Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral del'intérieur DFI
Office fédéral de la statistique BFS
Santé, éducation et sciences

Rundschreiben für Kodiererinnen und Kodierer

A) Maschinelle Beatmung : Regel gültig ab 1.1.2011

Im Hinblick auf die Erstellung von Regeln bezüglich der maschinellen Beatmung für das Jahr 2012 haben wir eine Regel für die Übergangsperiode 2011 erarbeitet. Diese Regel folgt der Berechnungslogik des zukünftigen Systems 2012 und erlaubt den betroffenen Einheiten (SGI anerkannte und nicht anerkannte Intensivstationen), sich an daran anzupassen und gleichzeitig mit dem APDRG-System kompatibel zu bleiben.

Die Regel muss ab 1.1.2011 befolgt werden, wobei die Anwendung der alten Regel bis 1.2.2011 akzeptiert wird.

Definition
Maschinelle Beatmung ("künstliche Beatmung**"**) ist ein Vorgang, bei dem Gase mittels einer mechanischen Vorrichtung in die Lunge bewegt werden. Die Atmung wird unterstützt durch das Verstärken oder Ersetzen der eigenen Atemleistung des Patienten. Bei der künstlichen Beatmung ist der Patient in der Regel intubiert oder tracheotomiert und wird fortlaufend beatmet. **Bei intensivmedizinisch versorgten Patienten** kann eine maschinelle Beatmung auch über Maskensysteme erfolgen, **wenn diese an Stelle der bisher üblichen Intubation oder Tracheotomie** eingesetzt werden.

Die intensivmedizinische Versorgung muss nachvollziehbar dokumentiert sein (Überwachung, Beatmungsprotokolle, usw.) und setzt entsprechende räumliche und personelle Ausstattung voraus. Dabei kann es sich um SGI anerkannte oder nicht anerkannte Intensivstationen handeln (Aufwachraüme zählen in keinem Fall dazu). Patienten die keiner intensivmedizinischen Versorgung bedürfen (z.B. bereits vorbestehende Heimbeatmung, jetzt Aufnahme zur geplanten Therapie), zählen nicht hierzu.

Berechnung der Dauer der Beatmung

Die Beatmungszeiten werden auf allen Intensivstationen nach folgenden Vorgaben berechnet:

Die Beatmungszeit wird berechnet aus Anzahl Pflegeschichten mit Beatmung (= mind. 2 Std. beatmet pro Schicht bei 3 Schichten pro Tag; mind. 3 Std. bei 2 Schichten pro Tag) multipliziert mit der Schichtdauer.

Wird die Beatmung während Transport und Untersuchungen ausserhalb der Intensivstation durch das Team (Ärzte / Pflege) der Intensivstation sichergestellt, wird dies der Gesamtbeatmungszeit der Intensivstation zugerechnet. Eine maschinelle Beatmung dagegen, die zur Durchführung einer Operation oder während einer Operation begonnen wird, zählt nicht zur Gesamtbeatmungszeit. Dies heisst, dass die

maschinelle Beatmung während einer Operation im Rahmen der Anästhesie als integraler Bestandteil des chirurgischen Eingriffs gilt und nicht Teil der intensivmedizinischen Behandlung ist.

Beginn

Die Berechnung der Dauer der Beatmung beginnt mit **einem der folgenden Ereignisse**:

- **Endotracheale Intubation**

  Für Patienten, die zur künstlichen Beatmung intubiert werden, beginnt die Berechnung der Dauer mit dem Anschluss an die Beatmungsgeräte.

  Gelegentlich muss die endotracheale Kanüle wegen mechanischer Probleme ausgetauscht werden. Zeitdauer der Entfernung und des unmittelbaren Ersatzes der endotrachealen Kanüle sind in diesem Fall als Teil der Beatmungsdauer anzusehen; die Berechnung der Dauer wird fortgesetzt.

  Für Patienten, bei denen eine künstliche Beatmung durch endotracheale Intubation begonnen und bei denen später eine Tracheotomie durchgeführt wird, beginnt die Berechnung der Dauer mit der Intubation. Die Zeitdauer der Beatmung über das Tracheostoma wird hinzugerechnet.
- **Maskenbeatmung**

  Die Berechnung der Dauer der künstlichen Beatmung beginnt zu dem Zeitpunkt, an dem die maschinelle Beatmung einsetzt.
- **Tracheotomie (mit anschliessendem Beginn der künstlichen Beatmung)**

  Die Berechnung der Dauer der künstlichen Beatmung beginnt zu dem Zeitpunkt, an demdie maschinelle Beatmung einsetzt.

  Die Beatmungszeit während der Tracheotomie gehört zur Beatmungszeit, wenn die Tracheotomie eines Patienten in der Intensivstation durchgeführt wird
- **Aufnahme eines beatmeten Patienten**

  Für jene Patienten, die maschinell beatmet aufgenommen werden, beginnt die Berechnung der Dauer mit dem Zeitpunkt der Aufnahme
- **Aufnahme eines postoperativ beatmeten Patienten**

  Für jene Patienten zählt der Eintritt auf die Intensivstation.
  Die 24-h-Regel findet keine Anwendung mehr.

Ende

Die Berechnung der Dauer der Beatmung endet mit **einem der folgenden Ereignisse:**

- **Extubation**
- **Beendigung der Beatmung** nach einer Periode der Entwöhnung.

  Anmerkung: Für Patienten mit einem Tracheostoma (nach einer Periode der Entwöhnung) gilt:

Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
www.statistik.admin.ch

Bei beatmeten Patienten wird die Trachealkanüle für einige Tage (oder länger, z.B. bei neuromuskulären Erkrankungen) an ihrem Platz belassen, nachdem die künstliche Beatmung beendet wurde. Die Berechnung der Beatmungsdauer ist in diesem Fall zu dem Zeitpunkt beendet, an dem die maschinelle Beatmung eingestellt wird.

- **Entlassung, Tod oder Verlegung** eines Patienten, der eine künstliche Beatmung erhält.

Entwöhnung

Die **Methode der Entwöhnung** (z.B. CPAP, SIMV, PSV) von der künstlichen Beatmung **wird nicht kodiert**.

Die **Dauer der Entwöhnung** wird insgesamt (inklusive beatmungsfreier Intervalle während der jeweiligen Entwöhnung) bei der Berechnung der Beatmungsdauer eines Patienten hinzugezählt. Es kann mehrere Versuche geben, den Patienten vom Beatmungsgerät zu entwöhnen.

Das **Ende der Entwöhnung** kann nur retrospektiv nach Eintreten einer stabilen respiratorischen Situation festgestellt werden.

Eine stabile respiratorische Situation liegt vor, wenn ein Patient über einen längeren Zeitraum vollständig und ohne maschinelle Unterstützung spontan atmet.

Dieser Zeitraum wird wie folgt definiert:

- Für Patienten, die (inklusive Entwöhnung) **bis zu 7 Tage** beatmet wurden: **24 Stunden**
- Für Patienten, die (inklusive Entwöhnung) **mehr als 7 Tage** beatmet wurden: **36 Stunden.**

Für die Berechnung der Beatmungsdauer gilt als Ende der Entwöhnung dann das Ende der letzten maschinellen Unterstützung der Atmung.

Kodierung

Wenn eine maschinelle Beatmung die obige Definition erfüllt, ist

1) zunächst die **Dauer in Stunden** der künstlichen Beatmung zu erfassen. Hierfür steht ein separates Datenfeld im Datensatz der Medizinischen Statistik, die Variable 4.4.V01, zur Verfügung. **Die Berechnung erfolgt durch die Intensivstation**

Der Kodierer übersetzt die Dauer durch CHOP Kodes *96.7- Sonstige kontinuierliche mechanische Beatmung*

2) dann ist **zusätzlich:**

der folgenden Kode: *96.04 Einsetzen eines endotrachealen Tubus*

und/oder

der zutreffende Kode aus *31.1 Temporäre Tracheostomie* oder

31.29 Permanente Tracheostomie

anzugeben, wenn zur Durchführung der künstlichen Beatmung ein **Tracheostoma** angelegt wurde.

Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
www.statistik.admin.ch

NB: **CPAP:**
- Eine CPAP, die zur Entwöhnung dient, ist **nicht** mit dem Kode *93.90.1- Continuous Positive Airway Pressure* CPAP zu kodieren, sie ist nur in der Dauer mitgezählt.

- Jede andere CPAP wird mit *93.90.1- Continuous Positive Airway Pressure CPAP* kodiert, ohne Angabe der Dauer.

B) Kodierung mit ICD-10-GM 2010

Seit 1.1.2011 wird für die Medizinische Statistik mit ICD-10-GM 2010 kodiert. Das Kodierhandbuch 3.0 ist für 2011 noch gültig, deshalb müssen bei manchen Kodierrichtlinien, Kodes oder Beispielen die neuen ICD-10-GM 2010 Kodes berücksichtigt werden.

S01.g.1 Neuheiten

U69.-! hat zusätzliche 4 und 5 stellige Kodes.

S01.d.3 Sepsis

Der septische Schock wird mit dem neuen Kode *R57.2 Septischer Schock* kodiert.

S01.d.4 Krankheiten aufgrund HIV

Neuer Kode bei O98.- :
O98.7 HIV-Krankheit, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert
Krankheitszustände unter B20-B24

S01.d.6 Infektiöse Gastroenteritis

A09 ist in A09.0 und A09.9 unterteilt worden.

S02.d.8B Multiple Lokalisationen bei bösartigen Neubildungen

Der Kode C97! "Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen" hat einen neuen **Hinweis**: Die einzelnen Tumoren sind separat zu kodieren. Die Schlüsselnummer C97! Kann auch dann verwendet werden, wenn die einzelnen Primärtumoren nur durch eine einzige Schlüsselnummer (z.B. C43.5 Bösartiges Melanom des Rumpfes) kodiert werden.

S04 Kodierung Diabetes mellitus mit ICD-10-GM 2010

Bei E10-E14.7 ist die 5. Stelle neu geregelt:
.70 nicht mehr gültig
.71 nicht mehr gültig

.72 Diabetes mellitus mit multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet
.73 Diabetes mellitus mit multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet

Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
www.statistik.admin.ch

Die Diagnose „Diabetischer Fuß“ wird kodiert mit:

E10-E14 mit an vierter und fünfter Stelle:
.74 *Diabetes mellitus mit multiplen Komplikationen, mit diabetischem Fusssyndrom, nicht als entgleist bezeichnet*
.75 *Diabetes mellitus mit multiplen Komplikationen, mit diabetischem Fusssyndrom, als entgleist bezeichnet*

Die Kodes für die vorhandenen Manifestationen, z.B.:
G63.2 Diabetische Polyneuropathie*
I79.2 Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten*
Sind danach anzugeben.

S15.d.5A HELLP Syndrom

Neuer Kode: *O14.2 HELLP Syndrom*

Die Aktualisierungsliste zur ICD-10-GM 2009, sowie die Differenzliste zur ICD-10-GM 2010 finden Sie unter folgendem Link:

http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icd-10-gm/version2010/aktualisierung/
http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icd-10-gm/vorgaenger/version2009/aktualisierung/

C) Kodierung CHOP Prozeduren

1) Allgemeine Regeln:

Alle **signifikanten Prozeduren** während des Spitalaufenthaltes sind zu kodieren. Dieses schliesst **chirurgische**, **diagnostische, therapeutische und pflegerische** Prozeduren ein.

Die Definition einer signifikanten Prozedur ist, dass sie entweder
- chirurgischer Natur ist
- ein Eingriffsrisiko birgt
- ein Anästhesierisiko birgt
- Spezialeinrichtungen oder Geräte, oder spezielle Ausbildung erfordert.

Nur die Routinemassnahmen (z. B. RX, Labor, ECG) werden nicht kodiert.

Achtung: -die Regeln gelten, unhabhängig ob 4 oder 6 stellig
-Alle Kapitel werden gleich behandelt (inklusive Kapitel 16).

Dem BFS ist bewusst das es sich bei der Definition einer routinemässigen Prozedur um eine Grauzone handelt. Die neuen CHOP-Kodes wurden durch die jeweiligen medizinischen Spezialisten beantragt, so dass Sie im Prinzip zu kodieren sind. Das BFS wird diesbezüglich versuchen mit den Partnern mittelfristig eine Lösung zu finden.

Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
www.statistik.admin.ch

2) Spezifische Regeln

Information zu Hautplastiken, Débridement oder Destruktion von Hautläsion

Bei verschiedenen Hautprozeduren unterscheidet die CHOP zwischen gross- und kleinflächig. Bei diesem Interventionstyp ist die kleinflächige Lappenplastik auf 4 cm^3 begrenzt. Wenn mehrere Behandlungen in derselben anatomischen Region (zum Beispiel der Hand) durchgeführt werden, müssen die verschiedenen Flächen addiert werden. Dies gilt nicht für mehrfache Eingriffe an verschiedenen Regionen

Spezifischer Kode und identischer Kode «n.n.bez.»

Mehrere Subkategorien enthalten Kode, die sich nur durch den Zusatz «n.n.bez.» unterscheiden. In diesen Fällen **ist der Kode ohne den Zusatz «n.n.bez.» zu verwenden**. (31.5x.10 und 37.81.10 in den unten genannten Beispielen)

31.5X.00	T	Lokale Exzision oder Destruktion von Läsion oder Gewebe an der Trachea, n.n.bez
31.5X.10	T	**Lokale Exzision oder Destruktion von Läsion oder Gewebe an der Trachea**
Oder		
37.81.00	T	Erstimplantation eines Einkammer-Schrittmachers nicht spezifiziert ob rate responsive, n.n.bez
37.81.10	T	**Erstimplantation eines Einkammer-Schrittmachers nicht spezifiziert ob rate responsive**

Komplexe Kodes ohne Minimalkriterien

Im Moment enthält die CHOP keine Kriterien, welche die nachfolgenden beiden Kodes definieren. Diesbezüglich stehen wir in Kontakt mit den medizinischen Fachgesellschaften*. Bis zum Erhalt neuer* Informationen obliegt es dem *behandelnden* Arzt zu entscheiden, ob der Kode angewendet werden muss

93.59.5	T	Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multiresistenten Erregern
93.59.6	T	(Spezielle Komplexbehandlung der Hand) ebenso

Allgemeine Informationen:

Darüber hinaus wurden auf Antrag der verschiedenen Fachgesellschaften zahlreiche sehr spezifische Kodes eingeführt. Es obliegt den Ärzten, die Kodierer über die verschiedenen Techniken, die während der Eingriffe verwendet werden, zu informieren. In der medizinischen Dokumentation müssen die Prozeduren detailliert und vollständig festgehalten sein, damit korrekten Kodierung, Gruppierung und Revision möglich sind.
Wir fügen die Liste der neuen Kodes des Kapitels 16 bei, die den Kodierern die Kenntnisnahme der Neuerungen erleichtern sollte.

Kontakt und Fragen : Codeinfo@BFS.admin.ch

Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
www.statistik.admin.ch