



14 Gesundheit

# Rundschreiben für Kodiererinnen und Kodierer 2022 Nr. 2

30. Juni 2022

Neuchâtel, 2022

<b>Herausgeber:</b>	Bundesamt für Statistik (BFS)	<b>Layoutkonzept:</b>	Sektion DIAM
<b>Auskunft:</b>	Kodierungssekretariat: codeinfo@bfs.admin.ch	<b>Copyright:</b>	BFS, Neuchâtel 2022 Wiedergabe unter Angabe der Quelle für nichtkommerzielle Nutzung gestattet
<b>Redaktion:</b>	Bereich Medizinische Klassifikationen	<b>Download:</b>	<a href="http://www.statistik.ch">www.statistik.ch</a>
<b>Reihe:</b>	Statistik der Schweiz		
<b>Themenbereich:</b>	14 Gesundheit		
<b>Originaltext:</b>	Deutsch		
<b>Übersetzung:</b>	Sprachdienste BFS		

# 1. Allgemeines

## 1.1. Gültige Kodierungsinstrumente

Ab 1. Juli 2022 gelten folgende Kodierungsinstrumente:

- Medizinisches Kodierungshandbuch: Der offizielle Leitfaden der Kodierrichtlinien in der Schweiz. Version 2022
- Rundschreiben für Kodiererinnen und Kodierer 2022 Nr. 1 [mit Anhang](#)
- Rundschreiben für Kodiererinnen und Kodierer 2022 Nr. 2 [mit Anhang](#)
- Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP): Systematisches Verzeichnis - Version 2022
- ICD-10-GM 2022 Systematisches Verzeichnis: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme: 10. Revision – German Modification
- ICD-10-GM 2022 Systematisches Verzeichnis, deutsche Version: Zusatzinformationen für den schweizerischen Kontext
- Letzte offizielle Kommunikation Kodierung COVID-19

Die Instrumente zur medizinischen Kodierung finden Sie unter [www.bfs.admin.ch](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 Dateien der ICD-10-GM in deutscher Sprache werden vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) erstellt und stehen auf der Internetseite [www.bfarm.de](http://www.bfarm.de) zur Verfügung:

Kodiersysteme → Services → Downloads → ICD-10-GM

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

Die gesetzlichen Grundlagen sind:

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

### 1.1.1. Referenzversionen

Keine Änderungen im Vergleich zum Rundschreiben 2022 Nr.1

### 1.1.2. Rundschreiben und Anhang

Keine Änderungen im Vergleich zum Rundschreiben 2022 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 11.0/2022 → Analogiekodierung

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

Pfad: [www.swissdrg.org](http://www.swissdrg.org) → Rehabilitation → Abschnitt Datenerhebung → Erhebung 2023 (Daten 2022)

<https://www.swissdrg.org/de/rehabilitation/datenerhebung/erhebung-2023-daten-2022>

Weitere Publikationen der SwissDRG AG sind unterjährig laufend zu beachten.

## 1.2. Anfragen zur Kodierung

Keine Änderungen im Vergleich zum Rundschreiben 2022 Nr. 1

## 2. Zusatzinformationen zum Kodierungshandbuch 2022

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

Die Zusatzinformationen zum Kodierungshandbuch 2022, aus dem Rundschreiben 2022 Nr.1, sind weiterhin gültig. Zusätzliche neue Korrekturen sind hier aufgeführt:

### 2.1. Korrektur Einleitung

Betrifft nur die französische Sprachversion

### 2.2. Korrektur unter D07 «Geplante Folgeeingriffe» – Beispiel 5

Betrifft alle Sprachversionen

#### Beispiel 5

*Geplanter Eintritt ins Akutspital nach Rehabilitation (Dauer 3 Monate) bei Status nach ischämischem Media-Infarkt rechts mit Hirnödem/ Hirn-schwellung. Ursache des (embolischen) Hirninfarktes war ein nicht erkanntes Vorhofflimmern.*

*In der Akutbehandlungsphase wurde u.a. eine Kraniektomie (mit offen belassenem Kranium) notwendig.*

*Weiterhin bestehende Defizite/Folgen sind eine Fazialisparese mit Kau- und Schluckstörung, eine sensomotorische residuale Hemiparese links mit Gangstörung (s.g. Wernicke-Mann-Gangstörung) und eine Aphasie.*

*Es erfolgt der sekundäre Verschluss der Kraniektomie mit autologem Knochendeckel. Die Folgen des Hirninfarktes gelten alle gemäss Kodierregel G54 als behandelt.*

HD	I63.4	Hirninfarkt durch Embolie zerebraler Arterien
L	1	
ND	Z48.8	Sonstige näher bezeichnete Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff
ND	I48.9	Vorhofflimmern und Vorhofflattern, nicht näher bezeichnet
<del>ND</del>	<del>G51.0</del>	<del>Fazialisparese</del>
ND	G83.6	Zentrale faziale Parese
L	2	
ND	R13.90	Sonstige und nicht näher bezeichnete Dysphagie
ND	G81.9	Hemiparese und Hemiplegie, nicht näher bezeichnet
L	2	
ND	R26.1	Paretischer Gang
ND	R47.00	Dysphasie und Aphasie
ND	I69.3	Folgen eines Hirninfarktes
HB		Reinsertion autologer Knochendeckel gemäss medizinischer Dokumentation

### 2.3. Korrektur unter P01 «Prozeduren, die kodiert werden müssen» – Hinweis

Betrifft alle Sprachversionen

#### Hinweis:

Wird eine primäre oder sekundäre Sectio caesarea in **Allgemeinanästhesie (Vollnarkose)** durchgeführt, muss der entsprechende CHOP-Code aus Kategorie 93.92.- *Anästhesie* obligatorisch zusätzlich zur entsprechenden Sectio-Prozedur erfasst werden, entgegen dem «Beachte» unter der Kodekategorie 93.92.-.

Dabei ist es unerheblich, ob im Geburtsverlauf bereits eine PDA, ein PDK gelegt oder eine Spinalanästhesie zur Schmerzbekämpfung sub partu verabreicht wurden.

Als Prozedurdatum **und Prozedurenzeit** für den Kode der Allgemeinanästhesie muss das entsprechende Prozedurdatum **und der Zeitpunkt** der Sectio caesarea gewählt werden. Entsprechende Beispiele finden sich unter SD1505 «Spezielle Kodierregeln für die Geburt», Primäre und sekundäre Schnittentbindung.

## 2.4. Ergänzung unter SD0102 Sepsis – Beispiel 2

Betrifft alle Sprachversionen

Diese Korrektur erfolgt zusätzlich zu derjenigen unter Punkt 2.2. «Präzisierungen der Kodierregel SD0102k Sepsis» – 2.2.1 «Präzisierung Beispiel 2» des Rundschreibens 2022 Nr. 1.

### Beispiel 2

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

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

[...]

HD	A41.51	Sepsis durch Escherichia coli
ND	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis
ND	B96.2!	Escherichia coli [E. coli] und andere Enterobacterales als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind
ND	N17.91	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet, Stadium 1
ND	N18.3	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 3
ND	D69.58	Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet
ND	R79.8	Sonstige näher bezeichnete abnorme Befunde der Blutchemie

## 2.5. Korrektur unter SD1101 «Appendizitis als klinische Diagnose»

Betrifft nur die französische Sprachversion

## 2.6. Korrektur unter SD0601 «Akuter «Schlaganfall etc.», Subarachnoidalblutung, sonstige nichttraumatische intrakranielle Blutung» – Hinweis

Betrifft alle Sprachversionen

**Hinweis:** Als «Schlaganfall, Stroke, Apoplex, Insult, Cerebrovascular accident (CVA), Cerebrovascular Insult (CVI) etc.» wird/werden ein oder mehrere **akut** einsetzend(e) neurologisch(e) Defizit(e) aufgrund zerebraler Durchblutungsstörung (ischämisch) oder/und intrazerebraler Blutung (hämorrhagisch) bezeichnet. Die Symptomatik variiert je nach betroffenem Hirnareal und zeigt unterschiedliche und unmittelbare Folgen.

Solange eine Patientin/ein Patient eine **fortgesetzte stationäre Spitalbehandlung** eines akuten «Schlaganfalls etc.», einer nichttraumatischen Subarachnoidalblutung oder sonstigen nichttraumatischen intrakraniellen Blutung und der unmittelbaren Folgen (Defizite) erhält, ist ein Kode aus den Kategorien **160 – 164 Zerebrovaskuläre Krankheiten** mit den jeweils passenden Codes für die Defizite (z.B. Hemiplegie, Aphasie, Hemianopsie, Neglect etc.) zuzuweisen.

Es werden im akuten Setting immer alle unmittelbaren Folgen (Defizite), die eindeutig auf das akute Geschehen zurückzuführen sind, erfasst. Mit der Diagnostik/Therapie/Pflege der ursächlichen Erkrankung gelten im akuten Geschehen die resultierenden (neurologischen) Defizite als ebenfalls behandelt.

Bei erneutem Akut-Spitalaufenthalt innerhalb von 18 Tagen, z.B. Rückverlegung aus der Rehabilitation oder Wiedereintritt, wird bei Erkrankungen/Störungen nach medizinischen Massnahmen, die sich auf Behandlungen beziehen, welche im Voraufenthalt erbracht wurden, gemäss den Kodierungsrichtlinien D16 und ~~SD0206~~ SD0602 vorgegangen (siehe Beispiel 3).

[...]

## 2.7. Ergänzung unter SD1503 «Krankheiten in der Schwangerschaft»

Betrifft alle Sprachversionen

[...]

• Um andere Komplikationen in der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (oder Zustände, die sich in der Schwangerschaft verschlimmern oder die hauptsächlich Anlass für geburtshilfliche Massnahmen sind) zu kodieren, stehen die Kategorien 098 – 099 zur Verfügung, die mit einem Kode aus anderen Kapiteln der ICD-10-GM zur spezifischen Bezeichnung der jeweils vorliegenden Erkrankung **immer zusammen** angegeben sind (siehe auch Hinweis unter 098 und 099 in der ICD-10-GM).

Ausnahme: Unter Anwendung von TARPSY wird 099.3 **nicht** als Hauptdiagnose kodiert. Für die Wahl der Hauptdiagnose ist nach Kodierregel G52 vorzugehen.

Es ist gemäss unten stehendem Kodierbeispiel 7 vorzugehen, selbst wenn die psychiatrische Erkrankung die Schwangerschaft kompliziert oder durch die Schwangerschaft kompliziert wird.

[...]

### Beispiel 7 – Psychiatrie

*Eine Patientin mit bekannter rezidivierender Depression wurde in der 27. Schwangerschaftswoche in einer psychiatrischen Klinik wegen eines erneuten schweren depressiven Zustands ohne psychotische Symptome stationär behandelt. Sowohl die berufliche Überlastung als auch die negative Haltung ihrer Kollegen trugen zur Verschlechterung ihres Zustands bei. Ihre Schwangerschaft verläuft weiterhin ohne Komplikationen.*

HD F33.2 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome

ND Z34 Überwachung einer normalen Schwangerschaft

ND 009.4! Schwangerschaftsdauer 26. Woche bis 33 vollendete Wochen

## 2.8. Korrektur unter SD1505 «Spezielle Kodierregeln für die Geburt» – Primäre und sekundäre Sectio caesarea in der medizinischen Kodierung – Beachte

Betrifft nur die französische Sprachversion

## 2.9. Korrektur unter SD1506 «Krankheiten im Wochenbett (Puerperium)» im RS 2022 Nr. 1

Betrifft alle Sprachversionen

Diese Korrektur erfolgt bezüglich des Punktes 2.4. «Puerperalsepsis» des Rundschreibens 2022 Nr. 1.

*Puerperalsepsis (veraltet «Kindbettfieber»)*

[...]

### Beispiel 3

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

HD A40.8 Sonstige Sepsis durch Streptokokken

ND 075.3 Sonstige Infektion unter der Geburt

ND B95.48! Sonstige näher bezeichnete Streptokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind

ND 099.4 *Krankheiten des Kreislaufsystems, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren*

ND R57.2! Septischer Schock

ND 041.1 Infektion der Fruchtblase und der Eihäute

ND 065.4 Geburtshindernis durch Missverhältnis zwischen Fetus und Becken, nicht näher bezeichnet

ND 066.2 *Geburtshindernis durch ungewöhnlich großen Fetus*  
ND 009.6! *37. Woche bis 41 vollendete Wochen*  
ND Z37.0! *Lebendgeborener Einling*

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

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

## 2.10. Korrektur unter SD1909 «Unerwünschte Nebenwirkungen von Arzneimitteln (bei Einnahme gemäss Verordnung)»

Betrifft nur die französische Sprachversion

## 2.11. Korrektur Kodierrichtlinie Rehabilitation

Betrifft nur die französische Sprachversion

### 3. Zusatzinformationen zur CHOP 2022

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

Die Zusatzinformationen zur CHOP 2022 aus dem Rundschreiben 2022 Nr. 1 sind weiterhin gültig mit Ausnahme von:

- 3.3.1. «93.59.5- und 99.84.- «Isolierung»» der italienischen Sprachversion
- 3.3.2. «Referenzdokument 93.59.5- » aller Sprachversionen
- 3.7. «94.92.2- und 94.92.3- Konsiliar- und Liaisonbehandlung» der italienischen Sprachversion
- 3.9. «99.A7, 99.BA.1- und 99.BA.2- Neue Version des Referenzdokuments und Korrekturen im Mindestmerkmal Punkt 3» aller Sprachversionen

#### 3.1. Metallischer Knorpelersatz am Kniegelenk und isolierter Ersatz der femoralen Gleitfläche

Betrifft alle Sprachversionen

Folgende «Exklusiva» und «Beachte» sind unter den Codes 81.47.26, 81.47.2A, 81.54.28 und 81.54.46 aufzunehmen, um den «metallischen Knorpelersatz am Kniegelenk» besser vom «Ersatz der femoralen Gleitfläche» abzugrenzen.

**81.47.26**      **Implantation eines patientenindividuellen metallischen Knorpelersatzes am Kniegelenk**  
 Miniprothese am Kniegelenk zur Behandlung von **fokalen** Knorpeldefekten  
**EXKL.**      **Erstimplantation oder Implantation bei einem Wechsel eines isolierten Ersatzes der femoralen Gleitfläche (81.54.28, 81.54.46)**

[...]

**81.47.2A**      **Implantation eines nicht-patientenindividuellen metallischen Knorpelersatzes am Kniegelenk**  
 Miniprothese am Kniegelenk zur Behandlung von **fokalen** Knorpeldefekten  
**EXKL.**      **Erstimplantation oder Implantation bei einem Wechsel eines isolierten Ersatzes der femoralen Gleitfläche (81.54.28, 81.54.46)**

[...]

**81.54.28**      **Erstimplantation eines isolierten Ersatzes der femoralen Gleitfläche**  
 Trochlea  
**Beachte:** Der «isolierte Ersatz der femoralen Gleitfläche» kleidet die Trochlea vollständig aus. Davon abzugrenzen sind Implantate, die nur fokale Knorpeldefekte der Trochlea oder der restlichen Kniegelenksgleitfläche abdecken.  
**EXKL.**      **Implantation eines patientenindividuellen oder nicht-patientenindividuellen metallischen Knorpelersatzes am Kniegelenk (81.47.26, 81.47.2A)**

[...]

**81.54.46**      **Implantation eines isolierten Ersatzes der femoralen Gleitfläche bei einem Wechsel**  
 Trochlea  
**Beachte:** Der «isolierte Ersatz der femoralen Gleitfläche» kleidet die Trochlea vollständig aus. Davon abzugrenzen sind Implantate, die nur fokale Knorpeldefekte der Trochlea oder der restlichen Kniegelenksgleitfläche abdecken.  
**EXKL.**      **Implantation eines patientenindividuellen oder nicht-patientenindividuellen metallischen Knorpelersatzes am Kniegelenk (81.47.26, 81.47.2A)**

[...]

#### 3.2. Revision Amputationsstumpf

Betrifft alle Sprachversionen

Die Aufnahme folgender «Exklusiva – Kode weglassen», «Inklusiva» und «ergänzende Beschreibung» sollen verdeutlichen, dass ein reines Débridement von Haut und Subkutangewebe nicht die Kodierung eines Codes der 3-stelligen Kategorie 84.3- «Revision eines Amputationsstumpfes» rechtfertigt.

- 77.6- Lokale Resektion und Destruktion von Knochenläsion oder -gewebe  
 EXKL. [...]  
 Kode weglassen - Revision eines Amputationsstumpfes (84.3-)  
 [...]
- 82.2- Exzision einer Läsion an Muskel, Sehne und Faszie der Hand  
 EXKL. Kode weglassen - Revision eines Amputationsstumpfes (84.3-)  
 [...]
- 83.45.- Sonstige Myektomie  
 [...] EXKL. Kode weglassen - Revision eines Amputationsstumpfes (84.3-)  
 [...]
- 84.3- Revision eines Amputationsstumpfes  
 Chirurgisches Débridement an Muskel und Knochen  
 Plastische Stumpf-Rekonstruktion  
 Reamputation am Amputationsstumpf  
 Sekundärer Verschluss eines Amputationsstumpfes  
 EXKL. Amputation einer unteren Extremität (84.1-)  
 Amputation, n.n.bez. (84.91)  
 Revision einer frischen traumatischen Amputation (Revision durch weitere Amputation einer frischen Verletzung)  
 (84.00-84.19, 84.91)  
 Kode weglassen - Chirurgisches Débridement von Wunde, Infektion oder Verbrennung durch Exzision von erkranktem Gewebe in lokaler Infiltrationsanästhesie, Regional- oder Allgemeinanästhesie (86.2A.-)  
 Kode weglassen - Débridement von Wunde, Infektion oder Verbrennung, ohne Exzision (86.2B.-)  
 [...]
- 86.2A.- Chirurgisches Débridement von Wunde, Infektion oder Verbrennung durch Exzision von erkranktem Gewebe in lokaler Infiltrationsanästhesie, Regional- oder Allgemeinanästhesie  
 [...] INKL. Débridement von Wunde an Haut und Subkutangewebe am Amputationsstumpf  
 [...]
- 86.2B.- Débridement von Wunde, Infektion oder Verbrennung, ohne Exzision  
 [...] INKL. Débridement von Wunde an Haut und Subkutangewebe am Amputationsstumpf  
 [...]

### 3.3. 93.59.5- und 99.84.- «Isolierung» - Korrektur Punkt 3.3.1 des Rundschreibens 2022 Nr. 1

Betrifft nur die italienische Sprachversion

### 3.4. 93.59.5- Neue Version des Referenzdokuments

Betrifft alle Sprachversionen

Im «Mindestmerkmal Punkt 0, Referenzdokument» der Elementegruppe 93.59.5- wurden aktualisierte Versionen der Referenzdokumente aufgeschaltet. Folgende Änderungen sind zu beachten:

- 93.59.5- **Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multiresistenten Erregern, nach Anzahl Behandlungstage**  
 [...] Beachte:  
 Mindestmerkmal Punkt 0, Referenzdokument:  
 Mindestmerkmale gemäss den Kriterien der Swisssnoso sind folgendem Dokument «Strukturelle Mindestanforderungen für die Prävention und Bekämpfung von healthcare-assoziierten Infektionen (HAI) ~~bei hospitalisierten Patientinnen und Patienten für~~ in Schweizer Akutspitäler», ~~Version 1.0 vom 30.09.2020~~ Version 3.0, 17. Mai 2022 zu entnehmen: <https://www.swisssnoso.ch/forschung-entwicklung/publikationen>

s. Erläuterungen im Dokument von Swissnoso «~~Anwendung von Mindestanforderungen Swissnoso im Kontext Komplexbehandlung 93.59.5~~», Version 1.0 vom xx.xx.xxxx: «Anwendung von Mindestanforderungen Swissnoso im Kontext der Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multiresistenten Erregern (Elementegruppe 93.59.5- der Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP)) Stand: 24.09.2021»:  
<https://www.swissnoso.ch/forschung-entwicklung/publikationen>  
[...]

### 3.5. 93.8B.- Korrektur des Links auf das Referenzdokument

Betrifft alle Sprachversionen

Der Link auf das «Referenzdokument für stationäre spezialisierte Palliative Care» ist wie folgt anzupassen.

#### 93.8B.- **Spezialisierte Palliative Care**

[...]

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 3.3 gültig ab 01.01.2021, zu entnehmen.

Link: <https://www.palliative.ch/de/fachbereich/aktuell/grundlagendokumente/>  
<https://www.palliative.ch/de/was-wir-tun/arbeitsgruppen/qualitaet>

Zertifizierung: Zur Erfassung von Codes 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.

[...]

### 3.6. 94.92.2- und 94.92.3- Konsiliar- und Liaisonbehandlung – Korrektur Punkt 3.7. des Rundschreibens 2022 Nr. 1

Betrifft nur die italienische Sprachversion

### 3.7. 99.A7, 99.BA.1- und 99.BA.2- Neue Version des Referenzdokuments und Korrekturen im Mindestmerkmal Punkt 3 - Korrektur Punkt 3.9. des Rundschreibens 2022 Nr. 1

Betrifft alle Sprachversionen

Im Rundschreiben 2022 Nr. 1 wurde angegeben, dass nur die deutsche Version des Referenzdokuments zur Verfügung steht. Seitdem wurde die französische Version erstellt.

Eine neue Version steht für die Referenzdokumente der Stroke Units und Stroke Centers zur Verfügung. Das «Mindestmerkmal Punkt 0, Referenzdokument» ist somit beim Kode 99.A7, und den Elementgruppen 99.BA.1- und 99.BA.2- anzupassen. Zudem ist das «Mindestmerkmal Punkt 3, Behandlung» der Elementgruppen 99.BA.1- und 99.BA.2- zu korrigieren. Die betroffenen «Beachte» sind wie folgt anzupassen.

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

Beachte: Mindestmerkmal Punkt 0, Referenzdokument:

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

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

«Documents required for the process (according to the new Guidelines for Certification Version V from 2021 – valid as of 01.01.2022)» -> «Annex I» -> «Criteria to be fulfilled by Stroke Units in German and in French (Version 18-11-2021)»

[...]

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

Beachte: Mindestmerkmal Punkt 0, Referenzdokument:

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

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

«Documents required for the process (according to the new Guidelines for Certification Version V from 2021 – valid as of 01.01.2022)» -> «Annex I» -> «Criteria to be fulfilled by Stroke Centers in German and in French (Version 18-11-2021)»

[...]

Mindestmerkmal Punkt 3, Behandlung:

a) Diagnostik: Durchführung von Computertomographie (Spiral-CT) oder Kernspintomographie des Kopfes mit jeweils Angiographie der Hals/Kopfarterien mit Beginn der neuroradiologischen Untersuchung innert 120 Minuten nach Eintritt resp. nach Feststellung von Hirnschlagzeichen bei hospitalisierten Patientinnen / Patienten, sofern keine entsprechende technisch ausreichende externe CT oder MRI und keine Kontraindikationen vorliegen. Neurovaskulärer Ultraschall (intra- und extrakraniell) kann eine Angiographie ersetzen.

b) Notfallbehandlung: Bei ischämischem Hirninfarkt, falls indiziert: intravenöse Thrombolyse mit Beginn < 60 Min. nach Spitaleintritt, resp. Verschlechterung, oder intraarterielle Thrombolyse und/oder Thrombektomie mit Beginn jeweils innert 90 Min. nach Spitaleintritt resp. Verschlechterung. Richtlinien konforme Behandlung nicht-ischämischer Hirnschlagursachen (z.B. intrazerebrale / subarachnoidale Blutungen, Sinusvenenthrombosen, etc.)

c) Überwachung: Kontinuierliche monitorisierte Überwachung von mindestens 3 der folgenden Parameter: EKG, Sauerstoffsättigung, Temperatur, Blutdruck, Herzfrequenz, Atmung, invasive Blutdruckmessung, intrakranielle Druckmessung.

Bedarfsweise nicht-kontinuierliche Überwachung der ~~Glucosewerte~~ Glukosewerte.

Das Monitoring darf zur Durchführung von Zusatzuntersuchungen und Behandlungen sowie zum Wechsel des Überwachungssystems unterbrochen werden.

6-stündliche Kontrolle und Dokumentation des neurologischen Befundes durch die Ärztin / den Arzt oder durch geschulte Pflegefachfrau / geschulten Pflegefachmann zur Früherkennung von Schlaganfallprogression, -rezidiv und anderen Komplikationen. Die Dokumentation des Befundes liegt in der Verantwortung der den Befund erhebenden Fachperson. 6 Stunden Intervalle dürfen unterschritten, jedoch im Durchschnitt des Erhebungszeitraumes pro Tag nicht überschritten werden, wobei ~~an~~ eine Abweichung von plus/minus 60 Minuten pro Zeitintervall toleriert wird.

d) Therapiebereiche: Beginn von Massnahmen der Physiotherapie innert 24 Stunden mit mindestens 1 Behandlungseinheit pro Tag (7/7) - Bei entsprechender Indikation folgende Therapiemodalitäten: Ergotherapie, Logopädie, Neuropsychologie. Ernährungsberatung/therapie nur im Zusammenhang mit Schluckstörungen.

[...]

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

Beachte: Mindestmerkmal Punkt 0, Referenzdokument:

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

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

«Documents required for the process (according to the new Guidelines for Certification Version V from 2021 – valid as of 01.01.2022)» -> «Annex I» -> «Criteria to be fulfilled by Stroke Units in German and in French (Version 18-11-2021)»

[...]

Mindestmerkmal Punkt 3, Behandlung:

a) Diagnostik: Durchführung von Computertomographie (Spiral-CT) oder Kernspintomographie des Kopfes mit jeweils Angiographie der Hals/Kopfarterien mit Beginn der neuroradiologischen Untersuchung innert 120 Minuten

nach Eintritt resp. nach Feststellung von Hirnschlagzeichen bei hospitalisierten Patienten, sofern keine entsprechende technisch ausreichende externe CT oder MRI und keine Kontraindikationen vorliegen. Neurovaskulärer Ultraschall (intra- und extrakraniell) kann eine Angiographie ersetzen.

b) Notfallbehandlung: Bei ischämischem Hirninfarkt, falls indiziert: intravenöse Thrombolyse mit Beginn < 60 Min. nach Spitaleintritt, resp. Verschlechterung. Richtlinien konforme Behandlung nicht-ischämischer Hirnschlagursachen (z.B. intrazerebrale / subarachnoidale Blutungen, Sinusvenenthrombosen, etc.)

c) Überwachung: Kontinuierliche monitorisierte Überwachung von mindestens 3 der folgenden Parameter: EKG, Sauerstoffsättigung, Temperatur, Blutdruck, Herzfrequenz, Atmung.

Bedarfsweise nicht-kontinuierliche Überwachung der Glukosewerte.

Das Monitoring darf zur Durchführung von Zusatzuntersuchungen und Behandlungen sowie zum Wechsel des Überwachungssystems unterbrochen werden.

6-stündliche Kontrolle und Dokumentation des neurologischen Befundes durch den Arzt oder durch geschulte Pflegefachpersonen zur Früherkennung von Schlaganfallprogression, -rezidiv und anderen Komplikationen. Die Dokumentation des Befundes liegt in der Verantwortung der den Befund erhebenden Fachperson. 6 Stunden Intervalle dürfen unterschritten, jedoch im Durchschnitt des Erhebungszeitraumes pro Tag nicht überschritten werden, wobei ~~an~~ eine Abweichung von plus/minus 60 Minuten pro Zeitintervall toleriert wird.

d) Therapiebereiche: Beginn von Massnahmen der Physiotherapie innert 24 Stunden mit mindestens 1 Behandlungseinheit pro Tag (7/7). - Bei entsprechender Indikation folgende Therapiemodalitäten: Ergotherapie, Logopädie, Neuropsychologie. Ernährungsberatung/therapie nur im Zusammenhang mit Schluckstörungen.

[...]

### 3.8. BA.- «Basisleistung in der Rehabilitation» - Präzisierung im Mindestmerkmal Punkt 2

Betrifft alle Sprachversionen

Unter der Kategorie BA.- «Basisleistung in der Rehabilitation» ist im «Mindestmerkmal Punkt 2, Behandlungsplan» folgende Ergänzung aufzunehmen.

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

Beachte: A. Für alle Basisleistungen gilt:

[...]

Mindestmerkmal Punkt 2, Behandlungsplan:

Der innerhalb von 3 Tagen nach Eintritt (**Eintrittstag eingerechnet**) erstellte patientenbezogene Behandlungsplan richtet sich nach der dokumentierten individuellen Zielsetzung.

[...]

## 4. Zusatzinformationen zur ICD-10-GM 2022

Die Zusatzinformationen zur ICD-10-GM 2022 aus dem Rundschreiben 2022 Nr. 1 sind weiterhin gültig.

## 5. Anhang

### 5.1. Informationen und Präzisierungen

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

#### Beschreibung der Nummerierung

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

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

#### 0777 01.07.2022 Berechnung der Aufenthaltsdauer in der Rehabilitation zur Erfassung der BA.- Kodes

Eine Patientin / ein Patient tritt z.B. am 3. März in die muskuloskelettale Rehabilitation ein und verlässt diese am 25. März. Die Aufenthaltsdauer beträgt somit 23 Tage, da es sich um einen Fall ohne Verlegung handelt, gilt die Rechnung ( $25 - 3 + 1 = 23$ ). Die erbrachten Therapien und Schulungen am Eintritts- und Austrittstag werden berücksichtigt und zählen zu den Therapie- und Schulungsminuten. Insgesamt erhält der Patient 1495 Therapie- und Schulungsminuten. Zur Berechnung des Durchschnitts werden die geleisteten Therapieminuten durch die Aufenthaltsdauer dividiert, im genannten Beispiel 23 Tage, und mit 7 multipliziert.  $1495/23*7 = 455$  Therapieminuten/Woche. D.h. der Kode BA.5 «Muskuloskelettale Rehabilitation» kann erfasst werden.

An dieser Stelle weisen wir auf den Punkt 1.5. «Aufenthaltsdauer» der «Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter ST Reha» der SwissDRG AG ([https://www.swissdrg.org/application/files/5716/3819/2647/Regeln\\_und\\_Definitionen\\_zur\\_Fallabrechnung\\_unter\\_ST\\_Reha\\_final.pdf](https://www.swissdrg.org/application/files/5716/3819/2647/Regeln_und_Definitionen_zur_Fallabrechnung_unter_ST_Reha_final.pdf)).

#### 0778 01.07.2022 Berücksichtigte Therapiedauer bei Gruppentherapien

Bei einer Gruppentherapie ist die gesamte Therapiedauer zu zählen, an der die Patientin / der Patient anwesend ist. Z. B. wenn fünf Patient/innen an einer Stunde Gruppentherapie teilgenommen haben, werden bei jeder Patientin / jedem Patienten 60 Minuten Therapiedauer angerechnet.

#### 0779 01.07.2022 BA.9 «Basisleistung in der Rehabilitation, sonstige»

Der Kode BA.9 «Basisleistung in der Rehabilitation, sonstige» wird erfasst, wenn:

- eine Rehabilitationsart geleistet wird, die nicht unter den Kode BA.1 bis BA.8 fällt, respektive dort nicht aufgeführt ist.
- eine Rehabilitationsart geleistet wird, die unter einem der Kodes BA.1 bis BA.8 aufgeführt ist, jedoch die durchschnittliche Therapie- und Schulungsdauer in Minuten pro Woche nicht erreicht wird.

Ein Kode der 3-stelligen Kategorie BB.1- «Zusatzaufwand in der Rehabilitation, nach Aufwandspunkte» kann zusätzlich erfasst werden. Die Analogiekodierung für alle Fälle im Anwendungsbereich ST Reha kommt hier ebenfalls zum Tragen.

#### 0780 01.07.2022 Kodierung der CHOP Subkategorien 94.3D.- «1:1-Betreuung bei psychischen und psychosomatischen Störungen in der Erwachsenenpsychiatrie» und 94.3E.- «[...] in der Kinder- und Jugendpsychiatrie»

Das Mindestmerkmal Punkt 3 «Therapie», der Subkategorien 94.3D.- und 94.3E.- spezifiziert: «1:1-Betreuung bedeutet, dass eine ausgebildete Fachperson des unter Mindestmerkmal Punkt 4 genannten Behandlungsteams eine einzelne Patientin / einen einzelnen Patienten individuell über einen Zeitraum von mindestens 2 Stunden ohne Unterbrechung fortlaufend betreut».

Die CHOP erfordert keine physische Anwesenheit im selben Raum. So kann eine kontinuierliche Einzelbetreuung durch eine Scheibe oder einen Bildschirm als 1:1-Betreuung berücksichtigt werden, sofern die anderen Mindestmerkmale eingehalten werden.

#### 0781 01.07.2022 Kodierung bei Vorliegen einer chaotischen und wahllosen multiplen Substanzaufnahme (F19.- «Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen»)

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

HD F19.-                    *Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen*  
 ND U69.3-!                *Sekundäre Schlüsselnummern für die Art des Konsums psychotroper Substanzen bei durch diese verursachten psychischen und Verhaltensstörungen*  
 ND andere Erkrankungen/Zustände/Manifestationen/Symptome, welche die Bedingungen der Kodierregel G54 «Die Nebendiagnose» erfüllen

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

Ist bei klar trennbarer Symptomatik unklar, welche der Substanzen den meisten Aufwand generiert hat, ist F19.- nicht zu kodieren. In diesen Fällen werden die zutreffenden Schlüsselnummern der Kategorien F10.- bis F18.- erfasst. Gemäss Regel G52 des Kodierungshandbuchs wird die Wahl der Hauptdiagnose getroffen.

#### **0782    01.07.2022            Komplexbehandlungen - Kode «[...] bis 6 Behandlungstage»**

Die Kodes «[...] bis 6 Behandlungstage» werden in Fällen erfasst, bei denen während des stationären Aufenthalts an maximal 6 Behandlungstagen die jeweils genannte Komplexbehandlung durchgeführt wurde. Diese Kodes beinhalten keine Mindestanzahl Behandlungstage. D.h. bei diesen Kodes entfallen die Mindestmerkmale, die sich auf eine Woche oder bestimmte Anzahl Behandlungstage beziehen. Mindestmerkmale, wie Indikationen, Assessments, Behandlungsinfrastruktur (z.B. Zertifizierung) und Qualifikationen sind einzuhalten.

#### **0783    01.07.2022            Exzision oder Destruktion von Läsion oder Gewebe des Uterus**

Bei einer «Exzision von Läsion oder Gewebe des Uterus» sind die Kodes 68.29.1A «Exzision von Läsion oder Gewebe des Uterus, offen chirurgisch (abdominal)», 68.29.1B «[...] vaginal», 68.29.1C «[...] laparoskopisch assistiert», 68.29.1D «[...] laparoskopisch», 68.29.1E «[...] hysteroskopisch» oder 68.29.4- «Exzision eines oder mehrerer Myome am Uterus» «alleine» zu kodieren.

Bei einer «Destruktion von Läsion oder Gewebe des Uterus» sind die Kodes 68.29.1A «Exzision von Läsion oder Gewebe des Uterus, offen chirurgisch (abdominal)», 68.29.1B «[...] vaginal», 68.29.1C «[...] laparoskopisch assistiert», 68.29.1D «[...] laparoskopisch», 68.29.1E «[...] hysteroskopisch» oder 68.29.4- «Exzision eines oder mehrerer Myome am Uterus» zusammen mit dem 68.29.1F «Destruktion von Läsion oder Gewebe des Uterus» zu kodieren.

#### **0784    01.07.2022            Dauer des intraoperativen neurophysiologischen Monitorings mehrerer Nerven**

Die Zusatzinformationen unter 00.94.1- «Intraoperatives neurophysiologisches Monitoring von spezifischen Nerven» betreffen ebenfalls 00.94.20. Das «Kodierte ebenso» «Dauer des intraoperativen neurophysiologischen Monitorings (00.94.3-)» gilt somit ebenfalls für den Kode 00.94.20 «Monitoring mehrerer Nerven im Rahmen einer anderen Operation».

#### **0785    01.07.2022            Hydronephrose und Infektion**

Die ICD-10-GM-Kodes der 4-stelligen Subkategorie N13.6- «Pyonephrose» werden nur bei einer dokumentierten Infektion der Niere verschlüsselt. Dies betrifft auch den endständigen Kode N13.68 «Sonstige und nicht näher bezeichnete Pyonephrose».

Eine Hydronephrose durch Ureterstein mit Harnwegsinfektion nicht näher bezeichneter Lokalisation wird mit N13.21 «Hydronephrose bei Obstruktion durch Ureterstein» und N39.0 «Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet» verschlüsselt.

#### **0786    01.01.2022            93.8C.1- Referenzdokument**

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

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

Die Präzisierung 0787 wird im Rundschreiben 2022 Nr. 2 ersetzt durch die Präzisierung 0777.

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

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

Ad Zählen der Segmente bei Überbrückung:

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

**0789 01.01.2022 Erfassen von nicht-vaskulären Stents/Prothesen**

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

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

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

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

Kodierung

- Tag X: 42.81.41 «Einsetzen und Wechsel von zwei selbstexpandierenden Prothesen (permanenten Tubus) in den Ösophagus, endoskopisch»
- Tag Y: 42.81.40 «Einsetzen und Wechsel einer selbstexpandierenden Prothese (permanenten Tubus) in den Ösophagus, endoskopisch»

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

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

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

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

Kodierung:

- Tag X: 46.99.51 «Einlegen oder Wechsel einer nicht selbstexpandierenden Prothese am Darm, offen chirurgisch» wird **zweimal** kodiert.
- Tag Y: 46.99.71 «Entfernen einer Prothese am Darm, offen chirurgisch» wird **zweimal** kodiert.
- 46.99.61 «Einlegen oder Wechsel einer selbstexpandierenden Prothese am Darm, offen chirurgisch» wird **einmal** erfasst.

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

Die Präzisierung 0790 wird im Rundschreiben 2022 Nr. 2 ersetzt durch die Präzisierung 0781.

**0791 01.01.2022 Gefäßverschlusskörper vs. Embolie-Protektionssysteme**

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

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

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

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

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

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

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

#### **0792 01.01.2022 Präzisierung zur Anwendung des Messinstrumentes FIM™**

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

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

#### **0793 01.01.2022 Kodierung Ulcus hypertonicum (Martorell)**

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

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

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

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

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

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

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

#### **0794 01.01.2022 Dauer des intraoperativen Neuromonitorings**

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

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

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

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

#### **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.

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

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

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

#### **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».

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

Diese Präzisierung ist wie folgt gegliedert:

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

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

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

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

Unter beiden Subkategorien gibt es folgendes «Beachte»:

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

Und folgendes «Kodiere ebenso»:

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

#### *Fallbeispiel 1*

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

*Kodierung:*

Der 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 Zusatzcode der Elementegruppe 39.78.6- mit dem Datum des ersten Interventionstages erfasst, in diesem Fall der 39.78.61 «2 implantierte aortale Stent-Grafts».

#### *Fallbeispiel 2*

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

#### *Kodierung:*

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

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

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

#### *Fallbeispiel 3*

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

#### *Kodierung:*

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

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

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

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

Bei den iliakalen Stent-Grafts ohne Seitenarme ist die Anzahl der implantierten Stent-Grafts im selben Kode wie der Eingriff und das Material kombiniert (siehe Fallbeispiele 1, 2 und 3). Die Codes 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 Codes für Stent-Grafts in die tiefen Venen und in anderen abdominalen und viszeralen Gefäßen, wird die Anzahl nicht bereits im Kode angegeben, d.h. falls mehrere Stent-Grafts implantiert werden, ist jedes Implantat einzeln zu kodieren (siehe Fallbeispiele 4 und 5).

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

#### *Fallbeispiel 1*

Werden während einer Intervention drei Stent-Grafts ohne Seitenarme in die A. iliaca implantiert, so ist der Code 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 Code 39.7A.11 «Endovaskuläre Implantation, iliakal, 1 Stent-Prothese, ohne Seitenarm» einmal am Tag X und einmal am Tag Y zu erfassen.

#### *Fallbeispiel 3*

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

#### *Fallbeispiel 4*

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

#### *Fallbeispiel 5*

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

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

Bei den Codes unter 39.B- «(Perkutan-) transluminale Implantation von Stents in Blutgefäße» wird jeder implantierte Stent einzeln kodiert. Werden z.B. drei Stents ohne Medikamenten-Freisetzung in Arterien des Oberschenkels und zwei Stents ohne Medikamenten-Freisetzung in Arterien des Unterschenkels implantiert, wird der 39.B1.G1 dreimal kodiert und der 39.B1.H1 zweimal. Die Gesamtsumme, der über den Aufenthalt implantierten Stents, wird berechnet und mit einem Kode 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 Kode mit der Angabe «in mehrere Koronararterien» zu wählen und so oft zu kodieren wie Stents von diesem Typ implantiert wurden.

Es gibt keinen spezifischen Kode 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 Kode 36.08.21 «Implantation perkutan-transluminal von Stents mit Medikamenten-Freisetzung, in einer Koronararterie» ist einmal zu erfassen.

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

#### *Fallbeispiel 2*

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

Kodierung:

Der Kode 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 Kode 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.

### **0812 01.07.2020 Embolie-Protektionssystem und TAVI**

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

**0814 01.07.2020 Erfassen von gecoverten Koronararterien-Stents**

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

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

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

**0816 01.07.2020 Kodierung beschichteter Koronararterien-Stents mit Medikamenten-Freisetzung**

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

Für die offen chirurgischen Eingriffe sind dies:

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

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

Für die perkutan-transluminalen Eingriffe sind dies:

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

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

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

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

- 39.71.- UND 39.78.5-  
ODER

- 39.73.4- UND 39.78.5-

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

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

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

Bei einer biliakalen Gefäß-Prothese, die aus einer monoiliakalen aortalen Gefäß-Prothese und einem anmodellierten iliakalen Schenkel besteht, wird für diesen anmodellierten Stent-Graft, der Kode 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 Zusatzkode 00.9C.- «Einzeitige Eingriffe an Hand oder Fuss»**

Folgende Tabelle präzisiert die Kodierung von Eingriffskode und Zusatzkode 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	Zusatzkode	Titel	Lateralität
Fall 1	Eingriff vom Typ A am Finger des 2. Strahls der linken Hand	Kode des Eingriffs vom Typ A	Einseitig Links	Kein Kode		
Fall 2	Eingriff vom Typ A am Finger des 2. Strahls der linken Hand	Kode des Eingriffs vom Typ A	Einseitig Links	Kein Kode		
	Eingriff vom Typ B am Finger des 3. Strahls der rechten Hand	Kode des Eingriffs vom Typ B	Einseitig Rechts			
Fall 3	Eingriff vom Typ A am Finger des 2. Strahls der linken Hand	Kode des Eingriffs vom Typ A	Einseitig Links	Kein Kode		
	Eingriff vom Typ B an der Mittelhand, 2. Strahl der linken Hand	Kode des Eingriffs vom Typ B	Einseitig Links			
Fall 4	Eingriff vom Typ A an Fingern des 2. und 3. Strahls der linken Hand	Kode des Eingriffs vom Typ A	Einseitig Links	00.9C.11	Einzeitige Mehrfacheingriffe an 2 Mittelhand- und Fingerstrahlen	Einseitig Links
	Eingriff vom Typ B am Finger, des 3. Strahls der linken Hand	Kode des Eingriffs vom Typ B	Einseitig Links	Kein Kode		
Fall 5	Eingriff vom Typ A an den Fingern der 2., 3. und 4. Strahlen der linken Hand	Kode des Eingriffs vom Typ A	Einseitig Links	00.9C.12	Einzeitige Mehrfacheingriffe an 3 Mittelhand- und Fingerstrahlen	Einseitig Links
Fall 6	Eingriff vom Typ A an den Fingern der 2., 3. und 4. Strahlen der linken Hand, sowie an den Fingern der 4. und 5. Strahlen der rechten Hand	Kode des Eingriffs vom Typ A	Beidseitig	00.9C.12	Einzeitige Mehrfacheingriffe an 3 Mittelhand- und Fingerstrahlen	Einseitig Links
				00.9C.11	Einzeitige Mehrfacheingriffe an 2 Mittelhand- und Fingerstrahlen	Einseitig Rechts
Fall 7	Eingriff vom Typ A am Finger des 2. Strahls der linken Hand Eingriff vom Typ B am Mittelhandknochen des 3. Strahls der linken Hand Eingriff vom Typ C an den Fingern des 3. und 4. Strahls der linken Hand	Kode des Eingriffs vom Typ A	Einseitig Links	Kein Kode		
		Kode des Eingriffs vom Typ B	Einseitig Links	Kein Kode		
		Kode des Eingriffs vom Typ C	Einseitig Links	00.9C.11	Einzeitige Mehrfacheingriffe an 2 Mittelhand- und Fingerstrahlen	Einseitig Links
Fall 8	Eingriff vom Typ A an den Fingern des 2. und 3. Strahls der linken Hand Eingriff vom Typ B an den	Kode des Eingriffs vom Typ A	Einseitig Links	00.9C.11	Einzeitige Mehrfacheingriffe an 2 Mittelhand- und Fingerstrahlen	Einseitig Links

	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 Eingriff vom Typ B am Finger des 2. Strahls der rechten Hand	Kode des Eingriffs vom Typ A	Einseitig Links	00.9C.11	Einzeitige Mehrfacheingriffe an 2 Mittelhand- und Fingerstrahlen	Einseitig Links
		Kode des Eingriffs vom Typ B	Einseitig Rechts	Kein Kode		

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

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

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

Grundsätzlich sind die Hinweise bei den entsprechenden Schlüsselnummern F10 – F19 «Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen» in der ICD-10-GM zu beachten. Ergänzend dazu wird der nichtintravenöse Konsum von Kokain mit dem Kode U69.36! «Nichtintravenöser Konsum sonstiger Stimulanzien, ausser Koffein» zusätzlich zum zutreffenden Kode aus F14.- «Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain» abgebildet.

**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 Kodes 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 Dimensionen berücksichtigt werden.

### 0827/2: Therapiebereiche

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

[...]

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

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

Mindestmerkmal Punkt 3, Therapie:

[...]

b) Arzt, Pflege und mindestens zwei der unter Mindestmerkmal Punkt 4c aufgeführten Therapiebereiche kommen insgesamt mindestens 6 Stunden pro Behandlungswoche (7 Kalendertage) zum Einsatz. Zu deren Leistungen gehören auch dokumentierte Patienten-, Angehörigen- und Familiengespräche, die von allen hier aufgeführten Berufsgruppen erbracht werden können. Die erbrachten Leistungen erfolgen in patientenbezogenen, unterschiedlichen Kombinationen.

[...]

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

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

### 0827/3: Teambesprechung

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

[...]

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

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

[...]

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

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

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

Beispiel:

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

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

**0834 01.07.2019 Lithiumintoxikation**

Wie wird eine Lithiumintoxikation abgebildet?

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

**0845 01.01.2018 Kollagenmatrix zur autologen Chondrozytentransplantation oder als azelluläres Implantat**

Wird bei einer subchondralen Knocheneröffnung eines Gelenks eine native Kollagenmatrix (d.h. ohne autologe kultivierte Chondrozyten) eingebracht, ist, in Abhängigkeit vom Zugang, der Eingriff mit dem 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.

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

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

**0941 01.12.2012 ABO / ABO 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»).