



# Rundschreiben für Kodiererinnen und Kodierer: 2020 / Nr. 1

## 1. Allgemeines

### 1.1. Gültige Kodierungsinstrumente

Ab 1. Januar 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
- 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

Die Instrumente zur medizinischen Kodierung finden Sie unter [www.bfs.admin.ch](http://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

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

#### 1.1.2 Rundschreiben und Anhang

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

Die Publikationszeitpunkte der Rundschreiben und deren Anhang sind:

- Rundschreiben für Kodierer und Kodiererinnen, 2020 / Nr. 1 (Publikation Ende Dezember 2019): anzuwenden bei Fällen mit Austrittsdatum ab 1. Januar 2020.

- Rundschreiben für Kodierer und Kodiererinnen, 2020 / Nr. 2 (Publikation Ende Juni 2020): anzuwenden bei Fällen mit Austrittsdatum ab 1. Juli 2020.

## 1.2. Anfragen zur Kodierung

### 1.2.1. Vorgehen

Es werden nur Kodierungsanfragen behandelt, welche in der Beilage **alle notwendigen klinischen Unterlagen zur Fallbeurteilung in anonymisierter Form** (Austrittsbericht, Operationsbericht, Kodierung) enthalten; sie sind an [Code-Info@bfs.admin.ch](mailto:Code-Info@bfs.admin.ch) zu senden.

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

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

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

### 1.2.2. Anonymisierung

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

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

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

## 2. Zusatzinformationen zum Kodierungshandbuch 2020

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

### 2.1. P06i Mehrfach durchgeführte Prozeduren: Präzisierung zu Erythrozyten- und Thrombozytenkonzentraten

Betrifft alle Sprachversionen.

Bei der Kodierungsrichtlinie P06i «Mehrfach durchgeführte Prozeduren» ist folgender Absatz zu ergänzen.

#### **P06i Mehrfach durchgeführte Prozeduren**

[...]

- Der CHOP-Kode beinhaltet eine Angabe betr. Anzahl Behandlungen, Dauer, Mengen, usw.: hier wird der Code nur einmal pro Aufenthalt/Fall abgebildet, mit der Gesamtmenge/Gesamtanzahl und Datum der ersten Prozedur (z.B. Transfusionen, Komplexbehandlungen, Coils (1× den Code für die Gesamtanzahl aller intrakraniellen, extrakraniellen und spinalen Coils, 1× den Code für die Gesamtanzahl aller peripheren Coils), Stents, NEMS/SAPS).  
Das gleiche gilt für Medikamente der Liste der erfassbaren Medikamente/Substanzen (ATC Liste) (nur die verabreichte Menge ist zu erfassen).  
*Bei den Erythrozyten- und Thrombozytenkonzentraten sind ebenfalls nur die dem Patienten verabreichten Mengen zu erfassen. Bestellte, dann aber verworfene Mengen, werden nicht gezählt. Es sind die Definitionen der Blutspende SRK Schweiz (siehe Beachte unter den CHOP-Kodes 99.04.- «Transfusion von Erythrozytenkonzentraten» und 99.05.- «Transfusion von Thrombozyten») für die Transfusions-Einheiten für Erwachsene und Kinder zu beachten. Die Mindestvolumina sind bei Babys bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres nicht zu berücksichtigen (siehe Beachte*

unter den entsprechenden CHOP-Kodes). Ergibt die Summe der verabreichten Konzentrate **pro Transfusion**, bei Kindern und Erwachsenen, keine ganze Zahl wird abgerundet. Wurden z.B. 5.6 Erythrozytenkonzentrate verabreicht, so ist der Kode mit der Angabe von 1 TE bis 5 TE zu erfassen.

**Beispiel:**

Einem Patienten werden am 2. Tag der Hospitalisation 3.8 und am 4 Tag 2.7 Erythrozytenkonzentrate verabreicht. Insgesamt werden somit 6.5 Konzentrate verabreicht, verrechnet werden können nur vollständig verabreichte Konzentrate, 3 und 2 = 5. Der Kode 99.04.10 «Transfusion von Erythrozytenkonzentrat, 1 TE bis 5 TE» kommt zur Anwendung.

[...]

## 2.2. S0102i Sepsis – Anpassungen in der Tabelle zum SOFA-Score

Betrifft alle Sprachversionen.

Die Tabelle zum «Sequential (Sepsis-related) Organ Failure Assessment Score» unter der Kodierungsrichtlinie S0102i «Sepsis» ist wie folgt anzupassen:

Sequential (Sepsis-related) Organ Failure Assessment Score <sup>a</sup>					
	Score				
ORGANSYSTEM	0	1	2	3	4
<b>Atmung<sup>d</sup></b>					
PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> , mmHg (kPa)	≥ 400 (≥ 53.3)	< 400 (< 53.3)	< 300 (< 40)	< 200 (< 26.7) mit respiratorischer Unterstützung <sup>e</sup>	< 100 (< 13.3) mit respiratorischer Unterstützung <sup>e</sup> oder extrakorporellen Devices <sup>g</sup>
<b>Gerinnung</b>					
Thrombozyten, x10 <sup>3</sup> /µl	≥ 150	< 150	< 100	< 50	< 20
<b>Leber</b>					
Bilirubin, mg/dl (µmol/l)	< 1.2 (< 20)	1.2 – 1.9 (20 – 32)	2.0 – 5.9 (33 – 101)	6.0 – 11.9 (102 – 204)	> 12.0 (204)
<b>Kardiovaskulär</b>					
Mittlerer arterieller Blutdruck	MAP ≥ 70mmHg	MAP < 70mmHg	Dopamin < 5 oder Dobutamin (jede Dosis) <sup>b</sup>	Dopamin 5.1 – 15 oder Adrenalin ≤ 0.1 oder Noradrenalin ≤ 0.1 <sup>b</sup>	Dopamin > 15 oder Adrenalin > 0.1 oder Noradrenalin > 0.1 <sup>b</sup> oder mechanische Kreislaufunterstützung <sup>f</sup>
<b>Zentrales Nervensystem</b>					
Glasgow Coma Scale <sup>c</sup>	15	13 – 14	10 – 12	6 – 9	< 6
<b>Renal</b>					
Kreatinin, mg/dl (µmol/l) oder Urinausscheidung, ml/d	< 1.2 (< 110)	1.2 – 1.9 (110 – 170)	2.0 – 3.4 (171 – 299)	3.5 – 4.9 (300 – 440)	> 5.0 (> 440) < 200 oder akutes Nierenersatzverfahren

a Adaptiert von Vincent et al<sup>27</sup>  
b verabreichte Katecholamin-Dosen in µg/kg/min für mindestens eine Stunde  
c ~~Glasgow coma Scale Score reicht von 3 – 15~~ Bei sedierten oder intubierten Patienten wird der Score angegeben, den der Patient vermutlich ohne Sedation hätte («angenommener GCS» bzw., «letzter bekannter GCS»)  
d Eine arterielle Blutgasanalyse ist für die Bestimmung des SOFA-Scores betreffend Funktion des Respirationstraktes zwingend. Bei nicht beatmeten Patienten gilt folgende Annahme für FiO<sub>2</sub> : Bei O<sub>2</sub> nasal: 0.3, Maske: 0.4, Maske mit Reservoir: 0.6.  
e Nicht invasive Beatmung und High-Flow-Therapie werden im SOFA-Kontext als «respiratorische Unterstützung» gewertet.  
f jede Form akuter mechanischer Kreislaufunterstützung, insbes. IABP, Herzpumpen, vaECMO, vvaECMO  
g extrakorporelle Geräte zur Unterstützung der Oxygenation und/oder CO<sub>2</sub>-Elimination  
27 Vincent JL, Moreno R, Takala J, et al; Working Group on Sepsis-Related Problems of the European Society of Intensive Care Medicine. The SOFA (Sepsis-related Organ Failure assessment) score to describe organ dysfunction/failure. Intensive Care Med. 1996;22(7):707 – 710.

## 2.3. S0102i Sepsis – Korrektur Beispiel

Betrifft alle Sprachversionen.

Unter der Kodierungsrichtlinie S0102i «Sepsis» im Abschnitt «Beispiele zur Kodierung» ist das Beispiel 2 wie folgt zu korrigieren:

[...]

### Beispiel 2

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

*Verlauf: Aggravierung der chronischen Niereninsuffizienz mit Kreatininwert von 140 µmol/l und Abnahme der GFR auf 25 ml/min (Baseline-Kreatinin ~~110~~ 100 µmol/l; GFR 40 ml/min).*

*Laborchemisch zeigte sich [...]*

## 3. Zusatzinformationen zur CHOP 2020

Legende: Neuerungen in grün, Löschungen in rot

### 3.1. Korrekturen in der Einleitung

Betrifft nur die deutsche Sprachversion.

In der Einleitung des systematischen Verzeichnisses der CHOP 2020 sind folgende Korrekturen vorzunehmen.

#### Kap. 1 Operationen am Nervensystem (01–05)

Neurostimulation

[...]

Zur Differenzierung der omnidirektionalen von den bidirektionalen Neurostimulatoren mit Mehrelektrodensystem wurde der Code ~~0.297.13~~ 02.97.13 gestrichen und zwei neue Codes gebildet, 02.97.14 «Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur ~~zentralen~~ intrakraniellen Neurostimulation, Mehrelektrodensystem, wiederaufladbar, omnidirektional» und 02.97.15 «bidirektional».

[...]

#### Kap. 15 Operationen am Integument (85–86)

Operationen an der Mamma

Die Kategorie 85.- «Operationen an der Mamma» wurde komplett revidiert.

Der Titel der 3-stelligen Kategorie ~~81.0~~ 85.0- wurde erweitert von «Inzision an der Mamma (Haut)» auf «Inzision und Punktion an der Mamma (Haut)».

#### Kap. 15 Operationen am Integument )85-86)

Operationen an der Mamma

[...]

Die letzte 3-stellige Kategorie 85.K- fasst die «plastischen Operationen an der Mamma». Die drei Subkategorien 85.K3 «Plastische Rekonstruktion an der Mamma mit freien Haut-Muskel-Lappen mit mikrovaskulärer Anastomosierung», 85.K4 «Plastische Rekonstruktion der Mamma mit freiem Haut-Fett-Lappen mit mikrovaskulärer Anastomosierung» und ~~85.K6~~ 85.K5 «Mammoplastik mit gestieltem Haut-Muskel-Transplantat (myokutaner Lappen)» führen zu einer strukturierteren Repräsentation im Vergleich zur Vorversion. Das Exklusivum «Kode weglassen - Falls ein DIEP mit einem mikrovaskulären MiniTRAM durchgeführt wird - Mammoplastik mit Deep inferior epigastric perforator flap (DIEP) (85.K4.11)» unter 85.K3.11 «Mammoplastik mit freiem Haut-Muskel-Transplantat» klärt die Kodierung des MiniTRAM ab.

Neu aufgenommen wurde ebenfalls die 3-stellige Kategorie 85.K6.- «Revision von Haut-Muskel- und Haut-Fett-Lappenplastiken an der Mamma».

## Kap. 16 Verschiedene diagnostische und therapeutische Massnahmen (87–99)

### Transkranielle Magnetstimulation

Die Subkategorie 89.1B.- «Transkranielle Magnetstimulation» wurde aufgenommen und gegliedert in eine Elementengruppe für die Restklassen und einer Elementengruppe 89.1B.1- «Navigierte transkranielle Magnetstimulation (nTMS) zur Identifizierung von Hirnarealen». Unter der Elementengruppe 89.1B.1- wurden die Codes .11 «Hirnarealen für die Motorik», .12 «Hirnarealen für die Sprache» und .19 «Hirnareale, sonstige» gebildet. Exklusiva (als Verweis auf den 89.1B.-) wurden unter 01.18.- «Sonstige diagnostische Massnahmen an Gehirn und Hirnhäuten» und unter ~~89.1-88.91~~ «Kernspintomographie von Gehirn und Hirnstamm» aufgenommen.

[...]

## 3.2. Intrakranielle Neurostimulation – zentrale Neurostimulation

Betrifft alle Sprachversionen.

Der Begriff «zentrale Neurostimulation» ist durch «intrakranielle Neurostimulation<sup>2</sup> zu ersetzen.

### 02.93 Eingriffe an oder mit Elektrode(n) zur **zentralen** intrakraniellen Neurostimulation

#### 02.93.00 Eingriffe an oder mit Elektrode(n) zur **zentralen** intrakraniellen Neurostimulation, n.n.bez.

#### 02.93.09 Eingriffe an oder mit Elektrode(n) zur **zentralen** intrakraniellen Neurostimulation, sonstige

#### 02.93.3 Implantation oder Wechsel der Elektroden zur **zentralen** intrakraniellen Neurostimulation

Kod. eb.: Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur **zentralen** intrakraniellen Neurostimulation (02.97.1-)

#### 02.93.30 Implantation oder Wechsel der Elektroden zur **zentralen** intrakraniellen Neurostimulation, n.n.bez.

#### 02.93.39 Implantation oder Wechsel der Elektroden zur **zentralen** intrakraniellen Neurostimulation, sonstige

#### 02.93.4 Revision ohne Ersatz der Elektroden zur **zentralen** intrakraniellen Neurostimulation

Kod. eb.: Revision ohne Ersatz eines Neurostimulators zur **zentralen** intrakraniellen Neurostimulation (02.97.2-)

#### 02.93.40 Revision ohne Ersatz der Elektroden zur **zentralen** intrakraniellen Neurostimulation, n.n.bez.

#### 02.93.41 Revision ohne Ersatz der Elektroden zur **zentralen** intrakraniellen Neurostimulation, stereotaktisch, permanentes Einzelelektrodensystem zur Dauerstimulation

#### 02.93.42 Revision ohne Ersatz der Elektroden zur **zentralen** intrakraniellen Neurostimulation, stereotaktisch, permanentes Mehrelektrodensystem zur Dauerstimulation

#### 02.93.49 Revision ohne Ersatz der Elektroden zur **zentralen** intrakraniellen Neurostimulation, sonstige

#### 02.93.5 Entfernen der Elektroden zur **zentralen** intrakraniellen Neurostimulation

#### 02.93.51 Entfernen der Elektroden zur **zentralen** intrakraniellen Neurostimulation

Kod. eb.: Entfernen eines Neurostimulators zur **zentralen** intrakraniellen Neurostimulation (02.97.3-)

Exkl.: Kode weglassen - Implantation oder Wechsel der Elektroden zur **zentralen** intrakraniellen Neurostimulation (02.93.3-)

### 02.97 Eingriffe an oder mit einem Neurostimulator zur **zentralen** intrakraniellen Neurostimulation

- 02.97.00 Eingriffe an oder mit einem Neurostimulator zur **zentralen** intrakraniellen Neurostimulation, n.n.bez.
- 02.97.09 Eingriffe an oder mit einem Neurostimulator zur **zentralen** intrakraniellen Neurostimulation, sonstige
- 02.97.1 Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur **zentralen** intrakraniellen Neurostimulation  
Kod. eb.: Implantation oder Wechsel der Elektroden zur **zentralen** intrakraniellen Neurostimulation (02.93.3-)
- 02.97.10 Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur **zentralen** intrakraniellen Neurostimulation, n.n.bez.
- 02.97.11 Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur **zentralen** intrakraniellen Neurostimulation, Einzel-  
elektrodensystem, nicht wiederaufladbar
- 02.97.12 Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur **zentralen** intrakraniellen Neurostimulation, Mehr-  
elektrodensystem, nicht wiederaufladbar
- 02.97.14 Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur **zentralen** intrakraniellen Neurostimulation, Mehr-  
elektrodensystem, wiederaufladbar, omnidirektional
- 02.97.15 Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur **zentralen** intrakraniellen Neurostimulation, Mehr-  
elektrodensystem, wiederaufladbar, bidirektional
- 02.97.19 Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur **zentralen** intrakraniellen Neurostimulation, sonstige
- 02.97.2 Revision ohne Ersatz eines Neurostimulators zur **zentralen** intrakraniellen Neurostimulation  
Kod. eb.: Revision ohne Ersatz der Elektroden zur **zentralen** intrakraniellen Neurostimulation (02.93.4-)
- 02.97.21 Revision ohne Ersatz eines Neurostimulators zur **zentralen** intrakraniellen Neurostimulation
- 02.97.3 Entfernen eines Neurostimulators zur **zentralen** intrakraniellen Neurostimulation  
Kod. eb.: Entfernen der Elektroden zur **zentralen** intrakraniellen Neurostimulation (02.93.5-)  
Exkl.: Kode weglassen - Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur **zentralen** intrakraniellen Neu-  
rostimulation (02.97.1-)
- 02.97.31 Entfernen eines Neurostimulators zur **zentralen** intrakraniellen Neurostimulation
- 02.9A Eingriffe an oder mit Neurostimulatoren mit integrierten Elektroden zur **zentralen** intrakraniellen Neurostimulation
- 02.9A.00 Eingriffe an oder mit Neurostimulatoren mit integrierten Elektroden zur **zentralen** intrakraniellen Neurostimulation, n.n.bez.
- 02.9A.09 Eingriffe an oder mit Neurostimulatoren mit integrierten Elektroden zur **zentralen** intrakraniellen Neurostimulation, sonstige
- 02.9A.1 Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators mit integrierten Elektroden zur **zentralen** intrakraniellen Neurostimulation
- 02.9A.2 Revision ohne Ersatz eines Neurostimulators mit integrierten Elektroden zur **zentralen** intrakraniellen Neurostimulation

**02.9A.3 Entfernen eines Neurostimulators mit integrierten Elektroden zur zentralen intrakraniellen Neurostimulation**  
Exkl.: Kode weglassen - Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators mit integrierten Elektroden zur zentralen intrakraniellen Neurostimulation (02.9A.1-)

### **3.3. 04.93.- «Entfernen der Elektrode(n) eines peripheren Neurostimulators»**

Betrifft nur die französische Sprachversion. Siehe Circulaire 2020/n° 1.

### **3.4. 44.95.3- Endoscopic Sleeve Gastroplasty**

Betrifft nur die französische und italienische Sprachversionen. Siehe Circulaire 2020/n° 1 und Circolare 2020/n. 1.

### **3.5. 7A.63.- «Wirbelkörperersatz»**

Betrifft alle Sprachversionen.

Folgendes Beachte unter der Subkategorie 7A.63.- «Wirbelkörperersatz» ist zu löschen.

#### **7A.63 Wirbelkörperersatz**

~~Beachte: Die Wirbelkörperersatzprothese ersetzt eine Gelenkfläche.~~

### **3.6. 7A.65.- «Interkorporelle Implantate»**

Betrifft nur die französische Sprachversion. Siehe Circulaire 2020/n° 1.

### **3.7. 85.6 «Mastopexie»**

Betrifft nur die französische Sprachversion. Siehe Circulaire 2020/n° 1.

### **3.8. 85.E2 «Prothesenimplantation an der Mamma, zur sekundären Rekonstruktion»**

Betrifft nur die französische Sprachversion. Siehe Circulaire 2020/n° 1.

### **3.9. 85.H1 « Autologe Vollhauttransplantation an die Mamma», 85H2 « Autologe Spalthauttransplantation an die Mamma»**

Betrifft nur die französische und italienische Sprachversionen. Siehe Circulaire 2020/n° 1 und Circolare 2020/n. 1.

### **3.10. 89.19.1- und 89.19.2- Video-EEG-Intensivdiagnostik**

Betrifft nur die deutsche Sprachversion.

Der Link der «Mindestmerkmale Punkt 0, Referenzdokument» unter 89.19.1- und 89.19.2- ist wie folgt zu korrigieren:

#### **89.19.1 Nicht-invasive Video-EEG-Intensivdiagnostik, nach Aufzeichnungsdauer**

Beachte:

Mindestmerkmal Punkt 0, Referenzdokument: Für die Durchführung gelten die Qualitätsstandards der Arbeitsgemeinschaft für präoperative Epilepsiediagnostik und operative Epilepsitherapie. Das Dokument «Qualitätsleitlinien auf dem Gebiet der prächirurgischen Epilepsiediagnostik und operativen Epilepsitherapie, 1. Neufassung» steht unter folgendem Link zur Verfügung: [https://www.epi.ch/page.php?pages\\_id=659&language=de](https://www.epi.ch/page.php?pages_id=659&language=de).

~~[https://www.epi.ch/page.php?pages\\_id=659&language=de](https://www.epi.ch/page.php?pages_id=659&language=de)~~

<https://www.epi.ch/ueber-epilepsie/fuer-fachpersonen/empfehlungen/>

### 89.19.2 Invasive Video-EEG-Intensivdiagnostik

Beachte:

Mindestmerkmal Punkt 0, Referenzdokument: Für die Durchführung gelten die Qualitätsstandards der Arbeitsgemeinschaft für präoperative Epilepsiediagnostik und operative Epilepsitherapie. Das Dokument «Qualitätsleitlinien auf dem Gebiet der prächirurgischen Epilepsiediagnostik und operativen Epilepsitherapie, 1. Neufassung» steht unter folgendem Link zur Verfügung: [https://www.epi.ch/page.php?pages\\_id=659&language=de](https://www.epi.ch/page.php?pages_id=659&language=de)  
<https://www.epi.ch/ueber-epilepsie/fuer-fachpersonen/empfehlungen/>

### 3.11. 93.89.1- Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation

Betrifft die deutsche und französische Sprachversionen.

Die Version des Referenzdokumentes ist wie folgt zu ändern:

#### 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>.

### 3.12. 94.3A.2- Integrierte klinisch-psychosomatische Komplexbehandlung

Betrifft alle Sprachversionen.

Der Absatz 4 des «Mindestmerkmal Punkt 2» der Elementegruppe 94.3A.2- «Integrierte klinisch-psychosomatische Komplexbehandlung, nach Anzahl Behandlungstage» ist wie folgt anzupassen.

#### 94.3A.2 Integrierte klinisch-psychosomatische Komplexbehandlung, nach Anzahl Behandlungstage

Beachte:

Mindestmerkmal Punkt 2, Therapie:

1. Psychotherapie:

Pro Woche mindestens 5 TE ärztliche oder psychologische Psychotherapie im Einzel- und Gruppensetting. Dabei entspricht eine TE mind. 25 Min. Einzeltherapie oder mind. 50 Min. Gruppentherapie.

2. Psychosomatische Diagnostik und Therapie:

mindestens wöchentliche Visite durch ins Behandlungsteam integrierten somatischen Arzt (Allg. Innere Medizin),

3. Pflege:

Pflegerische Begleitung durch dipl. Pflegepersonal im Bezugspersonensystem.

4. Spezialtherapien:

Einsatz ergänzender spezialtherapeutischer Techniken aus **einem oder mehreren der folgenden den Bereichen durch entsprechend ausgebildete Fachpersonen**: - Bewegungs- und Körpertherapien inklusive Physiotherapie, - Kunsttherapie, - Ergotherapie, - Edukative und Beratungsangebote ~~durch entsprechend ausgebildete Fachpersonen~~. Mindestens 180 Min. pro Woche.

### 3.13. 94.A1.- HoNOS und 94.A2.- HoNOSCA

Betrifft alle Sprachversionen.



Die Versionen der Referenzdokumente für die Subkategorien 94.A1.- «HoNOS» und 94.A2.- «HoNOSCA» wurden wie folgt aktualisiert:

#### **94.A1 HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales)**

Beachte:

Mindestmerkmal Punkt 0, Referenzdokument:

Vorgaben zur Erfassung des HoNOS für die Tarifstruktur TARPSY : Skala, Glossar und Ratingkonventionen.

Version ~~1.1 / 02.11.2016~~ 1.2 / 29.11.2019 unter <https://www.swissdrg.org/de/psychiatrie/datenerhebung/medizinische-statistik>

Bei alterspsychiatrischen Patienten gilt: «Vorgaben zur Erfassung des HoNOS 65+ für die Tarifstruktur TARPSY: Skala, Glossar und Ratingkonventionen. Version ~~30.11.2018~~ 1.2 / 29.11.2019» unter <https://www.swissdrg.org/de/psychiatrie/datenerhebung/medizinische-statistik>

#### **94.A2 HoNOSCA (Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents)**

Beachte:

Mindestmerkmal Punkt 0, Referenzdokument:

Vorgaben zur Erfassung des HoNOSCA für die Tarifstruktur TARPSY : Skala, Glossar und Ratingkonventionen.

Version ~~1.1 / 02.11.2016~~ 1.2 / 29.11.2019 unter <https://www.swissdrg.org/de/psychiatrie/datenerhebung/medizinische-statistik>

### **3.14. 99.B3.- Komplexbehandlung bei schwerbehandelbarer Epilepsie**

Betrifft nur die französische Sprachversion. Siehe Circulaire 2020/n° 1.

### **3.15. 99.B7.- Intensivmedizinische Komplexbehandlung**

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~~ sind im Dokument «Minimaler Datensatz der SGI MDSi, V. 28d\_2018 (22.02.19)» enthalten und abrufbar unter folgendem Link: [www.sgi-ssmi.ch](http://www.sgi-ssmi.ch) -> Resorts -> Qualitätsmanagement -> Datensatz (MDSi)

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

### 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~~ sind im Dokument «Minimaler Datensatz der SGI MDSi, V. 28d\_2018 (22.02.19)» enthalten und abrufbar unter folgendem Link: [www.sgi-ssmi.ch](http://www.sgi-ssmi.ch) -> Resorts -> Qualitätsmanagement -> Datensatz (MDSi) ~~Minimaldatensatz der SGI (MDSi)~~,

- Spezielle intensivmedizinische Prozeduren, wie Transfusion von Plasma und Plasmabestandteilen, Plasmapherese und Immunadsorption, Massnahmen im Rahmen der Reanimation u.a. sind gesondert zu kodieren. Dieser Kode gilt für 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~~ sind im Dokument «Minimaler Datensatz der SGI MDSi, V. 28d\_2018 (22.02.19)» enthalten und abrufbar unter folgendem Link: [www.sgi-ssmi.ch](http://www.sgi-ssmi.ch) -> Resorts -> Qualitätsmanagement -> Datensatz (MDSi) ~~Minimaldatensatz der SGI (MDSi)~~,

- 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.

## 3.16. 99.B8.1- und 99.B8.2- Komplexbehandlungen in einer Intermediate-Care Unit (IMCU)

Betrifft alle Sprachversionen.

Die Version der Referenzdokumente, sowie der Link auf die Referenzdokumente sind wie folgt anzupassen.

### 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) (Mai 2013)» ist unter folgendem Link abrufbar: [http://www.sgim.ch/files/Fortbildung/IMC\\_Richtlinien\\_291112\\_D\\_09.pdf](http://www.sgim.ch/files/Fortbildung/IMC_Richtlinien_291112_D_09.pdf). Das Dokument ist auch auf den Internetseiten der weiteren beteiligten Fachgesellschaften zugänglich.

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 im Dokument «Minimaler Datensatz der SGI MDSi, V. 28d\_2018 (22.02.19)» enthalten und abrufbar unter folgendem Link: [www.sgi-ssmi.ch](http://www.sgi-ssmi.ch) -> Qualität -> Minimaler Datensatz der SGI (MDSi) Resorts -> Qualitätsmanagement -> Datensatz (MDSi).

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 (postanaesthetia care unit).

### 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) (Mai 2013)» ist unter folgendem Link abrufbar: [http://www.sgim.ch/files/Fortbildung/IMC\\_Richtlinien\\_291112\\_D\\_09.pdf](http://www.sgim.ch/files/Fortbildung/IMC_Richtlinien_291112_D_09.pdf). Das Dokument ist auch auf den Internetseiten der weiteren beteiligten Fachgesellschaften zugänglich.

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 Sterbenswahrscheinlichkeit gemäss PIM 2 + Summe von NEMS. PIM 2 wird einmal in den ersten 24 Stunden des Aufenthaltes in der IMCU erhoben. NEMS wird einmal pro Pflegeschicht erhoben. Bei 8-Stunden Schichten wird NEMS einfach aufsummiert, bei 12-Stunden Schichten wird die jeweils erhobene Punktzahl für NEMS mit 1.5 multipliziert. Die genauen Definitionen von PIM 2 (pediatric index of mortality) und NEMS (nine equivalent of nursing manpower use score) finden sich im Dokument «Minimaler Datensatz der SGI MDSi, V. 28d\_2018 (22.02.19)» abrufbar unter folgendem Link: [www.sgi-ssmi.ch](http://www.sgi-ssmi.ch) -> Qualität -> Minimaler Datensatz der SGI (MDSi) Resorts -> Qualitätsmanagement -> Datensatz (MDSi). Spezielle Prozeduren, wie Transfusion von Plasma und Plasmabestandteilen, Plasmapherese

rese 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 codiert werden.

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

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

Betrifft alle Sprachversionen.

Die Level IIB Neonatal Intermediate Care Unit ist in den Mindestmerkmalen unter 99.B8.3- zu ergänzen. Daneben wurde die Version der Referenzdokumente, sowie der Link auf die Referenzdokumente angepasst.

#### 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) (Mai 2013)» ist unter folgendem Link abrufbar: [http://www.sgim.ch/files/Fortbildung/IMC\\_Richtlinien\\_291112\\_D\\_09.pdf](http://www.sgim.ch/files/Fortbildung/IMC_Richtlinien_291112_D_09.pdf). Das Dokument ist auch auf den Internetseiten der weiteren beteiligten Fachgesellschaften zugänglich.

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. 28d\_2018 (22.02.19)» abrufbar unter folgendem Link: [www.sgi-ssmi.ch](http://www.sgi-ssmi.ch) Qualität -> Minimaler Datensatz der SGI (MDSi) -> Resorts -> Qualitätsmanagement -> Datensatz (MDSi).

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 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. Dieser Code gilt nicht für eine Behandlung in einer Notfallstation oder in einem Aufwachraum.

### 3.18. Anhang 99.C1.- Pflege-Komplexbehandlung

Betrifft nur die deutsche Sprachversion.

Unter der Leistungsgruppe 7 «Atmung» wurde die Spalte «Aufwandspunkte» pro Tag angepasst.

Nr	Leistungsgruppen/ Pflegeinterventionsprofile			Aufwandspunkte pro Tag
7	Leistungsgruppe 7: Atmung	Pflegeinterventionsprofil	Messkriterium / Mindestanforderung	
7.1		<p>Für Säuglinge, d.h. bis Ende des 1. Lebensjahr (0 bis &lt; 1 Jahr alt) gilt: Systematisches Trachealkanülenmanagement bestehend aus: – Reinigung Trachealkanüle, – Wechsel des Tubushaltebandes</p> <p>Für Patienten ab Beginn des 2. Lebensjahres (≥ 1 Jahre alt) gilt: Systematisches Trachealkanülenmanagement bestehend aus: – Innenkanülenwechsel mit – Reinigung Trachealkanüle, – Entblocken und blocken, Kontrolle Cuffdruck, – Verbandswechsel, – Wechsel des Tubushaltebandes</p>	<p>bis Ende des 1. Lebensjahr (0 bis &lt; 1 Jahr alt) gilt: mind. 2x/tägl.</p> <p>Ab Beginn des 2. Lebensjahres bis Ende des 16. Lebensjahres (≥ 1 bis &lt; 16 Jahre alt) gilt: mind. 2x/tägl.</p> <p>Ab Beginn des 17. Lebensjahres (≥ 16 Jahre alt) gilt: mind. 3x tägl.</p>	1
7.2	Deutlich erhöhter Pflegeaufwand für mindestens ein Pflegeinterventionsprofil der Leistungsgruppe 7	Sekretmobilisation/-entfernung durch Absaugen, Endotracheal, Mund-, Nasen- und Rachenraum	mind. 10x tägl. (Zeitaufwand ca. 10 Min./Absaugen)	1
7.3	Atmung gegenüber den routinemässig erbrachten Leistungen.	Inhalation bei beatmeten/tracheotomierten Patienten.	<p>Bis Ende des 16. Lebensjahres (&lt; 16 Jahre alt) gilt: mind. 2x tägl.</p> <p>Ab Beginn des 17. Lebensjahres (≥ 16 Jahre alt) gilt: mind. 4x tägl. (Zeitaufwand ca. 10 Min. / Inhalation)</p>	1
7.4		Sekretmobilisation durch maschinell unterstütztes Abhusten	<p>Bis Ende des 16. Lebensjahres (&lt; 16 Jahre alt) gilt: mind. 3x 15 Min. tägl.</p> <p>Ab Beginn des 17. Lebensjahres (≥ 16 Jahre alt) gilt: mind. 3x tägl. (Zeitaufwand ca. 15 Min. / Tätigkeit)</p>	1

## 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° 1 und Circolare 2020/n. 1.

### 4.2. Anreicherungen Wernicke-Enzephalopathie

Betrifft nur die französische und italienische Sprachversionen. Siehe Circulaire 2020/n° 1 und Circolare 2020/n. 1.

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

Betrifft nur die französische Sprachversionen. Siehe Circulaire 2020/n° 1.

### 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.

## 5. ANHANG

### 5.1. Informationen und Präzisierungen (ehemalig FAQ genannt)

Das aktuelle Rundschreiben enthält **alle**, ab 1. Januar 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.

#### **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**

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».

#### **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 Stammzellenentnahme 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 Zusatzcode 00.9C.- «Einzeitige Eingriffe an Hand oder Fuss»

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

Einzeitige Mehrfacheingriffe an der Hand - Beispiel						
		Eingriff		00.9C.1 Einzeitige Mehrfacheingriffe an Mittelhand- und Fingerstrahlen		
Fall	Beschreibung	Eingriffskode	Lateralität	Zusatzcode	Titel	Lateralität
Fall 1	Eingriff vom Typ A am Finger des 2. Strahls der linken Hand	Kode des Eingriffs vom Typ A	Einseitig Links	Kein Kode		
Fall 2	Eingriff vom Typ A am Finger des 2. Strahls der linken Hand	Kode des Eingriffs vom Typ A	Einseitig Links	Kein Kode		
	Eingriff vom Typ B am Finger des 3. Strahls der rechten Hand	Kode des Eingriffs vom Typ B	Einseitig Rechts			
Fall 3	Eingriff vom Typ A am Finger des 2. Strahls der linken Hand	Kode des Eingriffs vom Typ A	Einseitig Links	Kein Kode		
	Eingriff vom Typ B an der Mittelhand, 2. Strahl der linken Hand	Kode des Eingriffs vom Typ B	Einseitig Links			
Fall 4	Eingriff vom Typ A an Fingern des 2. und 3. Strahls der linken Hand	Kode des Eingriffs vom Typ A	Einseitig Links	00.9C.11	Einzeitige Mehrfacheingriffe an 2 Mittelhand- und Fingerstrahlen	Einseitig Links
	Eingriff vom Typ B am Finger, des 3. Strahls der linken Hand	Kode des Eingriffs vom Typ B	Einseitig Links	Kein Kode		
Fall 5	Eingriff vom Typ A an den Fingern der 2., 3. und 4. Strahlen der linken Hand	Kode des Eingriffs vom Typ A	Einseitig Links	00.9C.12	Einzeitige Mehrfacheingriffe an 3 Mittelhand- und Fingerstrahlen	Einseitig Links
Fall 6	Eingriff vom Typ A an den Fingern der 2., 3. und 4. Strahlen der linken Hand, sowie an den Fingern der 4. und 5. Strahlen der rechten Hand	Kode des Eingriffs vom Typ A	Beidseitig	00.9C.12	Einzeitige Mehrfacheingriffe an 3 Mittelhand- und Fingerstrahlen	Einseitig Links
				00.9C.11	Einzeitige Mehrfacheingriffe an 2 Mittelhand- und Fingerstrahlen	Einseitig Rechts



Fall 7	Eingriff vom Typ A am Finger des 2. Strahls der linken Hand	Kode des Eingriffs vom Typ A	Einseitig Links	Kein Kode		
	Eingriff vom Typ B am Mittelhandknochen des 3. Strahls der linken Hand	Kode des Eingriffs vom Typ B	Einseitig Links	Kein Kode		
	Eingriff vom Typ C an den Fingern des 3. und 4. Strahls der linken Hand	Kode des Eingriffs vom Typ C	Einseitig Links	00.9C.11	Einzeitige Mehrfacheingriffe an 2 Mittelhand- und Fingerstrahlen	Einseitig Links
Fall 8	Eingriff vom Typ A an den Fingern des 2. und 3. Strahls der linken Hand	Kode des Eingriffs vom Typ A	Einseitig Links	00.9C.11	Einzeitige Mehrfacheingriffe an 2 Mittelhand- und Fingerstrahlen	Einseitig Links
	Eingriff vom Typ B an den Fingern des 2. und 3. Strahls der linken 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		

#### 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](http://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:

Wöchentliche interprofessionelle Teambesprechung mit Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele.

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

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.

#### **~~0828 — 01.07.2019-31.12.2019 Zusatzkode 84.A1.-«Einzeitige Eingriffe an Hand oder Fuss»~~**

Da die Codes für «Einzeitige Eingriffe an Hand oder Fuss» verschoben wurden, wird diese Präzisierung ersetzt durch Nr. 0825.

#### **~~0829 — 01.07.2019-31.12.2019 Débridement ohne Exzision (86.2B.-) in Narkose~~**

Diese Präzisierung ist hinfällig, da neue Codes für das «Débridement ohne Exzision in Narkose» gebildet wurden:

86.2B.3- «Débridement von Wunde, Infektion oder Verbrennung, ohne Exzision, in lokaler Infiltrationsanästhesie, Regional- oder Allgemeinanästhesie, kleinflächig»

86.2B.4- «Débridement von Wunde, Infektion oder Verbrennung, ohne Exzision, in lokaler Infiltrationsanästhesie, Regional- oder Allgemeinanästhesie, grossflächig»

#### **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.

#### **~~0832 — 01.07.2019-31.12.2019 Alkoholabusus vs. Alkoholabhängigkeit - Wie wird ein dokumentierter Alkoholabusus kodiert?~~**

Diese Präzisierung wird ab dem 01.01.2020 ersetzt durch die Präzisierung 0823.

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

Um den Kode F10.3 erfassen zu können, sollte das klinische Bild des Patienten Entzugsereignisse nach Kode 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 Kode T43.8 «Vergiftung durch psychotrope Substanzen, anderenorts nicht klassifiziert, sonstige psychotrope Substanzen, anderenorts nicht klassifiziert» zu erfassen und **nicht** der Kode T43.2 «Vergiftung durch psychotrope Substanzen, anderenorts nicht klassifiziert, sonstige und nicht näher bezeichnete Antidepressiva».

**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 Kode 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 CO<sub>2</sub>-removal, extrakorporal, venovenös → 37.69.7-
- D: Einem herzkreislauf- und lungenunterstützenden System, mit Pumpe, mit Oxygenator (inkl. CO<sub>2</sub>-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 Kode 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 Kode 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 Kode 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 CO<sub>2</sub>-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.

#### ~~**0839 01.01.2019-31.12.2019 Erfassung der Aufwandspunkte der Pflege-Komplexbehandlung bei Überlieger**~~

~~Diese Präzisierung wird ersatzlos gestrichen.~~

#### **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 Schwerpunkträgers Geriatrie (FMH)?**

Der Schwerpunkträger 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 Kode «Subchondrale Knocheneröffnung am ...Gelenk mit Einbringen eines azellulären Implantats, arthroskopisch» oder mit dem Kode «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 Erfassung eines CIRS Totalscore von null**

Wird bei der Erhebung des Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) ein Totalscore von 0 erreicht, so ist dieser mit dem Kode AA.21.11 «CIRS, 1-4 Totalscore» abzubilden.

**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».

~~**0849 01.01.2018-31.12.2019 Informationen und Präzisierungen zur Palliative Care**~~

Aktualisierte Präzisierung siehe 0827.

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

~~**0856 01.07.2017-31.12.2019 Kodierung**~~

Da die Regel G10i angepasst wurde, wird diese Präzisierung auf den 01.01.2020 gelöscht.

**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.

~~**0891 01.01.2015 31.12.2019 Hüftimpingement**~~

Diese Präzisierung wird auf den 01.01.2020 gelöscht, auf Grund folgenden Anpassungen in der CHOP 2020.

Für die Pincer-Impingement-Korrektur wurden ergänzende Beschreibungen unter den Codes 81.40.16 und 81.40.17 (Knorpelglättung am Hüftgelenk, arthroskopisch oder offen chirurgisch) aufgenommen.

Für die Kodierung der Cam-Impingement-Korrektur wurden die neuen Codes 80.85.21 (Taillierung, Osteochondroplastik am Schenkelhals, arthroskopisch) oder 80.85.22 (offen chirurgisch) gebildet.

**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.

~~**0905 01.01.2014 31.12.2019 Geburt ausserhalb eines Spitals/Geburtshauses oder ausserhalb einer Behandlungseinheit des Spitals/Geburtshauses**~~

Diese Präzisierung wurde ins Kodierungshandbuch 2020 übernommen.

#### **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 1.12.2012 ABO / AB0 Suchbegriff**

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

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

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

#### **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](mailto:codeinfo@bfs.admin.ch)  
**Redaktion:** Bereich Medizinische Klassifikationen  
**Reihe:** Statistik der Schweiz  
**Themenbereich:** 14 Gesundheit  
**Originaltext:** Deutsch  
**Übersetzung:** Sprachdienste BFS  
**Copyright:** BFS, Neuchâtel 2019  
Wiedergabe unter Angabe der Quelle  
für nichtkommerzielle Nutzung gestattet  
**Preis:** Gratis  
**Download:** [www.statistik.ch](http://www.statistik.ch) (gratis)