



14 Gesundheit

# Rundschreiben für Kodiererinnen und Kodierer 2021 Nr. 2

29. Juni 2021

Neuchâtel, 2021

**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

**Layoutkonzept:** Sektion DIAM  
**Copyright:** BFS, Neuchâtel 2021  
Wiedergabe unter Angabe der Quelle  
für nichtkommerzielle Nutzung gestattet  
**Download:** [www.statistik.ch](http://www.statistik.ch)

# 1. Allgemeines

## 1.1. Gültige Kodierungsinstrumente

Ab 1. Juli 2021 gelten folgende Kodierungsinstrumente:

- Medizinisches Kodierungshandbuch: Der offizielle Leitfaden der Kodierrichtlinien in der Schweiz. Version 2021
- Rundschreiben für Kodierinnen und Kodierer: 2021 / Nr. 1 **mit Anhang**
- Rundschreiben für Kodierinnen und Kodierer: 2021 / Nr. 2 **mit Anhang**
- Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP): Systematisches Verzeichnis - Version 2021
- ICD-10-GM 2021 Systematisches Verzeichnis: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme: 10. Revision – German Modification
- ICD-10-GM 2021 Systematisches Verzeichnis, deutsche Version: Zusatzinformationen für den schweizerischen Kontext
- Letzte offizielle Kommunikation Kodierung COVID-19

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

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

Die 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 2021 Nr.1

### 1.1.2. Rundschreiben und Anhang

Keine Änderungen im Vergleich zum Rundschreiben 2021 Nr.1

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

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

Pfad: [www.swissdrg.org](http://www.swissdrg.org) → Akutsomatik/Psychiatrie/Rehabilitation → Abschnitt SwissDRG → Hinweis zur Leistungserfassung und Abrechnung

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

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

Pfad: [www.swissdrg.org](http://www.swissdrg.org) → Akutsomatik → Abschnitt SwissDRG System 10.0/2021 → Analogiekodierung

<https://www.swissdrg.org/de/akutsomatik/swissdrg-system-1002021/analogiekodierung>

Weitere Publikationen der SwissDRG AG sind unterjährig laufend zu beachten.

## 1.2. Anfragen zur Kodierung

### 1.2.1. Vorgehen

Keine Änderungen im Vergleich zum Rundschreiben 2021 Nr. 1

### 1.2.2. Anonymisierung

Für die Anonymisierung der Dokumente sind die folgenden Angaben zu entfernen, die Patientinnen und Patienten und/oder ihre Angehörigen betreffen:

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

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

## 2. Zusatzinformationen zum Kodierungshandbuch 2021

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

Die Zusatzinformationen zum Kodierungshandbuch 2021, aus dem Rundschreiben 2021 Nr.1, sind weiterhin gültig.

Zusätzliche neue Korrekturen sind hier aufgeführt:

### 2.1. Korrektur der Kodierregel S1505 - Austreibungsperiode

Betrifft nur die französische Sprachversion (s. circulaire 2021 n° 2)

### 2.2. S1909 – Korrektur der Kodierregel bezüglich Beispiel 4

Betrifft alle Sprachversionen

Im Beispiel 4 der Kodierregel S1909 j «Unerwünschte Nebenwirkungen von Arzneimitteln (bei Einnahme gemäss Verordnung)» ist der Hauptdiagnosekode zu ersetzen mit

~~HD 161.00 Nichttraumatische subdurale Blutung, Akut~~  
HD 162.00 Nichttraumatische subdurale Blutung, Akut

### 2.3. Kodierrichtlinien Rehabilitation – Korrektur Muskuloskelettale Rehabilitation

Betrifft alle Sprachversionen

In der Kodierung des Beispiels Nr. 5 «Muskuloskelettale Rehabilitation» ist der Kode

~~ND Z50.1 Sonstige Physiotherapie~~  
aufgrund nicht erfolgter Verlegung ersatzlos zu streichen.

### 2.4. Kodierregel D12 -Tabelle – Korrektur Kode

Betrifft alle Sprachversionen

In der Tabelle unter Kodierregel D12 j ist der Kode ~~K59.0 Sonstige funktionelle Darmstörung, Obstipation~~ zu ersetzen mit *K59.09 Sonstige und nicht näher bezeichnete Obstipation*

### 3. Zusatzinformationen zur CHOP 2021

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

Die Zusatzinformationen zur CHOP 2021 aus dem Rundschreiben 2021 Nr. 1 sind weiterhin gültig mit Ausnahme von:

3.12. 93.8B.- Spezialisierte Palliative Care - Anpassung der Mindestmerkmale

3.16. 99.B7.- und 99.B8.- IPS und IMCU - Neue Bezeichnung des Referenzdokumentes

#### 3.1. Coil-Embolisation und «Kodierte ebenso» auf überlange Coils

Betrifft alle Sprachversionen

Ein «Kodierte ebenso» für das «Einsetzen von endovaskulären **überlangen** Coils, nach Anzahl» ist unter folgenden Codes und der Elementegruppe aufzunehmen:

##### **39.72.11 Selektive Embolisation von intrakraniellen Gefässen mit Partikeln oder Coils**

Selektive Embolisation von intrakraniellen Gefässen mit Metallspiralen

Kod. eb.: Bei einer Coil-Embolisation: Eingesetzte endovaskuläre Coils in intrakranielle Gefässe, nach Anzahl (00.4A.8-)

**Einsetzen von endovaskulären überlangen Coils, nach Anzahl (00.4A.4-)**

[...]

##### **39.72.21 Selektive Embolisation von extrakraniellen Gefässen des Kopfes und des Halses mit Partikeln oder Coils**

Selektive Embolisation von extrakraniellen Gefässen des Kopfes und des Halses mit Metallspiralen

Kod. eb.: Eingesetzte endovaskuläre Coils in extrakranielle Gefässe an Kopf und Hals, nach Anzahl (00.4A.A-)

**Einsetzen von endovaskulären überlangen Coils, nach Anzahl (00.4A.4-)**

[...]

##### **39.79.2- Coil-Embolisation oder -Verschluss von sonstigen Gefässen**

Kod. eb.: Für alle folgenden Lokalisationen mit der Ausnahme von spinalen Gefässen: Eingesetzte endovaskuläre Coils in thorakale, abdominale und periphere Gefässe, nach Anzahl (00.4A.5-)

**Einsetzen von endovaskulären überlangen Coils, nach Anzahl (00.4A.4-)**

#### 3.2. Palliativmedizin und Pflege-Komplexbehandlung

Betrifft alle Sprachversionen

Unter der palliativmedizinischen Komplexbehandlung und der spezialisierten Palliative Care wird ein «Kodierte ebenso» auf die Pflege-Komplexbehandlung eingeführt.

##### **93.8A.2- Palliativmedizinische Komplexbehandlung, nach Anzahl Behandlungstage**

**Kod. eb.: Falls durchgeführt - Pflege-Komplexbehandlung (99.C-)**

[...]

Bei der Palliative Care wurden zusätzlich die Änderungen in den Mindestmerkmalen aus dem Rundschreiben 2021 Nr. 1 übernommen und neu die aktuelle Version des Referenzdokumentes aufgenommen.

**93.8B.– Spezialisierte Palliative Care**

Kod. eb.: Falls durchgeführt - Pflege-Komplexbehandlung (99.C-)

Beachte:

Mindestmerkmal Punkt 0, Referenzdokument und Zertifizierung:

Referenzdokument: Präzise Mindestkriterien der Struktur und entsprechende Ausnahmen sind dem Dokument «Referenzdokument für stationäre spezialisierte Palliative Care», Version ~~3.2~~ 3.3 gültig ab ~~01.07.2020~~ 01.01.2021, zu entnehmen. Link: <https://www.palliative.ch/de/fachbereich/aktuell/grundlagendokumente/>

Zertifizierung: Zur Erfassung von Kodes der Elementgruppen 93.8B.1- und 93.8B.2- muss die behandelnde Einheit das Qualitätslabel «Spezialisierte Palliative Care» haben. Die Institution ist «Mobil & Stationär - Spezialisierte Palliative Care» oder «Palliative Station - Spezialisierte Palliative Care» zertifiziert.

Mindestmerkmal Punkt 1, Indikation: Kontinuierliche, 24-stündige Behandlung auf einer eigenständigen Palliativeinheit (Station oder Klinik) durch ein multidisziplinäres/interprofessionelles, auf die besonders aufwendige und komplexe Palliativbehandlung spezialisiertes Team. Aktive, ganzheitliche Behandlung zur Symptomkontrolle und psychosozialen Stabilisierung von Patientinnen und Patienten mit einer ~~progredienten~~, fortgeschrittenen, ~~chronischen/unheilbaren~~ Erkrankung und/oder begrenzter Lebenserwartung. Vorausschauende und situationsbezogene Entscheidungsfindung mit allfälligem Einbezug von Spezialisten.

[...]

Mindestmerkmal Punkt 4, Behandlungsteam:

a) Teamzusammensetzung und Leitung: Multidisziplinäres/interprofessionelles, auf die besonders aufwendige und komplexe Palliativbehandlung spezialisiertes Team ~~unter der Leitung eines Facharztes mit spezifischer Weiterbildung in Palliativmedizin, mindestens 80 Stunden, oder~~ unter der Leitung ~~eines Facharztes mit Schwerpunkt Palliativmedizin einer Fachärztin, eines Facharztes mit Nachweis des abgeschlossenen Weiterbildungsganges Interdisziplinären Schwerpunkt Palliativmedizin~~. Die 24-stündige fachliche Behandlungsleitung kann durch Rufbereitschaft gewährleistet werden.

b) Pflege: Pflegerische Leitung mit Nachweis einer anerkannten Zusatzqualifikation für Palliative Care sowie mind. ~~6-monatiger~~ ~~zweijähriger~~ Erfahrung in der Behandlung von Palliativpatienten.

c) Multidisziplinäres Behandlungsteam, in dem neben Arzt und Pflege folgende Therapiebereiche verfügbar sind: Sozialarbeit/-pädagogik, Psychologie, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Ernährungsberatung/-therapie, Seelsorge, Kunsttherapie.

[...]

**3.3. 99.04.- und 99.05.- Korrektur der Version der Referenzdokumente**

Betrifft alle Sprachversionen

Die Angaben zu den Referenzdokumenten im «Beachte» der Subkategorien 99.04.- «Transfusion von Erythrozytenkonzentraten» und 99.05.- «Transfusion von Thrombozyten» sind wie folgt zu korrigieren.

**99.04.- Transfusion von Erythrozytenkonzentraten**

Beachte: Eine Transfusionseinheit besteht aus einem Volumen von 200-350 ml (Vorschriften der Blutspende SRK Schweiz; Kapitel 18 A: Spezifikationen: Vollblut und Erythrozytenkonzentrate (~~Version 3, Stand 01.01.2015~~ Version 6, in Kraft ab 01.01.2021) Pfad: [Dokuman > Vorschriften BSD > Vorschriften: Kapitel & Beschlüsse > Kapitel \(sbsc-bsd.ch\)](#)). Bei der Transfusion von Baby-Erythrozytenkonzentraten bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres ist jedes verabreichte Split-Erythrozytenkonzentrat zu zählen. Das Mindestvolumen entfällt.

[...]

**99.05.- Transfusion von Thrombozyten**

Transfusion von Blutplättchen

Beachte: Ein Konzentrat hat ein Volumen von mindestens 150 ml und einen Thrombozytengehalt > oder =  $2.4 \times 10^6$ /Einheit (Vorschriften der Blutspende SRK Schweiz; Kapitel 18 B: Spezifikationen: Thrombozytenkonzentrate (~~Version 5, Stand 01.01.2015~~ Version 8, in Kraft an 01.02.2020), Pfad: [Dokuman > Vorschriften BSD > Vorschriften: Kapitel & Beschlüsse > Kapitel \(sbsc-bsd.ch\)](#)). Bei der Transfusion von Baby-Thrombozytenkonzentraten bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres ist jedes verabreichte Split-Thrombozytenkonzentrat zu zählen. Das Mindestvolumen entfällt.

[...]

### 3.4. 99.B7.- und 99.B8.- IPS und IMCU - Neue Version des Referenzdokumentes und Linkanpassung

Betrifft alle Sprachversionen

Der Pfad auf das Referenzdokument «Minimaler Datensatz der SGI MDSi» und die Version hat sich wie folgt geändert:

#### 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 NEM 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) sind im Dokument «Minimaler Datensatz der SGI MDSi V. 29d\_2019» enthalten und abrufbar unter folgendem Link: [www.sgi-ssmi.ch/de](http://www.sgi-ssmi.ch/de) -> Ressorts -> [Qualitätsmanagement](#) -> Datensatz (MDSi) -> [«MDSi Konzept\\_Version29»](#) [«MDSiV29\\_V7\\_de\\_def»](#).
- Spezielle intensivmedizinische Prozeduren, wie Transfusion von Plasma und Plasmabestandteilen, Plasmapherese und Immunadsorption, Massnahmen im Rahmen der Reanimation u.a. sind gesondert zu kodieren. Dieser Kode gilt für 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) sind im Dokument «Minimaler Datensatz der SGI MDSi V. 29d\_2019» enthalten und abrufbar unter folgendem Link: [www.sgi-ssmi.ch/de](http://www.sgi-ssmi.ch/de) Ressorts -> [Qualitätsmanagement](#) -> Datensatz (MDSi) -> [«MDSi Konzept\\_Version29»](#) [«MDSiV29\\_V7\\_de\\_def»](#).
- Spezielle intensivmedizinische Prozeduren, wie Transfusion von Plasma und Plasmabestandteilen, Plasmapherese und Immunadsorption, Massnahmen im Rahmen der Reanimation u.a. sind gesondert zu kodieren. Dieser Kode gilt für Patienten, die bei stationärer Aufnahme älter als 28 Tage sind, aber das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

[...]

#### 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) sind im Dokument «Minimaler Datensatz der SGI MDSi V. 29d\_2019» enthalten und abrufbar unter folgendem Link: [www.sgi-ssmi.ch /de](http://www.sgi-ssmi.ch/de) -> Ressorts ->

Qualitätsmanagement -> [Datensatz \(MDSi\)](#)-> [«MDSi-Konzept\\_Version29»](#) [«MDSiV29\\_V7\\_de\\_def»](#). - Spezielle intensivmedizinische Prozeduren, wie Transfusion von Plasma und Plasmabestandteilen, Plasmapherese und Immunadsorption, Massnahmen im Rahmen der Reanimation, systemische Hypothermie u.a. sind gesondert zu kodieren. Dieser Kode gilt für Patienten, die bei stationärer Aufnahme jünger oder gleich 28 Tage alt sind.

[...]

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

[...]

Beachte:

[...]

Mindestmerkmal Punkt 3, Berechnung und Erfassung:

Die Anzahl der Aufwandspunkte errechnet sich als SAPS II + Summe von NEMS. SAPS II wird einmal in den ersten 24 Stunden des Aufenthaltes in der IMCU erhoben. NEMS wird einmal pro Pflegeschicht erhoben. Bei 8-Stunden Schichten wird NEMS einfach aufsummiert, bei 12-Stunden Schichten wird die jeweils erhobene Punktzahl für NEMS mit 1.5 multipliziert. Die genauen Definitionen von SAPS II (simplified acute physiology score) und NEMS (nine equivalent of nursing manpower use score) sind im Dokument «Minimaler Datensatz der SGI MDSi V.29d\_2019» enthalten und abrufbar unter folgendem Link: [www.sgi-ssmi.ch/de](http://www.sgi-ssmi.ch/de) -> Ressorts -> [Qualitätsmanagement](#)-> Datensatz (MDSi) -> [«MDSi-Konzept\\_Version29»](#) [«MDSiV29\\_V7\\_de\\_def»](#).

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

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

[...]

Beachte:

[...]

Mindestmerkmal Punkt 3, Berechnung und Erfassung:

Die Anzahl der Aufwandspunkte errechnet sich als Sterbenswahrscheinlichkeit gemäss PIM 2 + Summe von NEMS. PIM 2 wird einmal in den ersten 24 Stunden des Aufenthaltes in der IMCU erhoben. NEMS wird einmal pro Pflegeschicht erhoben. Bei 8-Stunden Schichten wird NEMS einfach aufsummiert, bei 12-Stunden Schichten wird die jeweils erhobene Punktzahl für NEMS mit 1.5 multipliziert. Die genauen Definitionen von PIM 2 (pediatric index of mortality) und NEMS (nine equivalent of nursing manpower use score) sind im Dokument «Minimaler Datensatz der SGI MDSi V.29d\_2019» enthalten und abrufbar unter folgendem Link: [www.sgi-ssmi.ch/de](http://www.sgi-ssmi.ch/de) -> Ressorts -> [Qualitätsmanagement](#) -> Datensatz (MDSi) -> [«MDSi-Konzept\\_Version29»](#) [«MDSiV29\\_V7\\_de\\_def»](#). Spezielle Prozeduren, wie Transfusion von Plasma und Plasmabestandteilen, Plasmapherese und Immunadsorption, Massnahmen im Rahmen der Reanimation u.a. sowie zusätzliche Komplexbehandlungen sind gesondert zu codieren. Für die Dauer des Aufenthaltes in der IMCU kann jedoch nicht gleichzeitig eine Intensivmedizinische Komplexbehandlung codiert werden

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

Beachte:

[...]

Mindestmerkmal Punkt 3, Berechnung und Erfassung:

Die Anzahl der Aufwandspunkte errechnet sich als Sterbenswahrscheinlichkeit gemäss PIM 2 oder CRIB 2 + Summe von NEMS. PIM 2 oder CRIB 2 wird (fakultativ, abhängig von erfüllbaren Kriterien Reife/Gewicht) einmal in den ersten 24 Stunden des Aufenthaltes in der IMCU erhoben. NEMS wird einmal pro Pflegeschicht erhoben. Bei 8-Stunden Schichten wird NEMS einfach aufsummiert, bei 12-Stunden Schichten wird die jeweils erhobene Punktzahl für NEMS mit 1.5 multipliziert. Die genauen Definitionen von PIM 2 (pediatric index of mortality), CRIB 2 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/de](http://www.sgi-ssmi.ch/de) -> Ressorts -> [Qualitätsmanagement](#) -> Datensatz (MDSi) -> [«MDSi-Konzept\\_Version29»](#) [«MDSiV29\\_V7\\_de\\_def»](#). Spezielle Prozeduren, wie Transfusion von Plasma und Plasmabestandteilen, Plasmapherese und Immunadsorption, Massnahmen im Rahmen der Reanimation, systemische Hypothermie u.a. sowie zusätzliche Komplexbehandlungen sind gesondert zu kodieren. Für die Dauer des Aufenthaltes in der IMCU kann für einen Behandlungszeitraum jedoch nicht gleichzeitig eine Intensivmedizinische Komplexbehandlung kodiert werden.

### 3.5. BA.- Basisleistung in der Rehabilitation – Korrektur im Mindestmerkmal Punkt 0

Betrifft alle Sprachversionen

Das «Beachte» «Mindestmerkmal Punkt 0, Referenzdokument» von der Kategorie BA.- «Basisleistung in der Rehabilitation» ist wie folgt anzupassen.

#### BA.- **Basisleistung in der Rehabilitation**

Beachte: A. Für alle Basisleistungen gilt:

Mindestmerkmal Punkt 0, Referenzdokument:

Anforderungsprofile für die beschriebenen medizinischen Leistungen in der stationären Rehabilitation sind ~~dem~~ ~~Dokument je Rehabilitationsart den Dokumenten~~ «Infrastrukturelles und personelles Referenzdokument zu CHOP-Kode BA.[...] ~~1-BA.8, Stand 27.11.2018~~», ~~gültig ab 01.01.2019~~, zu entnehmen. Die gültige Version für die 3-stellige Kategorie BA.1 «Neurologische Rehabilitation» ist vom 28.03.2019. Für die 3-stellige Kategorie BA.6 «Internistische und onkologische Rehabilitation» ist es das Dokument vom 01.01.2021. Für die 3-stelligen Kategorien BA.2 bis BA.5, sowie BA.7 bis BA.8 sind es die Dokumente vom 27.11.2018. Diese ~~s~~ Dokumente ~~stehen~~ unter folgendem Link im Abschnitt «Personelle und infrastrukturelle Minimalanforderungen - Referenzdokument» zur Verfügung: <https://www.fmh.ch/anforderungen-st-reha#minimal>

[...]

### 3.6. Korrektur im Titel der Codes BB.25.12 und BB.26.12

Betrifft nur die französische Sprachversion (s. circulaire 2021 n° 2)

## 4. Zusatzinformationen zur ICD-10-GM 2021

### 4.1. Alphabetisches Verzeichnis: Anreicherungen «Alkoholabusus»

Betrifft nur die französische und italienische Sprachversion (s. circulaire 2021 n° 2 und circolare 2021 n. 2)

### 4.2. Neue U-Kodes in der ICD-10-GM 2021

Betrifft alle Sprachversionen,

Folgende Kodes wurden im systematischen Verzeichnis der ICD-10-GM 2021 belegt. Diese Kodes wurden bereits in der Offiziellen Kommunikation 2021 Nr. 2 Kodierung COVID-19 erwähnt.

#### **U11.- Notwendigkeit der Impfung gegen COVID-19**

#### **U11.9 Notwendigkeit der Impfung gegen COVID-19, nicht näher bezeichnet**

COVID-19-Impfung (prophylaktisch)

Benutze diese Schlüsselnummer, um bei einer Person anzugeben, dass sie das Gesundheitswesen zum Zweck der COVID-19-Impfung in Anspruch nimmt. Benutze diese Schlüsselnummer im Geltungsbereich der §§ 17b KHG und 17d KHG bei einer Person zusätzlich zu anderen Schlüsselnummern. Für den Fall, dass im vorgenannten Geltungsbereich die COVID-19-Impfung selbst Anlass der Inanspruchnahme ist, benutze primär die Schlüsselnummer Z25.8 und zusätzlich die Schlüsselnummer U11.9.

#### **U12.-! Unerwünschte Nebenwirkungen bei der Anwendung von COVID-19-Impfstoffen**

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

Unerwünschte Nebenwirkungen von COVID-19-Impfstoffen bei indikationsgerechter Anwendung und in korrekter (prophylaktischer) Dosierung.

Diese sekundäre Schlüsselnummer ist wie eine Schlüsselnummer des Kapitels XX Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität zu benutzen. Benutze zusätzlich eine primäre Schlüsselnummer eines anderen Kapitels der Klassifikation, um die Art der unerwünschten Nebenwirkung anzugeben.

Beim Kode U11.9 gilt folgende Anpassung für den Schweizer-Kontext:

#### **U11.9 Notwendigkeit der Impfung gegen COVID-19, nicht näher bezeichnet**

COVID-19-Impfung (prophylaktisch)

Benutze diese Schlüsselnummer, um bei einer Person anzugeben, dass sie das Gesundheitswesen zum Zweck der COVID-19-Impfung in Anspruch nimmt. Benutze diese Schlüsselnummer ~~im Geltungsbereich der §§ 17b KHG und 17d KHG~~ bei einer Person zusätzlich zu anderen Schlüsselnummern. Für den Fall, dass ~~im vorgenannten Geltungsbereich~~ die COVID-19-Impfung selbst Anlass der Inanspruchnahme ist, benutze primär die Schlüsselnummer Z25.8 und zusätzlich die Schlüsselnummer U11.9.

## 5. Anhang

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

Das aktuelle Rundschreiben enthält **alle**, ab 1. Juli 2021 gültigen «Informationen und Präzisierungen».

#### Beschreibung der Nummerierung

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

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

#### **0795 01.07.2021 Perkutane Ablation von Läsion oder Gewebe an der Lunge**

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

#### **0796 01.07.2021 Hiatushernie – Fundoplicatio: Zusätzliche Erfassung CHOP-Kode 44.92 Intraoperative Manipulation am Magen**

Bei einer Hiatushernie kommt es zu einer Verlagerung von Magen(-anteilen) durch den Hiatus oesophageus des Zwerchfells aus der Bauch- in die Brusthöhle. Diese können in die paraösophagealen und in die axialen Hiatushernien eingeteilt werden.

Bei Ersteren verlagern sich neben dem Ösophagus hindurch Magenanteile ins Mediastinum. Vom Ausmass her kann dies von einer leichtgradigen paraösophagealen Hernierung bis zu einer vollständigen Verdrehung des Magens (Volvulus) mit Einklemmung und einem Upside-Down-Magen reichen.

70-90 % der Hiatushernien sind hingegen den axialen Hiatushernien (oder auch Gleithernien genannt) zuzurechnen. Dabei gleitet die Magenkardea durch den Hiatus oesophageus ins Mediastinum.

Bei einer leichten axialen Hiatushernie oder einer leichten Ausprägung einer paraösophagealen Hernierung ist das Ausmass der Magenmanipulation zu gering, um die zusätzliche Kodierung des CHOP-Kodes 44.92 «Intraoperative Manipulation am Magen» zu rechtfertigen. Es ist bei einer Fundoplicatio unabdingbar, dass die ins Mediastinum hernierten Magenanteile zuvor wieder unter das Zwerchfell platziert werden müssen. Somit ist dieser OP-Schritt z.B. dem Prozedurenkode 44.67.20 inhärent.

Bei einem Magenvolvulus im Mediastinum oder einem vollständig im Mediastinum liegenden upside-down-stomach ist die zusätzliche Kodierung von 44.92 «Intraoperative Manipulation am Magen» zulässig.

Bei Vorliegen dieser Ausprägung handelt es sich um einen zusätzlichen operativen Aufwand, der allein mit der Kodierung eines Kodes aus den Rubriken 44.66.- «Sonstige Massnahmen zur Rekonstruktion der ösophagogastrischen Sphinkterfunktion» oder 44.67.- «Laparoskopische Massnahmen zur Rekonstruktion der ösophagogastrischen Sphinkterfunktion» nicht abgebildet wird.

#### **0797 01.07.2021 Fieber nach Impfung gegen COVID -19**

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

R50.88 Sonstiges näher bezeichnetes Fieber

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

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

**0798 01.07.2021 D12j – Präzisierung der Kodierregel bezüglich Beispiel 7**

Als Myositis bezeichnet man eine entzündliche Erkrankung der Skelettmuskulatur. Diese kann sowohl durch Infektionserreger (Bakterien, Viren, Pilze), als auch nicht erregerbedingt wie z.B. durch Autoimmunprozesse oder durch toxische Stoffe hervorgerufen werden. Eine infektiöse Myositis ohne Assoziation zu einem Implantat wird mit M60.0- «Infektiöse Myositis» verschlüsselt. Soll der Infektionserreger angegeben werden, ist eine zusätzliche Schlüsselnummer (B95 – B98) zu benutzen.

Eine implantatassoziierte Myositis wird gemäss Kodierbeispiel 7, Kodierregel D12j mit M60.8 «Sonstige Myositis» kodiert. Durch Abrieb und/oder «Fremdkörperreaktion» kann sich auch ohne Vorliegen von Erregern eine implantatassoziierte Myositis entwickeln.

Bei vorhandenen Erregern ist deren Herkunft vom Implantat aus zu verstehen und ebenfalls zusätzlich mit den Schlüsselnummern aus den Code - Rubriken T84.- und B95 - B98 zu erfassen.

**0799 01.07.2021 Anti-D-Prophylaxe**

Eine während des stationären Aufenthalts der Rhesus-negativen Mutter durchgeführte Anti-D-Prophylaxe wird im Fall der Mutter mit Z29.1 «Immunprophylaxe» verschlüsselt.

Der ICD-10-GM-Kode O36.0 «Betreuung der Mutter wegen Rhesus-Isoimmunisierung» gelangt nur zur Anwendung, wenn es z.B. aufgrund nachgewiesener Anti-D-Antikörper und/oder einer ärztlich diagnostizierten und dokumentierten hämolytischen Krankheit des Fetus und/oder Neugeborenen bei Rhesus-Inkompatibilität zu einem medizinischen Aufwand > 0 bei der Mutter kommt.

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

Bis zur Präzisierung der CHOP-Kodes und aufgrund der Abbildung in der Tarifstruktur gilt Folgendes:

Wird bei einer Intervention nur die links- oder rechtsventrikuläre patientenferne Teilkomponente eines «biventrikulären herzkreislaufunterstützenden Systems, mit Pumpe, ohne Gasaustauschfunktion, extrakorporal» ersetzt, ist der Code 37.6D.11 «Ersatz einer patientenfernen Teilkomponente eines herzkreislaufunterstützenden Systems, mit Pumpe, ohne Gasaustauschfunktion, extrakorporal, univentrikulär» zu erfassen. Werden bei einer Intervention beide ventrikulären Komponenten ersetzt, d.h. die links- sowie die rechtsventrikuläre patientenferne Teilkomponente eines «biventrikulären herzkreislaufunterstützenden Systems, mit Pumpe, ohne Gasaustauschfunktion, extrakorporal», ist der Code 37.6D.21 «Ersatz einer patientenfernen Teilkomponente eines herzkreislaufunterstützenden Systems, mit Pumpe, ohne Gasaustauschfunktion, extrakorporal, biventrikulär» zu erfassen.

**0801 01.07.2021 Kodierung transileosakrale Verschraubung einer Os sacrum-Fraktur**

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

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

**0802 01.07.2021 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, auch wenn diese Umwandlungsoperationen die sekundären Geschlechtsmerkmale betreffen (z.B. subkutane Mastektomie) sind die Codes unter 64.5- (CHOP-Kapitel 11 «Operationen an den männlichen Geschlechtsorganen») zu kodieren.

**0803 01.07.2021 Überleitung MoCA auf MMSE**

Unter der Kategorie U51.- «Kognitive Funktionseinschränkung» sind unter den Codes U51.0- bis U51.2- folgende Bewertungs-, Assessment- und Testverfahren aufgeführt:

- Barthel-Index
- Kognitiver FIM (Functional Independence Measure™)
- MMSE (Mini Mental Status Examination)

Für die Erfassung der Ausprägung einer kognitiven Funktionseinschränkung kommt zunehmend das Montreal Cognitive Assessment (MoCA) als Screening-Instrument zum Einsatz.

Die Codes aus der Kategorie U51.- «Kognitive Funktionseinschränkungen» können auch für ein erhobenes MoCA genutzt werden. Für die einheitliche Überleitung MoCA zu MMSE ist die Umrechnungstabelle<sup>1</sup> des Spitals «FELIX PLATTERspital, Universitäre Altersmedizin Basel, Memory Clinic» zu verwenden.

**0804 01.07.2021 Rehabilitation - AA.31.– 6-Minuten-Gehtest**

Die Erfassung eines Codes der Rubrik AA.31.- «6-Minuten-Gehtest» ist im Jahr 2021 für die pulmonale Rehabilitation obligatorisch. Kann aufgrund des (temporär) schlechten Zustandes einer Patientin oder eines Patienten der Test nicht durchgeführt werden, ist der Code AA.31.11 «6-Minuten-Gehtest, weniger als 150 m» zu wählen.

**0805 01.07.2021 Erfassung Funktionseinschränkungen im Rahmen von Palliativbehandlungen gemäss Kodierregel S0217**

Die Codes der Rubriken U50.- bis U51.-, die sich auf den Barthel-Index beziehen, dürfen für Behandlungen der Palliativmedizin (analog zu den geriatrischen und frührehabilitativen Behandlungen) zu **Beginn der Palliativbehandlung** erhoben werden.

Das heisst, bezugnehmend auf die Hinweise unter den Koderubriken U50.- und U51.-, dass die Erhebung nicht zwingend in den ersten 5 **stationären** Behandlungstagen erfolgen muss. Diese Präzisierung gilt für Palliativbehandlungen gemäss Kodierregel S0217 «Palliativbehandlung» und ihrer Präzisierung im Rundschreiben 2021 Nr. 1.

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

Ein aorto-iliaco-femoraler Bypass mit Uni-Y-Prothese ist mit dem Code 39.25.19 «Aorto-iliaco-femoraler Bypass, aortal, sonstige» mit der Angabe der Lateralität 0 («beidseitig») zu kodieren.

**0807 01.01.2021 Devices zur Embolisation vs. Embolie-Protektion**

In der CHOP 2021 existieren Kodekategorien für **gefässverschliessende** Operationen/Interventionen, die s.g. Embolisationen mit Coils, Plugs, Schirmen etc., z.B. 39.79.2- «Coil-Embolisation oder -Verschluss von sonstigen Gefässen», 39.79.5- «Selektive Embolisation von sonstigen Gefässen mit Schirmen» oder 39.79.A- «Selektive Embolisation von sonstigen Gefässen mit Plugs» etc.

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

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

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

38.7X.11 «Einsetzen eines Embolie-Protektionssystems in die Vena cava, offen chirurgisch»

38.7X.21 «Implantation eines Embolie-Protektionssystems in die Vena cava, perkutan transluminal»

39.75.13 «Perkutan-transluminale Gefässintervention, sonstige Gefässe, Embolie-Protektionssystem (periphere oder viszerale Gefässe)»

39.C5 «Verwendung eines Embolie-Protektionssystems»

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

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

Die Codes zur Embolie-Protektion werden zusätzlich erfasst.

<sup>1</sup> <http://www.mocatest.ch/umrechnungstabellen/>

**0808 01.01.2021 Wechsel einer Knieendoprothese und Implantation weiterer/anderer Komponenten**

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

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

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

Stirbt eine Patientin/ein Patient während der «Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multiresistenten Erregern», entfällt das Mindestmerkmal Punkt 4 «Austrittsplanung».

Bei der Verlegung in eine andere Einheit (z.B. Spital, Rehabilitationseinrichtung, usw.) mit weiterhin strikter Isolation entfällt das Mindestmerkmal Punkt 4 «Austrittsplanung» für die verlegende Einheit ebenfalls.

**0810 01.01.2021 Erfassen der Anzahl implantierter Stents und Stent-Grafts**

Diese Präzisierung ist wie folgt gegliedert:

- Erfassen der Anzahl der aortalen Stent-Grafts
- Erfassen der Anzahl der in die A. iliaca, den tiefen Venen, abdominalen und 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 Kodes in den Fallbeispielen bezieht sich auf die implantierten Stents und Stent-Grafts. Dem stationären Fall entsprechend ist die Kodierung zu vervollständigen.

**Erfassen der Anzahl der aortalen Stent-Grafts**

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

Unter beiden Subkategorien gibt es folgendes «Beachte»:

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

Und folgendes «Kodiere ebenso»:

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

*Fallbeispiel 1*

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

*Kodierung:*

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

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

*Fallbeispiel 2*

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

*Kodierung:*

Der 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.

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

*Fallbeispiel 3*

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

*Kodierung:*

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

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

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

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

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

Bei den Kodes für Stent-Grafts in die tiefen Venen und in anderen abdominalen und 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 ist der Kode 39.7A.13 «Endovaskuläre Implantation, iliakal, 3 Stent-Prothesen, ohne Seitenarm» einmal für das Interventionsdatum zu kodieren.

*Fallbeispiel 2*

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

#### *Fallbeispiel 3*

Werden in einer Intervention in die linke A. iliaca interna ein Stent-Graft (Stent-Prothese) und in derselben Intervention in die rechte A. iliaca interna ein Stent-Graft implantiert, so ist der Code 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 Code 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 Code 39.7A.31 «Endovaskuläre Implantation von Stent-Grafts (Stent-Prothesen) in die V. cava» zu erfassen.

### **Erfassen der Anzahl der (perkutan-) transluminal implantierten Stents**

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

### **Erfassen der Anzahl der in den Koronararterien implantierten Stents**

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

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

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

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

#### *Fallbeispiel 1*

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

Kodierung:

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

Der Code 36.03.51 «Enderiektomie 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 Zusatzkode 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 Zusatzkode der Subkategorie 39.C1.- «Anzahl der implantierten Stents» ist nur zu erfassen für die Summe der insgesamt implantierten peripheren Gefässstents im Gesamtfall.

*Fallbeispiel 1*

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

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

Zu erfassen sind am Tag X:

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

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

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

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

*Fallbeispiel 2*

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

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

Zu erfassen sind am Tag X:

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

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

Zu erfassen sind am Tag Y:

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

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

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

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

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

Unter der Elementgruppe 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 Akutrehabilitation (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.

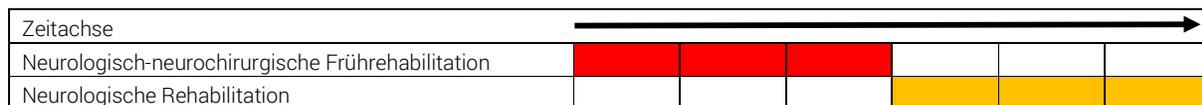
Kode weglassen: Diese Eingriffe sind bereits in einem anderen Kode inbegriffen.

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

Während der Zeitspanne, in der eine 93.89.1- «Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation» erbracht wird, dürfen die unter der Elementgruppe 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.



Frage 2: Ist es gestattet, die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (93.89.1-) und die geriatrische Akutrehabilitation (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.

**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» und 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 Kodes unter 36.03.- und 36.08.-**

Der Kode 00.44 «Massnahme auf Gefässbifurkation» kann zusammen mit den Kodes 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-transluminale 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			

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

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

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

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

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

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

**0824 01.01.2020 Primäre und sekundäre 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.

**0826 01.01.2020 Einweggebrauch-VAC-Pumpensysteme**

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

**0827 01.01.2020 Informationen und Präzisierungen zur Palliative Care**

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

[...]

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

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

[...]

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

#### Was ist unter wöchentlicher interprofessioneller Teambesprechung zu verstehen?

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

Beispiel:

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

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

**0834 01.07.2019 Lithiumintoxikation**

Wie wird eine Lithiumintoxikation abgebildet?

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

~~**0841 01.01.2019 Geschlechtsumwandlung**~~

Die Präzisierung 0841 wird im Rundschreiben 2021 Nr.2 ersetzt durch die Präzisierung **0802**.

**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.

**0855 01.07.2017 54.98.- Peritonealdialyse**

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

**0871 01.01.2016 CHOP: Definition «endovaskulär»**

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

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

Beispiele für endovaskuläre Interventionen sind:

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

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

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

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

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

**0900 01.07.2014 Arteria subclavia**

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 Kodes sind nur für offen chirurgische oder laparoskopische Eingriffe abzubilden.

**0941 01.12.2012 ABO / AB0 Suchbegriff**

Bei der informatischen Stichwortsuche nach Blutgruppen-assoziierten Kodes 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 Kodes zu finden.

**2010 92.24 Teleradiotherapie mit Photonen**

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

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

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

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

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