



14 Gesundheit

Rundschreiben für Kodiererinnen und Kodierer 2023 Nr. 1

15. Dezember 2022

Neuchâtel, 2022

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

1. Allgemeines

1.1. Gültige Kodierungsinstrumente

Ab 1. Januar 2023 gelten folgende Kodierungsinstrumente:

- Medizinisches Kodierungshandbuch: Der offizielle Leitfaden der Kodierrichtlinien in der Schweiz. Version 2023
- Rundschreiben für Kodiererinnen und Kodierer: 2023 Nr. 1 mit Anhang
- Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP): Systematisches Verzeichnis - Version 2023
- 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

Die Instrumente zur medizinischen Kodierung finden Sie unter www.statistik.ch → Statistiken finden → 14 – Gesundheit → Grundlagen und 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 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 stationärer Aufenthalte in Spitälern und Kliniken der Schweiz, einschliesslich Rehabilitations-, Psychiatrie- und Spezialkliniken sowie Geburtshäuser.

Die gesetzlichen Grundlagen sind:

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

1.1.1. Referenzversionen

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

1.1.2. Rundschreiben und Anhang

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

Die Publikationszeitpunkte der Rundschreiben und deren Anhang sind:

- Rundschreiben für Kodiererinnen und Kodierer 2023 Nr. 1 (Publikation Ende Dezember 2022): anzuwenden bei Fällen mit Austrittsdatum ab 1. Januar 2023.
- Rundschreiben für Kodiererinnen und Kodierer 2023 Nr. 2 (Publikation Ende Juni 2023): anzuwenden bei Fällen mit Austrittsdatum ab 1. Juli 2023.

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

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

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

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

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

Pfad: www.swissdrg.org → Akutsomatik → Abschnitt SwissDRG System 12.0/2023 → Analogiekodierung

<https://www.swissdrg.org/de/akutsomatik/swissdrg-system-1202023/analogiekodierung>

Pfad: www.swissdrg.org → Rehabilitation → Abschnitt Datenerhebung → Erhebung 2024 (Daten 2023)

<https://www.swissdrg.org/de/rehabilitation/datenerhebung/erhebung-2024-daten-2023>

Weitere Publikationen der SwissDRG AG sind unterjährig laufend zu beachten.

1.2. Anfragen zur Kodierung

1.2.1. Vorgehen

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

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

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

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

1.2.2. Anonymisierung

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

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

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

2. Zusatzinformationen zum Kodierungshandbuch 2023

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

2.1. D09 Verdachtsdiagnosen

Betrifft nur die französische Sprachversion

2.2. SD0106 COVID-19

Betrifft alle Sprachversionen

Untenstehende neue Kodierungsrichtlinie SD0106I «COVID-19» ist im Kodierungshandbuch aufzunehmen. Sie übernimmt mit leichten Anpassungen die wichtigsten Informationen der «Offiziellen Kommunikation 2021 Nr. 2: Kodierung COVID-19» vom 31. März 2021.

SD0106I COVID-19

Im Kontext der COVID-19-Pandemie (Infektion mit SARS-CoV-2 (Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 [SARS 2])), wurden spezifische ICD-10-GM-Kodes bereitgestellt:

- U07.1! COVID-19, Virus nachgewiesen
- U07.2! COVID-19, Virus nicht nachgewiesen
- U08.9 COVID-19 in der Eigenanamnese, nicht näher bezeichnet
- U09.9! Post-COVID-19-Zustand, nicht näher bezeichnet
- U10.9 Multisystemisches Entzündungssyndrom in Verbindung mit COVID-19, nicht näher bezeichnet
- U11.9 Notwendigkeit der Impfung gegen COVID-19, nicht näher bezeichnet
- U12.9! Unerwünschte Nebenwirkungen bei der Anwendung von COVID-19-Impfstoffen, nicht näher bezeichnet
- U99.0! Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf SARS-CoV-2

Der Kode U04.9 Schweres akutes respiratorisches Syndrom [SARS], nicht näher bezeichnet wird nicht im Kontext der COVID-19-Pandemie kodiert. Er ist dem Erreger der **Coronavirus-Pandemie 2002/2003** vorbehalten.

Fallbeispiele, um die Verwendung der Kodes U07.1!, U07.2! und U99.0! zu erklären

Beachte:

- Die unten aufgeführten Fallbeispiele und die vorgeschlagenen Kodes sind nicht als abschliessend zu betrachten. Die geltenden Kodierungsrichtlinien und Abrechnungsregeln sind zu berücksichtigen, insbesondere G52 «Die Hauptdiagnose», G54 «Die Nebendiagnosen», D09 «Verdachtsdiagnosen», D15 «Verlegungen», SD0102 «Sepsis», SD0103 «SIRS» und SD1002 «Respiratorische Insuffizienz».
- Der in der untenstehenden Tabelle verwendete Terminus «Primär-ICD» ist nicht gleichbedeutend mit «Hauptdiagnose».
- Für den seltenen Fall einer Fallzusammenführung (aufgrund Rückverlegung) im Kontext SARS-CoV-2 wird im zusammengeführten Fall der U07.1! oder U07.2! Kode gewählt, der am Ende des letzten Aufenthaltes tatsächlich feststeht.
- Bei stationären Aufenthalten mit prophylaktischer Isolierung ohne Test, im Kontext SARS-CoV-2-Pandemie, ohne Verdachtskriterien darf kein U07.2! verschlüsselt werden.
- Erläuterungen zum U99.0! Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf SARS-CoV-2:
 - Der Kode U99.0! darf in einem Fall nicht mehrfach kodiert werden, z.B. bei mehrfach durchgeführtem Test.
 - Mit «speziellen Verfahren» sind labordiagnostische Verfahren zum Nachweis einer Infektion mit SARS-CoV-2 gemeint.
 - Der U99.0! kann bei einem Verdachtsfall und durchgeführtem Test mit unspezifischem Testergebnis zusammen mit dem U07.2! kodiert werden (s. Bedingungen zur Erfassung des U07.2! unten).
 - Der U99.0! darf nicht zusammen mit dem U07.1! erfasst werden. U07.1! impliziert den Virusnachweis.
 - Für die Durchführung der labordiagnostischen Tests wird kein Prozeduren-Kode erfasst.

- Erläuterungen zum **U07.2! COVID-19, Virus nicht nachgewiesen**:
 - Wurde eine Infektion mit SARS-CoV-2 sicher ausgeschlossen, darf der U07.2! nicht erfasst werden. Bei eindeutigen Testergebnissen mit Ausschluss des COVID-19-Erregers ist der Sekundär-Kode U99.0! zu erfassen.
 - Für die Erfassung des Kodes U07.2! müssen folgende Voraussetzungen gegeben sein: Es muss eine (spezifische oder unspezifische) COVID-19-Symptomatik vorliegen und ein epidemiologischer Verdacht bestehen und es darf kein eindeutiger Virusnachweis im Testergebnis (negatives oder unspezifisches Testergebnis oder nicht durchgeführter Test) vorliegen. Ist keine (spezifische oder unspezifische) COVID-19-Symptomatik vorhanden, obwohl ein epidemiologischer Verdacht besteht (z.B. direkte Kontaktperson), darf der Kode U07.2! nicht erfasst werden.
- Zur viralen Sepsis aufgrund SARS-CoV-2 bitte spezifischen Abschnitt nach der Tabelle berücksichtigen.

Fallbeispiele	Primär-ICD	Sekundär-ICD	Klinisches Bild vorhanden	Labor-diagnostischer Nachweis
Sepsis (viral) aufgrund SARS-CoV-2 (COVID-19) ggf. + zusätzliche bakterielle Infektion, ggf. + J96.- Respiratorische Insuffizienz, andernorts nicht klassifiziert und/oder ggf. J80.0- Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS] usw.	A41.8 und B33.8 und +	U07.1!	spezifisch	ja
Pneumonie aufgrund SARS-CoV-2 (COVID-19) ggf. + R65.0! SIRS infektiöser Genese ohne Organkomplikation, ggf. + J96.- Respiratorische Insuffizienz, andernorts nicht klassifiziert und/oder ggf. J80.0- Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS] usw.	J12.8 +	U07.1!	spezifisch	ja
Akute Laryngitis aufgrund SARS-CoV-2 (COVID-19) mit Erregernachweis	J04.0	U07.1!	spezifisch	ja
Fieber und/oder Husten (und weitere spezifische Symptome) im Kontext SARS-CoV-2 (COVID-19) mit Erregernachweis	R50.88 und/oder R05 (usw.)	U07.1!	spezifisch	ja
Asymptomatische nachgewiesene Infektion mit SARS-CoV-2	Z22.8	U07.1!	nicht vorhanden	ja
Klinischer Verdachtsfall im Kontext SARS-CoV-2, mit Symptomen/Manifestationen, am Ende Aufenthalt Er- reger sicher ausgeschlossen	Symp- tom/Manifes- tation	U99.0!	spezifisch und unspezifisch	Virus sicher ausgeschlossen
Klinisch-epidemiologischer Verdachtsfall im Kontext SARS-CoV-2, mit Symptomen/Manifestationen, am Ende Aufenthalt Erreger nicht sicher ausgeschlossen, da kein Labortest	Symp- tom/Manifes- tation und Z20.8	U07.2!	spezifisch und unspezifisch	Kein Labortest
Klinisch-epidemiologischer Verdachtsfall im Kontext SARS-CoV-2, mit Symptomen/Manifestationen, am Ende Aufenthalt Erreger nicht sicher ausgeschlossen, da Labor-Testergebnisse unspezifisch	Symp- tom/Manifes- tation und Z20.8	U07.2! und U99.0!	spezifisch und unspezifisch	Testergebnis un- spezifisch

Fallbeispiele	Primär-ICD	Sekundär-ICD	Klinisches Bild vorhanden	Labor-diagnostischer Nachweis
Klinisch-epidemiologischer Verdachtsfall im Kontext SARS-CoV-2 , mit Symptomen/Manifestationen, am Ende Aufenthalt Erreger sicher ausgeschlossen	Symptom/Manifestation und Z20.8	U99.0!	spezifisch und unspezifisch	Virus sicher ausgeschlossen
Epidemiologischer Verdachtsfall (Kontaktperson) ohne COVID-19 Symptome (wenn stationäre Behandlung) am Ende Aufenthalt Erreger nicht sicher ausgeschlossen, da kein Labortest	Z20.8		nicht vorhanden	Kein Labortest
Epidemiologischer Verdachtsfall (Kontaktperson) ohne COVID-19 Symptome (wenn stationäre Behandlung) am Ende Aufenthalt Erreger nicht sicher ausgeschlossen, da Labor-Testergebnisse unspezifisch oder sicher ausgeschlossen	Z20.8	U99.0!	nicht vorhanden	Testergebnis unspezifisch oder negativ
Person ohne klinisch-epidemiologischen Verdacht auf Infektion mit SARS-CoV-2 , Test ausgeführt, Erreger sicher ausgeschlossen	Z11	U99.0!	nicht vorhanden	Virus sicher ausgeschlossen

Virale Sepsis aufgrund SARS-CoV-2

Bei vorliegender, ärztlich dokumentierter, viraler Sepsis, aufgrund SARS-CoV-2-Infektion, wird *B33.8 Sonstige näher bezeichnete Viruskrankheiten* kodiert. Dieser Code enthält die Information «Sepsis» nicht. Für die korrekte Grupperzuweisung ist bei vorliegender, ärztlich dokumentierter, viraler Sepsis aufgrund SARS-CoV-2 der Code *B33.8 Sonstige näher bezeichnete Viruskrankheiten* immer mit dem Code *A41.8 Sonstige näher bezeichnete Sepsis* zu kombinieren.

Es ist zu beachten, dass die sepsisbezogenen Codes der Rubrik A40.- bis A41.- eigentlich den bakteriell bedingten Infektionen vorbehalten sind, die im Kontext SARS-CoV-2 – Infektion zusätzlich begleitend auftreten können.

Es gelten die Regeln von SD0102 «Sepsis» und G52 «Hauptdiagnose».

Für die korrekte klassifikatorische Einordnung muss der Code *B33.8 Sonstige näher bezeichnete Viruskrankheiten* gefolgt von dem Code *U07.1! COVID-19, Virus nachgewiesen* erfasst werden.

Erfüllt die Sepsis aufgrund SARS-CoV-2 die Bedingungen der Hauptdiagnoseregeln, gilt folgende Reihenfolge der Kodierung:

- HD A41.8 Sonstige näher bezeichnete Sepsis
- ND B33.8 Sonstige näher bezeichnete Viruskrankheiten
- ND U07.1! COVID-19, Virus nachgewiesen
- ND wenn vorhanden, U10.9 Multisystemisches Entzündungssyndrom in Verbindung mit COVID-19, nicht näher bezeichnet
- ND Infektfokus usw.

weitere Codes gemäss Reihenfolge in Kodierregel SD0102 «Sepsis»

Erfüllt die Sepsis aufgrund SARS-CoV-2 nicht die Bedingungen der Hauptdiagnoseregeln, gilt folgende Reihenfolge der Kodierung:

- HD Beispiel J12.8 Pneumonie durch sonstige Viren o.a.
- ND A41.8 Sonstige näher bezeichnete Sepsis
- ND B33.8 Sonstige näher bezeichnete Viruskrankheiten
- ND U07.1! COVID-19, Virus nachgewiesen
- ND wenn vorhanden, U10.9 Multisystemisches Entzündungssyndrom in Verbindung mit COVID-19, nicht näher bezeichnet
- ND Infektfokus usw.

weitere Codes gemäss Reihenfolge in Kodierregel SD0102 «Sepsis»

Stationäre Behandlung aufgrund von 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]* ist nicht zu verwenden.

2.3. SD0202 Neubildungen – Auswahl und Reihenfolge der Diagnosen

Betrifft alle Sprachversionen

Im Beispiel 18 der Kodierungsrichtlinie SD0202 ist folgende Anpassung anzubringen.

SD0202k| Auswahl und Reihenfolge der Diagnosen

[...]

Beispiel 18

Ein Patient wird aufgenommen mit ärztlich dokumentierter, metastatisch bedingter Wirbelkörperfraktur thorakal zur Vertebroplastie bei ~~zusätzlich lymphogen (regionär) und peritoneal~~ metastasiertem Nierenzellkarzinom. Status nach Nephrektomie mit regionaler Lymphadenektomie.

- HD C79.5† Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes*
- ZHD M49.54* Wirbelkörperkompression im Thorakalbereich bei anderenorts klassifizierten Krankheiten*
- ND C64 Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken*
- ~~*ND C78.6 Sekundäre bösartige Neubildung des Retroperitoneums und des Peritoneums*~~
- ~~*ND C77.2 Sekundäre und n.n.bez. bösartige Neubildung der intraabdominalen Lymphknoten*~~

2.4. SD0217 Palliativbehandlung

Betrifft alle Sprachversionen

Folgende Korrekturen sind an der Kodierungsrichtlinie SD0217 anzubringen.

SD0217k| Palliativbehandlung

Die Palliativbehandlung bei (Tumor-)Patientinnen/Patienten wird über die passenden CHOP-Kodes abgebildet.

- *93.8A.2- Palliativmedizinische Komplexbehandlung, nach Anzahl Behandlungstage*
- *93.8B.- Spezialisierte Palliative Care*

~~Der ICD-10-GM Kode Z51.5 Palliativbehandlung wird als Nebendiagnose nur kodiert, wenn:~~

- ~~• bei nicht verlegten Patientinnen/Patienten kein Komplexbehandlungs-Kode abgebildet werden kann~~
- ~~• die Patientin/der Patient zur Palliativbehandlung verlegt worden ist (siehe auch D15).~~

~~Der Kode Z51.5 wird gemäss Vorgaben der Kodierregel D15 vom aufnehmenden Spital erfasst.~~

Beachte: «Wahl der Hauptdiagnose bei Palliativbehandlungen» unter Kodierregel G52 und «Symptome einer Tumorerkrankung», «Erkrankungen, die ätiologisch mit dem Tumor verbunden sind» Kodierregel SD0202

Hinweis:

- ~~• Sind bei erfolgter Palliativbehandlung (die Kodierung enthält entweder die CHOP-Kodes 93.8A.2-, 93.8B.- oder bei nicht erfüllten Mindestmerkmalen (z.B. Exitus vor Erreichung der erforderlichen Mindestmerkmale) den ICD-Kode Z51.5 Palliativbehandlung) die Bedingungen für die Kodierregel G52 erfüllt, ist die Erkrankung als Hauptdiagnose zu wählen, die den Grund für die Palliativbehandlung darstellte.~~
- Symptome einer fortgeschrittenen (Tumor-)Erkrankung, wie z.B. starke Übelkeit, systemische Inflammation, Schwäche, Appetitlosigkeit, generalisierte Schmerzen, Luftnot, Panik etc. sind **nicht** als Grund für die Palliativbehandlung in die Hauptdiagnose zu kodieren, auch wenn sie in Komfortintention während der stationären Behandlung im Vordergrund standen.

Enthält die ärztliche und/oder medizinische Dokumentation Hinweise darauf, dass sich z.B. die Behandlungsintention von kurativ zu palliativ geändert hat, dass eine Operation in palliativer Absicht **erfolgte durchgeführt wurde**, dass eine Chemotherapie palliativ intendiert ist etc., darf der Code Z51.5 *Palliativbehandlung* nicht erfasst werden.

~~Die Kodierung des Codes Z51.5 *Palliativbehandlung* ist nur den oben angegebenen Bedingungen vorbehalten.~~

[...]

2.5. SD0904 Erkrankungen der Herzklappen

Betrifft alle Sprachversionen

In der Tabelle der Kodierungsrichtlinie SD0904 ist folgende Korrektur anzubringen.

SD0904d Erkrankungen der Herzklappen

[...]

		Als nicht rheumatisch bezeichnet	Als rheumatisch bezeichnet	Ohne nähere Angabe
[...]				
Pulmonalklappe	Insuffizienz	I37.0 I37.1	I09.8	I37.0 I37.1
	Stenose	I37.1 I37.0	I09.8	I37.1 I37.0
	Stenose mit Insuffizienz	I37.2	I09.8	I37.2

2.6. SD1804 – Keine Seitigkeitsangabe bei G63.2* *Diabetische Polyneuropathie*

Betrifft alle Sprachversionen

Im Zusammenhang mit dem Stern-Kode G63.2* *Diabetische Polyneuropathie* wird die Seitigkeit nicht angegeben. Das Beispiel 11 der Kodierungsrichtlinie SD1804 ist somit wie folgt anzupassen.

SD1804kl Schmerzdiagnosen und Schmerzbehandlungsverfahren

[...]

Beispiel 11

Ein Patient tritt mit akutem transmuralen Hinterwandinfarkt zur notfallmässigen Bypassoperation ein. In der postoperativen Phase, nach komplikationsloser kardialer Operation, aggraviert ein chronisch bestehender beidseitiger Extremitäten(ruhe)schmerz auf Basis einer diabetischen Polyneuropathie (Typ 2, nicht entgleist) und limitiert den Patienten stark (Schlaflosigkeit, erschwerte postoperative Physiotherapie etc.). Neben neurologischen Untersuchungen bedside, Anpassung der auf die Grunderkrankung ausgerichteten Medikation erhält er ein Medikamentenschmerzschema, physikalische Schmerzbehandlungsverfahren etc.

Der gesamten medizinischen Dokumentation ist zu entnehmen, dass die Bedingungen/Mindestmerkmale für die Erfassung einer 93.A1 multimodalen schmerztherapeutischen Kurzzeitbehandlung für 3 Tage erfüllt sind.

HD I21.1 Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand

ND E11.40† Diabetes mellitus, Typ2, Mit neurologischen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet

ND G63.2* Diabetische Polyneuropathie

~~l~~ ~~0~~

HB Bypassoperation gemäss geltenden Kodierrichtlinien

NB 93.A1 Multimodale schmerztherapeutische Kurzzeitbehandlung

3. Zusatzinformationen zur CHOP 2023

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

3.1. 32.2A.13 «Lokale Exzision und Destruktion von Läsion oder Gewebe an der Lunge, endoskopisch»

Betrifft nur die deutsche Sprachversion

Der Titel des Kodes 32.2A.13 ist wie folgt zu korrigieren.

32.2A.13 Lokale Exzision und Destruktion von Läsion oder Gewebe an der Lunge, endoskopisch

3.2. 35.F2.26 und 35.H2.26 «Mitralklappenersatz durch Xenograft (Bioprothese) mit transapikaler Verankerung»

Betrifft alle Sprachversionen

Die Titel der Codes 35.F2.26 und 35.H2.26 sind wie folgt zu ergänzen.

35.F2.26 Mitralklappenersatz durch Xenograft (Bioprothese) mit transapikaler Verankerung, transapikaler Zugang
[...]

35.H2.26 Entfernen einer Mitralklappenprothese sowie Implantation eines Xenografts (Bioprothese) mit transapikaler Verankerung, transapikaler Zugang

3.3. Kapitel 9 «Operationen am Verdauungstrakt» streichen der «Inklusiva» «Stenteinlage»

Betrifft alle Sprachversionen

Bei folgenden Codes und folgender Subkategorie ist das «Inklusivum» «Stenteinlage» zu streichen.

44.33 Gastroenterostomie ohne Gastrektomie, endoskopisch
[...]
~~INKL.: Stenteinlage~~

51.38.31 Anastomose zwischen Gallenwegen und Gastrointestinaltrakt, endoskopisch
~~INKL.: Stenteinlage~~

52.01.11 Transgastrale Drainage einer Pankreaszyste, endoskopisch
~~INKL.: Stenteinlage~~

52.01.21 Transduodenale Drainage einer Pankreaszyste, endoskopisch
~~INKL.: Stenteinlage~~

52.96.31 Anastomose zwischen Pankreasgang und Gastrointestinaltrakt, endoskopisch
~~INKL.: Stenteinlage~~

3.4. Korrektur des «sowie» unter 86.93 «Einsetzen eines Gewebeexpanders»

Betrifft nur die deutsche Sprachversion

Das «sowie» ist aus dem Beachte unter dem Code 86.93 zu streichen.

86.93 Einsetzen eines Gewebeexpanders
Beachte: Einsetzen (subkutan) (Weichteile) eines oder mehrerer Expanders in Kopfhaut (subgalealer Raum), Gesicht, Hals, Rumpf ohne Mamma, ~~sowie~~ obere und untere Extremitäten zur Entwicklung von Hautlappen zur Transplantation

3.5. 89.15.8- «Neuropsychologische Behandlung, nach Dauer der Behandlung» und BA.1 «Neurologische Rehabilitation»

Betrifft alle Sprachversionen

Ein Kode der Elementegruppe 89.15.8- «Neuropsychologische Behandlung, nach Dauer der Behandlung» ist, falls die Therapie «Neuropsychologie» im Rahmen des BA.1 «Neurologische Rehabilitation» geleistet wurde, zusätzlich zum BA.1 zu kodieren. Die Therapieminuten der «Neuropsychologie» zählen trotzdem ebenfalls zu den durchschnittlichen Therapieminuten pro Woche der «neurologischen Rehabilitation».

Normalerweise gilt in der Kodierung, dass **Therapien, die in den Mindestmerkmalen beschrieben sind, nicht zusätzlich kodiert werden**. Aufgrund der Aufnahme einiger der Kodes der Elementegruppe 89.15.8- als Splitkriterium im Kontext der Tarifstruktur ST Reha muss für die «Neuropsychologie» eine Ausnahme gemacht werden.

BA.1

Neurologische Rehabilitation

Kod. eb.: Falls durchgeführt - Neuropsychologische Behandlung, nach Dauer der Behandlung (89.15.8-)

Beachte: [...]

Mindestmerkmal Punkt 3, Therapie und Schulung:

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

Folgende Therapien kommen dabei entsprechend der Defizite zum Einsatz:

Obligatorisch sind Physiotherapie, in patientenbezogenen Kombinationen mit:

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

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

- Sozialberatung
- Raucherstopp-Beratung
- Diabetesberatung

3.6. 93.85.- «Berufsrehabilitation und Arbeitsrehabilitation»

Betrifft alle Sprachversionen

In den Mindestmerkmalen Punkt 4 und 5 der Subkategorie 93.85.-sind folgende Änderungen vorzunehmen.

93.85.-

Berufsrehabilitation und Arbeitsrehabilitation

Beachte: Mindestmerkmal Punkt 4, ~~Behandlung~~ Therapie und Schulung:

[...]

Mindestmerkmal Punkt 5, ~~Therapie und Schulung~~ Durchschnittliche Therapie- sowie Schulungsdauer pro Woche:

Eine Woche [Behandlungswoche] umfasst 7 Kalendertage. ~~Zeitliche Vorgaben für die wöchentlichen Therapie- und Schulungsleistungen sind als Durchschnitt pro Woche auf den gesamten Reha-Aufenthalt bezogen.~~ Die Therapieeinheiten und die Edukation [Schulung] erfolgen in Einzel- oder Gruppentherapie je nach Indikation und in Abhängigkeit der Bedürfnisse und Ressourcen der Patientin/des Patienten. Die durchschnittliche Therapie- sowie Schulungsdauer pro Woche umfasst mind. 900 Min. Diese zeitliche Vorgabe für die wöchentlichen Therapien und Schulungen ist als Durchschnitt pro Woche auf den Zeitraum des Aufenthaltes mit spezifischer Indikation zur Berufsrehabilitation und Arbeitsrehabilitation bezogen.

[...]

3.7. 93.8A.1- «Palliativmedizinisches Assessment»

Betrifft alle Sprachversionen

Die «Exklusiva – Kode weglassen» unter 93.8A.12 werden unter 93.8A.1- verschoben, da sie für die gesamte Elementegruppe zutreffen.

- 93.8A.1– Palliativmedizinische Assessment**
 EXKL. Kode weglassen - Palliativmedizinische Komplexbehandlung (93.8A.2-)
 Kode weglassen - Spezialisierte Palliative Care (93.8B.-)
 [...]
- 93.8A.12 Standardisiertes palliativmedizinisches Basisassessment [PBA]**
~~EXKL. Kode weglassen - Palliativmedizinische Komplexbehandlung (93.8A.2-)~~
~~Kode weglassen - Spezialisierte Palliative Care (93.8B.-)~~

3.8. 93.8C.1- «Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation, nach Anzahl Behandlungstage»

Betrifft nur die deutsche Sprachversion

Der Link auf das Referenzdokument hat sich geändert und ist entsprechend im Beachte der Elementegruppe 93.8C.1- zu korrigieren.

- 93.8C.1- Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation, nach Anzahl Behandlungstage**
 Beachte: Mindestmerkmal Punkt 0, Definition und Referenzdokument:
 Die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation bezeichnet die besonders intensive Phase der neurologischen Rehabilitation von Patientinnen / Patienten mit schweren und schwersten Schädigungen des Nervensystems nach der Akutversorgung oder bei Patientinnen / Patienten mit akuter Exazerbation bei vorbestehenden chronischen Krankheiten. Details zu Indikation, strukturellen und personellen Voraussetzungen finden sich im Referenzdokument «Referenzdokument zu CHOP Kode 93.89.1 Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation Version 01.01.2019» unter <https://www.swissneuro.ch/Fachinformationen?language=de> <https://www.swissneuro.ch/bildung/fachinformationen/referenzdokumente>

3.9. 99.BD.- «Integrierte Komplexbehandlung bei schwerer Essstörung, nach Anzahl Behandlungstage»

Betrifft alle Sprachversionen

In den Mindestmerkmalen Punkt 1 und 2 der Subkategorie 99.BD.- sind folgende Änderungen vorzunehmen.

- 99.BD.- Integrierte Komplexbehandlung bei schwerer Essstörung, nach Anzahl Behandlungstage**
 Beachte: Mindestmerkmal Punkt 1, Kurzbeschreibung:
 Interdisziplinäre Behandlung der Patientinnen / Patienten mit Grunddiagnose Essstörung mit gravierenden ~~körperlich-psychischer und psychosozialer Morbidität~~ **körperlichen sowie psychischen Symptomen sowie erheblichen psychosozialen Belastungen** unter der Leitung einer Fachärztin / eines Facharztes für Innere Medizin, Intensivmedizin, Pädiatrie, Endokrinologie/Diabetologie, Psychiatrie und Psychotherapie oder einer Ärztin / eines Arztes mit interdisziplinärem Schwerpunkt **Psychosomatische und Psycho-soziale Medizin**.
- Mindestmerkmal Punkt 2, Indikation:
 Grunddiagnose schwere Essstörung bei akut bedrohlicher ~~somatischer-psychischer Situation~~ **somatischer sowie psychischer Symptomatik**, die im ambulanten Setting nicht ~~zu behandeln~~ **behandelbar** ist und eine ~~somatisch-psychiatrisch-psychotherapeutisch~~ **integrierte Behandlung** erfordert.
- [...]

3.10. 99.C- «Pflege-Komplexbehandlung» - Aufnahme von einem Minimum beim ersten Kode

Betrifft alle Sprachversionen

Die Titel der ersten Kodes der Subkategorien unter der 3-stelligen Kategorie 99.C- «Pflege-Komplexbehandlung» sind wie folgt zu präzisieren.

- 99.C2.11 Pflege-Komplexbehandlung bei Erwachsenen, **2 bis 5 Aufwandspunkte**
[...]
- 99.C3.11 Pflege-Komplexbehandlung bei Kindern und Jugendlichen, **2 bis 5 Aufwandspunkte**
[...]
- 99.C4.11 Pflege-Komplexbehandlung bei Kleinkindern, **2 bis 5 Aufwandspunkte**
[...]
- 99.C5.11 Pflege-Komplexbehandlung bei Frühgeborenen, Neugeborenen und Säuglingen, **2 bis 5 Aufwandspunkte**

3.11. BB.1- «Zusatzaufwand in der Rehabilitation, nach Aufwandspunkte» – Aufnahme von einem Minimum beim ersten Kode

Betrifft alle Sprachversionen

Der Titel des Kodes BB.11 ist wie folgt zu präzisieren.

- BB.11 Zusatzaufwand in der Rehabilitation, **mindestens 1 bis 10 Aufwandspunkte**

3.12. Anhang «BB.1- Zusatzaufwand in der Rehabilitation»

Betrifft alle Sprachversionen

Die Tabelle zum BB.1- im Anhang der CHOP ist wie folgt anzupassen.

BB.1- Zusatzaufwand in der Rehabilitation

Nr	Indikation	Leistung	Messkriterium (pro Tag)	Punktzahl
1	Fachübergreifende Pflegeleistungen indikationsbezogen			
1.1		Teil-/ Vollkörperpflege bzw. Mobilisation inkl. weitere pflegerische Unterstützung entsprechend dem Funktions-defizit (inkl. Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme, usw.)	mind. 30 Min. pro kontinuierliche Pflegeleistung	1
		Spezifisches Monitoring und Kontrolle (z. B. bei engmaschiger Überwachung der Vitalparameter; VAD-Kontrolle mit Dokumentation in jeder Schicht; Monitoring weiterer fachspezifischer Parameter)	mind. 4 Mal	1
		Spezifische Hygieneschulung bei Immunsuppression	mind. 30 Min. pro kontinuierliche Pflegeleistung	1
		Kontrolle des Flüssigkeitshaushaltes (z. B. tägliche Bilanz bzw. Gewichtskontrollen) mit verbundener Anpassung der Ernährung und der Medikation.	1x tägl.	1
		Spezifische Hilfeleistung bei stark sehbehinderten/bei gehörlosen/bei kognitiv eingeschränkten Personen	mind. 30 Min. pro kontinuierliche Pflegeleistung	1
		Spezifische Hilfeleistung bei Schluck-, und Sprachfunktions Einschränkungen	mind. 30 Min. pro kontinuierliche Pflegeleistung	1
2	Erkrankungen des Herzkreislaufsystems			
2.1	Bei VAD [Ventricular assist device]	Patientenschulung im Umgang mit VAD	mind. 30 Min. pro kontinuierliche Pflegeleistung	1
2.2	Herzinsuffizienz NYHA III oder EF < 30 %	Qualifizierte Herzinsuffizienzberatung und Schulung	mind. 30 Min. pro kontinuierliche Pflegeleistung	1
3	Atmungsorgane			
3.1	Erkrankungen mit problematischer Sekretmobilisation, Vorhandensein von Trachealkanülen, Thoraxdrainagen	Pflegerische Massnahmen zur Förderung der Belüftung der Lunge und/oder zur Auswurf-förderung des Bronchialsekrets	mind. 30 Min. pro kontinuierliche Pflegeleistung	1
		Pflege von Trachealkanülen und Thoraxdrainagen sowie Schulung der Patientinnen / der Patienten in Handhabung und Pflege von Trachealkanülen	mind. 30 Min. pro kontinuierliche Pflegeleistung	1
4	Aufwändige Wundbehandlung			
4.1	Deutlich erhöhter Pflegeaufwand gegenüber den routinemässig erbrachten Pflegeinterventionen.	Wundmanagement (inkl. Stomamanagement) Spezifische Wundbeschreibung mit: — Wunddiagnose und Wundklassifikation — Wunddauer und -lokalisierung — Wundgrösse, -rand, -umgebung, -grund, -exsudatbildung, -geruch — Entzündungszeichen — Schmerzen — Foto-Dokumentation Wundbehandlung, bestehend aus: — Wundreinigung und/oder Wunddesinfektion — Wundauflagen mit/ohne Auflagenfixierung — Drainageversorgung (z. B. Pigtail bei intraabdominalem Abszess) inkl. Spülung, Entfernung	mind. 30 Min. aufsummiert	1

5	Psychische Funktionseinschränkungen			
5.1	Psychische Funktionseinschränkungen	<p>1:1-Betreuung bei Fluchttendenzen, fehlender oder eingeschränkter Orientierung oder fehlender/eingeschränkter Compliance.</p> <p>Eine Patientin / Einen Patienten kontinuierlich über eine längere Zeitdauer in Präsenz betreuen.</p> <p>Die 1:1-Betreuung findet gesondert von anderen Leistungen statt und wird durch festangestellte Personen unter Leitung einer diplomierten Fachperson erbracht.</p>	<p>mind. 30 Min. pro kontinuierliche Pflegeleistung</p>	1
6	Intensive Beratungsgespräche			
6.1	Intensive Beratungsgespräche	<p>Abklärungen mit behördlichen Instanzen (z. B. KESB, Gemeinde, usw.)</p> <p>Intensive Beratungsgespräche: Pflegefachmann/-frau, Therapeut/in oder Arzt/Ärztin mit Patient/in / Angehörige</p>	<p>mind. 60 Min. pro kontinuierliche Leistung</p>	2

4. Zusatzinformationen zur ICD-10-GM 2022

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

4.1. K52.9 «Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis, nicht näher bezeichnet»

Betrifft nur die italienische Sprachversion

4.2. Y84.9! «Zwischenfälle durch medizinische Maßnahmen, nicht näher bezeichnet»

Betrifft nur die französische Sprachversion

4.3. Z63 «Andere Kontaktanlässe mit Bezug auf den engeren Familienkreis»

Betrifft nur die italienische Sprachversion

5. Anhang

5.1. Informationen und Präzisierungen

Das aktuelle Rundschreiben enthält **alle**, ab 1. Januar 2023 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.

0774 01.01.2023 Informationen und Präzisierungen zur Palliative Care

Folgende Präzisierungen betreffen die Elementgruppe 93.8A.2- «Palliativmedizinische Komplexbehandlung, nach Anzahl Behandlungstage» und die Subkategorie 93.8B.- «Spezialisierte Palliative Care». Weiterführende Informationen zur Palliativmedizin finden Sie auf der Internetseite der Schweizerischen Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung, www.palliative.ch.

0774/1: Standardisiertes palliativmedizinisches Basisassessment

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

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

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

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

Ist SENS ebenfalls ein standardisiertes palliativmedizinisches Basisassessment (PBA)?

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

Kann ein einzelnes Assessmentinstrument als palliativmedizinisches Basisassessment zählen?

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

0774/2: Therapiebereiche

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

[...]

b) Multidisziplinäres Behandlungsteam, bestehend aus Ärztin / Arzt, Pflegepersonal und Therapeutinnen / Therapeuten aus folgenden Therapiebereichen: Sozialarbeit/-pädagogik, Psychologie, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Ernährungsberatung/therapie, Seelsorge, Kunsttherapie.

c) Ärztliche Leistung, 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.-: Mindestmerkmal Punkt 3, Therapie:

[...]

b) für die jeweils zutreffenden Spezifizierungen siehe unter den Elementgruppen 93.8B.1- oder 93.8B.2-

[...]

Mindestmerkmal Punkt 4, Behandlungsteam:

[...]

c) Multidisziplinäres Behandlungsteam, in dem neben Ärztin / Arzt und Pflegepersonal, Therapeutinnen / Therapeuten aus folgenden Therapiebereichen verfügbar sind: Sozialarbeit/-pädagogik, Psychologie, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Ernährungsberatung/therapie, Seelsorge, Kunsttherapie.

93.8B.1-: Basisleistung «Spezialisierte Palliative Care», nach Anzahl Behandlungstage

Mindestmerkmal Punkt 3, Therapie:

Zusätzlich zum Mindestmerkmal Punkt 3, Therapie unter der Subkategorie 93.8B.-

b) Ärztliche Leistung, Pflege und bei Bedarf kommen die unter Mindestmerkmal Punkt 4c aufgeführten Therapiebereiche zum Einsatz.

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

Mindestmerkmal Punkt 3, Therapie:

Zusätzlich zum Mindestmerkmal Punkt 3, Therapie unter der Subkategorie 93.8B.-

b) Ärztliche Leistung, 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 0774/3, und Wegzeiten werden nicht zu den 6 Stunden gezählt.
3. Die «interprofessionellen Visiten» (Mindestmerkmal Punkt 3, Therapie, a) der Subkategorie 93.8B.-) werden nicht zu den 6 Stunden gezählt.
4. 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.
5. Die dokumentierten und spezifischen Koordinationsaufgaben in direktem Zusammenhang mit dem Behandlungs- und Beratungsprozess sowie die Patienten-, Angehörigen- und Familiengespräche werden den 6 Stunden angerechnet.
6. Es gibt keine Festlegung für die Mindesttherapiedauer einer Therapieeinheit.
7. 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.

0774/3: Teambesprechung

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

[...]

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

93.8B.-: 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.

0775 01.01.2023 Peritoneallavage

Die diagnostische oder therapeutische Peritoneallavage mittels Punktion ist mit dem Kode 54.91 «Perkutane abdominale Drainage (Punktion)» zu erfassen. Das Exklusivum «Peritoneallavage (54.25)» unter dem Kode 54.91 ist somit zu ignorieren. Das Exklusivum «Diagnostische Aszitespunktion (54.26)» unter dem Kode 54.91 gilt weiterhin.

Die diagnostische oder therapeutische Peritoneallavage per Laparoskopie oder per Laparotomie (offen chirurgisch) ist mit dem Kode 54.25 «Peritoneallavage» zu erfassen. Bei einer laparoskopisch durchgeführten Peritoneallavage ist der Kode 54.21.20 «Laparoskopie, Zugangsweg für chirurgische (therapeutische) Interventionen» zusätzlich zu kodieren.

0776 01.01.2023 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 dies 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.

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 muskuloskeletale 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 «Muskuloskeletale 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).

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»**~~

Die Präzisierung 0779 wurde ins Kodierungshandbuch 2023 aufgenommen.

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 Codes «[...], bis 6 Behandlungstage» werden in Fällen erfasst, bei denen während des stationären Aufenthalts an maximal 6 Behandlungstagen die jeweils genannte Komplexbehandlung durchgeführt wurde. Diese Codes beinhalten keine Mindestanzahl Behandlungstage. D.h. bei diesen Codes 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~~

Die Präzisierung 0783 wurde bei der Überarbeitung der Elementegruppe 68.29.1.- «Exzision und Destruktion von Läsion oder Gewebe des Uterus» in der CHOP 2023 berücksichtigt.

~~0784 01.07.2022 Dauer des intraoperativen neurophysiologischen Monitorings mehrerer Nerven~~

Die Präzisierung 0784 wurde bei der Elementegruppe 00.94.2- «Intraoperatives neurophysiologisches Monitoring mehrerer Nerven» in der CHOP 2023 berücksichtigt.

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 Code-Nummer 93.89.1- auf 93.8C.1- verschoben. Im «Mindestmerkmal Punkt 0, Definition und Referenzdokument» der Elementegruppe 93.8C.1- wird im Titel des Referenzdokuments weiterhin die alte Code-Nummer genannt. Der Inhalt des Referenzdokuments gilt dennoch für die neue Code-Nummer 93.8C.1-.

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 **auszuwählen** 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-Codes über den gesamten Aufenthalt.

- 09.83 Konjunktivozystorhinostomie 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 ~~oder~~ Entfernen von Stent [Prothese] in den Ductus pancreaticus
- 52.95.4- Einlage oder Wechsel eines nicht selbstexpandierenden Stents [Prothese] in den Pankreasgang, **offen chirurgisch oder laparoskopisch**
- 52.95.5- Einlage oder Wechsel eines selbstexpandierenden Stents [Prothese] in den Pankreasgang, **offen chirurgisch oder laparoskopisch**
- 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 prostatiche Harnröhre

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

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

Kodierung:

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

0791 01.01.2022 Gefäßverschlusskörper vs. Embolie-Protektionssysteme

In der CHOP existieren Kodekategorien für **gefäßverschliessende** Operationen/Interventionen, die s.g. Embolisationen mit Coils, Plugs, Schirmen usw., 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» 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 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 «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 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.

~~0792 01.01.2022 Präzisierung zur Anwendung des Messinstrumentes FIM™~~

Die Präzisierung 0792 wird im Anhang des Rundschreibens 2023 Nr. 1 durch die Präzisierung 0776 ersetzt.

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 Mediakalkinose 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-Kode 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 Kode 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~~

Die Präzisierung 0794 wird aus dem Anhang des Rundschreibens 2023 Nr. 1 entfernt.

~~0795 01.07.2021 Perkutane Ablation von Läsion oder Gewebe an der Lunge~~

Die Präzisierung 0795 wurde bei der Überarbeitung der Subkategorie 32.2A.- «Lokale Exzision und Destruktion von Läsion oder Gewebe an der Lunge» in der CHOP 2023 berücksichtigt.

~~0797 01.07.2021 Fieber nach Impfung gegen COVID-19~~

Die Präzisierung 0797 wird im Rundschreiben 2023 Nr. 1 unter den Zusatzinformationen zum Kodierungshandbuch 2023 bei der Kodierungsrichtlinie SD0106 COVID-19 berücksichtigt.

0801 01.07.2021 Kodierung transileosakrale Verschraubung einer Os sacrum-Fraktur

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

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

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 viszerale Gefäßen implantierten Stent-Grafts
- Erfassen der Anzahl der (perkutan-) transluminal implantierten Stents
- Erfassen der Anzahl der in den Koronararterien implantierten Stents
- Erfassen der Anzahl von Stents falls im stationären Fall Stents sowohl in die Koronararterien als auch in andere Gefäße implantiert werden

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

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

Erfassen der Anzahl der aortalen Stent-Grafts

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

Unter beiden Subkategorien gibt es folgendes «Beachte»:

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

Und folgendes «Kodiere ebenso»:

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

Fallbeispiel 1

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

Kodierung:

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

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

Fallbeispiel 2

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

Kodierung:

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

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

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

Fallbeispiel 3

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

Kodierung:

Der 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 Kode 39.7A.13 «Endovaskuläre Implantation, iliakal, 3 Stent-Prothesen, ohne Seitenarm» einmal für das Interventionsdatum zu kodieren.

Fallbeispiel 2

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

Fallbeispiel 3

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

Fallbeispiel 4

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

Fallbeispiel 5

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

Erfassen der Anzahl der (perkutan-) transluminal implantierten Stents

Bei den Codes unter 39.B- «(Perkutan-) transluminale Implantation von Stents in Blutgefäße » wird jeder implantierte Stent einzeln kodiert. Werden z.B. drei Stents ohne Medikamenten-Freisetzung in Arterien des Oberschenkels und zwei Stents ohne Medikamenten-Freisetzung in Arterien des Unterschenkels implantiert, wird der 39.B1.G1 dreimal kodiert und der 39.B1.H1 zweimal. Die Gesamtsumme, der über den Aufenthalt implantierten Stents, wird berechnet und mit einem 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 in Koronararterien 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 eines Eingriffs/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 Code 36.08.21 «Implantation perkutan-transluminal von Stents mit Medikamentenfreisetzung, in einer Koronararterie» ist einmal zu erfassen.

Der Code 36.03.51 «Endarteriektomie von Koronararterien, offen chirurgisch, mit Implantation von Stents mit Medikamentenfreisetzung, 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 Medikamentenfreisetzung, 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 Medikamentenfreisetzung, 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 Medikamentenfreisetzung, in einer Koronararterie»

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

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

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

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

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

Fallbeispiel 1

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

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

Zu erfassen sind am Tag X:

Viermal der Code 36.08.22 «Implantation perkutan-transluminal von Stents mit Medikamentenfreisetzung, in mehreren Koronararterien»

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

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

Und der Code 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 Code 36.08.22 «Implantation perkutan-transluminal von Stents mit Medikamentenfreisetzung, in mehreren Koronararterien»

Der angebrachte Code 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 Medikamentenfreisetzung, 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 Medikamentenfreisetzung» auszuwählen.

Für die offen chirurgischen Eingriffe sind dies:

36.03.51 «Endarteriektomie von Koronararterien, offen chirurgisch, mit Implantation von Stents mit Medikamentenfreisetzung, in einer Koronararterie»

36.03.52 «Endarteriektomie von Koronararterien, offen chirurgisch, mit Implantation von Stents mit Medikamentenfreisetzung, in mehreren Koronararterien»

Für die perkutan-transluminalen Eingriffe sind dies:

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

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

0817 01.07.2020 Erfassen des 39.78.5- «Ende der untersten Stent-Graft [Stent-Prothesen]»

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

- 39.71.- UND 39.78.5-

ODER

- 39.73.4- UND 39.78.5-

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

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

ODER

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

0820 01.01.2020 Verwendung der 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~~

Die Präzisierung 0827 wird im Anhang des Rundschreibens 2023 Nr. 1 durch die Präzisierung 0774 ersetzt.

0834 01.07.2019 Lithiumintoxikation

Wie wird eine Lithiumintoxikation abgebildet?

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

0845 01.01.2018 Kollagenmatrix zur autologen Chondrozytentransplantation oder als azelluläres Implantat

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

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

0855 01.07.2017 54.98.- Peritonealdialyse

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

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 Endografts
- 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 Code aus Kapitel 7 abgebildet. Gibt es einen präzisen Code, 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 / AB0 Suchbegriff

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

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

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

2010 92.24 Teleradiotherapie mit Photonen

92.24.1- «...mit bildgestützter Einstellung» sind Therapien mit und 92.24.2- «...ohne 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»).