



# Rundschreiben für Kodiererinnen und Kodierer: 2017 / Nr. 2

## 1. Allgemeines

### 1.1. Grundlagen

Zur Kodierung aller stationären Aufenthalte der Spitäler und Kliniken (einschliesslich Rehabilitations-, Psychiatrie- und Spezialkliniken) mit Austritt ab 1. Juli 2017 gelten:

- das Kodierungshandbuch Version 2017
- das Rundschreiben Nr. 1 von 2017 **mit Anhang**
- das Rundschreiben Nr. 2 von 2017 **mit Anhang**

Keine Änderungen in den weiteren Abschnitten von 1.1 Grundlagen.

### 1.2. Gültige Klassifikationen

Keine Änderung im Vergleich zum Rundschreiben Nr. 1 2017.

### 1.3. Referenzversionen

Keine Änderung im Vergleich zum Rundschreiben Nr. 1 2017.

### 1.4. Rundschreiben und Anhang

Informationen und Präzisierungen werden durch Rundschreiben veröffentlicht (Publikation 31. Dezember 2016 und 30. Juni 2017, anzuwenden bei Fällen mit Austrittsdatum ab 1. Januar 2017 und 1. Juli 2017). Diese Dokumente sind offizielle Informationen des BFS und müssen für weitere Kodierungen berücksichtigt werden.

Die Publikation von Informationen und Präzisierungen durch FAQ gibt es in dieser Form ab 2017 nicht mehr, sie werden nun als Anhang des Rundschreibens publiziert. Die alten FAQs der vorigen Jahre sind jeweils in einem separaten PDF Dokument unter dem Link Rundschreiben auf unserer Internetseite zu finden.

### 1.5. Anfragen zur Kodierung

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

Kodierungsunstimmigkeiten sind **mit vollständiger und anonymisierter Patientendokumentation, Argumentation und Kodierung beider Parteien** an [CodeInfo@bfs.admin.ch](mailto:CodeInfo@bfs.admin.ch) zu senden (**mit Kopie** an die andere Partei).

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

Bei **Anfragen ohne Dokumentation oder mit ungenügender Dokumentation** werden wir keine Empfehlung mehr abgeben und es wird auch keine Rückmeldung gegeben.

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

## 2. Zusatzinformationen zum Kodierungshandbuch 2017

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

Die Zusatzinformationen zum Kodierungshandbuch 2017 aus dem Rundschreiben 2017 Nr. 1 sind weiterhin gültig. Zusätzliche neue Korrekturen sind hier aufgenommen.

### 2.1. Regel S1404 Niereninsuffizienz

Betrifft alle Sprachversionen.

Die Regel S1404 wird wie folgt geändert und gilt ab 1. Juli 2017.

#### S1404 Niereninsuffizienz

##### Akute Niereninsuffizienz

Streichung der Kodierungsrichtlinie. Mit der ICD-10-GM 2016 können die Stadien der akuten Niereninsuffizienz abgebildet werden. Die Kriterien der Stadieneinteilung müssen beachtet werden.

##### Chronische Niereninsuffizienz

Die Kontrolle oder Präzision des Stadiums einer bereits bekannten chronischen Niereninsuffizienz (GFR) ist wichtig für die korrekte Patientenversorgung.

Wenn das Stadium aktuell im Spitalaufenthalt bestimmt wird, wird der dem Stadium entsprechende Code N18.- kodiert.

### 2.2. Regel S1804f Schmerzdiagnosen und Schmerzbehandlungsverfahren

Betrifft nur die französische und italienische Sprachversionen. Siehe Circulaire 2017, N°2 und Circolare 2017, n 2.

## 3. Zusatzinformationen zur CHOP 2017

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

Die Zusatzinformationen zur CHOP 2017 aus dem Rundschreiben 2017 Nr. 1 sind weiterhin gültig, mit Ausnahme von:

- **3.1. «Analogiekodierung»** ersetzt durch **3.1. des Rundschreibens 2017 Nr. 2**
- **3.12. «Inzidente Appendektomie 47.12»** ersetzt durch **3.3. des Rundschreibens 2017 Nr. 2**
- **3.19. «Korrektur des Verweises unter 82.3»** ersetzt durch **3.4. des Rundschreibens 2017 Nr. 2**
- **3.20. «Chirurgisches Débridement in Regional- oder Allgemeinanästhesie (86.2A.-)»** ersetzt durch **3.5. des Rundschreibens 2017 Nr. 2**
- **3.26. «HoNOS und HoNOSCA (94.A)»** ersetzt durch **3.8. des Rundschreibens 2017 Nr. 2**

Zusätzliche neue Korrekturen sind hier aufgenommen.

### 3.1. Analogiekodierung

- Mitralklappeninsuffizienz - Behandlung mit Cardioband
- Flow Diverter

Am 26.09.2016 wurde in Absprache mit dem BFS von SwissDRG eine Analogiekodierung publiziert. Diese Analogiekodierungen sind bis zum Zeitpunkt der Etablierung differenzierter Codes über ein ordentliches Antragsverfahren verbindlich und einheitlich anzuwenden. Diese sind ab Veröffentlichung gültig und für allfällige Kodierrevisionen relevant.

Auf Grund der Neugestaltung der Webseite der SwissDRG AG wurde der Link auf die Analogiekodierung geändert. Neu finden sie diese Informationen unter:

<https://www.swissdrg.org/de/akutsomatik/swissdrg-system-60/analogiekodierung>

### 3.2. Pouchrevision nach Gastric Bypass 44.5X.36

Betrifft nur die französische Sprachversion. Siehe Circulaire 2017, N° 2.

### 3.3. Inzidente Appendektomie 47.12

Betrifft nur die französische Sprachversion. Siehe Circulaire 2017, N° 2.

### 3.4. Korrektur des «Kodierte ebenso» unter 82.3

Betrifft die französische und italienische Sprachversion. Siehe Circulaire 2017, N° 2 und Circolare 2017, n 2.

### 3.5. Chirurgisches Débridement (86.2A.-) versus Débridement (86.2B.-)

Betrifft alle Sprachversionen.

Im Titel und dem «Beachte» des Codes 86.2A.- wird «**lokale Infiltrationsanästhesie**» ergänzt.

#### 86.2A Chirurgisches Débridement von Wunde, Infektion oder Verbrennung durch Exzision von erkranktem Gewebe in **lokaler Infiltrationsanästhesie**, Regional- oder Allgemeinanästhesie

Exkl.: Bei alleiniger Oberflächenanästhesie, bei Entfernen eines Systems zur Vakuumtherapie ohne Anästhesie: Débridement von Wunde, Infektion oder Verbrennung, **ohne lokale Infiltrationsanästhesie**, Regional- oder Allgemeinanästhesie (86.2B.-)

Keine Änderungen in den restlichen Exklusivas.

Beachte: Die Codes dieser Subkategorie können abgebildet werden bei einem chirurgischen Entfernen durch Exzision von devitalen Gewebe, Nekrose, Wundschorf von Haut und Subkutangewebe bis zum Bereich des vitalen Gewebes in Anästhesie (**lokale Infiltrationsanästhesie**, Allgemein- oder Regionalanästhesie). **Ein Kode der Subkategorie 86.2A.- darf nur verwendet werden, wenn das chirurgische Débridement in Anästhesie in einem Operationssaal, resp. in Anästhesie in einer durch die Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI) anerkannten Intensivstation, durchgeführt wird.** Eine reine Oberflächenanästhesie ermöglicht nicht die Abbildung dieser Codes. Bei einer neurologisch bedingten Analgesie (z.B. infolge Verbrennung) können diese Codes ebenfalls abgebildet werden. Eine weitere Voraussetzung zur Abbildung dieser Codes ist das Vorliegen einer Wunde (traumatisch oder nicht traumatisch bedingte Unterbrechung des Zusammenhangs von Körpergewebe mit oder ohne Substanzverlust). Ohne Wunde ist eine Exzision von erkranktem Gewebe zu kodieren.

Im Titel des Codes 86.2B wird «**ohne lokale Infiltrationsanästhesie**» ergänzt, sowie das Inklusivum leicht angepasst.

**86.2B Débridement von Wunde, Infektion oder Verbrennung, ohne Exzision, ohne lokale Infiltrationsanästhesie, Regional- oder Allgemeinanästhesie**

Inkl.: Entfernen von Fibrinbelägen in Oberflächenanästhesie, Entfernen von devitalem Gewebe, Nekrose und Wundschorf durch Ausbürsten, Spülen (unter Druck), Schrubben, Lavage, **Curettage**, Débridement im Rahmen eines Verbandwechsels.

Exkl.: Chirurgisches Débridement von Wunde, Infektion oder Verbrennung durch Exzision von erkranktem Gewebe in **lokaler Infiltrationsanästhesie**, Regional- oder Allgemeinanästhesie (86.2A.-)

**3.6. Präzisierung des «Beachte» unter 89.0A.32 «Ernährungsberatung und –therapie»**

Betrifft alle Sprachversionen.

Das «Beachte» unter 89.0A.32 wird wie folgt ersetzt:

**89.0A.32 Ernährungsberatung und –therapie**

Beachte: **Die Ernährungsberatung und -therapie wird durch eine/n dipl. Ernährungsberater/in HF/FH durchgeführt und beinhaltet: 1. Ernährungs-Assessment, -Diagnose, -Intervention, -Monitoring und Evaluation inklusive Dokumentation, 2. mindestens eine Absprache (mündlich oder schriftlich) mit dem/r behandelnden Arzt/Ärztin, 3. mindestens ein patientenbezogener Kontakt auf der Abteilung.**

**3.7. Nicht invasive Beatmung ausserhalb Intensivstation (93.9E)**

Betrifft alle Sprachversionen.

Korrektur des Links auf das Referenzdokument im Mindestmerkmal Punkt 0, Referenzdokumente.

**93.9E Nicht invasive Beatmung ausserhalb Intensivstation**

Beachte: Mindestmerkmal Punkt 0, Referenzdokumente: Details zu den Mindestmerkmalen sind dem Dokument «Ausführungen zu den Mindestmerkmalen «Nicht invasive Beatmung ausserhalb Intensivstationen» (CHOP\_93-9E\_2016\_de), Version vom 01.07.2016» der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie zu entnehmen. Verfügbar unter: <http://www.pneumo.ch/de/fachpersonen.html>

**3.8. Erfassung HoNOS und HoNOSCA**

Betrifft alle Sprachversionen.

Das «Beachte» zu «Mindestmerkmal Punkt 2, Erfassung» unter 94.A wird gestrichen und durch ein «Beachte» unter 94.A1 für die Erfassung bei Erwachsenen und ein «Beachte» unter 94.A2 für die Erfassung bei Kindern und Jugendlichen ersetzt. Die Verweise auf die Referenzdokumente wurden ebenfalls angepasst.

**94.A HoNOS und HoNOSCA**

Beachte: ~~Mindestmerkmal Punkt 0, Indikation: HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales) respektive HoNOSCA (Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents) bilden den Schweregrad der psychischen Erkrankung ab, strukturiert nach den Katalogen von ANQ (Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken).~~

~~Mindestmerkmal Punkt 1, Referenzdokumente: Dokumente zu genauen Definitionen und Vorgaben für die Erfassung von HoNOS und HoNOSCA sind unter dem folgenden Link verfügbar:~~

~~[http://www.swissdrg.org/de/08\\_psychiatrie/ErfassungHoNOS.asp](http://www.swissdrg.org/de/08_psychiatrie/ErfassungHoNOS.asp)~~

~~Mindestmerkmal Punkt 2, Erfassung: Die Codes sind bei Eintritt (innerhalb von 3 Tagen) und bei Austritt des Patienten zu erfassen. Jedes Kriterium ist unterteilt in 5 Schweregrade, wobei 0 «kein Problem» und 4 «schwerwiegendes Problem» bedeutet. Die Stufen sind genau nach den Definitionen der HoNOS respektive HoNOSCA abzubilden.~~

**94.A1 HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales)**

Beachte: ~~Manual für Erfassende Stationäre Psychiatrie Erwachsene, Version 4 (01.12.2015), HoNOS Health of the Nation Outcome Scales - Konzentrierter Ratingbogen: Skala „HoNOS“ mit integriertem Glossar und ANQ Ratingkonventionen, Version 1 (28.01.2014)~~

Mindestmerkmal Punkt 0, Referenzdokument: Vorgaben zur Erfassung des HoNOS für die Tarifstruktur TARPSY : Skala, Glossar und Ratingkonventionen. Version 1.1 / 02.11.2016. unter [http://www.swissdrg.org/de/08\\_psychiatrie/ErfassungHoNOS.asp](http://www.swissdrg.org/de/08_psychiatrie/ErfassungHoNOS.asp)

Mindestmerkmal Punkt 1, Erfassung: Folgende Codes werden nur erfasst bei stationären Patienten einer Abteilung für Erwachsenen-Psychiatrie. Die Codes sind bei Eintritt, d.h. innerhalb von 3 Tagen, sowie bei Austritt, d.h. frühestens 3 Tage vor Austritt, des Patienten zu erfassen. Jedes Kriterium ist unterteilt in 5 Schweregrade, wobei 0 «kein Problem» und 4 «schwerwiegendes Problem» bedeutet. Die Stufen sind genau nach den Definitionen der HoNOS abzubilden.

#### **94.A2 HoNOSCA (Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents)**

Beachte: ~~Manual für Erfassende Stationäre Psychiatrie Erwachsene, Version 4 (01.12.2015), Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA) – Glossar für die Beurteilung des HoNOSCA-D (17.04.2013)~~

Mindestmerkmal Punkt 0, Referenzdokument: Vorgaben zur Erfassung des HoNOSCA für die Tarifstruktur TARPSY : Skala, Glossar und Ratingkonventionen. Version 1.1 / 02.11.2016 unter [http://www.swissdrg.org/de/08\\_psychiatrie/ErfassungHoNOS.asp](http://www.swissdrg.org/de/08_psychiatrie/ErfassungHoNOS.asp)

Mindestmerkmal Punkt 1, Erfassung: Folgende Codes werden nur erfasst bei stationären Patienten einer Abteilung für Kinder- und Jugend-Psychiatrie. Die Codes sind bei Eintritt, d.h. innerhalb von 14 Tagen, sowie bei Austritt, d.h. frühestens 7 Tage vor Austritt, des Patienten zu erfassen. Jedes Kriterium ist unterteilt in 5 Schweregrade, wobei 0 «kein Problem» und 4 «schwerwiegendes Problem» bedeutet. Die Stufen sind genau nach den Definitionen der HoNOSCA abzubilden.

Die definitive Darstellung der «Beachte» für 94.A, 94.A1 und 94.A2 sieht wie folgt aus:

#### **94.A HoNOS und HoNOSCA**

Beachte: HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales) respektive HoNOSCA (Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents) bilden den Schweregrad der psychischen Erkrankung ab.

#### **94.A1 HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales)**

Beachte: Mindestmerkmal Punkt 0, Referenzdokument: Vorgaben zur Erfassung des HoNOS für die Tarifstruktur TARPSY : Skala, Glossar und Ratingkonventionen. Version 1.1 / 02.11.2016. unter [http://www.swissdrg.org/de/08\\_psychiatrie/ErfassungHoNOS.asp](http://www.swissdrg.org/de/08_psychiatrie/ErfassungHoNOS.asp)

Mindestmerkmal Punkt 1, Erfassung: Folgende Codes werden nur erfasst bei stationären Patienten einer Abteilung für Erwachsenen-Psychiatrie. Die Codes sind bei Eintritt, d.h. innerhalb von 3 Tagen, und bei Austritt, d.h. frühestens 3 Tage vor Austritt, des Patienten zu erfassen. Jedes Kriterium ist unterteilt in 5 Schweregrade, wobei 0 «kein Problem» und 4 «schwerwiegendes Problem» bedeutet. Die Stufen sind genau nach den Definitionen der HoNOS abzubilden.

#### **94.A2 HoNOSCA (Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents)**

Beachte: Mindestmerkmal Punkt 0, Referenzdokument: Vorgaben zur Erfassung des HoNOSCA für die Tarifstruktur TARPSY : Skala, Glossar und Ratingkonventionen. Version 1.1 / 02.11.2016 unter [http://www.swissdrg.org/de/08\\_psychiatrie/ErfassungHoNOS.asp](http://www.swissdrg.org/de/08_psychiatrie/ErfassungHoNOS.asp)

Mindestmerkmal Punkt 1, Erfassung: Folgende Codes werden nur erfasst bei stationären Patienten einer Abteilung für Kinder- und Jugend-Psychiatrie. Die Codes sind bei Eintritt, d.h. innerhalb von 14 Tagen, und bei Austritt, d.h. frühestens 7 Tage vor Austritt, des Patienten zu erfassen. Jedes Kriterium ist unterteilt in 5 Schweregrade, wobei 0 «kein Problem» und 4 «schwerwiegendes Problem» bedeutet. Die Stufen sind genau nach den Definitionen der HoNOSCA abzubilden.

### **3.9. Titelkorrektur 99.B6.34**

Betrifft nur die französische Sprachversion. Siehe Circulaire 2017, N° 2.

#### **4. Zusatzinformationen zur ICD-10-GM 2016**

Keine Änderung im Vergleich zum Rundschreiben 2017 Nr. 1.

## 5. ANHANG

### 5.1. Informationen und Präzisierungen (ehemalig FAQ genannt)

Das aktuelle Rundschreiben enthält **alle** ab 1. Juli 2017 gültigen «Informationen und Präzisierungen».

#### **Beschreibung zur Nummerierung für eine chronologische Hierarchie**

Um die Suche der monatlich aufgeschalteten Informationen zu erleichtern, haben wir eine Nummerierung eingeführt, die die Informationen chronologisch angibt, die Neuesten zuerst.

Diese Nummerierung beginnt mit 0999 für die erste Information am 1.1.2012 und geht abnehmend weiter.

Z.B.: 0999 1.1.2012

0998 1.1.2012

...

0988 1.2.2012, usw.

**Obwohl das FAQ-System nicht mehr existiert, werden wir diese Nummerierung aus praktischen Gründen so beibehalten.**

#### **0852 01.07.2017 Beachte zur Regel D07 Geplante Folgeeingriffe**

Beachte bei einer Narbenrevision:

Eine Narbenrevision wird gemäss Regel S1201f «Plastische Chirurgie» und Regel D06c «Folgezustände» Beispiel 2 kodiert. Die Hauptdiagnose Verbrennung (T20-T32) ist nur dann anzugeben, wenn es um die akute Behandlungsphase einer Verbrennung geht.

#### **0853 01.07.2017 Transseptale Katheterpunktion**

Wird bei 37.34.1- «Ablationsverfahren bei Tachyarrhythmien» eine transseptale Punktion gemacht, ist 37.90.21 «Kathetertechnische transseptale Punktion» zusätzlich zu kodieren.

#### **0854 01.07.2017 83.63 Plastische Rekonstruktion der Rotatorenmanschette**

##### **Reparation einer Sehne**

Es handelt sich nicht um eine neue Kodierregel, sondern um eine Klarstellung zur korrekten und einheitlichen Abbildung dieser Fälle:

Wenn nur **eine** Sehne repariert wird, ist es mit einem 6-stelligen Sehnenkode abzubilden. Der Kode 83.63 wird bei 2, 3 oder 4 Sehnen kodiert.

##### **Latissimus dorsi Transfer zur Rekonstruktion einer Rotatorenmanschette**

Der Latissimus dorsi Transfer zur Rekonstruktion einer Rotatorenmanschette wird kodiert mit dem 83.63 «Plastische Rekonstruktion der Rotatorenmanschette» plus 83.77.11 «Muskeltransfer oder -transplantation, Schulter und Axilla» für den Muskeltransfer. Falls durchgeführt kann ein separater Sehnentransfer ebenfalls hinzukodiert werden 83.75.11 «Sehnentransfer oder -transplantation, Schulter und Axilla».

#### **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.

#### **0856 01.07.2017 Kodierung**

Es ist nach den gültigen Kodierungsinstrumenten (Kodierungshandbuch, Rundschreiben, CHOP und ICD-10-GM) zu kodieren. Die Kodierung darf nicht durch die Orientierung in eine bestimmte SwissDRG oder in eine bestimmte Leistungsgruppe (SPLG, Spitalplanungs-Leistungsgruppen) beeinflusst werden.

### **0857 01.07.2017 Einsetzen von Spacern / Abstandshaltern**

Für das Einsetzen von Spacern, Abstandshaltern, ist der Kode 81.96.96 «Sonstige gelenkrekonstruktive und gelenkplastische Eingriffe, Einbringen von Abstandshaltern (z.B. nach Entfernung einer Endoprothese)» und nicht der 84.56 «Einsetzen von Spacer (Zement)» zu verwenden. Der 84.56 ist eine Doublette zum 81.96.96. Er wird in der CHOP 2018 gelöscht.

### **0858 01.07.2017 Informationen und Präzisierungen zur Palliative Care**

Folgende Präzisierungen betreffen die Elementgruppen 93.8A.2- «Palliativmedizinische Komplexbehandlung, nach Anzahl Behandlungstagen» und 93.8A.3- «Spezialisierte Palliative Care, nach Anzahl Behandlungstagen». Sie wurden von Herbst 2016 bis Mitte 2017 in einer intensiven Zusammenarbeit zwischen der «Arbeitsgruppe Tarife Palliative Care» (AG Tarife) von palliative.ch und den Versicherer Vertretern tarifsuisse.ag und curafutura erarbeitet. Weiterführende Informationen zur Palliativmedizin finden Sie auf der Internetseite der Schweizerischen Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung, [www.palliative.ch](http://www.palliative.ch). Die folgenden FAQ's erlangen mit Veröffentlichung des Rundschreibens eine schweizweit verbindliche Gültigkeit.

#### **0858/1: Palliativmedizinische Basisassessments**

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

Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments.

93.8A.3-: Mindestmerkmal Punkt 2, Eintrittsabklärung, Assessment:

Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments 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 Codes 93.8A.2- und 93.8A.3- anzuerkennen.

#### **Kann ein einzelnes Assessmentinstrument als palliativmedizinisches Basisassessment zählen?**

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

#### **0858/2: Therapiebereiche**

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

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

93.8A.3-: Mindestmerkmal Punkt 3, Therapie:

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

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

1. Die Aufzählung der Therapiebereiche (Sozialarbeit/-pädagogik, Psychologie, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Ernährungsberatung/-therapie, Seelsorge, Kunsttherapie) ist sowohl für 93.8A.2- als 93.8A.3- abschliessend.
2. Interprofessionelle Teambesprechungen, gemäss 0858/3, und Wegzeiten werden nicht zu den 6 Stunden gezählt.
3. Die dokumentierten Patienten-, Angehörigen- und Familiengespräche können von allen aufgeführten Berufsgruppen (Arzt, Pflege, Sozialarbeit/-pädagogik, Psychologie, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Ernährungsberatung/-therapie, Seelsorge, Kunsttherapie) erbracht werden. Zu diesen gehört ebenfalls die Information des Patienten und dessen Angehörigen im Rahmen der Therapie.
4. Die dokumentierten und spezifischen Koordinationsaufgaben in direktem Zusammenhang mit dem Behandlungs- und Beratungsprozess sowie die Patienten-, Angehörigen- und Familiengespräche zählen zu den 6 Stunden dazu.
5. Es gibt keine Festlegung für die Mindesttherapiedauer einer Therapieeinheit.
6. Grundvoraussetzung für die Kodierung ist die Dokumentation der Gespräche und Therapien. Die Art der Therapie, deren Dauer, und das Datum der Durchführung müssen von allen beteiligten Berufsgruppen nachvollziehbar dokumentiert sein.

### 0858/3: Teambesprechung

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

Wöchentliche interprofessionelle Teambesprechung mit Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele.

93.8A.3-: Mindestmerkmal Punkt 5, Therapieplanung und -kontrolle:

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.

**0859 01.07.2017 Autogene matrixinduzierte Knorpeltransplantation/-implantation am Kniegelenk**

Für die autogene matrixinduzierte Chondrozytentransplantation am Kniegelenk müssen die Codes 81.90.10 «Autogene matrixinduzierte Chondrozytentransplantation an Gelenken, arthroskopisch» oder 81.90.20 «Autogene matrixinduzierte Chondrozytentransplantation an Gelenken, offen chirurgisch» kodiert werden.

Nicht verwendet werden dürfen für dieses Verfahren die Codes:

81.47.17 «Knorpeltransplantation und Implantation von in-vitro hergestellten Gewebekulturen am Kniegelenk, offen chirurgisch» und

81.47.18 «Knorpeltransplantation und Implantation von in-vitro hergestellten Gewebekulturen am Kniegelenk, arthroskopisch».

**0860 01.01.2017 Roux-en-Y-Magenbypass**

Im Jahr 2017, müssen aus Gruppergründen bei der Durchführung eines Roux-en-Y-Magenbypass nicht die Codes 44.31.41 (Roux-en-Y-Magenbypass, offen chirurgisch) bzw. 44.31.42 (Roux-en-Y-Magenbypass, laparoskopisch) abgebildet werden, sondern die Codes 44.31.11 (Proximaler Magenbypass, offen chirurgisch) bzw. 44.31.12 (Proximaler Magenbypass, laparoskopisch) kodiert werden.

**0861 01.01.2017-30.06.2017 83.63 Plastische Rekonstruktion der Rotatorenmanschette**

Diese Präzisierung wird ab 01.07.2017 ersetzt durch Nr. 0854.

**0864 01.07.2016 Bebeutelung Neugeborene**

Die Bebeutelung bei Neugeborenen mit Adaptationsstörungen wird nicht kodiert. Es wird kein Kode aus 93.9C.-*Mechanische Beatmung und Atemunterstützung Neugeborener und Säuglinge* abgebildet.

**0869 01.01.2016 Revisionseingriffe ohne Implantat-Wechsel**

Werden bei Revisionseingriffen vorhandene Implantate explantiert (z.B. eine Aszitespumpe) und in gleicher Sitzung dieselben Implantate wieder eingebaut, dürfen keine Codes für eine Implantation oder Wechsel eines Implantats kodiert werden (z.B. Kode 54.99.80 *Einsetzen von Kathetern sowie automatischer, programmierbarer und wiederaufladbarer Pumpe zur kontinuierlichen Aszitesdrainage* ist nicht zu verwenden, sondern 54.99.81 *Revision ohne Ersatz von Kathetern sowie automatischer, programmierbarer und wiederaufladbarer Pumpe zur kontinuierlichen Aszitesdrainage* / 54.99.82 *Behbung einer mechanischen Obstruktion von Kathetern einer automatischen, programmierbaren und wiederaufladbaren Pumpe zur kontinuierlichen Aszitesdrainage*).

Die Beispiele sind beliebig erweiterbar auf Defibrillator, Pacemaker, Mammaprothese, usw.

**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

**0872 01.01.2016 J80 Atemnotsyndrom des Erwachsenen (ARDS)**

Das ARDS beim Kind wird auch mit J80 abgebildet, wenn folgende 2 Bedingungen erfüllt sind:

- der behandelnde Arzt hat das Krankheitsbild als Diagnose gestellt
- das Kind wurde im Laufe des Spitalaufenthaltes deswegen auf einer Intensivstation behandelt

**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.

**0881 01.07.2015 81.0- Spondylodese**

Bei XLIF, DLIF und OLIF als Zugang im lumbalen Bereich wird der Kode *81.07 Lumbale und lumbosakrale Spondylodese, intratransversaler Zugang* kodiert.

**0882 01.07.2015 84.80.- Einsetzen von interspinösen Implantaten**

Wenn nur interspinöse Spreizer (*84.80.-*) implantiert werden, wird dies nicht zusätzlich mit einem Spondylodese-Kode abgebildet, auch wenn dies im Operationsbericht als «(dynamische) interspinöse Spondylodese» bezeichnet wird.

**0889 01.01.2015 Präzisierung ECMO und Zusatzentgelt**

Wird die Prozedur mit den Kodes *37.69.7-, 37.69.8-, 37.69.A-* während eines Aufenthaltes mehrfach durchgeführt, so dürfen diese Codes einzeln (je nach Dauer der Behandlung) kodiert werden, wenn mindestens 24 Stunden zwischen der 1. und der Folgebehandlung vergangen sind. Diese Regel gilt nur in Verbindung mit einem durchgeführten Kanülenwechsel. Eine Neukodierung der ECMO-Verfahren ist damit nur dann möglich, wenn mit der Folgebehandlung eine Neuanlage der Kanülen erfolgte, sonst werden die Behandlungszeiten aufsummiert und über einen ECMO-Kode abgebildet.

Bei Anwendung verschiedener ECMO-Verfahren ist nur ein Kode abzubilden und zwar der des längsten Verfahrens. Die Behandlungszeiten der jeweiligen ECMO-Verfahren sind zu addieren und diese Gesamtdauer mit einem ECMO-Kode präzise abzubilden.

**0891 01.01.2015 Hüftimpingement**

Die Resektion der CAM-Pathologie wird kodiert mit:

*80.85.10 Arthroskopische lokale Exzision oder Destruktion einer Gelenksläsion an der Hüfte*

oder *80.85.99 Sonstige lokale Exzision oder Destruktion einer Gelenksläsion an der Hüfte, sonstige* für das offen chirurgische Verfahren.

Die Resektion der Pincer-Pathologie wird kodiert mit:

*81.40.16 Knorpelglättung am Hüftgelenk, arthroskopisch* oder *81.40.17 Knorpelglättung am Hüftgelenk, offen chirurgisch*.

NB: Die Labrum-Refixation wird mit *81.40.10 Refixation eines osteochondralen Fragmentes am Hüftgelenk, arthroskopisch* oder *81.40.11 Refixation eines osteochondralen Fragmentes am Hüftgelenk, offen chirurgisch* abgebildet.

**0892 01.01.2015-30.06.2017 37.90.29 Transseptale Katheteruntersuchung des linken Herzens, sonstige**  
Gültig von 01.01.2015 bis 30.06.2017.

**0893 01.01.2015 03.09.1-, 03.09.2-, 03.09.3- Zugang zur Wirbelsäule bei OSME**

Bei Osteosynthesematerial-Entfernung an der Wirbelsäule (z.B. nach Spondylodese) wird kein Zugangskode (*03.09.1-, 03.09.2-, 03.09.3-*) abgebildet.

**0896 01.07.2014 S06.72! Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma, mehr als 24 Stunden, mit Rückkehr zum vorher bestehenden Bewusstseinsgrad S06.73! Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma, mehr als 24 Stunden, ohne Rückkehr zum vorher bestehenden Bewusstseinsgrad**

Bei einem Schädel-Hirn-Trauma mit anschliessendem künstlichem Koma >24 Stunden werden obengenannte Codes abgebildet.

**0897 01.07.2014 80.76.10 Arthroskopische Synovektomie am Kniegelenk / 80.76.20 Offene Synovektomie am Kniegelenk**

Die Resektion von Plica oder Hoffa-Fettkörper am Knie wird mit diesen Codes abgebildet.

**0900 01.07.2014 Arteria subclavia**

Die Arteria subclavia ist keine präzerebrale Arterie. Interventionen an dieser werden nicht mit 39.76 *Perkutane transluminale endovaskuläre Intervention an präzerebralem Gefäss* oder 00.64 *Perkutanes Einsetzen von Stent an sonstigen präzerebralen Arterien* abgebildet.

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

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

**0905 01.01.2014 Geburt ausserhalb eines Spitals/Geburtshauses oder ausserhalb einer Behandlungseinheit des Spitals/Geburtshauses**

Bei einer normalen Geburt zu Hause oder auf dem Weg ins Spital, ist bei der Mutter als HD Z39.- *Postpartale Betreuung und Untersuchung der Mutter* zu kodieren, auch wenn die komplikationslose Nachgeburt erst im Spital stattfindet.

Beim gesunden Kind ist Z38.1 (Z38.4/Z38.7) zu kodieren. Es wird kein Neugeborenen-Datensatz ausgefüllt, sondern ein normaler Datensatz + Minimal-Datensatz-Kinder.

Bei beiden ist die Variable 1.2.V03 Eintrittsart 1 (Notfall).

**0910 01.12.2013 93.57.11 / 93.57.12 Dauer VAC Verband**

Die Behandlungstage von gleichzeitigen VAC Behandlungen an verschiedenen Lokalisationen werden nicht addiert, die Addition wird pro Lokalisation gemacht.

**0911 01.12.2013 46.99.10 Dekompression des Darmes**

Der Code 46.99.10 *Dekompression des Darmes* wird nur abgebildet, wenn der Darm zur Entlastung chirurgisch eröffnet wird.

**0915 01.10.2013 Knochenersatzmaterial**

- unter 78.0 : Knochen humaner oder tierischer Herkunft

- unter 84.55 : künstliches (synthetisches) Knochenersatzmaterial.

Für die Kodierung von Knochenersatzmaterialien ist folgendes zu beachten:

1) Der Code 84.55 *Einsetzen von Knochenersatzmaterial* wird, nebst den im Kleintext erwähnten Produkten, abgebildet, wenn es sich um Produkte handelt, welche voll künstlich, synthetisch, aus chemischen Komponenten hergestellt werden (= alloplastisches Material, unterschiedliche Granulate oder Partikel aus Trikalziumphosphaten in Kombination mit künstlich hergestelltem Hydroxyapatit, Kalziumsulfat in Zellulosematrix, Glaskeramik, Polymere, Silikon und Magnesium-Hydroxyapatit). Beispiele: Nanobone, Calcibone, Cerasorb, usw.

2) Knochenersatzmaterialien, welche als Ausgangsbasis menschlichen oder tierischen Knochen haben, welcher durch spezielle firmeneigene Verfahren (Pyrolyse, Entfernen organischer Knochensubstanzen, Sterilisation, usw.) als Block, Paste oder Granulat aufbereitet sind, werden mit einem Code aus 78.0- *Knochen transplantation* kodiert. Beispiele:

Tutoplast, Grafton, OrthOss, andere DFDBA/ DMB / DFBA Produkte.

Beachte:

1) Der Code 78.49.89 *Knochen transplantation und Verwendung von Knochenersatzmaterial an der Wirbelsäule, sonstige* bildet beide Kategorien ab.

2) Zusatzcode 00.90.- *Art des Gewebetransplantats*, falls notwendig.

#### **0939 01.01.2013 Kodierung von Spannungsblasen**

Spannungsblasen sind ein Begriff aus dem Volksmund und keine dermatologische kodierbare Diagnose. Diese Hautmanifestation muss vom behandelnden Arzt einer spezifischen Hauterkrankung zugeordnet werden, damit sie kodiert werden kann.

Z.B. Auftreten im Rahmen einer postoperativen Phase sind am häufigsten einem S- Kode zuzuordnen.

Z.B. Blasen im Rahmen eines Dekubitalleiden sind ein äussert kurzzeitige Manifestation im Übergang zu einer Erosion oder Dekubitus.

Zur Kodierung eines *L89.- Dekubitalgeschwür und Druckzone* muss die Pathogenese vom Arzt bestätigt werden.

#### **0941 1.12.2012 ABO / ABO Suchbegriff**

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

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

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

#### **0944 01.11.2012 Zystadenom Ovar**

Das Zystadenom Ovar muss mit *C56 Bösartige Neubildung des Ovars* oder *D27 Gutartige Neubildung des Ovars* gemäss präziser Histologie kodiert werden (der alphabetische Index gibt den Hinweis auf *C56*).

#### **0952 01.10.2012 S06.- Schädelhirntrauma (SHT)**

Wenn ein Schädelhirntrauma (alphabetischer Index *S06.9 Intrakranielle Verletzung, nicht näher bezeichnet*) ohne nachgewiesene intrakranielle Verletzung vorliegt, wird es nicht mit *S06.9* abgebildet, sondern mit *S06.0 Gehirnerschütterung*.

#### **0955 01.09.2012 Osteophytenresektion bei Arthrodesen**

Die Osteophytenresektion ist bei einer Arthrodesen-Operation immer inkludiert (Fachgesellschaft Orthopädie).

#### **0971 01.06.2012 84.6 Ersetzen von Discus vertebralis**

Bei Einsetzen oder Ersetzen von Diskusprothesen werden die Anzahl Prothesen durch die Anzahl des Codes abgebildet.

Z.B. bei 2 Diskusprothesen, 2mal den Code *84.6-Ersetzen von Discus vertebralis* (+ Zugang *03.09.1 - 03.09.3*).

#### **0974 01.05.2012-30.06.2017 37.90.21 Transseptale Katheterpunktion**

Diese Präzisierung wird ab 01.07.2017 ersetzt durch Nr. 0853.

#### **2010 92.24 Teleradiotherapie mit Photonen**

*92.24.1- ...bildgestützte Einstellung* sind Therapien **mit** und *92.24.2- ... bildgestützte Einstellung* sind Therapien **ohne** bildgestützte Einstellung

Das Stichwort «bildgestützte Einstellung» bzw. «bildgestützte Bestrahlung» (IGRT) bedeutet, dass man im Bestrahlungsraum am bereits positionierten Patienten Röntgen- oder Schnittbilder anfertigt.

Solche Anlagen können im Bestrahlungsraum (Röntgensystem, mobiles CT, Ultraschall) oder als Zusätze direkt an den Bestrahlungsgeräten angebracht sein.

Diese Bildgebung ist von der Bestrahlungsplanung unabhängig und erfordert entsprechende Gerätschaften.

Dadurch lassen sich die Patienten- und die Zielvolumenpositionierung mit den Aufnahmen aus der Bestrahlungsplanung vergleichen. Man kann hierdurch sofort Lagerungskorrekturen des Patienten vornehmen. Beispielsweise kann durch eine CT bei einem Patienten mit Prostatakarzinom die Füllung von Harnblase und Rektum kontrolliert und die daraus resultierende Position der Prostata bestimmt werden.

Durch eine kontinuierliche Erfassung der Patienten- oder Organbewegungen ist es auch möglich, eine Nachjustierung des Strahls während der Bestrahlung selbst vorzunehmen («adaptive Radiotherapie»).

---

**Herausgeber:** Bundesamt für Statistik (BFS)  
**Auskunft:** Kodierungssekretariat: [codeinfo@bfs.admin.ch](mailto:codeinfo@bfs.admin.ch)  
**Redaktion:** Bereich Medizinische Klassifikationen  
**Reihe:** Statistik der Schweiz  
**Themenbereich:** 14 Gesundheit  
**Originaltext:** Deutsch  
**Übersetzung:** Sprachdienste BFS  
**Copyright:** BFS, Neuchâtel 2017  
Wiedergabe unter Angabe der Quelle  
für nichtkommerzielle Nutzung gestattet  
**Preis:** Gratis  
**Download:** [www.statistik.ch](http://www.statistik.ch) (gratis)