschichtet zu setzen. Ummantelt steht nicht eindeutig in Bezug auf lumen-erhaltend versus lumenüberbrückend. Der Stent-Graft, auch Stent-Prothese genannt, ist ein Stent mit Gefäßprothese. Er besteht somit aus einem ummantelten Geflecht. Er hat **z.B.** zum Ziel das Gefäß offen zu halten (Erhaltung des Lumens), sowie die Funktion des Gefäßes zu übernehmen (Überbrückung des Lumens). Ein beschichteter Stent kann medikamentenfreisetzend sein, muss aber nicht (z.B. Antikörperbeschichtet oder bioaktive Beschichtung).

3.11. Cheatham-Platinum-Wachstumsstents

Betrifft alle Sprachversionen.

Cheatham-Platinum-Wachstumsstent werden mit den Subkategorien 39.BA.- (ungecoverte) oder 39.BB.- (gecoverte) kodiert. Zur Verdeutlichung wurden folgende Inklusiva aufgenommen:

39.BA.- (Perkutan-)transluminale Implantation von ungedeckten Wachstumsstents
INKL. Ungecoverte Cheatham-Platinum-Wachstumsstents

39.BB.- (Perkutan-)transluminale Implantation von gedeckten Wachstumsstents
INKL. Gedeckte Cheatham-Platinum-Wachstumsstents

3.12. 44.99.21 und 44.99.22 Schlingenligatur und Clipping am Magen - Titelkorrekturen

Betrifft nur die italienische Sprachversion. Siehe Circolare 2020 n. 2.

3.13. 88.74.- Diagnostischer Ultraschall des Verdauungstrakts - Titelkorrekturen

Betrifft nur die italienische Sprachversion. Siehe Circolare 2020 n. 2.

3.14. 89.07.23 und 89.07.33 Evaluation - Titelkorrekturen

Betrifft nur die französische Sprachversion. Siehe Circulaire 2020 n° 2.

3.15. 92.39.29 Andere Hochvoltstrahlentherapie, stereotaktische Bestrahlung, fraktioniert, zerebral, sonstige - Titelkorrektur

Betrifft nur die französische Sprachversion. Siehe Circulaire 2020 n° 2.

3.16. 93.89.1- Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation

Betrifft alle Sprachversionen.

Im «Mindestmerkmal Punkt 0» ist die Version des Referenzdokumentes zu ergänzen.

Im «Mindestmerkmal Punkt 3» haben sich Änderungen in der Therapiedauer ergeben.

93.89.1- Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation, nach Anzahl Behandlungstage

Beachte:

Mindestmerkmal Punkt 0, Definition und Referenzdokument:

Die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation bezeichnet die besonders intensive Phase der neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Schädigungen des Nervensystems nach der Akutversorgung oder bei Patienten mit akuter Exazerbation bei vorbestehenden chronischen Krankheiten. Details zu Indikation, strukturellen und personellen Voraussetzungen finden sich im Referenzdokument «Referenzdokument [V-19.10.2018](#) zu CHOP Kode 93.89.1 Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation [Version 01.01.2019](#)» unter <https://www.swissneuro.ch/Fachinformationen>.

[...]

Mindestmerkmal Punkt 3, Therapie:

1. Rehabilitationspflege (fördernde und unterstützende Pflege, z.B. Waschraining, Anziehtraining, Esstraining, Kontinenztraining, Orientierungstraining, Schlucktraining, Tracheostomamanagement, isolierungspflichtige Massnahmen u.a.) für mindestens 2 Std./Tag an 7/7 Tagen, **zusätzlich zur medizinischen Grund- und Behandlungspflege;**

2. Funktionstherapie ~~für mindestens 2 Std./Tag an~~ im Durchschnitt der Behandlungsdauer von 2 Std./Tag an (mindestens) 5 von 7 Tagen, häufig durch mehrere Therapeuten gemeinsam (Doppelbehandlungen) mit Einsatz von mindestens 2 der unter 4.2 aufgelisteten Therapiebereiche.
3. Grund- und/oder Rehabilitationspflege und/oder Funktionstherapie gesamthaft für mind. ~~6~~ 5 Std. Therapie/ pro Tag an 7/7 Tagen, wobei die Therapie-/Pflegezeiten bei simultanem Einsatz mehrerer Therapeuten/Pflegefachpersonen aufsummiert werden können. Bei Kindern und Jugendlichen können 2 Std./Tag an heil- bzw. sonderpädagogische Förderung zu der Rehabilitationspflege und Funktionstherapie angerechnet werden. Abweichungen davon sind nur aus patientenspezifischen Gründen möglich, diese müssen dokumentiert sein.
4. Ärztliche Visiten an mindestens 5 von 7 Tagen.
5. Verschiedene andere Fachbereiche wie: Ernährungsberatung und -therapie, Orthoptik, etc. können bei Bedarf zusätzlich durchgeführt werden.

3.17. 93.A2.- Multimodale Schmerztherapie

Betrifft alle Sprachversionen

Das «Mindestmerkmal Punkt 3, Therapie» ist wie folgt anzupassen:

93.A2.- Multimodale Schmerztherapie (MMST)

Beachte: [...]

Mindestmerkmal Punkt 3, Therapie:

Anwendung von mindestens drei der folgenden aktiven Therapieverfahren in patientenbezogenen Kombinationen:

Psychotherapie, Spezialisierte Physiotherapie (mindestens 2 Jahre Erfahrung in der Behandlung von Schmerzpatientinnen und Schmerzpatienten), Entspannungsverfahren, Ergotherapie, medizinische Trainingstherapie, Arbeitsplatztraining/Training für den Lebensalltag, Interventionelle Schmerztherapie (Bildwandler- oder Sonographiegesteuerte Interventionen).

~~Eine Therapieeinheit dauert durchschnittlich 30 Minuten. Pro Woche (Zeitintervall von 7 Tagen) werden mindestens 9 Behandlungsstunden geleistet, d.h. 18 Therapieeinheiten. Die Therapiedauer pro Woche (Zeitintervall von 7 Tagen) beträgt mind. 540 Minuten.~~ Bei Gruppentherapie ist die Gruppengrösse auf maximal 8 Personen begrenzt.

3.18. 94.3F.- Belastungserprobung und Definition Urlaub

Betrifft alle Sprachversionen.

Bei der Subkategorie 94.3F.- «Belastungserprobung in der Psychiatrie (Kinder, Jugendliche und Erwachsene), nach Dauer» müssen zur Konsistenz mit der Definition «Urlaub» die Angaben der Zeitintervalle angepasst werden. Betreffend der Definition Urlaub weisen wir auf den Punkt 1.5.3 «Definition Urlaub» des Dokuments der SwissDRG AG «Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG und TARPSY», Version Juni 2019, unter folgendem Link: https://www.swissdrg.org/application/files/7915/6051/1540/Regeln_und_Definitionen_zur_Fallabrechnung_unter_SwissDRG_und_TARPSY.pdf

Der Code 94.3F.11 «... weniger als 24 Stunden» ist zu korrigieren auf «... bis 24 Stunden».

Folgende Titelanpassungen gelten:

94.3F.11 Belastungserprobung mit Abwesenheit ~~von weniger als 24 Std~~ **bis 24 Stunden**

94.3F.12 Belastungserprobung mit Abwesenheit ~~von 24 Std bis weniger als 48 Std~~ **von mehr als 24 Stunden bis 48 Stunden**

94.3F.13 Belastungserprobung mit Abwesenheit ~~von 48 Std bis weniger als 72 Std~~ **von mehr als 48 Stunden bis 72 Stunden**

94.3F.14 Belastungserprobung mit Abwesenheit ~~von mehr als 72 Std~~ **Stund**

3.19. 99.B2.- Behandlung und Betreuung bei anaphylaktischer Reaktion mit medizinischer Überwachung – Korrektur des Titels des Kodes 99.B2.12

Betrifft nur die italienische Sprachversion. Siehe Circolare 2020 n. 2

3.20. 99.B7.1- Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) des Erwachsenen

Betrifft alle Sprachversionen.

In den folgenden Intensivmedizinischen Komplexbehandlungen wurde die Version des Referenzdokumentes angepasst und neu der Link zum Dokument angegeben.

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

Beachte:

Mindestmerkmale:

- Kontinuierliche, 24-stündige Überwachung und Behandlung durch ein Team von Pflegepersonal und Ärzten in einer durch die Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI) anerkannten Intensivstation (IS) und unter Leitung 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 se score) ~~finden sich im Minimaldatensatz der SGI (MDSi)~~ sind im Dokument «Minimaler Datensatz der SGI MDSi V. 29d_2019» enthalten und abrufbar unter folgendem Link:

www.sgi-ssmi.ch -> Ressorts -> Qualitätsmanagement -> Datensatz (MDSi) -> «MDSi Konzept_Version29»

- Spezielle intensivmedizinische Prozeduren, wie Transfusion von Plasma und Plasmabestandteilen, Plasma-pherese und Immunadsorption, Massnahmen im Rahmen der Reanimation u.a. sind gesondert zu kodieren. Dieser Kode gilt für Patienten ab dem vollendeten 16. Lebensjahr.

3.21. 99.B8.1- Komplexbehandlung des Erwachsenen in einer Intermediate-Care Unit (IMCU), nach Aufwandspunkten

Betrifft alle Sprachversionen.

Die Version und der Link sind im Referenzdokument wie folgt zu ändern:

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

Beachte:

Multimodale Überwachung und Komplexbehandlung bei drohender oder manifester Gefährdung von Vitalfunktionen oder zwecks Sicherstellung eines erhöhten pflegerischen Aufwandes in einer anerkannten Intermediate-Care Unit (IMCU).

Das Dokument «Schweizerische Richtlinien für die Anerkennung von Intermediate-Care Units (5.12.2012) (IMCU's) : Die vorliegenden Richtlinien wurden von der Kommission für die Anerkennung von IMCU's (KAIMC) am 21.02.2019 verabschiedet und ersetzen diejenigen vom 1.01.2014. Sie treten in Kraft am 01.01.2020.» ist unter folgendem Link abrufbar:

https://www.swiss-imc.ch/files/daten/richtlinien/Revision%20Richtlinien%202019/KAIMC_Richtlinien_2020_FINAL_DT_V15_191204.pdf

~~ist auf den Internetseiten der beteiligten Fachgesellschaften zugänglich.~~ Im Dokument sind die Fachgesellschaften aufgeführt, über die diese Richtlinien ebenfalls bezogen werden können.

Mindestmerkmale: Kontinuierliche, 24-stündige Überwachung und Behandlung durch ein Team von Pflegepersonal und Ärzten in einer durch die interdisziplinäre Kommission für Anerkennung von Intermediate-Care Units (IMCU) anerkannten IMCU und unter Leitung eines Facharztes mit Qualifikation gemäss den Schweizerischen Richtlinien für die Anerkennung von IMCU.

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) ~~finden sich~~ sind im Dokument «Minimaler Datensatz der SGI MDSi V. 29d_2019» enthalten und abrufbar unter folgendem Link:

~~www.sgi-ssmi.ch~~ → ~~Qualität~~ → ~~Minimaler Datensatz der SGI (MDSi)~~ Ressorts → ~~Qualitätsmanagement~~ → ~~Datensatz (MDSi)~~ → «MDSi Konzept_Version29».

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.

Dieser Kode gilt für Patienten, die bei stationärer Aufnahme das 16. Lebensjahr vollendet haben.

Dieser Code gilt nicht für eine Behandlung in einer Notfallstation oder in einem Aufwachraum (postanaesthesia care unit).

3.22. Streichung «alterskorrigiertes Alter» und Korrekturen der Links

Betrifft alle Sprachversionen.

Der Passus «Bei Frühgeborenen wird das alterskorrigierte Alter zur Berechnung der Tage verwendet. Das alterskorrigierte Alter wird durch den behandelnden Arzt definiert.» ist aus folgenden Komplexbehandlungen zu streichen. Gleichzeitig gibt es Anpassungen der Version des Referenzdokumentes und Korrektur des Links bezüglich Komplexbehandlungen auf einer Intermediate-Care Unit.

99.B7.2.- Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur), nach Aufwandspunkten

Beachte:

Mindestmerkmale:

- Kontinuierliche, 24-stündige Überwachung und Behandlung durch ein Team von Pflegepersonal und Ärzten in einer durch die Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI) anerkannten Intensivstation (IS) und unter Leitung 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) ~~finden sich im Minimaldatensatz der SGI (MDSi),~~ sind im Dokument «Minimaler Datensatz der SGI MDSi V. 29d_2019» enthalten und abrufbar unter folgendem Link: ~~www.sgi-ssmi.ch~~ Ressorts → ~~Qualitätsmanagement~~ → ~~Datensatz (MDSi)~~ → «MDSi Konzept_Version29».

- Spezielle intensivmedizinische Prozeduren, wie Transfusion von Plasma und Plasmabestandteilen, Plasmapherese und Immunadsorption, Massnahmen im Rahmen der Reanimation u.a. sind gesondert zu codieren. Dieser Kode gilt für Patienten, die bei stationärer Aufnahme älter als 28 Tage sind, aber das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. ~~Bei Frühgeborenen wird das alterskorrigierte Alter zur Berechnung der Tage verwendet. Das alterskorrigierte Alter wird durch den behandelnden Arzt definiert.~~

99.B7.3- Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Neugeborenenalter (Basisprozedur), nach Aufwandspunkten

Beachte:

Mindestmerkmale:

- Kontinuierliche, 24- stündige Überwachung und Behandlung durch ein Team von spezialisiertem Neonatologie-Pflegepersonal und 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 eines Facharztes Pädiatrie mit Schwerpunkt Neonatologie oder 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 und NEMS (nine equivalent of nursing manpower use score) ~~finden sich im Minimaldatensatz der SGI (MDSi)~~, sind im Dokument «Minimaler Datensatz der SGI MDSi V. 29d_2019» enthalten und abrufbar unter folgendem Link: www.sgi-ssmi.ch → Ressorts → Qualitätsmanagement → Datensatz (MDSi) → «MDSi Konzept_Version29».

- 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 Patienten, die bei stationärer Aufnahme jünger oder gleich 28 Tage alt sind. ~~Bei Frühgeborenen wird das alterskorrigierte Alter zur Berechnung der Tage verwendet. Das alterskorrigierte Alter wird durch den behandelnden Arzt definiert.~~

99.B8.2- Komplexbehandlung im Kindesalter in einer Intermediate-Care Unit (IMCU), nach Aufwandspunkten

Beachte:

Multimodale Überwachung und Komplexbehandlung bei drohender oder manifester Gefährdung von Vitalfunktionen oder zwecks Sicherstellung eines erhöhten pflegerischen Aufwandes in einer anerkannten Intermediate-Care Unit (IMCU).

Das Dokument «Schweizerische Richtlinien für die Anerkennung von Intermediate-Care Units (5.12.2012) (IMCU's) : Die vorliegenden Richtlinien wurden von der Kommission für die Anerkennung von IMCU's (KAIMC) am 21.02.2019 verabschiedet und ersetzen diejenigen vom 1.01.2014. Sie treten in Kraft am 01.01.2020.» ist unter folgendem Link abrufbar:

https://www.swiss-imc.ch/files/daten/richtlinien/Revision%20Richtlinien%202019/KAIMC_Richtlinien_2020_FINAL_DT_V15_191204.pdf.

~~ist auf den Internetseiten der beteiligten Fachgesellschaften zugänglich.~~ Im Dokument sind die Fachgesellschaften aufgeführt, über die diese Richtlinien ebenfalls bezogen werden können.

Mindestmerkmale: Kontinuierliche, 24-stündige Überwachung und Behandlung durch ein Team von Pflegepersonal und Ärzten in einer durch die interdisziplinäre Kommission für Anerkennung von Intermediate-Care Units (IMCU) anerkannten IMCU und unter Leitung eines Facharztes mit Qualifikation gemäss den Schweizerischen Richtlinien für die Anerkennung von IMCU.

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) ~~finden sich~~ sind im Dokument «Minimaler Datensatz der SGI MDSi V. 29d_2019» enthalten und abrufbar unter folgendem Link: www.sgi-ssmi.ch → ~~Qualität~~ → ~~Minimaler Datensatz der SGI (MDSi)~~ Ressorts → Qualitätsmanagement -> Datensatz (MDSi) → «MDSi Konzept_Version29».

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.

Dieser Code gilt für Patienten, die bei stationärer Aufnahme älter als 28 Tage sind, aber das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. ~~Bei Frühgeborenen wird das alterskorrigierte Alter zur Berechnung der Tage verwendet. Das alterskorrigierte Alter wird durch den behandelnden Arzt definiert.~~ Dieser Code gilt nicht für eine Behandlung in einer Notfallstation oder in einem Aufwachraum (postanaesthesia care unit).

99.B8.3- Komplexbehandlung im Neugeborenenalter in einer Intermediate-Care Unit (IMCU), nach Aufwandspunkten»

Beachte:

Multimodale Überwachung und Komplexbehandlung bei drohender oder manifester Gefährdung von Vitalfunktionen oder zwecks Sicherstellung eines erhöhten pflegerischen Aufwandes in einer durch die Schweizerische Gesellschaft für Neonatologie (SGN – Swiss Society of Neonatology) anerkannten Level IIB Neonatal Intermediate Care Unit und/oder in einer anerkannten Intermediate-Care Unit (IMCU).

Das Dokument der Schweizerischen Gesellschaft für Neonatologie «Standards for Levels of Neonatal Care in Switzerland. Revised Version 14.3.2019» ist unter folgendem Link abrufbar:

<https://www.neonet.ch/unit-accreditation/unit-accreditation-canu>.

Das Dokument «Schweizerische Richtlinien für die Anerkennung von Intermediate-Care Units (5.12.2012) (IMCU's) : Die vorliegenden Richtlinien wurden von der Kommission für die Anerkennung von IMCU's (KAIMC) am 21.02.2019 verabschiedet und ersetzen diejenigen vom 1.01.2014. Sie treten in Kraft am 01.01.2020» ist unter folgendem Link abrufbar:

https://www.swiss-imc.ch/files/daten/richtlinien/Revision%20Richtlinien%202019/KAIMC_Richtlinien_2020_FINAL_DT_V15_191204.pdf.

~~ist auf den Internetseiten der beteiligten Fachgesellschaften zugänglich.~~ Im Dokument sind die Fachgesellschaften aufgeführt, über die diese Richtlinien ebenfalls bezogen werden können.

Mindestmerkmale: Kontinuierliche, 24-stündige Überwachung und Behandlung durch ein Team von Pflegepersonal und Ärzten in einer durch die interdisziplinäre Kommission für Anerkennung von Intermediate-Care Units (IMCU) anerkannten IMCU und unter Leitung eines Facharztes Intensivmedizin oder eines Facharztes Pädiatrie mit Schwerpunkt Neonatologie

- 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 und NEMS (nine equivalent of nursing manpower use score) finden sich im Dokument «Minimaler Datensatz der SGI MDSi V. 29d_2019» abrufbar unter folgendem Link: www.sgi-ssmi.ch → Qualität → Minimaler Datensatz der SGI (MDSi) Ressorts → Qualitätsmanagement → Datensatz (MDSi) → «MDSi Konzept_Version29».

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 codieren. Für die Dauer des Aufenthaltes in der IMCU kann für einen Behandlungszeitraum jedoch nicht gleichzeitig eine Intensivmedizinische Komplexbehandlung codiert werden.

Dieser Code gilt für Patienten, die bei stationärer Aufnahme jünger oder gleich 28 Tage alt sind. ~~Bei Frühgeborenen wird das alterskorrigierte Alter zur Berechnung der Tage verwendet. Das alterskorrigierte Alter wird durch den behandelnden Arzt definiert.~~ Dieser Code gilt nicht für eine Behandlung in einer Notfallstation oder in einem Aufwachraum.

3.23. AA.21.- Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)

Betrifft alle Sprachversionen.

Die Multimorbiditätsmessung im Kontext der Rehabilitation ist nur beim Eintritt zu erfassen. Der Punkt 3 des Beachte der Subkategorie AA.21.- ist wie folgt anzupassen:

AA.21 Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)

Beachte:

[...]

Punkt 3, Erfassung:

Der Kode ist bei Eintritt innerhalb von 3 Tagen ~~sowie bei Austritt, d.h. frühestens 3 Tage vor Austritt~~, zu erfassen.

Der Totalscore errechnet sich aus der Summe der Bewertung der 14 einzelnen Kriterien, welche in 5 Schweregrade unterteilt sind, wobei 0 «kein Problem» und 4 «Extrem schweres Problem» bedeuten.

Die Stufen sind genau nach den Definitionen des CIRS abzubilden.

AA.21.1 Cumulative Illness Rating Scale (CIRS), nach Totalscore

AA.21.11 CIRS, ~~1~~0-4 Totalscore

4. Zusatzinformationen zur ICD-10-GM 2018

4.1. Streichung zusätzlicher Codes im alphabetischen Verzeichnis

Betrifft nur die französische und italienische Sprachversionen. Siehe Circulaire 2020 n° 2 und Circolare 2020 n. 2.

4.2. Anreicherungen «Wernicke-Enzephalopathie»

Betrifft nur die französische und italienische Sprachversionen. Siehe Circulaire 2020 n° 2 und Circolare 2020 n. 2.

4.3. N08.5* Glomeruläre Krankheiten bei Systemkrankheiten des Bindegewebes

Betrifft nur die französische Sprachversionen. Siehe Circulaire 2020 n° 2.

4.4. U07.0! Gesundheitsstörung im Zusammenhang mit dem Gebrauch von E-Zigarette

Betrifft alle Sprachversionen.

Berichte über schwere Krankheits- und Todesfälle im Zusammenhang mit dem Konsum sog. E-Zigaretten haben dazu geführt, dass die WHO die Schlüsselnummer U07.0 wie folgt belegt:

U07.0! Gesundheitsstörung im Zusammenhang mit dem Gebrauch von E-Zigaretten [Vaporizer]

Gesundheitsstörung durch das Inhalieren einer verdampften Lösung (Aerosol), welche Geschmacksstoffe, Nikotin sowie andere Substanzen und Additive enthalten kann, die üblicherweise in Propylenglykol, Glycerin oder in beiden Substanzen gelöst sind, unter Verwendung elektronischer Nikotin- oder Nicht-Nikotin-Abgabesystemen (ENDS bzw. ENNDS). Bei den Betroffenen sollen Infektionen als Ursache der Störung unwahrscheinlich oder ausgeschlossen sein. Relevante Befunde schliessen den Nachweis von Lungeninfiltraten ein, wie z.B. Verdichtungen auf einer Röntgenaufnahme des Brustkorbs oder Milchglas-Trübungen in einer Computertomographie des Brustkorbs.

4.5. U07.1!, U07.2! COVID-19 und U99.0!

Betrifft alle Sprachversionen.

Aufgrund COVID-19 wurden folgende U-Kodes belegt:

U07.1! COVID-19, Virus nachgewiesen

Coronavirus-Krankheit-2019, Virus nachgewiesen

Benutze diese Schlüsselnummer, wenn COVID-19 durch einen Labortest nachgewiesen ist, ungeachtet des Schweregrades des klinischen Befundes oder der Symptome.

Benutze zunächst Schlüsselnummern, um das Vorliegen einer Pneumonie oder anderer Manifestationen oder von Kontaktanlässen anzugeben.

U07.2! COVID-19, Virus nicht nachgewiesen

COVID-19 o.n.A.

Benutze diese Schlüsselnummer, wenn COVID-19 klinisch-epidemiologisch bestätigt ist und das Virus nicht durch Labortest nachgewiesen wurde oder kein Labortest zur Verfügung steht.

Benutze zunächst Schlüsselnummern, um das Vorliegen einer Pneumonie oder anderer Manifestationen oder von Kontaktanlässen anzugeben.

U99.0! Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf SARS-CoV-2

5. ANHANG

5.1. Informationen und Präzisierungen (ehemalig FAQ genannt)

Das aktuelle Rundschreiben enthält **alle**, ab **1. Juli 2020** 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) 1.1.2012 (gültig seit/ab)
 0998 1.1.2012
 ...
 0852 01.07.2017, usw.

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

Unter der Elementegruppe 93.89.1- «Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation, nach Anzahl Behandlungstage» gibt es folgende «Exklusiva – Kode weglassen»:

- Exklusivum Kode weglassen - Basisleistung in der Rehabilitation (BA.-)
- Exklusivum Kode weglassen - Fachübergreifende Frührehabilitation, nach Anzahl der Behandlungstage (93.86.-)
- Exklusivum Kode weglassen - Geriatrische Akuterehabilitation (93.89.9-)
- Exklusivum Kode weglassen - Paraplegiologische rehabilitative Komplexbehandlung (93.87.-)
- Exklusivum Kode weglassen - Zusatzaufwand in der Rehabilitation (BB.-)

Auszug aus den Konventionen der CHOP:

EXKL.: Exklusivum: Diese Eingriffe sind unter dem angegebenen Kode zu klassifizieren.

Kode weglassen: Diese Eingriffe sind bereits in einem anderen Kode inbegriffen.

Das bedeutet z.B. für die Elementegruppe 93.89.1-:

Während der Zeitspanne, in der eine 93.89.1- «Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation» erbracht wird, dürfen die unter der Elementegruppe aufgelisteten Kodes in den «Exklusiva – Kode weglassen» nicht zusätzlich kodiert werden.

Frage 1: Darf zum Zeitpunkt/während einer Zeitspanne zusätzlich zur neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation (93.89.1-) die Basisleistung (BA.-) und der Zusatzaufwand in der Rehabilitation (BB.-) kodiert werden?

Antwort 1: Nein, es handelt sich bei der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation, um eine intensive Frührehabilitation und nicht um eine Rehabilitation im Sinne der BA.- und BB.-. Nach Abschluss der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation ist der Wechsel auf z.B. eine neurologische Rehabilitation (BA.1) möglich und damit die Kodierung von der BA.1 (resp. falls zutreffend auch ein Kode aus der 3-stelligen Kategorie BB.1-) ab diesem Zeitpunkt gestattet.

Zeitachse	→					
Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation						
Neurologische Rehabilitation						

Frage 2: Ist es gestattet, die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (93.89.1-) und die geriatrische Akuterehabilitation (93.89.9-) während einer Zeitspanne gemeinsam zu kodieren?

Antwort 2: Nein, es handelt sich um zwei verschiedene Akut-/Frührehabilitationsarten mit entsprechend verschiedenen zur Verfügung stehenden CHOP-Kodes. Entweder wird die eine oder die andere Leistung während einer Zeitspanne erbracht.

0812 01.07.2020 Embolieprotektionssystem 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.

0813 01.07.2020 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 viszerale 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-) »

Für die Codes 39.71.21 bis 39.71.25, 39.73.31 bis 39.73.35, sowie 39.73.41 bis 39.73.45 ist der Hinweis zur Leistungserfassung und Abrechnung «Ergänzung zur Kodierung der CHOP Codes 2020 „Endovaskuläre Implantation von Stent-Grafts (Stent-Prothesen) in die Aorta abdominalis/ thoracica/ thoracoabdominalis, ...“ 39.71.21 bis -.25 bzw. 39.73.31 bis -.35 bzw. 39.73.41 bis -.45», der unter folgendem Link auf der Internetseite der SwissDRG AG publiziert wurde, zu beachten:

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

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

Zur korrekten Grouper-Zuweisung in die SwissDRG ist zusätzlich die Resteklasse 39.71.09 «Endovaskuläre Implantation eines Stent-Grafts (Stent-Prothesen) an der abdominalen Aorta, sonstige» zu erfassen.

Am Ende des Aufenthaltes werden die implantierten aortalen Stent-Grafts in die Aorta thoracica, thoracoabdominalis und abdominalis summiert und der entsprechende Zusatzcode der Elementegruppe 39.78.6- 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 Kode 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 Kode 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.

Zur korrekten Grouper-Zuweisung in die SwissDRG ist zusätzlich die Resteklasse 39.71.09 «Endovaskuläre Implantation eines Stent-Grafts (Stent-Prothesen) an der abdominalen Aorta, sonstige» einmal am Tag X und einmal am Tag Y zu erfassen.

Am Ende des Aufenthalts werden die implantierten aortalen Stent-Grafts in die Aorta thoracica, thoracoabdominalis und abdominalis summiert. Der entsprechende Zusatzkode der Elementegruppe 39.78.6- wird mit dem letzten Interventionsdatum 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.

Zur korrekten Grouper-Zuweisung in die SwissDRG ist zusätzlich die Resteklasse 39.73.09 «Endovaskuläre Implantation eines Stent-Grafts (Stent-Prothesen) an der thorakalen und thorako-abdominalen Aorta, sonstige» einmal am Eingriffsdatum zu erfassen.

Über den gesamten stationären Aufenthalt wurde nur ein aortaler Stent-Graft implantiert. Es ist somit kein Zusatzkode der Elementegruppe 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.

Die Resteklasse 39.73.09 «Endovaskuläre Implantation eines Stent-Grafts (Stent-Prothesen) an der thorakalen und thorako-abdominalen Aorta, sonstige» sowie die Resteklasse 39.71.09 «Endovaskuläre Implantation eines Stent-Grafts (Stent-Prothesen) an der abdominalen Aorta, sonstige» werden beide am Eingriffsdatum erfasst zur korrekten Grouper-Zuweisung in die SwissDRG.

Der Zusatzkode 39.78.61 «2 implantierte aortale Stent-Grafts» wird erfasst.

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

Der Hinweis zur Leistungserfassung und Abrechnung «Ergänzung zur Kodierung der CHOP Codes 2020 «Endovaskuläre Implantation von Stent-Grafts (Stent-Prothesen) in sonstige und iliakale Gefässe» 39.7A.00, 39.7A.09, 39.7A.11-39.7A.16, 39.7A.21» unter folgendem Link ist zu beachten

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

Dieser Hinweis zur Leistungserfassung gilt nicht für die Codes 39.7A.31, 39.7A.32 und 39.7A.41.

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 viszerale 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 sind der Kode 39.7A.13 «Endovaskuläre Implantation, iliakal, 3 Stent-Prothesen, ohne Seitenarm» einmal sowie der Kode 39.29.00 «Sonstiger (peripherer) Gefäss-Shunt oder -Bypass, n.n.bez.» 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. Zusätzlich ist aufgrund des Hinweises zur Leistungserfassung und Abrechnung der Kode 39.29.00 «Sonstiger (peripherer) Gefäss-Shunt oder -Bypass, n.n.bez. » einmal am Tag X und einmal am Tag Y zu kodieren.

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 Kodes 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. Am Ende des Aufenthaltes wird die Gesamtsumme der implantierten Stents berechnet und mit einem Kode unter 39.C1.- «Anzahl der implantierten Stents» 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. Das «Kodierte ebenso» «Anzahl der implantierten Stents (39.C1.-)» unter 36.03.- und 36.08.- ist zu streichen.

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 «Enderarteriektomie 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 Blutgefässstents 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. periphere Stents.

Zudem sind die Codes der Elementegruppe 39.78.6- für aortale Stent-Grafts und die Codes der Subkategorie 39.C1.- für periphere Stents (koronare Stents ausgenommen) relevant für die Grouper-Zuweisung in die korrekte SwissDRG.

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 Eingriff vom Typ B am Mittelhandknochen des 3. Strahls der linken Hand Eingriff vom Typ C an den Fingern des 3. und 4. Strahls der linken Hand	Kode des Eingriffs vom Typ A	Einseitig Links	Kein Kode		
		Kode des Eingriffs vom Typ B	Einseitig Links	Kein Kode		
		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 linken 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 Zusatzkodes 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 Kode U69.36! «Nichtintravenöser Konsum sonstiger Stimulanzien, ausser Koffein» zusätzlich zum zutreffenden Kode aus F14.- «Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain» abgebildet.

~~0821 01.01.2020 Zählung Stents~~

Diese Präzisierung wird ab dem 01.07.2020 ersetzt durch die Präzisierung **0813**.

0822 01.01.2020 Nabelschnur-Stammzellenentnahme bei der Geburt

Die Nabelschnur-Stammzellenentnahme wird falls durchgeführt in den Fall des Neugeborenen kodiert. Dies wird mit einem Kode aus der Elementegruppe 41.0A.3- «Hämatopoetische Stammzellentnahme aus Nabelschnurblut» abgebildet.

0823 01.01.2020 Alkoholabusus vs. Alkoholabhängigkeit - Wie wird ein dokumentierter Alkoholabusus kodiert?

Der Alkoholabusus ist nicht gleichbedeutend mit Alkoholabhängigkeit.

Im Falle eines Alkoholabusus, ist der Kode F10.1 «Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Schädlicher Gebrauch» zu kodieren.

Bei einer Alkoholabhängigkeit oder einem chronischen Alkoholabusus, ist der Kode F10.2 «Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Abhängigkeitssyndrom» zu erfassen.

0824 01.01.2020 Primäre und sekundäre Sectio

Dies ist keine neue Definition, sondern eine Präzisierung der bereits bestehenden Definition der sekundären Sectio: Eine sekundäre Sectio caesarea (inkl. Notfallsectio) wird definiert als eine Sectio, die aufgrund einer Notfallsituation oder des Geburtsverlaufs aus mütterlicher oder kindlicher Indikation (z.B. HELLP-Syndrom, Geburtsstillstand, fetaler Distress) erforderlich war, auch wenn diese primär geplant war.

Eine sekundäre Sectio liegt also vor, wenn sie aufgrund eines Gefahrenzustandes, sei dies für die werdende Mutter oder für das Kind, zwingend ist.

~~0825 01.01.2020-30.06.2020 Zusatzkode 00.9C.- «Einzeitige Eingriffe an Hand oder Fuss»~~

Diese Präzisierung wird ab dem 01.07.2020 ersetzt durch die Präzisierung **0818**.

0826 01.01.2020 Einweggebrauch-VAC-Pumpensysteme

Einweggebrauch-VAC-Pumpensysteme werden neu mit dem Kode 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: Symptommanagement, 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.

0830 01.07.2019 Metallischer Knorpelersatz - Miniprothese

Eine Miniprothese zur Behandlung von **Knorpeldefekten** im Knie wird nicht mit einem Kode aus der Subkategorie 81.54. –«Implantation einer Endoprothese des Kniegelenks» kodiert, sondern mit:

81.47.26 Implantation eines patientenindividuellen metallischen Knorpelersatzes am Kniegelenk
oder

81.47.2A Implantation eines nicht-patientenindividuellen metallischen Knorpelersatz am Kniegelenk

0831 01.07.2019 Hämorrhagische Diathese durch Antikoagulanzen

Ein normal eingestellter antikoagulierter Patient ohne Blutung wird mit Z92.1 «Dauertherapie (gegenwärtig) mit Antikoagulanzen in der Eigenanamnese» kodiert.

Ein antikoagulierter Patient mit "Entgleisung" (erhöhtes Blutungsrisiko) wird mit dem entsprechenden Kode unter D68.3- kodiert, wenn sich daraus ein medizinischer Aufwand > 0 ergibt.

Eine äussere Ursache wird zusammen mit den Codes unter D68.3- nur in speziellen Situationen wie z.B. X49.9! «Akzidentelle Vergiftung», X84.9! «Absichtliche Selbstbeschädigung», Y69! «Zwischenfälle bei chirurgischem Eingriff und medizinischer Behandlung» oder Y09.9! «Tätlicher Angriff» kodiert.

0833 01.07.2019 Prophylaxe von Entzugssymptomen – Kann F10.3 kodiert werden, wenn ein Alkoholiker prophylaktisch Valium erhält?

Um den Code F10.3 erfassen zu können, sollte das klinische Bild des Patienten Entzugsereignisse nach Code F10.3 „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Entzugssyndrom“ enthalten. Das Entzugsbild muss eindeutig dokumentiert sein.

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 Code T43.8 «Vergiftung durch psychotrope Substanzen, anderenorts nicht klassifiziert, sonstige psychotrope Substanzen, anderenorts nicht klassifiziert» zu erfassen und **nicht** der Code T43.2 «Vergiftung durch psychotrope Substanzen, anderenorts nicht klassifiziert, sonstige und nicht näher bezeichnete Antidepressiva».

0835 01.07.2019 Erfassung der Dauer der Behandlung mit einem herzkreislauf- und lungenunterstützenden System

Die Dauer der Behandlung mit einem herzkreislauf- und lungenunterstützenden System ist mit dem entsprechenden spezifischen Code des Systems zu erfassen.

Dauer der Behandlung mit:

- A: Einer intraaortalen Ballonpumpe (IABP) → 37.69.1-
- B: Einem herzkreislaufunterstützenden System, mit Pumpe, ohne Gasaustauschfunktion
 - Intravasal (inkl. intrakardial) → 37.69.2-
 - Extrakorporal, univentrikulär → 37.69.4-
 - Extrakorporal, biventrikulär → 37.69.5-
 - Intrakorporal, uni- und biventrikulär → 37.69.6-
- C: Einem herzkreislauf- und lungenunterstützenden System, mit Pumpe, mit CO₂-removal, extrakorporal, veno-venös → 37.69.7-
- D: Einem herzkreislauf- und lungenunterstützenden System, mit Pumpe, mit Oxygenator (inkl. CO₂-removal)
 - extrakorporal, veno-venös → 37.69.8-
 - extrakorporal, veno-arteriell oder veno-venoarteriell → 37.69.A-

Bei den Verfahren unter D (ECMO-Verfahren) ist zusätzlich folgendes zu beachten:

Falls während einem Aufenthalt das gleiche ECMO-Verfahren mehrfach durchgeführt wird:

- Wenn der Unterbruch zwischen den Verfahren > 24 Std. ist und mit einem Kanülenwechsel verbunden ist, dürfen die Behandlungsdauern einzeln abgebildet werden.
- Wenn der Unterbruch zwischen den Verfahren > 24 Std. ist und kein Kanülenwechsel erfolgte, sind die Behandlungsdauern zu addieren.
- Wenn der Unterbruch zwischen den Verfahren < 24 Std. ist, sind die Behandlungsdauern zu addieren.

(Bemerkung zum Kanülenwechsel: Der Kanülenwechsel ist mit dem Code 37.6E.11 «Wechsel der Kanüle eines herzkreislauf- und lungenunterstützenden Systems» zu erfassen.)

Falls verschiedene ECMO-Verfahren (D), während einem Aufenthalt durchgeführt werden:

- Ist für die Dauer der Behandlung nur ein Code abzubilden. Die Elementegruppe des längsten Verfahrens wird ausgewählt. Die Behandlungszeiten der jeweiligen Verfahren vom Typ «herzkreislauf- und lungenunterstützendes System, mit Pumpe, mit Gasaustauschfunktion» werden addiert. Der Code in der Elementegruppe des längsten Verfahrens wird entsprechend der Gesamtdauer gewählt.

- Die Implantation, das Entfernen des herzkreislauf- und lungenunterstützenden Systems, der Wechsel der Kanüle, der Ersatz von Teilkomponenten sind Fallspezifisch.
- E: Einem herzkreislauf- und lungenunterstützenden System, ohne Pumpe
 - Mit CO2-removal → 37.69.B-

Bei den Verfahren unter A, B, C und E sind bei einer Unterbrechung die Dauern des gleichen Verfahrens zu addieren. Jedes Verfahren ist separat abzubilden.

0836 01.01.2019 Dauer der Behandlung mit einem Herzkreislaufunterstützenden Systems

Bei Verwendung des ICD-10-GM Kodes Z95.80 «Vorhandensein eines herzunterstützenden Systems» ist zusätzlich die Dauer der Behandlung mit einem der CHOP-Kodes von folgenden Elementgruppen:

37.69.2- „Dauer der Behandlung mit einem herzkreislaufunterstützenden System, mit Pumpe, ohne Gasaustauschfunktion, intravasal (inkl. intrakardial)“

37.69.4- „Dauer der Behandlung mit einem herzkreislaufunterstützenden System, mit Pumpe, ohne Gasaustauschfunktion, extrakorporal, univentrikulär“

37.69.5- „Dauer der Behandlung mit einem herzkreislaufunterstützenden System, mit Pumpe, ohne Gasaustauschfunktion, extrakorporal, biventrikulär“

37.69.6- „Dauer der Behandlung mit einem herzkreislaufunterstützenden System, mit Pumpe, ohne Gasaustauschfunktion, intrakorporal, uni- und biventrikulär“

zu kodieren.

0837 01.01.2019 Bebeutelung Neugeborene

Die Bebeutelung bei Neugeborenen mit Adaptationsstörungen wird nicht kodiert. Es wird kein Kode aus 93.9F.1-«Mechanische Beatmung und Atmungsunterstützung Neugeborener und Säuglinge» abgebildet.

0838 01.01.2019 Rotatorenmanschette

Zur Rotatorenmanschette gehören die Sehnen folgender Muskeln:

Musculus infraspinatus

Musculus supraspinatus

Musculus subscapularis

Musculus teres minor

Nur die plastische Rekonstruktion dieser Sehnen kann zur plastischen Rekonstruktion der Rotatorenmanschette gezählt werden. Diese Präzisierung bezieht sich auf die Kodes 81.82.35 «Plastische Rekonstruktion der Rotatorenmanschette, arthroskopisch» und 81.82.45 «Plastische Rekonstruktion der Rotatorenmanschette, offen chirurgisch», die beide das Beachte «Die plastische Rekonstruktion der Rotatorenmanschette darf nur kodiert werden, wenn 2 oder mehr Sehnen rekonstruiert werden.» enthalten.

0840 01.01.2019 Geriatrische Akutrehabilitation, nach Anzahl Behandlungstage 93.89.9-

Folgende Präzisierung betrifft die Elementgruppe 93.89.9- «Geriatrische Akutrehabilitation, nach Anzahl Behandlungstage».

Wie definiert sich das Anstellungsverhältnis der fachärztlichen 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 befindenden Standorten innehaben.

0841 01.01.2019 Geschlechtsumwandlung

Die genannten «kodierte ebenso» unter der 3-stelligen Kategorie 64.5- «Operationen zur Geschlechtsumwandlung» sind nicht abschliessend. Bei jedem Eingriff in Zusammenhang mit einer Geschlechtsumwandlung sind die Kodes unter 64.5- zu kodieren.

0844 01.07.2018 93.57.13 / 93.57.14 Dauer VAC Verband

Die Behandlungstage von gleichzeitigen VAC Behandlungen an verschiedenen Lokalisationen werden nicht addiert, die Addition wird pro Lokalisation gemacht.

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.

~~0846 01.01.2018-30.06.2020 Erfassung eines CIRS Totalscore von null~~

Korrektur des Titels AA.21.11 «CIRS Totalscore 0-4» wurde unter Zusatzinformationen zur CHOP 2020 aufgenommen, da eine zusätzliche Korrektur des «Punkt 3, Erfassung» hinzugekommen ist

0848 01.01.2018 Kodierung der Assessments in der Rehabilitation

Werden für einen Rehabilitationsfall Codes der Kategorie AA.-«Messinstrumente für die Rehabilitation» erfasst, so sind die entsprechenden ICD-10-GM-Kodes ebenfalls zu erfassen. Genauer gesagt, sind hier folgende ICD-10-GM Kategorien gemeint: U50.- «Motorische Funktionseinschränkung» und U51.- «Kognitive Funktionseinschränkung».

0852 01.07.2017 Beachte zur Regel D07 Geplante Folgeeingriffe

Beachte bei einer Narbenrevision:

Eine Narbenrevision wird gemäss Regel S1201f «Plastische Chirurgie» und Regel D06c «Folgestände» Beispiel 2 kodiert. Die Hauptdiagnose Verbrennung (T20-T32) ist nur dann anzugeben, wenn es um die akute Behandlungsphase einer Verbrennung geht.

0853 01.07.2017 Transseptale Katheterpunktion

Wird bei 37.34.1- «Ablationsverfahren bei Tachyarrhythmien» eine transseptale Punktion gemacht, ist 37.90.21 «Katherteknische transseptale Punktion» zusätzlich zu kodieren.

0855 01.07.2017 54.98.- Peritonealdialyse

Ein Code 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.

0869 01.01.2016 Revisionseingriffe ohne Implantat-Wechsel

Werden bei Revisionseingriffen vorhandene Implantate explantiert (z.B. eine Aszitespumpe) und in gleicher Sitzung dieselben Implantate wieder eingebaut, dürfen keine Codes für eine Implantation oder Wechsel eines Implantats kodiert werden (z.B. Kode 54.99.80 *Einsetzen von Kathetern sowie automatischer, programmierbarer und wiederaufladbarer Pumpe zur kontinuierlichen Aszitesdrainage* ist nicht zu verwenden, sondern 54.99.81 *Revision ohne Ersatz von Kathetern sowie automatischer, programmierbarer und wiederaufladbarer Pumpe zur kontinuierlichen Aszitesdrainage* / 54.99.82 *Behebung einer mechanischen Obstruktion von Kathetern einer automatischen, programmierbaren und wiederaufladbaren Pumpe zur kontinuierlichen Aszitesdrainage*).

Die Beispiele sind beliebig erweiterbar auf Defibrillator, Pacemaker, Mammaprothese, usw.

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.

0896 01.07.2014 S06.72! Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma, mehr als 24 Stunden, mit Rückkehr zum vorher bestehenden Bewusstseinsgrad S06.73! Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma, mehr als 24 Stunden, ohne Rückkehr zum vorher bestehenden Bewusstseinsgrad

Bei einem Schädel-Hirn-Trauma mit anschliessendem künstlichem Koma >24 Stunden werden obengenannte Codes abgebildet.

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

Die Arteria subclavia ist keine präzerebrale Arterie. Interventionen an dieser werden nicht mit 39.76 *Perkutane transluminale endovaskuläre Intervention an präzerebralem Gefäss* oder 00.64 *Perkutanes Einsetzen von Stent an sonstigen präzerebralen Arterien* abgebildet.

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.

0939 01.01.2013 Kodierung von Spannungsblasen

Spannungsblasen sind ein Begriff aus dem Volksmund und keine dermatologische kodierbare Diagnose.

Diese Hautmanifestation muss vom behandelnden Arzt einer spezifischen Hauterkrankung zugeordnet werden, damit sie kodiert werden kann.

Z.B. Auftreten im Rahmen einer postoperativen Phase sind am häufigsten einem S- Kode zuzuordnen.

Z.B. Blasen im Rahmen eines Dekubitalleidens sind eine äusserst kurzzeitige Manifestation im Übergang zu einer Erosion oder einem Dekubitus.

Zur Kodierung eines *L89.- Dekubitalgeschwür und Druckzone* muss die Pathogenese vom Arzt bestätigt werden.

0941 01.12.2012 ABO / ABO 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.

0944 01.11.2012 Zystadenom Ovar

Das Zystadenom Ovar muss mit *C56 Bösartige Neubildung des Ovars* oder *D27 Gutartige Neubildung des Ovars* gemäss präziser Histologie kodiert werden (der alphabetische Index gibt den Hinweis auf *C56*).

0952 01.10.2012 S06.- Schädelhirntrauma (SHT)

Wenn ein Schädelhirntrauma (alphabetischer Index *S06.9 Intrakranielle Verletzung, nicht näher bezeichnet*) ohne nachgewiesene intrakranielle Verletzung vorliegt, wird es nicht mit *S06.9* abgebildet, sondern mit *S06.0 Gehirnerschütterung*.

0955 01.09.2012 Osteophytenresektion bei Arthrodesen

Die Osteophytenresektion ist bei einer Arthrodesen-Operation immer inkludiert (Fachgesellschaft Orthopädie).

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»).

Herausgeber:	Bundesamt für Statistik (BFS)
Auskunft:	Kodierungssekretariat: codeinfo@bfs.admin.ch
Redaktion:	Bereich Medizinische Klassifikationen
Reihe:	Statistik der Schweiz
Themenbereich:	14 Gesundheit
Originaltext:	Deutsch
Übersetzung:	Sprachdienste BFS
Copyright:	BFS, Neuchâtel 2020 Wiedergabe unter Angabe der Quelle für nichtkommerzielle Nutzung gestattet
Preis:	Gratis
Download:	www.statistik.ch (gratis)