Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Statistik BFS

14 Gesundheit

Rundschreiben für Kodiererinnen und Kodierer 2023 Nr. 2

29. Juni 2023

Neuchâtel, 2023

Herausgeber:	Bundesamt für Statistik (BFS)	Layoutkonzept:	Sektion PUB
Auskunft:	Kodierungssekretariat: codeinfo@bfs.admin.ch	Download:	www.statistik.ch
Redaktion:	Bereich Medizinische Klassifikationen	Copyright:	BFS, Neuchâtel 2023 Wiedergabe unter Angabe der Quelle für nichtkommerzielle Nutzung gestattet
Inhalt:	Bereich Medizinische Klassifikationen		
Themenbereich:	14 Gesundheit		
Originaltext:	Deutsch		
Übersetzung:	Sprachdienste BFS		

ESPACE DE L'EUROPE 10 CH-2010 NEUCHÂTEL WWW.STATISTIK.CH

1. Allgemeines

1.1. Gültige Kodierungsinstrumente

Ab 1. Juli 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~~
- Rundschreiben für Kodiererinnen und Kodierer: 2023 Nr. 2 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 → Grundlagen und Erhebungen → 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 Spitäler und Kliniken der Schweiz, einschliesslich Rehabilitations-, Psychiatrie- und Spezialkliniken sowie Geburtshäuser.

Die gesetzlichen Grundlagen sind:
- Bundesstatistikgesetz vom 9. Oktober 1992 (BStatG) und
- Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG)

1.1.1. Referenzversionen

Keine Änderungen im Vergleich zum Rundschreiben 2023 Nr.1

1.1.2. Rundschreiben und Anhang

Keine Änderungen im Unterkapitel 1.1.2 im Vergleich zum Rundschreiben 2023 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 → 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 etc.) 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 zugesendeten Dokumente sind die folgenden Angaben zu entfernen:

- Name, Vorname
- Geburtstag und Monat (ausgenommen für Neugeborene bis zum Alter von einem Jahr (< 1Jahr))
- Wohnadresse
- Korrespondenzdaten der Patientin / des Patienten (Telefonnummer, E-Mail Adresse etc.)

BFS-Mitarbeiter unterstehen nur dem Statistikgeheimnis (gemäss Art. 14 des Bundesstatistikgesetzes), sowie der Geheimhaltungspflicht gemäss Datenschutzgesetz.

Achtung: Es reicht nicht, in Adobe Acrobat Pro den zu löschenden Text mit einem schwarzen oder weissen Rechteck abzudecken. Dieses lässt sich entfernen, sodass der Text darunter wieder sichtbar wird.

Um ein PDF mit Adobe Acrobat Pro ordnungsgemäss zu anonymisieren, muss das Werkzeug «Streichen» verwendet werden.
Die Anleitungen dazu finden Sie unter den folgenden Links:

Vertrauliche Informationen aus PDF-Dateien entfernen. (adobe.com)
So verhindern Sie, dass die PDF-Dateigröße nach dem Schwärzen zunimmt (adobe.com)

Falls Sie nicht mit Adobe Acrobat Pro arbeiten, müssen Sie das zuvor anonymisierte Dokument scannen.

Anfragen, die nicht korrekt anonymisiert sind, werden von unserer Hotline nicht bearbeitet. Sie werden anschliessend per Mail über die Löschung informiert und gebeten, uns sämtliche Dokumente vollständig anonymisiert erneut zuzustellen.

2. Zusatzinformationen zum Kodierungshandbuch 2023

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

Die Zusatzinformationen zum Kodierungshandbuch 2023, aus dem Rundschreiben 2023 Nr.1, sind weiterhin gültig.
Zusätzliche neue Korrekturen sind hier aufgeführt:

2.1. SD2200 Schlüsselnummern für besondere Zwecke

Betrifft alle Sprachversionen

Unter den Kategorien *U50.- Motorische Funktionseinschränkung* und *U51.- Kognitive Funktionseinschränkung* sind ~~unter den Kodes U51.0- bis U51.2-~~ folgende Bewertungs-, Assessment- und Testverfahren aufgeführt:

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

[…]

Für die Erfassung der Ausprägung einer motorischen sowie einer kognitiven Funktionseinschränkung kommt zunehmend das epaSYSTEM[1] mit unter anderem seinem Basisassessment epaAC (AcuteCare) zum Einsatz.
Die Summenscores epaSPI und epaKOGNI haben sich als äquivalent zu den Summenscores des Barthel-Index (BI) bzw. des erweiterten Barthel-Index (EBI) erwiesen.

Der Summenscore epaSPI des epaAC kann den Stufen der U50.- des Barthel-Index äquivalent zugeordnet werden. Der Summenscore epaKOGNI kann den Stufen der U51.- des erweiterten Barthel äquivalent zugeordnet werden.
Die nachstehende Tabelle zeigt die Äquivalenz von Barthel-Index bzw. erweiterten Barthel-Index zu epaSPI und epaKOGNI.

Äquivalenz von U50.n/U51.n (ICD-10-GM-2022) zu epaSPI/epaKOGNI

	BI	**epaSPI**	**eBI**	**epaKOGNI**
	Von … bis …	Von … bis …	Von … bis …	Von … bis …
U50.00	100	39-40		
U50.10	80-95	33-38		
U50.20	60-75	31-32		
U50.30	40-55	29-30		
U50.40	20-35	21-28		
U50.50	0-15	10-20		
U51.00			70-90	21-24
U51.10			20-65	10-20
U51.20			0-15	6-9

[1] https://www.epa-cc.de

2.2. D12 Erkrankungen bzw. Störungen nach med. Massnahmen (Komplikationen)

Betrifft alle Sprachversionen

Untenstehende Tabelle mit den «Beispielen für Kodierung von Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen», wurde mit dem Beispiel der infizierten Lymphozele ergänzt.

Beispiele für Kodierung von Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen

1. In den Kapiteln: Organkode mit Begriff «nach medizinischen Massnahmen»	2. Am Ende mancher Kapitel	3. Kategorien T80 – T88	4. In den Kapiteln: Organkode ohne Begriff «nach medizinischen Massnahmen»	Präzise Kodierung
Infizierte Lymphozele n. radikaler Prostatektomie				
Ø	*Ø*	*T81.4 Infektion nach einem Eingriff, a.n.k.*	*I89.8 Sonstige näher bezeichnete nichtinfektiöse Krankheiten der Lymphgefäße und Lymphknoten*	***I89.8 + Infektion n. Angabe der Lokalisation (z.B. retroperitoneal akut K65.09) + Y84.9!***

Im Kode I89.8 ist die Krankheit der Lymphgefäße und Lymphknoten abgebildet. Mit der Kodierung der Angabe der Lokalisation der Infektion, wird präzisiert, dass es sich um eine infizierte Lymphozele handelt. Y84.9! beschreibt, dass es sich um eine Komplikation n. medizinischen Massnahmen handelt.

2.3. SD0102 Sepsis

Betrifft alle Sprachversionen

Folgende Ergänzungen sind in der Kodierrichtlinie SD0102 Sepsis aufzunehmen.

Virale Sepsis
Für die korrekte Grouperzuweisung ist bei vorliegender, ärztlich dokumentierter, viraler Sepsis B33.8 «Sonstige näher bezeichnete Viruskrankheiten» mit dem Kode A41.8 «Sonstige näher bezeichnete Sepsis» zu kombinieren. Dies muss unabhängig davon erfolgen, ob die Sepsis als Hauptdiagnose (HD) oder als Nebendiagnose (ND) kodiert wird.
Um die zugrunde liegende Virusinfektion spezifisch anzugeben, ist eine zusätzliche Schlüsselnummer anzugeben.

Bsp.: 64 jährige Patientin mit Sepsis durch Influenzaviren. Seit 7 Tagen typische Grippesymptome, Husten, Halsschmerzen und starke Abgeschlagenheit. Am Eintrittstag Fieber bis 39.3 Grad, Schüttelfrost, Übelkeit, Bewusstseinstrübung. Im PCR Test konnten saisonale Influenzaviren nachgewiesen werden.
Verlauf: Im Rahmen der Sepsis kam es zu einer Bewusstseinsstörung, GCS 12, einer Thrombozytopenie 110 G/l., einer respiratorischen Insuffizienz, (PaO2/FiO2) 355 mmHg und einer Verschlechterung der Nierenfunktion. Kreatinin 125 (µmol/l). Es erfolgte eine Überwachung auf der IMC. Unter Gabe von antiviralen und fiebersenkenden Medikamenten verbesserte sich der Zustand der Patientin.

Gesamtscore SOFA	Atmung	Gerinnung	Leber	Kardiovaskulär, MAP	ZNS	Renal
5	1	1	0	0	2	1

HD	A41.8	Sonstige näher bezeichnete Sepsis
ND	B33.8	Sonstige näher bezeichnete Viruskrankheiten
ND	J10.1	Grippe mit sonstigen Manifestationen an den Atemwegen, saisonale Influenzaviren nachgewiesen
ND	D69.58	Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet
ND	R40.0	Somnolenz, Benommenheit
ND	N17.91	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet Stadium 1

2.4. SD1505 Spezielle Kodierregeln für die Geburt

Betrifft alle Sprachversionen

Die HD wird im Beispiel 14 gemäss Regel SD1504e «Komplikationen der Schwangerschaft, Mutter oder Kind betreffend» - «*Abnorme Kindslagen und -einstellungen*» angepasst.

Beispiel 14
Nächtlicher Eintritt mit vorzeitigem Blasensprung (ohne Wehen) 20 Tage vor errechnetem Geburtstermin bei absoluter Querlage.
Eine elektive Sectio war im Vorfeld für den übernächsten Tag geplant gewesen.
Bei der geburtshilflichen Eintrittsuntersuchung laufen immer wieder grosse Mengen Fruchtwasser ab.
Das CTG ist (noch) nicht pathologisch, zeigt teilweise leichte Kompressionszeichen des Fetus (Fisher-Score 8 Punkte).
Dringliches Vorziehen der geplanten Sectio bei unmöglicher Geburtslage und vorzeitigem Blasensprung, auch um eine Entbindung vor Wehenbeginn durchzuführen.

HD ~~O32.2 Betreuung der Mutter bei Quer- und Schräglage~~ O64.4 Geburtshindernis durch Querlage
ND O42.9 Vorzeitiger Blasensprung, nicht näher bezeichnet
ND O09.6! Schwangerschaftsdauer, 37. Woche bis 41 vollendete Wochen
ND Z37.0 ! Lebendgeborener Einling

HB 74.1X.20 Tiefe zervikale Sectio caesarea, sekundär

Bei Vorliegen einer Querlage (absolute Sectioindikation) wurde eine elektive Sectio caesarea geplant. Bei Geburtsbeginn (vorzeitiger Blasensprung) wurde aufgrund des Vorliegens einer für vaginale Entbindung geburtsunmöglichen Lage eine dringliche Sectio caesarea indiziert. Der Geburtsbeginn bei Querlage des Fetus entspricht einer angespannten geburtshilflichen Situation, die jederzeit in einen Notfall konvertieren kann, besonders auch dann, wenn bei der werdenden Mutter Wehen einsetzen würden.
Es handelt sich im medizinischen Sinn und auch gemäss o.a. Kodierrichtlinien um eine **sekundäre** Sectio caesarea.
Das Beispiel gilt mit der gleichen Begründung für den Geburtsbeginn mit Wehen ohne Blasensprung oder Blasensprung und Wehen bei vorliegender und verifizierter Querlage.

3. Zusatzinformationen zur CHOP 2023

Legende: Neuerungen in grün, ~~Löschungen in rot~~
Die Zusatzinformationen zur CHOP 2023 aus dem Rundschreiben 2023 Nr. 1 sind weiterhin gültig.
Zusätzliche neue Korrekturen sind hier aufgeführt:

3.1. 39.B- (Perkutan-)transluminale Implantation von ungecoverten Cheatham-Platinum-Stents

Betrifft nur die französische Sprachversion

3.2. 68.29.- Exzision und Destruktion am Uterus, transzervikal

Betrifft alle Sprachversionen

Bei folgenden Kodes ist das Inklusivum «Hysteroskopie» zu ergänzen.

68.29.1J **Exzision und Destruktion von Läsion oder Gewebe des Uterus, transzervikal**
INKL.: Hysteroskopie

68.29.4A **Exzision und Destruktion eines oder mehrerer Myome am Uterus, transzervikal**
INKL.: Hysteroskopie

3.3. 7A.A2 Implantation von mitwachsenden oder expandierenden Systemen, Wirbelsäule

Betrifft alle Sprachversionen

Das folgende «Beachte» ist unter der Subkategorie 7A.A2 aufzunehmen.

7A.A2 **Implantation von mitwachsenden oder expandierenden Systemen, Wirbelsäule**
Growing rod
Mitwachsendes Schrauben-Stangen-System
Beachte: Dieser Zusatzkode wird pro implantierten Stab (1 mitwachsendes Schrauben-Stangen-System) erfasst. Das heisst, bei einer unilateralen Instrumentierung wird der Kode einmal erfasst, bei einer bilateralen Instrumentierung ist er zweimal zu erfassen.

3.4. 93.59.5- Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multiresistenten Erregern, nach Anzahl Behandlungstage

Betrifft alle Sprachversionen

Der Link auf die Referenzdokumente ist wie folgt anzupassen:

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

s. Erläuterungen im Dokument von Swissnoso «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~~
https://www.swissnoso.ch/guidelines-publikationen/guidelines

3.5. Minimaler Datensatz der SGI (MDSi)

Betrifft alle Sprachversionen

Eine neue Version des Referenzdokuments «Minimaler Datensatz der SGI MDSi» wurde aufgeschaltet. Daher ist das Mindestmerkmal wie folgt anzupassen:

99.B7.1- **Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) des Erwachsenen, nach Aufwandspunkten**
Beachte: Mindestmerkmale:
[…]
- Die Anzahl der Aufwandspunkte errechnet sich als SAPS II + Summe von NEMS. SAPS II wird einmal in den ersten 24 Stunden des Aufenthaltes in der IS erhoben. NEMS wird einmal pro Pflegeschicht erhoben. Bei 8-Stunden Schichten wird NEMS einfach aufsummiert, bei 12-Stunden Schichten wird die jeweils erhobene Punktzahl für NEMS mit 1.5 multipliziert. Die genauen Definitionen von SAPS II [Simplified Acute Physiology Score] und NEMS [Nine Equivalent of nursing Manpower use Score] sind im Dokument «Minimaler Datensatz der SGI MDSi V. 30d_2021~~1~~2» enthalten und abrufbar unter folgendem Link:
www.sgi-ssmi.ch/de -> Ressorts -> Datensatz (MDSi) -> ~~«MDSiV30_V4_de_def»~~ «MDSi_V30d_V5_2022_definitiv_221202».
[…]

99.B7.4- **Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur), nach Aufwandspunkten**
Beachte: Mindestmerkmale:
[…]
- Die Anzahl der Aufwandspunkte errechnet sich als PIM 2 (absoluter Wert) + Summe von NEMS. PIM 2 wird einmal in den ersten 24 Stunden des Aufenthaltes in der IS erhoben. NEMS wird einmal pro Pflegeschicht erhoben. Bei 8-Stunden Schichten wird NEMS einfach aufsummiert, bei 12-Stunden Schichten wird die jeweils erhobene Punktzahl für NEMS mit 1.5 multipliziert. Die genauen Definitionen von PIM 2 [Pediatric Index of Mortality 2] und NEMS [Nine Equivalent of nursing Manpower use Score] sind im Dokument «Minimaler Datensatz der SGI MDSi V. 30d_2021~~1~~2» enthalten und abrufbar unter folgendem Link: www.sgi-ssmi.ch/de Ressorts -> Datensatz (MDSi) -> ~~«MDSiV30_V4_de_def»~~ «MDSi_V30d_V5_2022_definitiv_221202».
[…]

99.B7.5- **Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Neugeborenenalter (Basisprozedur), nach Aufwandspunkten**
Beachte: Mindestmerkmale:
[…]
- Die Anzahl der Aufwandspunkte errechnet sich als PIM 2 oder CRIB 2 + Summe von NEMS. PIM 2/CRIB 2 (fakultativ, abhängig von erfüllbaren Kriterien Reife/Gewicht) wird einmal in den ersten 24 Stunden des Aufenthaltes in der IS erhoben. NEMS wird einmal pro Pflegeschicht erhoben. Bei 8- Stunden Schichten wird NEMS einfach aufsummiert, bei 12-Stunden Schichten wird die jeweils erhobene Punktzahl für NEMS mit 1.5 multipliziert. Die genauen Definitionen von PIM 2 [Pediatric Index of Mortality 2] , CRIB 2 [Clinical Risk Index for Babies 2] und NEMS [Nine Equivalent of nursing Manpower use Score] sind im Dokument «Minimaler Datensatz der SGI MDSi V. 30d_2021~~1~~2» enthalten und abrufbar unter folgendem Link: www.sgi-ssmi.ch/de -> Ressorts -> Datensatz (MDSi) -> ~~«MDSiV30_V4_de_def»~~ «MDSi_V30d_V5_2022_definitiv_221202».
[…]

99.B8.1- **Komplexbehandlung des Erwachsenen in einer Intermediate-Care Unit [IMCU], nach Aufwandspunkten**

Beachte: Mindestmerkmal Punkt 3, Berechnung und Erfassung:

[…]

Die genauen Definitionen von SAPS II [Simplified Acute Physiology Score] und NEMS [Nine Equivalent of nursing Manpower use Score] sind im Dokument «Minimaler Datensatz der SGI MDSi V. 30d_2021~~1~~2» enthalten und abrufbar unter folgendem Link: www.sgi-ssmi.ch/de -> Ressorts -> Datensatz (MDSi) -> ~~«MDSiV30_V4_de_def».~~ «MDSi_V30d_V5_2022_definitiv_221202».

[…]

99.B8.4- **Komplexbehandlung im Kindesalter in einer Intermediate-Care Unit [IMCU], nach Aufwandspunkten**

Beachte: Mindestmerkmal Punkt 3, Berechnung und Erfassung:

[…]

Die genauen Definitionen von PIM 2 [Pediatric Index of Mortality 2] und NEMS [Nine Equivalent of nursing Manpower use Score] sind im Dokument «Minimaler Datensatz der SGI MDSi V. 30d_2021~~1~~2» enthalten und abrufbar unter folgendem Link: www.sgi-ssmi.ch/de -> Ressorts -> Datensatz (MDSi) -> ~~«MDSiV30_V4_de_def»~~ «MDSi_V30d_V5_2022_definitiv_221202».

[…]

99.B8.5- **Komplexbehandlung im Neugeborenenalter in einer Intermediate-Care Unit [IMCU], nach Aufwandspunkten**

Beachte: Mindestmerkmal Punkt 3, Berechnung und Erfassung:

[…]

Die genauen Definitionen von PIM 2 [Pediatric Index of Mortality], CRIB 2 [Clinical Risk Index for Babies 2] und NEMS [Nine Equivalent of nursing Manpower use Score] finden sich im Dokument «Minimaler Datensatz der SGI MDSi V. 30d_2021~~1~~2» abrufbar unter folgendem Link: www.sgi-ssmi.ch/de -> Ressorts -> Datensatz (MDSi) -> ~~«MDSiV30_V4_de_def»~~ «MDSi_V30d_V5_2022_definitiv_221202». […]

3.6. 99.BA.- «Neurologische Komplexbehandlung» - Therapien

Betrifft alle Sprachversionen

Das «Mindestmerkmal Punt 3, Behandlung» der Elementegruppen 99.BA.1-, 99.BA.2- und 99.BA3- ist wie folgt anzupassen:

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

Beachte: […]

Mindestmerkmal Punkt 3, Behandlung:

[…]

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~~. Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie gemäss Referenzdokument unter «Mindestmerkmal Punkt 0, Referenzdokument». Bei entsprechender Indikation folgende Therapiemodalität: 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 3, Behandlung:

[…]

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~~. Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie gemäss Referenzdokument unter «Mindestmerkmal Punkt 0, Referenzdokument». Bei entsprechender Indikation folgende Therapiemodalität: Neuropsychologie. Ernährungsberatung/therapie nur im Zusammenhang mit Schluckstörungen.

99.BA.3- **Komplexbehandlung des akuten Hirnschlags im neurologischen Telekonsildienst**

Beachte: […]

c) Therapiebereiche: ~~Unmittelbarer innerhalb von 24h Beginn von Massnahmen der Physiotherapie mit mindestens 1 Behandlungseinheit pro Tag (7d) sowie der Ergotherapie, und/oder Logopädie mit mindestens einer Behandlungseinheit pro Wochentag (Mo - Fr) bei Vorliegen eines entsprechenden Defizits.~~ Beginn therapeutischer Massnahmen innerhalb 24 Std. (Physiotherapie an allen Tagen, Ergotherapie und Logopädie Montag bis Freitag) mit mindestens einer Behandlungseinheit pro Tag möglich, falls entsprechende Defizite vorliegen und unter Berücksichtigung der therapeutischen Voraussetzungen (z. B. Kooperationsfähigkeit, klinisch stabiler Zustand usw.).

4. Zusatzinformationen zur ICD-10-GM 2022

Legende: Neuerungen in grün, ~~Löschungen in rot~~
Die Zusatzinformationen zur ICD-10-GM 2022 aus dem Rundschreiben 2023 Nr. 1 sind weiterhin gültig.

5. Anhang

5.1. Informationen und Präzisierungen

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

0772 01.07.2023 Kodierung der dreistelligen Kategorie BB.1-
Die Präzisierungen im Rundschreiben 2023 Nr. 1 zum Anhang «BB.1- Zusatzaufwand in der Rehabilitation» hat für Verunsicherung, aufgrund der unterschiedlichen Kodierungspraxis gesorgt.
Nachfolgend wird dargelegt, wie die Umformulierung bezüglich «kontinuierliche Pflegeleistung» in der Spalte «Messkriterium pro Tag» zu interpretieren ist.

Die dreistellige Kategorie BB.1- «Zusatzaufwand in der Rehabilitation» soll eindeutig einen Zusatzaufwand abbilden**.** Mit der Anpassung wurde angestrebt, dass keine Kumulation von Grundpflegeleistungen mittels der CHOP-Kodes unter BB.1 abgebildet wird. Unterbrüche durch Notfall oder Behandlung sind nicht als Unterbrechung der Kontinuität zu verstehen, sofern dies nachvollziehbar dokumentiert ist. Die Tätigkeit gilt dann weiterhin als kontinuierlich.
Beispiele:

- Körperpflege mit Unterbrüchen: - aufgeteilt zwischen mehreren Patienten oder weiteren betrieblich begründeten Unterbrüchen
- Hygieneschulung am Morgen und am Nachmittag (die wegen Unterbrüchen durch Therapie später fortgesetzt wurde)
- Abklärungen mit behördlichen Instanzen z. B. eines Mediziners mit der KESB, welche am Vormittag und am Nachmittag in Summe von mehr als 60 Minuten zum gleichen Patienten erfolgen.

Im Einzelfall ist durch die Klinik zu beurteilen, ob es sich bei der Leistung um Zusatzaufwand handelt, der bei schwer betroffenen Patienten über die Grundpflege hinaus geleistet werden muss. Die erfassten Leistungen und Gründe für eine Unterbrechung müssen dem Kostenträger gegenüber transparent ausgewiesen werden können.

0773 01.07.2023 Radiorezeptortherapie mit 177Lu-PSMA-617
Die «Radiorezeptortherapie mit 177Lu-PSMA-617» ist mit der Resteklasse 92.28.6C «Radiorezeptortherapie mit sonstigen PSMA-Liganden» abzubilden.

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: 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, psychologischen, 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 Elementegruppen 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 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).

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.

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 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.

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 Elementegruppe 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-.

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 Kodes 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 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 (permanenter Tubus) in den Ösophagus, endoskopisch»
Tag Y: 42.81.40 «Einsetzen und Wechsel einer selbstexpandierenden Prothese (permanenter Tubus) in den Ösophagus, endoskopisch»

Folgende Kodes geben jeweils nur «eines Stents» oder «Stent», bzw. «einer Prothese» an. Es gibt für diese Stent-/Prothesen-Typen keine Summen-Kodes 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, 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 prostatische 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.

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 Zusatzkodes aus der Kategorie 00.4A.- «Anzahl verwendeter endovaskulärer Coils» und 00.4G.- «Einsetzen von Gefässverschlusskörpern» zur Verfügung.
Die Zusatzkodes der Elementegruppen 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 Zusatzkodes.

Um dennoch die Anzahl der verwendeten «Filter (Schirme)» als Embolie-Protektionssysteme abbilden zu können, werden folgende Kodes so oft wie eingesetzt, erfasst. Die Kodes 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 Kodes 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 Kode aus den Subkategorien 00.4A.- und 00.4G.- erfasst (die Anzahl ist im Kode angegeben).
Die Kodes zur Embolie-Protektion werden zusätzlich erfasst.

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, langzeitig 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 Arteriolosklerose, die Mediakalzinose der pathologischen Arteriolen und die lokalen Entzündungsvorgänge.

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

Auch wenn die Erkrankung pathogenetisch auf eine Arteriolosklerose 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.

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, bzw. Stentgrafts

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

Erfassen der Anzahl der aortalen Stent-Grafts

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

Unter beiden Subkategorien gibt es folgendes «Beachte»:
«Falls mehrere Stent-Grafts [Stent-Prothesen] an der […] Aorta implantiert werden, ist jedes Implantat gesondert zu kodieren».
Und folgendes «Kodiere ebenso»:
«Anzahl der implantierten aortalen Stent-Grafts [Stent-Prothesen] (39.78.6-)»

Fallbeispiel 1
Fall: Zwei Stent-Grafts mit je einer Öffnung werden in die abdominale Aorta während einer Intervention innerhalb eines stationären Aufenthaltes implantiert.
Kodierung:
Der Kode 39.71.22 «Endovaskuläre Implantation in die Aorta abdominalis von Stent-Grafts [Stent-Prothesen], mit 1 Öffnung» ist zweimal zu erfassen.
Die über den Aufenthalt implantierten aortalen Stent-Grafts in die Aorta thoracica, thoracoabdominalis und abdominalis werden summiert und der entsprechende Zusatzkode der Elementegruppe 39.78.6- mit dem Datum des ersten Interventionstages erfasst, in diesem Fall der 39.78.61 «2 implantierte aortale Stent-Grafts».

Fallbeispiel 2
Fall: Ein Stent-Graft ohne Öffnung wird während einer ersten Intervention am Tag X in die abdominale Aorta implantiert. Während einer zweiten Intervention am Tag Y wird ein Stent-Graft mit einer Öffnung in die abdominale Aorta implantiert. Beide Interventionen finden in einem stationären Aufenthalt statt.
Kodierung:
Der Kode 39.71.21 «Endovaskuläre Implantation in die Aorta abdominalis von Stent-Grafts [Stent-Prothesen], ohne Öffnung» ist einmal für den Tag X zu erfassen.
Der Kode 39.71.22 «Endovaskuläre ist Implantation in die Aorta abdominalis von Stent-Grafts [Stent-Prothesen], mit 1 Öffnung» ist einmal für Tag Y zu erfassen.
Die über den Aufenthalt implantierten aortalen Stent-Grafts in die Aorta thoracica, thoracoabdominalis und abdominalis werden summiert. Der entsprechende Zusatzkode der Elementegruppe 39.78.6- wird mit dem Datum des ersten Interventionstages erfasst, in diesem Fall der 39.78.61 «2 implantierte aortale Stent-Grafts».

Fallbeispiel 3
Fall: Ein Stent-Graft mit 2 Öffnungen wird in die Aorta thoracoabdominalis implantiert.
Kodierung:
Der Kode 39.73.43 «Endovaskuläre Implantation in die Aorta thoracoabdominalis von Stent-Grafts [Stent-Prothesen], mit 2 Öffnungen» ist einmal zu erfassen.
Über den gesamten stationären Aufenthalt wurde nur ein aortaler Stent-Graft implantiert. Es ist somit kein Zusatzkode der Elementegruppe 39.78.6- «Anzahl der implantierten aortalen Stent-Grafts [Stent-Prothesen]» zu erfassen.

Fallbeispiel 4
Fall: An einem Eingriffsdatum werden ein Stent-Graft mit einer Öffnung in die Aorta thoracica und ein weiterer Stent-Graft ohne Öffnung in die Aorta abdominalis implantiert. Beide Stent-Grafts stehen nicht in Verbindung.
Kodierung:
Der Kode 39.73.32 «Endovaskuläre Implantation in die Aorta thoracica von Stent-Grafts [Stent-Prothesen], mit 1 Öffnung» wird am Eingriffsdatum einmal erfasst.
Der Kode 39.71.21 «Endovaskuläre Implantation in die Aorta abdominalis von Stent-Grafts [Stent-Prothesen], ohne Öffnung» wird am Eingriffsdatum einmal erfasst.
Der Zusatzkode 39.78.61 «2 implantierte aortale Stent-Grafts» wird mit dem Datum des ersten Interventionstages erfasst.

Erfassen der Anzahl der in die A. iliaca, den tiefen Venen, abdominalen und 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 Kodes unter 39.7A.1- «Endovaskuläre Implantation in Beckenarterien von Stent-Grafts [Stent-Prothesen], iliakal, ohne Seitenarm, nach Anzahl Stent-Prothesen» sind pro Eingriffsdatum zu erfassen.

Bei den Kodes für Stent-Grafts in die tiefen Venen und in anderen abdominalen und 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 Kodes unter 39.B- «(Perkutan-) transluminale Implantation von Stents in Blutgefässe» wird jeder implantierte Stent einzeln kodiert. Werden z. B. drei Stents ohne Medikamenten-Freisetzung in Arterien des Oberschenkels und zwei Stents ohne Medikamenten-Freisetzung in Arterien des Unterschenkels implantiert, wird der 39.B1.G1 dreimal kodiert und der 39.B1.H1 zweimal. Die Gesamtsumme, der über den Aufenthalt implantieren 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, perkutan-transluminal» abgebildet.
Die Kodes 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 Kode 36.08.21 «Implantation perkutan-transluminal von Stents mit Medikamentenfreisetzung, in einer Koronararterie» ist einmal zu erfassen.
Der Kode 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 Kode 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 Kode 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 Stent, RCA 2 BMS (bare metal stents), RCX 1 selbstexpandierend medikamentenfreisetzender Stent) 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»~~ 36.08.11 «Implantation perkutan-transluminal von Stents ohne Medikamentenfreisetzung, 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 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 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 Medikamentenfreisetzung, 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 Medikamentenfreisetzung, 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 Medikamentenfreisetzung, in mehreren Koronararterien»

Zu erfassen sind am Tag Y:
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 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, bzw. Stent-Grafts
Analog der Logik bei den Bypass-Anastomosen zur Revaskularisation (s. 36.1C.- «Bypass-Anastomose zur Myokard-Revaskularisation, nach gesamter Anzahl»), dienen die Kodes 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, bzw. 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 Kodes unter 36.03.- und 36.08.-
Der Kode 00.44 «Massnahme auf Gefässbifurkation» kann zusammen mit den Kodes unter 36.03.- und 36.08.- kodiert werden.

0816 01.07.2020 Kodierung beschichteter Koronararterien-Stents mit Medikamenten-Freisetzung
Für beschichtete Koronararterien-Stents mit Medikamenten-Freisetzung sind die entsprechenden Kodes 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 biiliakal enden kann) und zusätzliche(r) Stent-Graft(s) iliakal eingesetzt wird/werden und diese unterschiedlichen Stent-Grafts nicht verbunden sind, bzw. 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 biiliakalen 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.

<table>
<tr><th colspan="8">Einzeitige Mehrfacheingriffe an der Hand - Beispiel</th></tr>
<tr><th colspan="2"></th><th colspan="2">Eingriff</th><th colspan="3">00.9C.1- Einzeitige Mehrfacheingriffe an Mittelhand- und Fingerstrahlen</th></tr>
<tr><th>Fall</th><th>Beschreibung</th><th>Eingriffskode</th><th>Lateralität</th><th>Zusatzkode</th><th>Titel</th><th>Lateralität</th></tr>
<tr><td>Fall 1</td><td>Eingriff vom Typ A am Finger des 2. Strahls der linken Hand</td><td>Kode des Eingriffs vom Typ A</td><td>Einseitig Links</td><td colspan="3">Kein Kode</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Fall 2</td><td rowspan="2">Eingriff vom Typ A am Finger des 2. Strahls der linken Hand
Eingriff vom Typ B am Finger des 3. Strahls der rechten Hand</td><td>Kode des Eingriffs vom Typ A</td><td>Einseitig Links</td><td colspan="3" rowspan="2">Kein Kode</td></tr>
<tr><td>Kode des Eingriffs vom Typ B</td><td>Einseitig Rechts</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Fall 3</td><td rowspan="2">Eingriff vom Typ A am Finger des 2. Strahls der linken Hand
Eingriff vom Typ B an der Mittelhand, 2. Strahl der linken Hand</td><td>Kode des Eingriffs vom Typ A</td><td>Einseitig Links</td><td colspan="3" rowspan="2">Kein Kode</td></tr>
<tr><td>Kode des Eingriffs vom Typ B</td><td>Einseitig Links</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Fall 4</td><td rowspan="2">Eingriff vom Typ A an Fingern des 2. und 3. Strahls der linken Hand
Eingriff vom Typ B am Finger, des 3. Strahls der linken Hand</td><td>Kode des Eingriffs vom Typ A</td><td>Einseitig Links</td><td>00.9C.11</td><td>Einzeitige Mehrfacheingriffe an 2 Mittelhand- und Fingerstrahlen</td><td>Einseitig Links</td></tr>
<tr><td>Kode des Eingriffs vom Typ B</td><td>Einseitig Links</td><td colspan="3">Kein Kode</td></tr>
<tr><td>Fall 5</td><td>Eingriff vom Typ A an den Fingern der 2., 3. und 4. Strahlen der linken Hand</td><td>Kode des Eingriffs vom Typ A</td><td>Einseitig Links</td><td>00.9C.12</td><td>Einzeitige Mehrfacheingriffe an 3 Mittelhand- und Fingerstrahlen</td><td>Einseitig Links</td></tr>
</table>

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 Fingern des 2. und 3. 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	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 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.

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 Kodes der Elementegruppen 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 Kodes 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 Kodes abgebildet.

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

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

0941 01.12.2012 ABO/AB0 Suchbegriff

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

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

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

2010 92.24 Teleradiotherapie mit Photonen

92.24.1- «…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»).