



---

# Rundschreiben für Kodiererinnen und Kodierer : 2012 / N° 1

---

## 1 Allgemeines

### 1.1

Ab 1. Januar 2012 gelten nur das Kodierungshandbuch Version 2012, die Rundschreiben N° 9 und N° 10 von 2011 und das vorliegende Rundschreiben. Aufgrund der grundlegenden Revision des Kodierungshandbuches sind alle früheren Kodierregeln, Richtlinien, Rundschreiben und CodeInfos nicht mehr gültig.

Die Kodierregeln, die im Kodierungshandbuch Version 2012 veröffentlicht sind, müssen zwingend auf alle Daten angewendet werden, die die Krankenhäuser kodieren, bevor sie diese dem Bundesamt für Statistik für die Medizinische Statistik übermitteln. Denn das BFS ist nach der Statistikverordnung vom 30. Juni 1993 verantwortlich, jedes Jahr die Richtlinien für alle an der Erhebung Beteiligten vorzugeben. Dies betrifft insbesondere das Kodierungshandbuch, sowie die gültigen Klassifikationen, die verwendet werden müssen, um die Diagnosen und die Behandlungen zu erfassen. Die an der Erhebung Beteiligten (d.h. die Krankenhäuser) sind folglich gesetzlich verpflichtet, die nach den Richtlinien des BFS gültigen vorgegebenen Klassifikationen und das Kodierungshandbuch zu verwenden. Wenn das momentan noch nicht der Fall sein sollte, muss diese Praxis sofort geändert werden. Die Benutzung insbesondere anderer Kodierungshandbücher (z.B. deutsches Kodierungshandbuch oder auch spitalintern erstellte Kodierungshandbücher) sind strikt verboten.

### 1.2

Die gültigen Klassifikationen ab 1. Januar 2012 sind die ICD-10-GM 2010 und die CHOP 2012. Es steht in der Verantwortung der Kodierer, den Inhalt der Klassifikationen zu kennen und Änderungen und Neuigkeiten der verschiedenen Versionen zu berücksichtigen (wie z.B. „U“ Schlüsselnummern für besondere Zwecke, die es in der WHO Version nicht gab).

### 1.3

Für die Klassifikationen und das Kodierungshandbuches sind bei Unterschieden die originalen Versionen (deutschsprachige Versionen) massgebend.

### 1.4

Im Laufe des Jahres werden Informationen und Präzisionen durch neue Rundschreiben und durch die FAQ veröffentlicht. Diese Dokumente sind offizielle Kodierungsmittel des BFS und müssen für weitere Kodierungen berücksichtigt werden. Um die Kodierung in der Schweiz zu vereinheitlichen, werden Antworten, die das BFS auf allgemeine Fragen gibt (keine neuen Regeln) am Monatsende auf der FAQ veröffentlicht; sie sind ab dem 1. des folgenden Monats obligatorisch zu applizieren.

## 1.5

Alle Kodierungsfragen für die Hotline müssen an [CodeInfo@bfs.admin.ch](mailto:CodeInfo@bfs.admin.ch) und nicht an persönliche Adressen gesendet werden.

Ab Januar 2012 gibt es spezifische Adressen für:

- Streitfälle zwischen Spitäler und Versicherern in Bezug auf die medizinische Kodierung: [kodierungsexpertise@bfs.admin.ch](mailto:kodierungsexpertise@bfs.admin.ch) mit dem Formular, das ab 2012 verfügbar ist.
- Fragen zu Revisionen: [kodierungsrevision@bfs.admin.ch](mailto:kodierungsrevision@bfs.admin.ch).

## 1.6

Neu gibt es unter SwissDRG keine Forcierungen mehr. Der Fall muss vollständig kodiert werden, weglassen von Diagnosen oder Prozeduren zur Beeinflussung der DRG-Gruppierung ist nicht zulässig. Siehe „Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG“, Punkt 1.4.

## 2 Zusatzinformationen zum Kodierungshandbuch 2012

### 2.1 Seite 43: P00a Erfassung der Prozedur im Medizinischen Datensatz

#### Seitigkeit/Lateralität

In der CHOP Version 2012 sind die Codes, die die Präzision der Seitigkeit brauchen mit (L) gekennzeichnet. Diese Information ist als Kodierhilfe zu nehmen, da die Kennzeichnung nicht vollständig ist. Die Seitigkeit/Lateralität ist bei allen Eingriffen an paarigen Organen und Körperteilen zu erfassen, auch wenn diese Codes nicht gekennzeichnet sind (z.B. beim Code 38.35.13 fehlt die Angabe (L)). Weiter sind einige Prozeduren mit einem (L) gekennzeichnet, obwohl sie nicht immer eine Seitenangabe erfordern. In diesen Fällen ist die Variable V4.3.V011 leer zu lassen. Diese Situation ist der Tatsache verdankt, dass gewisse Codes Verfahren an Lokalisationen mit oder ohne erforderlicher Seitigkeitsangabe einschliessen.

### 2.2 Seite 44: P02a Prozeduren, die nicht kodiert werden

Einzelne Komponenten einer Prozedur: Vorbereitung, Lagerung, Anästhesie (**inkl. Intubation**) oder Analgesie, Wundverschluss, sie sind in der Regel in einem Operationskode abgebildet.

### 2.3 Seite 51: P09a Organentnahme und Transplantation

#### 3. Postmortale Spende nach Gehirntod im Spital

Mit der Variable 1.5.V01 der Medizinischen Statistik wird der Abschluss des Falles durch das Datum und die Uhrzeit des Todes dokumentiert. Somit sind postmortale Organentnahmen nicht zu kodieren.

Dies gilt auch für Obduktionen.

### 2.4 Seite 54: S1002a Sepsis

Hier geht es um Präzisionen nur für die französische Ausgabe des Rundschreibens (Übersetzungsfehler in der französischen Version der ICD-10-GM), somit sind sie hier nicht aufgelistet.

### 2.5 Seite 109: S1603a Neugeborene

Bei Verlegung der Mutter mit ihrem gesunden Neugeborenen wird für das Neugeborene ein administrativer Fall geöffnet. Als Hauptdiagnose wird *Z76.8 Personen, die das Gesundheitswesen aus sonstigen näher*

bezeichneten Gründen in Anspruch nehmen kodiert. Der Fall wird nicht über DRG abgerechnet (siehe Informationen der MS:

[http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infoteh/erhebungen\\_quellen/blank/blank/mkh/04/01.html](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infoteh/erhebungen_quellen/blank/blank/mkh/04/01.html)).

## 2.6 Seite 130: Anhang

Neu zum Anhang: die Definition der akuten Niereninsuffizienz. Dies ist bei der Kodierung zwingend zu beachten.

### Akutes Nierenversagen

Das akute Nierenversagen ist eine plötzlich (in der Regel innerhalb von 48 Stunden) eintretende Verschlechterung der Nierenfunktion. Es unterscheidet sich von der chronischen Niereninsuffizienz dadurch, dass das akute Nierenversagen grundsätzlich reversibel ist.

Die **Stadieneinteilung der akuten Nierenschädigung** erfolgt durch die Kriterien nach:

**RIFLE** : Risk – Injury – Failure – Loss – ESRD (End Stage Renal Disease) oder

**AKIN** : Acute – Kidney – Injury – Network

Stadieneinteilung der akuten Nierenschädigung			
RIFLE	AKIN	Serum-Kreatinin	Urin-Ausscheidung
Risk	1	1,5- bis 2-facher Kreatininanstieg (RIFLE/AKIN) oder Kreatininanstieg $\geq 0,3$ mg/dl ( $\geq 26,4$ $\mu$ mol/l) (AKIN)	<0,5 ml/kg/h für 6 h
Injury	2	2- bis 3-facher Kreatininanstieg	<0,5 ml/kg/h für 12 h
Failure	3	> 3-facher Kreatininanstieg oder Serum-Kreatinin > 4 mg/dl (>352 $\mu$ mol/l) mit einem akuten Anstieg $\geq 0,5$ mg/dl (44 $\mu$ mol/l) oder Abfall der GFR >75% (glomeruläre Filtrationsrate)	<0,3 ml/kg/h für 24 h oder fehlende Urinausscheidung (Anurie) für 12 h
Loss		Dauerhaftes Nierenversagen für > 4 Wochen	
ESRD		Dauerhaftes Nierenversagen für > 3 Monate	

Für die Kodierung eines Nierenversagens gilt:

- Ein „**Akutes Nierenversagen**“ liegt vor, wenn die Kriterien für „Failure“ (RIFLE) oder Stadium 3 (AKIN) erfüllt sind. Dies gilt unabhängig von der Ursache der Störung (renal oder extrarenal).
- Ein Patient kann ein **akutes Nierenversagen und eine chronische Niereninsuffizienz** zugleich aufweisen, wenn die akute Verschlechterung der chronischen Niereninsuffizienz innerhalb kurzer Zeit auftritt und die Bedingungen von Stadium 3 AKIN erfüllt. Das heisst, dass eine „acute on chronic“ Niereninsuffizienz, die die Kriterien für Stadium 3 AKIN nicht erfüllt, als chronische Niereninsuffizienz (mit akuter Verschlechterung) gilt.

Als zusätzlicher Anhang des Kodierungshandbuch 2012, von der Schweizerischen Gesellschaft für Nephrologie gutgeheissen.

## 2.7 Wartepatienten

Bei einer Verlängerung eines Aufenthaltes weil der Patient auf einen Pflegeplatz wartet, wird ein neuer administrativer Fall geöffnet. Als Hauptdiagnose wird *Z75.8 Sonstige Probleme mit Bezug auf medizinische Betreuungsmöglichkeiten oder andere Gesundheitsversorgung* kodiert. Der Fall wird nicht über DRG abgerechnet (siehe Informationen der MS:

[http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen\\_quellen/blank/blank/mkh/04/01.html](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/mkh/04/01.html)).

## 2.8 Rechnungsstellung bei Leistungspflicht mehrerer Sozialversicherungsträgern

Unabhängig von der Leistungspflicht der Kostenträger, sind diese Aufenthalte nach den Richtlinien als ein Fall zu kodieren, gemäss den Falldefinitionen.

Zur Abrechnung sind die „Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG“ zu beachten.

[http://www.swissdrg.org/assets/pdf/Tarifdokumente/SwissDRG\\_Falldefinitionen\\_Version\\_4\\_2011\\_d.pdf](http://www.swissdrg.org/assets/pdf/Tarifdokumente/SwissDRG_Falldefinitionen_Version_4_2011_d.pdf)

## 2.9 Fallzusammenführung

Bei Fallzusammenführungen gemäss „Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG“ ist nur der zusammengeführte Fall (eine Kodierung) zu übermitteln (zur Kennzeichnung der Wiedereintritte sind die Variablen 4.7.V01 – 4.7.V41 zu erfassen).

# 3 Zusatzinformationen zur CHOP

## 3.1 Informationen zu Dialyse-Kodes

### S1401a Dialyse

Mit den Kodes *39.95.-- Hämodialyse* wird die intermittierende und kontinuierliche Dialyse unterschieden. Die kontinuierliche Dialyse ist mit präziser Dauer zu erfassen. Diese Dauer ist vom Beginn bis zum Ende einer Behandlung zu ermitteln. Bei einer Unterbrechung von mehr als vier Stunden ist die Zeit der Unterbrechung bei der Berechnung der Gesamtdauer der Behandlung nicht zu berücksichtigen.

Bei mehreren Anwendungen eines **kontinuierlichen** Verfahrens während eines stationären Aufenthaltes ist jede Anwendung mit einem Kode zu verschlüsseln (keine Addition der Behandlungszeiten). Eine Unterbrechung eines kontinuierlichen Verfahrens von bis zu 24 Stunden begründet jedoch keine erneute Verschlüsselung.

### Definitionen :

#### Verlängert intermittierend:

Ein verlängertes intermittierendes Nierenersatzverfahren dauert mehr als 6 Stunden.

#### Kontinuierlich, bis 24 Stunden:

Ein kontinuierliches Nierenersatzverfahren, das für mehr als 24 Stunden geplant war, aber vorher abgebrochen wurde, ist mit den Kodes „bis 24 Stunden“ zu kodieren.

#### Nierenersatzverfahren zur Therapie des Transplantatversagens (39.95.F-, 39.95.G-):

Diese Kodes sind Zusatzcodes zu den möglichen Dialyseverfahren. Sie sind nur zu verwenden, wenn ein Dialyseverfahren wegen mangelnder Funktionsaufnahme oder Versagen des Transplantates während desselben stationären Aufenthaltes durchgeführt wurde, bei dem auch die Nierentransplantation erfolgte.

### **Peritonealdialyse (54.98.--) :**

Es ist jede durchgeführte Peritonealdialyse zu kodieren. Bei der kontinuierlichen beginnt ein Behandlungszyklus mit der Aufnahme des Patienten und endet mit Entlassung des Patienten oder der Unterbrechung des Verfahrens für mehr als 24 Stunden. Bei Filter-, Beutel-, oder Systemwechsel ist keine neue Verschlüsselung der Prozedur erforderlich.

## **3.2 CHOP 2012**

In der französischen Version stehen drei Kodes ohne Text:

86.67.31 Remplacement permanent de la peau par matériel de remplacement dermique

88.76.12 Ultrasonographie d'artères viscérales

89.08.19 Surveillance épidémiologique, autre

## **4 Medizinische Statistik**

### **4.1 NEMS, PIM II, SAPS 2, CRIB II**

Wenn der Patient während einer Hospitalisation mehrere Aufenthalte auf der Intensivstation hat, werden die Schweregrads-Scores summiert.

[http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen\\_quellen/blank/blank/mkh/04/01.Document.119321.pdf](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/mkh/04/01.Document.119321.pdf)

[http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen\\_quellen/blank/blank/mkh/04/01.Document.121779.pdf](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/mkh/04/01.Document.121779.pdf)

## **5 Diverses**

### **ICD-10-GM 2012 Deutsche Version :**

Bitte beachten sie, dass im Jahre 2013 die Diagnosen-Klassifikation ICD-10-GM 2012 gültig sein wird. Wir empfehlen ihnen, die Bestellungen für die deutsche Version in den Buchhandlungen schon jetzt zu machen.

Die französischen und italienischen Versionen werden vom BFS im Laufe 2012 zur Verfügung gestellt.