



14 Gesundheit

Rundschreiben für Kodiererinnen und Kodierer 2024 Nr. 1

14. Dezember 2023

Korrektur am 16. Januar 2024 des Rundschreiben für Kodiererinnen und Kodierer 2024 Nr. 1

Die Korrektur betrifft die Punktezahl zum ZNS des SOFA Score unter Punkt 2.2. SD0102m Sepsis (2 Punkte durch 0 ersetzt).

Korrektur am 01. Februar 2024 des Rundschreiben für Kodiererinnen und Kodierer 2024 Nr. 1

Die Korrektur betrifft die Punktezahl für Renal des SOFA Score unter Punkt 2.2. SD0102m Sepsis (0 Punkte durch 1 ersetzt), sowie die Anpassung der Laborwerte (Kreatinin, GFR, Baseline-Kreatinin)

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
Inhalt:	Bereich Medizinische Klassifikationen		Wiedergabe unter Angabe der Quelle für nichtkommerzielle Nutzung gestattet
Themenbereich:	14 Gesundheit		
Originaltext:	Deutsch		
Übersetzung:	Sprachdienste BFS		

1. Allgemeines

1.1. Gültige Kodierungsinstrumente

Ab 1. Januar 2024 gelten folgende Kodierungsinstrumente:

- Medizinisches Kodierungshandbuch: Der offizielle Leitfaden der Kodierrichtlinien in der Schweiz. Version 2024
- Rundschreiben für Kodiererinnen und Kodierer: 2024 Nr. 1 mit Anhang
- Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP): Systematisches Verzeichnis - Version 2024
- 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 Datenerhebung erfolgt ab 2025 gemeinsam mit der Fallkostenstatistik (FKS) sowie Teilen der Krankenhausstatistik (KS) einheitlich und dient der Weiterentwicklung der Datenerhebung. Ein einheitlicher Standarddatensatz soll als Grundlage für alle weiteren Datenbearbeitungen genutzt werden und die qualitativen Mindestanforderungen für eine Mehrfachverwendung der erhobenen Daten («Once-Only») definieren. Die damit verbundene Datenerfassung erfolgt ab dem 1. Januar 2024 (s. Projekt SpiGes (Spitalstationäre Gesundheitsversorgung)).

Die obengenannten Kodierungsinstrumente gelten für die Kodierung aller stationärer Aufenthalte in Spitälern und Kliniken der Schweiz, einschliesslich Rehabilitations-, Psychiatrie- und Spezialkliniken sowie Geburtshäuser.

Die gesetzlichen Grundlagen sind:

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

1.1.1. Referenzversionen

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

1.1.2. Rundschreiben und Anhang

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

- Rundschreiben für Kodiererinnen und Kodierer 2024 Nr. 1 (Publikation Ende Dezember 2023): anzuwenden bei Fällen mit Austrittsdatum ab 1. Januar 2024.
- Rundschreiben für Kodiererinnen und Kodierer 2024 Nr. 2 (Publikation Ende Juni 2024): anzuwenden bei Fällen mit Austrittsdatum ab 1. Juli 2024.

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 13.0/2024 → Analogiekodierung

<https://www.swissdrg.org/de/akutsomatik/swissdrg-system-1302024/analogiekodierung>

Weitere Publikationen der SwissDRG AG sind unterjährig laufend zu beachten.

1.2. Anfragen zu Kodierungsrichtlinien und Klassifikationen

Für Anfragen zu Kodierungsrichtlinien und Klassifikationen gibt das BFS Präzisierungen und Klarstellungen ab.

1.3. Anfragen zur Einzelfallbeurteilung

1.3.1. Vorgehen

Zu spezifischen Einzelfällen gibt das BFS Empfehlungen ab ohne Präjudiz für weitere ähnliche Fälle.

Die gegebene Empfehlung ist rechtlich nicht bindend. Eine Haftung des BFS im Zusammenhang mit einer erteilten Empfehlung ist daher ausgeschlossen.

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.

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

1.3.2. 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:

<https://creativecloud.adobe.com/de-CH/learn/acrobat/web/redact-pdf>

https://helpx.adobe.com/ch_de/acrobat/kb/prevent-file-size-increase-after-sanitizing-pdf.html

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 2024

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

2.1. P00m Erfassung der Prozedur im medizinischen Datensatz

Betrifft alle Sprachversionen

Zu jeder erfassten Prozedur sind anzugeben:

- Behandlung: das Behandlungsdatum und der Behandlungsbeginn mit Angabe der Uhrzeit.

Die Uhrzeit muss nicht für jede einzelne Prozedur exakt sein.

Für alle Kodes einer Operation (inklusive eingesetztem Material und Zusatzkodes für die Materialeigenschaften) soll die gleiche Uhrzeit erfasst werden.

Die Uhrzeit ist nur anzugeben für Prozeduren, die im Operationssaal, Herzkatheterlabor durchgeführt werden.

Für Prozeduren, die ausserhalb ~~eines Operationssaals oder Herzlabor~~ dieser Strukturen durchgeführt werden, genügt die Angabe des Datums ohne Uhrzeit (Variable «behandlung_beginn».)

2.2. SD0102m Sepsis

Betrifft alle Sprachversionen

Beispiel 2

72-jährige Patientin mit Urosepsis durch E. coli bei akuter Pyelonephritis rechts.

Verlauf: Aggravierung ((sepsisbedingte zusätzliche akute Einschränkung der Nierenfunktion - «acute on chronic», Verschlechterung innerhalb 48 h (Anstieg des Kreatininwertes um 0.79 mg/dl)) einer chronischen Niereninsuffizienz mit Kreatininwert von ~~140~~ 220 µmol/l und Abnahme der GFR auf ~~25~~ 21 ml/min (Baseline-Kreatinin ~~400~~ 150 µmol/l (~~0.455~~ mg/dl); GFR ~~40~~ 33 ml/min). Laborchemisch zeigten sich am zweiten Hospitalisationstag ein Bilirubinanstieg auf 1.5 mg/dl (ohne Gelbsucht) sowie eine Thrombozytopenie von 90 G/l. Es erfolgte die intravenöse antibiotische Behandlung. ~~und Rehydrierung~~. In der Folge Normalisierung der Leberwerte und der Thrombozytopenie bei einmaliger Verlaufskontrolle. Besserung der Nierenfunktionseinschränkung auf Niveau der Baseline-GFR im Verlauf. Entlassung nach Hause in gutem Allgemeinzustand

Gesamtscore SOFA	Atmung	Gerinnung	Leber	Kardiovaskulär, MAP	ZNS	Renal
3 4	0	2	1	0	0	0 1

HD A41.51 Sepsis durch Escherichia coli

ND N10 Akute tubulointerstitielle Nephritis

ND B96.2! Escherichia coli [E.coli] und andere Enterobacterales als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind

ND N17.91 Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet, Stadium 1

ND N18.3 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 3

ND D69.58 Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet

ND R17.9 Hyperbilirubinämie ohne Angabe von Gelbsucht, anderenorts nicht klassifiziert

2.3. SD0407e Mangelernährung bei Erwachsenen

Betrifft alle Sprachversionen

Kodierung:

- Die Diagnose muss vom behandelnden Arzt gestellt werden.
 - Eine Mangelernährung gemäss ICD-10-GM E43 Nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweissmangelernährung kann kodiert werden, wenn eine der untenstehenden Prozeduren durchgeführt wurde:
 - 89.0A.4- Multimodale Ernährungsberatung/therapie, nach Anzahl Behandlungstage
- oder

- 89.0A.32 Ernährungsberatung/therapie
- Eine Mangelernährung gemäss ICD-10-GM E44.- Energie- und Eiweissmangelernährung mässigen und leichten Grades kann kodiert werden, wenn mindestens eine der untenstehenden Prozeduren durchgeführt wurde:

- 89.0A.32 Ernährungsberatung/therapie
- 89.0A.4- Multimodale Ernährungsberatung/therapie, nach Anzahl Behandlungstage
- 96.6 Enterale Infusion konzentrierter Nährstoffe
- 99.15 Parenterale Infusion konzentrierter Nährlösungen

Anmerkung: E43 und E44.- dürfen nur bei entsprechend erfüllten Kriterien gemäss Anhang kodiert werden. Bei nicht erfüllten Kriterien

(Definition Mangelernährung und/oder Prozedur) wird E46 Nicht näher bezeichnete Energie- und Eiweissmangelernährung kodiert. Sofern eine Energie- und Eiweissmangelernährung (E43, E44.0, E44.1, E46) und eine Kachexie (R64) dokumentiert sind, wird nur der

E4- Mangelernährungskode abgebildet (keine Doppelkodierung).

Ausnahme:

Wenn in einem Komplexbehandlungskode eine Therapieform bereits enthalten ist, wird diese nicht separat (zusätzlich) kodiert. Dennoch kann zur Präzisierung der entsprechende ICD-10-GM Kode erfasst werden.

Beispiel:

Der Kode 89.0A.32 Ernährungsberatung/therapie wird nicht zusätzlich erfasst, wenn die Ernährungsberatung bereits in den Mindestmerkmalen der Komplexbehandlungskodes aufgeführt ist. Ausser ein spezifisches «Kodierte ebenso» verweist darauf.

2.4. SD1501 Schwangerschaftsdauer Präzisierung des Gestationsalter

Betrifft alle Sprachversionen

SD1501b Definitionen

Schwangerschaftsdauer

Die Schwangerschaftsdauer wird immer mit dem Kode O09.-! Schwangerschaftsdauer dokumentiert, wobei die Dauer der Schwangerschaft bei Aufnahme der Patientin ins Spital zu erfassen ist.

Bei dokumentierten Gestationsalter 1 (Gestationsalter berechnet ab Beginn der letzten Menstruation in Anzahl Wochen und Tage (erfüllte Wochen und erfüllte Tage, Tag 1 der letzten Menstruation ist Tag 1 Gestationsalter)) und Gestationsalter 2 (Gestationsalter aufgrund einer Ultraschalluntersuchung in der 1. Schwangerschaftshälfte (erfüllte Wochen und erfüllte Tage)), soll auf Basis von Gestationsalter 2 kodiert werden.

Wird vom behandelnden Arzt / Ärztin ein korrigiertes Gestationsalter dokumentiert, ist dieses unter Gestationsalter 2 zu erfassen, auch wenn es sich nicht um das ultraschallbestimmte Gestationsalter handelt.

Bei Abweichung des errechneten und des sonographischen Gestationsalters liegt es in der Verantwortung des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin das korrigierte Gestationsalter festzulegen und zu dokumentieren.

2.5. SP0401m Geschlechtsangleichung

Betrifft französische und italienische Sprachversionen

2.6. Kodierrichtlinien Rehabilitation

Betrifft französische Sprachversion

2.7. Kodierrichtlinien Rehabilitation - Überwachung in der Rehabilitation BB.4.-

Betrifft alle Sprachversionen

Beispiele für BB.4-Kodes

Beispiel 1

Ein Patient wird zur muskuloskelettalen Rehabilitation in eine Rehabilitationsabteilung verlegt, nachdem er zwei Wochen lang auf einer akutsomatischen Station betreut worden war, weil er eine Fraktur des rechten Oberschenkelhalses mit Verletzung der Oberschenkelarterie erlitten hatte. Der Patient weist weiterhin Schwankungen der Vitalparameter (Atemfrequenz, Blutdruck) und Schwankungen des Bewusstseinszustands auf. In diesem Fall sind alle drei der möglichen Funktionsstörungen gegeben. Die Eintrittsabklärung ergab einen Barthel-Index von 50 Punkten. ~~Die Erhebung des Frührehabilitations-Barthel-Index (FRB) nach Schönle ergibt zu Beginn der Überwachungsrehabilitation, eine Punktzahl von – 25.~~ Die Bewertung des erweiterten Barthel-Index (EBI) ergibt eine Punktzahl von 30 Punkten. Während des Aufenthalts zur muskuloskelettalen Rehabilitation benötigte der Patient in der ersten Woche (7 Tage) eine Überwachung mit Arztvisiten an 5 Tagen. Alle Kriterien der muskuloskelettale Rehabilitation sind bezogen auf den ganzen Fall erfüllt. Die durchschnittlichen Therapieminuten pro Woche betragen 560 Minuten. Dies entspricht dem Code BA.52. In Verbindung mit den funktionellen Einschränkungen, die zu einem Stimmungstief führten, erhielt der Patient eine 1:1-Betreuung, die einmal für zwei Stunden durchgeführt wurde.

Kodierung:

HD S72.00 Fraktur des Femurs, Teil nicht näher bezeichnet

L 1

ND U50.30 Mittelschwere motorische Funktionseinschränkung, Barthel-Index: 40 - 55 Punkte

ND U51.10 Mittlere kognitive Funktionseinschränkung, Erweiterter Barthel-Index: 20 - 65 Punkte

~~ND U52.1 Frührehabilitations-Barthel-Index: –75 bis 30 Punkte~~

B BA.52 Muskuloskelettale Rehabilitation, mit durchschnittlich 450 bis weniger als 565 Therapieminuten pro Woche

B BB.41.12 Überwachungsrehabilitation, mindestens 7 bis 13 Behandlungstage

B BB.31.11 1:1-Betreuung in der Rehabilitation, mindestens 2 Stunden bis 8 Stunden pro Tag

3. Zusatzinformationen zur CHOP 2024

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

3.1. Korrekturen in der Einleitung

Betrifft nur die deutsche und italienische Sprachversionen

Auf der Seite XI sind folgende Korrekturen in der Einleitung anzubringen.

Beckeneviszeration

Die «ergänzende Beschreibung» «Beckenexenteration» ~~und das «Exklusivum» «Deszensuschirurgie [Suspensionsoperation] (70.A-)~~ wurde ~~n~~ unter 68.8 «Beckeneviszeration» aufgenommen.

Sonstige Knocheninzision ohne Knochendurchtrennung

Zur Übereinstimmung mit dem übergeordneten Kode wurde «ohne Knochendurchtrennung» im Titel der endständigen Codes der Subkategorie ~~70.41-~~ ~~77.11.-~~ «Sonstige Knocheninzision ohne Knochendurchtrennung an Skapula, Klavikula, Rippen und Sternum» ergänzt.

3.2. 30.3- Vollständige Laryngektomie

Betrifft alle Sprachversionen

Die «ergänzende Beschreibung» «Laryngopharyngektomie» unter der 3-stelligen Kategorie 30.3- ist zu streichen. Das «Exklusivum» unter der Subkategorie 29.33.- ist anzupassen.

29.33.- (Partielle) Pharyngektomie

EXKL. Laryngopharyngektomie ~~(30.3)~~ - Radikale Laryngektomie (30.4-)

[...]

30.3- Vollständige Laryngektomie

Block-Resektion des Larynx (mit Thyreoidektomie) (mit gleichzeitiger Tracheostomie)

~~Laryngopharyngektomie~~

Totale Laryngektomie

EXKL. Vollständige Laryngektomie mit radikaler Neck dissection - Radikale Laryngektomie (30.4-)

[...]

30.4- Radikale Laryngektomie

Laryngopharyngektomie mit Neck dissection

Vollständige [totale] Laryngektomie mit radikaler Neck dissection (mit Thyreoidektomie) (mit gleichzeitiger Tracheostomie)

3.3. 38.32.20 Resektion von extrakraniellen Venen an Kopf und Hals – Titelkorrektur

Betrifft nur die italienische Version

3.4. 39.72.2A Selektive Embolisation von extrakraniellen Gefäßen des Kopfes und des Halses mit embolisierenden (ablösbaren) Ballons

Betrifft alle Sprachversionen

Folgendes «Beachte» ist unter 39.72.2A aufzunehmen.

39.72.2A Selektive Embolisation von extrakraniellen Gefäßen des Kopfes und des Halses mit embolisierenden (ablösbaren) Ballons

Beachte: Dieser Kode ist ebenfalls zu verwenden bei temporären (intraoperativen) Ballonokklusionen.

3.5. 39.73.- Aorta ascendens und Aortenbogen

Betrifft alle Sprachversionen

In folgenden «Titeln», «Beachte» und «Exklusiva» sind «Aorta ascendens» und «Aortenbogen» zu ergänzen bzw. die Formulierung anzupassen.

FR /IT:

In folgenden «Beachte» und «Exklusiva» sind «Aorta ascendens» und «Aortenbogen» zu ergänzen bzw. die Formulierung anzupassen.

39.73.- Endovaskuläre Implantation von Stent-Grafts [Stent-Prothesen] an der Aorta ascendens, dem Aortenbogen, der thorakalen und thorakoabdominalen Aorta

[...]

Beachte: Falls mehrere Stent-Grafts [Stent-Prothesen] an der Aorta ascendens, dem Aortenbogen, der thorakalen und thorakoabdominalen Aorta implantiert werden, ist jedes Implantat gesondert zu kodieren.

[...]

39.73.00 Endovaskuläre Implantation eines Stent-Grafts [Stent-Prothesen] an der Aorta ascendens, dem Aortenbogen, der thorakalen und thorakoabdominalen Aorta, n.n.bez.

39.73.09 Endovaskuläre Implantation eines Stent-Grafts [Stent-Prothesen] an der Aorta ascendens, dem Aortenbogen, der thorakalen und thorakoabdominalen Aorta, sonstige

[...]

39.73.5- Endovaskuläre Implantation von Stent-Grafts [Stent-Prothesen] an der Aorta ascendens und dem Aortenbogen

Beachte: Die Elementegruppe 39.73.5- steht für Stent-Grafts in der Aorta ascendens und im Arcus aortae. ~~Reicht das distale Ende der Stent-Grafts über den Isthmus aorticus, ist zusätzlich der zutreffende Code der Subkategorie 39.73.- «Endovaskuläre Implantation eines Stent-Grafts [Stent-Prothesen] an der thorakalen und thorakoabdominalen Aorta»~~ Wird/Werden distal über den Isthmus aorticus hinaus ein weiterer Stent-Graft/weitere Stent-Grafts implantiert ist der/sind die zutreffenden Codes der Elementegruppe 39.73.3- «Endovaskuläre Implantation von Stent-Grafts [Stent-Prothesen] in die Aorta thoracica» oder 39.73.4- «Endovaskuläre Implantation von Stent-Grafts [Stent-Prothesen] in die Aorta thoracoabdominalis» zu erfassen.

[...]

39.79.- Sonstige endovaskuläre Korrektur (von Aneurysmen) an sonstigen Gefäßen

[...]

EXKL. Endovaskuläre Implantation eines von Stent-Grafts [Stent-Prothesen] an der Aorta ascendens, dem Aortenbogen, der thorakalen und thorakoabdominalen Aorta (39.73.-)

[...]

39.B- (Perkutan-)transluminale Implantation von Stents in Blutgefäße

[...]

EXKL. Endovaskuläre Implantation eines von Stent-Grafts [Stent-Prothesen] an der Aorta ascendens, dem Aortenbogen, der thorakalen und thorakoabdominalen Aorta (39.73.-)

3.6. 68.19 Diagnostische Massnahmen an Uterus und uterinem Halteapparat, sonstige

Betrifft nur die deutsche Sprachversion

Der Verweis im Exklusivum unter 68.19 ist wie folgt zu korrigieren.

68.19 Diagnostische Massnahmen an Uterus und uterinem Halteapparat, sonstige

EXKL. [...]

Diagnostische Aspirationscurettagen am Uterus ~~(68.23.09)~~ (68.23.29)

[...]

3.7. 70.A- Deszensuschirurgie [Suspensionsoperation]

Betrifft alle Sprachversionen

In der 3-stelligen Kategorie 70.A- «Deszensuschirurgie [Suspensionsoperation]» sind folgende Anpassungen vorzunehmen.

70.A- Deszensuschirurgie [Suspensionsoperation]

~~Kod. eb.: Jede gleichzeitige Hysterektomie (68.3, 68.4, 68.6)~~

[...]

70.A1.1- Deszensuschirurgie [Suspensionsoperation], ein Kompartiment, offen chirurgisch

Kod. eb.: Subtotale Hysterektomie, offen chirurgisch (68.32)

Totale Hysterektomie, offen chirurgisch (68.42)

70.A1.11 Deszensuschirurgie [Suspensionsoperation], ein Kompartiment, offen chirurgisch, ohne Netz

INKL. Kolposuspension (Suspension und Fixation der Vagina), Enterozelenverschluss, Douglasraffung, (uterosakrale) Ligamentsuspensionen, Hysteropexie (z. B. McCall-Kuldoplastik)

70.A1.12 Deszensuschirurgie [Suspensionsoperation], ein Kompartiment, offen chirurgisch, mit Netz

INKL. Sakrokolpopexie mit isolierter apikaler Fixation, Suspension und Fixation der Vagina, Pektropexie (Fixation der Zervix), ~~Enterozelenverschluss, (uterosakrale) Ligamentsuspensionen~~, Hysteropexie, mit Transplantat, Implantat oder Prothese

[...]

70.A1.2- Deszensuschirurgie [Suspensionsoperation], ein Kompartiment, laparoskopisch

Kod. eb.: Subtotale Hysterektomie, laparoskopisch (68.31)

Totale Hysterektomie, laparoskopisch (68.41)

Totale Hysterektomie, vaginal-laparoskopisch assistiert [LAVH] (68.44)

70.A1.21 Deszensuschirurgie [Suspensionsoperation], ein Kompartiment, laparoskopisch, ohne Netz

INKL. Kolposuspension (Suspension und Fixation der Vagina), Enterozelenverschluss, Douglasraffung, (uterosakrale) Ligamentsuspensionen, Hysteropexie (z. B. McCall-Kuldoplastik)

70.A1.22 Deszensuschirurgie [Suspensionsoperation], ein Kompartiment, laparoskopisch, mit Netz

INKL. Sakrokolpopexie mit isolierter apikaler Fixation, Suspension und Fixation der Vagina, Pektropexie (Fixation der Zervix), ~~Enterozelenverschluss, (uterosakrale) Ligamentsuspensionen~~, Hysteropexie, mit Transplantat, Implantat oder Prothese

[...]

70.A1.3- Deszensuschirurgie [Suspensionsoperation], ein Kompartiment, vaginal

Kod. eb.: Totale Hysterektomie, vaginal (68.43)

70.A1.31 Deszensuschirurgie [Suspensionsoperation], ein Kompartiment, vaginal, ohne Netz

INKL. Vordere Kolporrhaphie [Raffung einer Zystozele] [Trigonumplastik] [Kolporrhaphia anterior], hintere Kolporrhaphie [Raffung einer Rektozele] [Kolporrhaphia posterior], sakrospinale Fixation der Vagina, sakrouterine Ligamentsuspension, Enterozelenverschluss, Hysteropexie

70.A1.32 Deszensuschirurgie [Suspensionsoperation], ein Kompartiment, vaginal, mit Netz

INKL. ~~Vordere Kolporrhaphie [Raffung einer Zystozele] Zystozelenkorrektur mit Netz [Trigonumplastik], hintere Kolporrhaphie [Raffung einer Rektozele] Rektozelenkorrektur mit Netz, sakrospinale Fixation der Vagina mit Netz, Enterozelenverschluss, mit Transplantat, Implantat oder Prothese~~

[...]

[...]

70.A2.1 Deszensuschirurgie [Suspensionsoperation], zwei oder drei Kompartimente, offen chirurgisch

Kod. eb.: Subtotale Hysterektomie, offen chirurgisch (68.32)

Totale Hysterektomie, offen chirurgisch (68.42)

70.A2.11 Deszensuschirurgie [Suspensionsoperation], zwei oder drei Kompartimente, offen chirurgisch, ohne Netz

INKL. [...]

Paravaginaler Repair nach Richardson

70.A2.12 Deszensuschirurgie [Suspensionsoperation], zwei oder drei Kompartimente, offen chirurgisch, mit Netz

INKL. Lateraler Repair nach Dubuisson

[...]

[...]

- 70.A2.2- Deszensuschirurgie [Suspensionsoperation], zwei oder drei Kompartimente, laparoskopisch
 Kod. eb.: Subtotale Hysterektomie, laparoskopisch (68.31)
 Totale Hysterektomie, laparoskopisch (68.41)
 Totale Hysterektomie, vaginal-laparoskopisch assistiert [LAVH] (68.44)
- 70.A2.21 Deszensuschirurgie [Suspensionsoperation], zwei oder drei Kompartimente, laparoskopisch, ohne Netz
 INKL. [...] Paravaginaler Repair nach Richardson
- 70.A2.22 Deszensuschirurgie [Suspensionsoperation], zwei oder drei Kompartimente, laparoskopisch, mit Netz
 INKL. Lateraler Repair nach Dubuisson
 [...]
 [...]
- 70.A2.3- Deszensuschirurgie [Suspensionsoperation], zwei oder drei Kompartimente, vaginal
 Kod. eb.: Totale Hysterektomie, vaginal (68.43)
- 70.A2.31 Deszensuschirurgie [Suspensionsoperation], zwei oder drei Kompartimente, vaginal, ohne Netz
 INKL. Kolpoperineoplastik, vordere und hintere Kolporrhaphie [Raffung einer Zystozele und einer Rektozele] [Trigonum-
 dammplastik] [Kolporrhaphia anterior et posterior], sakrospinale Fixation mit vorderer und hinterer Raffung, Hyste-
 ropexie mit vorderer und hinterer Raffung, sakrouterine Ligamentsuspension mit vorderer und hinterer Raffung
- 70.A2.32 Deszensuschirurgie [Suspensionsoperation], zwei oder drei Kompartimente, vaginal, mit Netz
 INKL. Kolpoperineoplastik, ~~vordere und hintere Kolporrhaphie [Raffung einer Zystozele und einer Rektozele]~~ Zystoze-
 len- und Rektozelenkorrektur mit Netz [Trigonumdammplastik], ~~sakrospinale Fixation mit vorderer und hinterer~~
~~Raffung, mit Transplantat, Implantat oder Prothese~~ Mehrpunkte-Fixation der Vagina mit Transplantat
 [...]

3.8. 7A.7- Stabilisierung der Wirbelsäule und Stellungskorrektur

Betrifft alle Sprachversionen

Das «Exklusivum – Kode weglassen» unter der 3-stelligen Kategorie 7A.6- ist zu streichen. Ein weiteres «Kodierte ebenso» ist unter 7A.7- aufzunehmen. Entgegen der ursprünglichen Logik sollen nun zusätzlich zur Stabilisierung der Wirbelsäule und Stellungskorrektur die «Implantation, das Entfernen und die Revision ohne Ersatz von Prothesen und Implantaten an der Wirbelsäule kodiert werden. Das verwendete Material ist weiterhin mit den Codes unter 7A.A- «Zusatzinformationen zu den Operationen an Knochen und Gelenken der Wirbelsäule, Material» zu erfassen.

- 7A.6- Implantation, Entfernen und Revision ohne Ersatz von Prothesen und Implantaten an der Wirbelsäule
 [...]
~~Exkl. — Kode weglassen — Stabilisierung der Wirbelsäule und Stellungskorrektur (7A.7-)~~
- [...]
- 7A.7- Stabilisierung der Wirbelsäule und Stellungskorrektur
 [...]
 Kod. eb.: [...]
 Implantation, Entfernen und Revision ohne Ersatz von Prothesen und Implantaten an der Wirbelsäule (7A.6-)
 Zusatzinformationen zu den Operationen an Knochen und Gelenken der Wirbelsäule, Material (7A.A-)
 [...]

3.9. Modulare Prothese 81.54.22, 81.54.32, 81.54.45, 81.80.13 et 81.80.23

Betrifft nur die französische Sprachversion

3.10. 81.82.43 Vordere und hintere Kapselplastik – Titelkorrektur

Betrifft nur die französische Version

3.11. 93.8B.2- Spezialisierte Palliative Care mit zusätzlicher Leistung von Therapien, nach Anzahl Behandlungstage

Betrifft nur die französische Sprachversion

3.12. 94.3A.1- Psychotherapeutische und psychosomatische Komplexbehandlung, nach Anzahl Behandlungstage und 94.3A.2- Integrierte klinisch-psychosomatische Komplexbehandlung, nach Anzahl Behandlungstage

Betrifft alle Sprachversionen

Das «Mindestmerkmal Punkt 2, Therapie» der Elementegruppe 94.3A.1- wird analog zum «Mindestmerkmal Punkt 2, Therapie» der Elementegruppe 94.3A.2- formuliert.

94.3A.1- Psychotherapeutische und psychosomatische Komplexbehandlung, nach Anzahl Behandlungstage

Beachte:

[...]

Mindestmerkmal Punkt 2, Therapie:

[...]

2. Spezialtherapien: Einsatz ergänzender spezialtherapeutischer Techniken ~~aus den Bereichen~~ aus einem oder mehreren der folgenden Bereiche durch entsprechend ausgebildete Fachpersonen: - Bewegungs- und Körpertherapien inklusive Physiotherapie, - Kunsttherapie, - Ergotherapie, - Edukative und Beratungsangebote ~~durch entsprechend ausgebildete Fachpersonen~~. Mindestens 360 Minuten pro Woche.

3.13. 94.6A.1- Qualifizierter Entzug Abhängigkeitskranker, nach Anzahl Behandlungstage

Betrifft alle Sprachversionen

Das «Exklusivum» der Elementegruppe 94.6A.1- ist in ein «Exklusivum – Kode weglassen» umzuwandeln. Die Codes der Elementegruppe 94.6A.1- können somit nicht zeitgleich mit den Codes der Elementegruppe 94.6A.2- erfasst werden.

94.6A.1- Qualifizierter Entzug Abhängigkeitskranker, nach Anzahl Behandlungstage[...]

EXKL. **Kode weglassen** - Entwöhnungsbehandlung bei Substanzmittelabhängigkeit, nach Anzahl Behandlungstage (94.6A.2-)

[...]

3.14. 94.93.- Anwendung von Sicherungsmassnahmen bei psychiatrischen Patientinnen und Patienten

Betrifft alle Sprachversionen

In den Mindestmerkmalen «Punkt 1, Indikation» und «Punkt 3, Massnahmen» der Subkategorie 94.93.- sind die Texte «aufgrund einer besonders schweren psychiatrischen Erkrankung» und «durch standardisierte Checkliste» zu streichen.

94.93.- Anwendung von Sicherungsmassnahmen bei psychiatrischen Patientinnen und Patienten

Beachte: Mindestmerkmal Punkt 1, Indikation:

Die Anwendung von Sicherungsmassnahmen ist erforderlich bei Patientinnen und Patienten mit akut fremd- und selbstgefährdendem Verhalten, ~~aufgrund einer besonders schweren psychiatrischen Erkrankung~~, gegen andere Menschen, sich selbst und Gegenstände.

Es ist sofortiges, dringliches Handeln erforderlich, zum Schutz von Personen sowie zur Wiederherstellung der Sicherheit.

[...]

Mindestmerkmal Punkt 3, Massnahmen:

Mindestens stündliche Überwachung der Patientin / des Patienten im Isolierungs- oder Abschirmzimmer durch das Pflegefachpersonal. Tägliche Risikoeinschätzung ~~durch standardisierte Checkliste~~.

[...]

3.15. Stroke Center und Stroke Unit 99.A7.-, 99.BA.1-, 99.BA.2-

Betrifft alle Sprachversionen

Das Mindestmerkmal Punkt 0 «Referenzdokument» der Elementgruppen 99.A7.-, 99.BA.1- und 99.BA.2- ist wie folgt anzupassen.

99.A7.- Komplexdiagnostik des akuten Hirnschlags in Stroke Unit oder Stroke Center, bis maximal 24 Stunden

Beachte: Mindestmerkmal Punkt 0, Referenzdokument:

Richtlinien und Anforderungsprofile einer zertifizierten Stroke Unit [SU] gemäss den Kriterien der SFCNS sind folgendem Dokument «Qualitätskriterien für die Zertifizierung von Stroke Units», Version V vom 18.11.2021 zu entnehmen: ~~<https://www.sfcns.ch/application-and-documents.html> «Documents required for the process (according to the new Guidelines for Certification Version V from 2021 – valid as of 01.01.2022)» -> «Annex I» -> «Criteria to be fulfilled by Stroke Units in German and in French (Version 18-11-2021)»~~
<https://sfcns.ch/certification/stroke/first-certification> (Pfad: «Certification» -> «First Certification Application» -> «Criteria to be fulfilled by Stroke Units German»)

[...]

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

Beachte: Mindestmerkmal Punkt 0, Referenzdokument:

Richtlinien und Anforderungsprofile eines zertifizierten Stroke Centers gemäss den Kriterien der SFCNS sind folgendem Dokument «Qualitätskriterien für die Zertifizierung von Stroke Centers», Version V vom 18.11.2021 zu entnehmen: ~~<https://www.sfcns.ch/application-and-documents.html> «Documents required for the process (according to the new Guidelines for Certification Version V from 2021 – valid as of 01.01.2022)» -> «Annex I» -> «Criteria to be fulfilled by Stroke Centers in German and in French (Version 18-11-2021)»~~
<https://sfcns.ch/certification/stroke/first-certification> (Pfad: «Certification» -> «First Certification Application» -> «Criteria to be fulfilled by Stroke Centers German»)

[...]

99.BA.2-Neurologische Komplexbehandlung des akuten Hirnschlags in einer Stroke Unit [SU], nach Behandlungsdauer in Stunden

Beachte: Mindestmerkmal Punkt 0, Referenzdokument:

Richtlinien und Anforderungsprofile einer zertifizierten Stroke Unit [SU] gemäss den Kriterien der SFCNS sind folgendem Dokument «Qualitätskriterien für die Zertifizierung von Stroke Units», Version V vom 18.11.2021 zu entnehmen: ~~<https://www.sfcns.ch/application-and-documents.html> «Documents required for the process (according to the new Guidelines for Certification Version V from 2021 – valid as of 01.01.2022)» -> «Annex I» -> «Criteria to be fulfilled by Stroke Units in German and in French (Version 18-11-2021)»~~
<https://sfcns.ch/certification/stroke/first-certification> (Pfad: «Certification» -> «First Certification Application» -> «Criteria to be fulfilled by Stroke Centers German»)

[...]

3.16. 99.B7.1- bis 99.B8.5- Intensivmedizinische und IMC-Komplexbehandlung - MDSI

Betrifft alle Sprachversionen

Die «Beachte» der Elementgruppen 99.B7.1- bis 99.B8.5- sind wie folgt anzupassen.

99.B7.1- Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) des Erwachsenen, nach Aufwandspunkten

[...]

Beachte: Mindestmerkmale:

- Kontinuierliche, 24-stündige Überwachung und Behandlung durch ein Team von Pflegefachfrauen / Pflegefachmännern sowie Ärztinnen / Ärzten in einer durch die Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin [SGI] ~~anerkannten~~ **zertifizierten** Intensivstation [IS] sowie unter Leitung einer Fachärztin / eines Facharztes Intensivmedizin,
- 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 **aktuell gültigen** Dokument «Minimaler Datensatz der SGI MDSi [V-30d_2022](#)» enthalten und abrufbar unter folgendem Link:

www.sgi-ssmi.ch/de -> Ressorts -> Datensatz (MDSi) -> Download «[MDSi_V30d_V5_2022_definitiv_221202](#)».

Ältere Versionen des MDSi sind im Archiv enthalten. Dieses befindet sich unter folgendem Link:

www.sgi-ssmi.ch/de -> Ressorts -> Datensatz (MDSi) -> Archiv MDSi Reglement

- Spezielle intensivmedizinische Prozeduren, wie Transfusion von Plasma und Plasmabestandteilen, Plasmapherese und Immunadsorption, Massnahmen im Rahmen der Reanimation u.a. sind gesondert zu kodieren. Dieser Kode gilt für Patientinnen / Patienten ab dem vollendeten 16. Lebensjahr.

[...]

99.B7.4- Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur), nach Aufwandspunkten

Beachte: Mindestmerkmale:

- Kontinuierliche, 24-stündige Überwachung und Behandlung durch ein Team von Pflegefachfrauen / Pflegefachmännern sowie Ärztinnen / Ärzten in einer durch die Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin [SGI] **anerkannten zertifizierten** Intensivstation [IS] sowie unter Leitung einer Fachärztin / eines Facharztes Intensivmedizin,
- Die Anzahl der Aufwandspunkte errechnet sich als **PIM 2 PIM 3** (absoluter Wert) + Summe von NEMS. **PIM 2 PIM 3** wird einmal in den ersten 24 Stunden des Aufenthaltes in der IS erhoben. NEMS wird einmal pro Pflegegeschichte 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]** **PIM 3 [Pediatric Index of Mortality 3]** und NEMS [Nine Equivalent of nursing Manpower use Score] sind im **aktuell gültigen** Dokument «Minimaler Datensatz der SGI MDSi [V-30d_2022](#)» enthalten und abrufbar unter folgendem Link:

www.sgi-ssmi.ch/de -> Ressorts -> Datensatz (MDSi) -> Download «[MDSi_V30d_V5_2022_definitiv_221202](#)».

Ältere Versionen des MDSi sind im Archiv enthalten. Dieses befindet sich unter folgendem Link:

www.sgi-ssmi.ch/de -> Ressorts -> Datensatz (MDSi) -> Archiv MDSi Reglement

- Spezielle intensivmedizinische Prozeduren, wie Transfusion von Plasma und Plasmabestandteilen, Plasmapherese und Immunadsorption, Massnahmen im Rahmen der Reanimation u.a. sind gesondert zu kodieren.

Dieser Kode gilt für Patientinnen / Patienten, die bei stationärer Aufnahme älter als 28 Tage sind, aber das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

[...]

99.B7.5- Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Neugeborenenalter (Basisprozedur), nach Aufwandspunkten

Beachte: Mindestmerkmale:

- Kontinuierliche, 24- stündige Überwachung und Behandlung durch ein Team von spezialisierten Neonatologie-Pflegefachfrauen / Neonatologie-Pflegefachmännern sowie Neonatologinnen / Neonatologen in einer durch die Schweizerische Gesellschaft für Neonatologie [SGN] **anerkannten zertifizierten** Level III-Neonatologie-Intensivpflegestation und durch die Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin [SGI] **anerkannten zertifizierten** Intensivstation [IS] sowie unter Leitung einer Fachärztin / eines Facharztes Pädiatrie mit Schwerpunkt Neonatologie oder Fachärztin / Facharztes Intensivmedizin.

- Die Anzahl der Aufwandspunkte errechnet sich als **PIM 2 PIM 3** oder CRIB 2 + Summe von NEMS. **PIM 2/CRIB 2 PIM 3/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]** **PIM 3 [Pediatric Index of Mortality 3]**, CRIB 2 [Clinical Risk Index for Babies 2] und NEMS [Nine Equivalent of nursing Manpower use Score] sind im **aktuell gültigen** Dokument «Minimaler Datensatz der SGI MDSi [V-30d_2022](#)» enthalten und abrufbar unter folgendem Link:

www.sgi-ssmi.ch/de -> Ressorts -> Datensatz (MDSi) -> Download «[MDSi_V30d_V5_2022_definitiv_221202](#)».

Ältere Versionen des MDSi sind im Archiv enthalten. Dieses befindet sich unter folgendem Link:

www.sgi-ssmi.ch/de -> Ressorts -> Datensatz (MDSi) -> Archiv MDSi Reglement

- Spezielle intensivmedizinische Prozeduren, wie Transfusion von Plasma und Plasmabestandteilen, Plasmapherese und Immunadsorption, Massnahmen im Rahmen der Reanimation, systemische Hypothermie u.a. sind gesondert zu kodieren. Dieser Kode gilt für Patientinnen / Patienten, die bei stationärer Aufnahme jünger oder gleich 28 Tage alt sind.

[...]

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

Beachte: Mindestmerkmal Punkt 1, Referenzdokument und Indikation:

Multimodale Überwachung und Komplexbehandlung bei drohender oder manifester Gefährdung von Vitalfunktionen oder zwecks Sicherstellung eines erhöhten pflegerischen Aufwandes in einer anerkannten Intermediate-Care Unit [IMCU].

Das Dokument «Schweizerische Richtlinien für die Anerkennung von Intermediate-Care Units (IMCU's)»: ~~Die vorliegenden Richtlinien wurden von der Kommission für die Anerkennung von IMCU's (KAIMC) am 21.02.2019 verabschiedet und ersetzen diejenigen vom 1.01.2014. Sie treten in Kraft am 01.01.2020.~~» ist unter folgendem Link abrufbar:

<https://www.swiss-imc.ch/de/richtlinien.html>.

Es gilt jeweils die aktuellste Version. Im Dokument sind die Fachgesellschaften aufgeführt, über die diese Richtlinien ebenfalls bezogen werden können.

Ältere Versionen der Richtlinien sind im Archiv enthalten. Dieses befindet sich unter demselben Link.

Dieser Kode gilt für Patientinnen / Patienten, die bei stationärer Aufnahme das 16. Lebensjahr vollendet haben. Dieser Kode gilt nicht für eine Behandlung in einer Notfallstation oder in einem Aufwachraum [postanaesthesia care unit].

[...]

Mindestmerkmal Punkt 3, Berechnung und Erfassung:

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 IMCU 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 **aktuell gültigen Dokument «Minimaler Datensatz der SGI-KAIMC MDSIMC» enthalten und abrufbar unter folgendem Link:**

<https://swiss-imc.ch/de/mdsimc.html>

Ältere Versionen des MDSIMC sind im Archiv enthalten. Dieses befindet sich unter demselben Link. ~~Dokument «Minimaler Datensatz der SGI-MDSi V. 30d_2022» enthalten und abrufbar unter folgendem Link: www.sgissmi.ch/de -> Ressorts -> Datensatz (MDSi) -> «MDSi_V30d_V5_2022_definitiv_221202».~~

Spezielle Prozeduren, wie Transfusion von Plasma und Plasmabestandteilen, Plasmapherese und Immunadsorption, Massnahmen im Rahmen der Reanimation u.a. und zusätzliche Komplexbehandlungen sind gesondert zu codieren. Für die Dauer des Aufenthaltes in der IMCU kann jedoch nicht gleichzeitig eine intensivmedizinische Komplexbehandlung kodiert werden.

[...]

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

Beachte: Mindestmerkmal Punkt 1, Referenzdokument und Indikation:

Multimodale Überwachung und Komplexbehandlung bei drohender oder manifester Gefährdung von Vitalfunktionen oder zwecks Sicherstellung eines erhöhten pflegerischen Aufwandes in einer anerkannten Intermediate-Care Unit [IMCU].

Das Dokument «Schweizerische Richtlinien für die Anerkennung von Intermediate-Care Units (IMCU's)»: ~~Die vorliegenden Richtlinien wurden von der Kommission für die Anerkennung von IMCU's (KAIMC) am 21.02.2019 verabschiedet und ersetzen diejenigen vom 1.01.2014. Sie treten in Kraft am 01.01.2020.~~» ist unter folgendem Link abrufbar:

<https://www.swiss-imc.ch/de/richtlinien.html>.

Es gilt jeweils die aktuellste Version. Im Dokument sind die Fachgesellschaften aufgeführt, über die diese Richtlinien ebenfalls bezogen werden können.

Ältere Versionen der Richtlinien sind im Archiv enthalten. Dieses befindet sich unter demselben Link.

Dieser Kode gilt für Patientinnen / Patienten, die bei stationärer Aufnahme älter als 28 Tage sind, aber das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Dieser Kode gilt nicht für eine Behandlung in einer Notfallstation oder in einem Aufwachraum [postanaesthesia care unit].

[...]

Mindestmerkmal Punkt 3, Berechnung und Erfassung:

Die Anzahl der Aufwandspunkte errechnet sich als Sterbenswahrscheinlichkeit gemäss **PIM-2 PIM 3** + Summe von NEMS. **PIM-2 PIM 3** wird einmal in den ersten 24 Stunden des Aufenthaltes in der IMCU 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]** **PIM 3 [Pediatric Index of Mortality 3]** und NEMS [Nine Equivalent of nursing Manpower use Score] sind im **aktuell gültigen Dokument «Minimaler Datensatz der SGI-KAIMC MDSIMC» enthalten und abrufbar unter folgendem Link:**

<https://swiss-imc.ch/de/mdsimc.html>

Ältere Versionen des MDSIMC sind im Archiv enthalten. Dieses befindet sich unter demselben Link. **Dokument «Minimaler Datensatz der SGI-MDSi V. 30d_2022» enthalten und abrufbar unter folgendem Link: www.sgi-ssmi.ch/de -> Ressorts -> Datensatz (MDSi) -> «MDSi_V30d_V5_2022_definitiv_221202».**

Spezielle Prozeduren, wie Transfusion von Plasma und Plasmabestandteilen, Plasmapherese und Immunadsorption, Massnahmen im Rahmen der Reanimation u.a. und zusätzliche Komplexbehandlungen sind gesondert zu kodieren. Für die Dauer des Aufenthaltes in der IMCU kann jedoch nicht gleichzeitig eine intensivmedizinische Komplexbehandlung kodiert werden.

[...]

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

Beachte: Mindestmerkmal Punkt 1, Referenzdokumente und Indikation:

Multimodale Überwachung und Komplexbehandlung bei drohender oder manifester Gefährdung von Vitalfunktionen oder zwecks Sicherstellung eines erhöhten pflegerischen Aufwandes in einer durch die Schweizerische Gesellschaft für Neonatologie [SGN – Swiss Society of Neonatology] anerkannten Level IIB Neonatal Intermediate Care Unit und in einer anerkannten Intermediate-Care Unit [IMCU].

Das Dokument der Schweizerischen Gesellschaft für Neonatologie «Standards for Levels of Neonatal Care in Switzerland. Revised Version 14.3.2019» ist unter folgendem Link abrufbar:

<https://www.neonet.ch/unit-accreditation/unit-accreditation-canu>.

Das Dokument «Schweizerische Richtlinien für die Anerkennung von Intermediate-Care Units (IMCU's) ~~:- Die vorliegenden Richtlinien wurden von der Kommission für die Anerkennung von IMCU's (KAIMC) am 21.02.2019 verabschiedet und ersetzen diejenigen vom 1.01.2014. Sie treten in Kraft am 01.01.2020.~~» ist unter folgendem Link abrufbar:

<https://www.swiss-imc.ch/de/richtlinien.html>.

Es gilt jeweils die aktuellste Version. Im Dokument sind die Fachgesellschaften aufgeführt, über die diese Richtlinien ebenfalls bezogen werden können.

Ältere Versionen der Richtlinien sind im Archiv enthalten. Dieses befindet sich unter demselben Link.

Dieser Kode gilt für Patientinnen / Patienten, die bei stationärer Aufnahme jünger oder gleich 28 Tage alt sind. Dieser Kode gilt nicht für eine Behandlung in einer Notfallstation oder in einem Aufwachraum.

[...]

Mindestmerkmal Punkt 3, Berechnung und Erfassung:

Die Anzahl der Aufwandspunkte errechnet sich als Sterbenswahrscheinlichkeit gemäss **PIM-2 PIM 3** oder CRIB 2 + Summe von NEMS. **PIM-2 PIM 3** oder CRIB 2 wird (fakultativ, abhängig von erfüllbaren Kriterien Reife/Gewicht) einmal in den ersten 24 Stunden des Aufenthaltes in der IMCU 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]** **PIM 3 [Pediatric Index of Mortality 3]**, CRIB 2 [Clinical Risk Index for Babies 2] und NEMS [Nine Equivalent of nursing Manpower use Score] finden sich im **aktuell gültigen Dokument «Minimaler Datensatz der SGI-KAIMC MDSIMC» enthalten und abrufbar unter folgendem Link:**

<https://swiss-imc.ch/de/mdsimc.html>

Ältere Versionen des MDSIMC sind im Archiv enthalten. Dieses befindet sich unter demselben Link. ~~Dokument «Minimaler Datensatz der SGI-MDSi V. 30d_2022» enthalten und abrufbar unter folgendem Link: www.sgi-ssmi.ch/de -> Ressorts -> Datensatz (MDSi) -> «MDSi_V30d_V5_2022_definitiv_221202».~~

Spezielle Prozeduren, wie Transfusion von Plasma und Plasmabestandteilen, Plasmapherese und Immunadsorption, Massnahmen im Rahmen der Reanimation, systemische Hypothermie u.a. und zusätzliche Komplexbehandlungen sind gesondert zu kodieren. Für die Dauer des Aufenthaltes in der IMCU kann für einen Behandlungszeitraum jedoch nicht gleichzeitig eine intensivmedizinische Komplexbehandlung kodiert werden.

[...]

3.17. AA.31.- 6-Minuten-Gehtest - Referenzdokument vom ANQ

Betrifft alle Sprachversionen

Die «Beachte» «Punkt 0, Referenzdokument» und «Punkt 1, Anwendung» der Subkategorie AA.31.- sowie «Mindestmerkmal Punkt 1, Eintrittsabklärung» und «Mindestmerkmal Punkt 3, Austrittsassessment» der 3-stelligen Kategorie BA.4- sind wie folgt anzupassen.

AA.31.- 6-Minuten-Gehtest

Beachte: Punkt 0, Referenzdokument:

Für die Erfassung des 6-Minuten-Gehtest gilt der Abschnitt 6 «6-Minuten-Gehtest» vom Dokument des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken [ANQ] «Nationaler Messplan Rehabilitation Verfahrenshandbuch» ~~Version 8.1, 07/2024~~ Version 10.0, 01/2024 Link: <https://www.anq.ch/de/downloads/>

Der genannte Abschnitt 6 enthält den Hinweis auf den Abschnitt 2.7 in welchem auf das Formular vom ANQ «6-Minuten-Gehtest» Version 2016/01 gewiesen wird. Link: https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2017/12/ANQ_Modul_3_6-Minuten-Gehtest.pdf

[...]

Punkt 1, Anwendung:

Folgende Codes werden nur erfasst bei stationären Patientinnen / Patienten einer Abteilung für Rehabilitation. Bei der pulmonalen Rehabilitation ist die Erfassung des 6-Minuten-Gehtests obligatorisch.

Für die kardiale Rehabilitation ist die Erfassung des 6-Minuten-Gehtests nur im Kontext der ANQ-Qualitätsmessung obligatorisch.

[...]

BA.4- Kardiale Rehabilitation

Beachte: [...]

Mindestmerkmal Punkt 1, Eintrittsabklärung:

Leistungstest (~~6-min-Gehtest~~ 6-Minuten-Gehtest oder Ergometrie)

Messung der Lebensqualität mit validiertem Fragebogen

Erfassung des Risikoprofils (inklusive psychosoziale Risikofaktoren mittels geeigneten Fragebögen)

[...]

Mindestmerkmal Punkt 3, Austrittsassessment:

Leistungstest (~~6-min-Gehtest~~ 6-Minuten-Gehtest oder Ergometrie)

Messung der Lebensqualität mit validiertem Fragebogen

Erfassung des Risikoprofils inklusive psychosoziale Risikofaktoren mittels geeigneten Fragebögen (gem. Definition der Fachgesellschaft)

3.18. BB.41.- Überwachungsrehabilitation, nach Anzahl Behandlungstage

Betrifft alle Sprachversionen

Die Mindestmerkmale «Mindestmerkmal Punkt 1, Referenzdokument», «Mindestmerkmal Punkt 2, Eintrittsabklärung, Assessment» und «Mindestmerkmal Punkt 3, Überwachung» der Subkategorie BB.41.- sind wie folgt anzupassen.

BB.41.- Überwachungsrehabilitation, nach Anzahl Behandlungstage

Beachte: [...]

Mindestmerkmal Punkt 1, Referenzdokument:

Anforderungen zu strukturellen Voraussetzungen und dem Behandlungsteam finden sich im Referenzdokument «Referenzdokument zur CHOP Subkategorie BB.41.- Überwachungsrehabilitation, nach Anzahl Behandlungstage». Dieses Dokument steht unter folgendem Link im Abschnitt «Personelle und infrastrukturelle Minimalanforderungen - Referenzdokument» zur Verfügung: <https://www.fmh.ch/anforderungen-streha#minimal>
<https://www.fmh.ch/themen/stationaere-tarife/st-reha.cfm> ~~Die gültige Version wird im Rundschreiben 2024 Nr. 1 kommuniziert.~~ Die definitive Version wird bis zum 1. Januar 2024 auf der Internetseite der FMH bereitgestellt.

Mindestmerkmal Punkt 2, Eintrittsabklärung, Assessment:

- Zu Beginn der Überwachungsrehabilitation erfolgt eine klinische Beurteilung der Überwachungsbedürftigkeit sowie der Messung des Schweregrades der kognitiven und motorischen Funktionseinschränkungen, ~~mittels Frührehabilitations-Barthel-Index nach Schönle.~~

A) Es muss Überwachungsbedarf bestehen wegen vital bedrohlichen Risiken bezüglich Atmung, Kreislauf und Bewusstsein.

B) Mindestens muss zusätzlich eine mittelschwere motorische Funktionseinschränkung oder eine mittlere kognitive Funktionseinschränkung vorliegen (vgl. Referenzdokument BB.41.- Überwachungsrehabilitation).

C) Wird BA.1- Neurologische Rehabilitation kodiert, muss mindestens eines der sieben Kriterien des Frühreha Index erfüllt sein, d.h. der Frühreha Index beträgt mindestens -25 Punkte. Bei einem Frühreha-Barthel-Index von kleiner gleich -40 Punkten wird zur Abbildung des Schweregrades der Patientin / des Patienten die Erfassung des CHOP-Kodes 93.8C.1- / 93.86.- empfohlen.

- Die Kriterien werden wöchentlich überprüft. Werden die o.g. Voraussetzungen nach zwei hintereinander erfolgten wöchentlichen Messungen von den Kriterien A) (für alle Fälle) sowie B) (für alle Fälle) sowie C) (für BA.1-Fälle) nicht mehr erfüllt, so sind die Voraussetzungen für diesen Code nicht mehr erfüllt. Die einmalige Messung und Nichterfüllen eines der Kriterien reicht nicht aus, um die Vorgaben des Codes als nicht erfüllt zu definieren.

Mindestmerkmal Punkt 3, Überwachung:

- ~~Die~~ Möglichkeit zur permanenten Monitorisierung der Vitalfunktionen und der permanenten direkten oder elektronischen visuellen Überwachung der Patientinnen / der Patienten ist sichergestellt;

- ~~Eine~~ ärztliche Visite erfolgt an mindestens 5 / 7 Tagen;

- ~~Die~~ Erbringung der jeweiligen Art der Rehabilitation (Therapien und Schulungen) ist in den Räumlichkeiten mit Überwachung gewährleistet.;

- Über den gesamten Rehabilitationsaufenthalt muss der entsprechende Schwellenwert des BA.-Kodes für die Therapieminuten im Durchschnitt pro Woche eingehalten werden.;

- Die Patientin / der Patient verursacht innerhalb der Überwachungsrehabilitation einen Aufwand von mindestens 180 Minuten Pflege- und Therapieaufwand pro Tag an 7 Tagen pro Woche im Durchschnitt.

3.19. BB.42.- Intensive Überwachung bei vorübergehend vital bedrohlicher Situation

Betrifft alle Sprachversionen

Das Mindestmerkmal «Mindestmerkmal Punkt 1, Referenzdokument» der Subkategorie BB.42.- ist wie folgt anzupassen.

BB.42.- Intensive Überwachung bei vorübergehend vital bedrohlicher Situation

Beachte: [...]

Mindestmerkmal Punkt 1, Referenzdokument:

Anforderungen zu strukturellen Voraussetzungen und dem Behandlungsteam finden sich im Referenzdokument «Referenzdokument zur CHOP Subkategorie BB.42.- Intensive Überwachung bei vorübergehend vital bedrohlicher Situation». Dieses Dokument steht unter folgendem Link im Abschnitt «Personelle und infrastrukturelle Minimalanforderungen - Referenzdokument» zur Verfügung: <https://www.fmh.ch/anforderungen-streha#minimal>
<https://www.fmh.ch/themen/stationaere-tarife/st-reha.cfm> ~~Die gültige Version wird im Rundschreiben 2024 Nr. 1 kommuniziert.~~ Die definitive Version wird bis zum 1. Januar 2024 auf der Internetseite der FMH bereitgestellt.

4. Zusatzinformationen zur ICD-10-GM 2022

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

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

Betrifft nur die italienische Sprachversion

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

Betrifft nur die französische Sprachversion

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

Betrifft nur die italienische Sprachversion

5. Anhang

5.1. Informationen und Präzisierungen

Das aktuelle Rundschreiben enthält alle, ab 1. Januar 2024 gültigen «Informationen und Präzisierungen».

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

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.

0762 01.01.2024 Berücksichtigte Therapiedauer

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.

Wird bei einer Gruppen- oder Einzeltherapie die gleiche Therapieart / Therapieleistung durch zwei oder mehr Therapeuten / Pflegefachpersonen erbracht, ist die erbrachte Therapiezeit einmal zu zählen. Es gilt unabhängig von der Anzahl der Therapeuten, die Therapiezeit am/an den Patienten.

Ausnahme: Es bestehen CHOP-Kodes, bei denen im Beachte angegeben ist, dass die gleiche Therapieart / Therapieleistung, die durch zwei oder mehr Therapeutinnen / Therapeuten / Pflegefachpersonen erbracht wird, die Zeit pro Therapeutin / Therapeut / Pflegefachperson zu zählen ist.

0763 01.01.2024 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 FIM™-Daten der Krankenhäuser gehören jedoch diesen Krankenhäusern und können von ihnen für jeden Zweck weiterverwendet werden.

Die Erhebung des FIM™ 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.

0764 01.01.2024 Berechnung der Aufenthaltstage bei Anwendung des CHOP-Kodes 93.59.5- «Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multiresistenten Erregern, nach Anzahl Behandlungstage»

Zur Berechnung der Behandlungstage unter den CHOP Kodes 93.59.50 bis 93.59.53 «Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multiresistenten Erregern, nach Anzahl Behandlungstage» darf bei Erfüllung der Mindestmerkmale der Eintritts- sowie Austrittstag nur als ein Behandlungstag angerechnet werden.

0765 01.01.2024 Alleiniger Schaft- oder Kopfwechsel bei einer (inversen) Schultergelenk-Endoprothese

In der CHOP gibt es keine spezifischen Codes für den Schaftwechsel bei einer inversen Schultergelenk-Endoprothese. Bis zur Bildung von spezifischen Codes sind für das Entfernen des Schafts der Code 80.01.09 «Arthrotomie zur Prothesenentfernung an der Schulter, sonstige» und für die Implantation (bei einem Wechsel) der Code 81.81.35 «Implantation Inlay, Kopf sowie Schaft, Totalendoprothese Schultergelenk, bei Wechsel von Komponenten» zu erfassen.

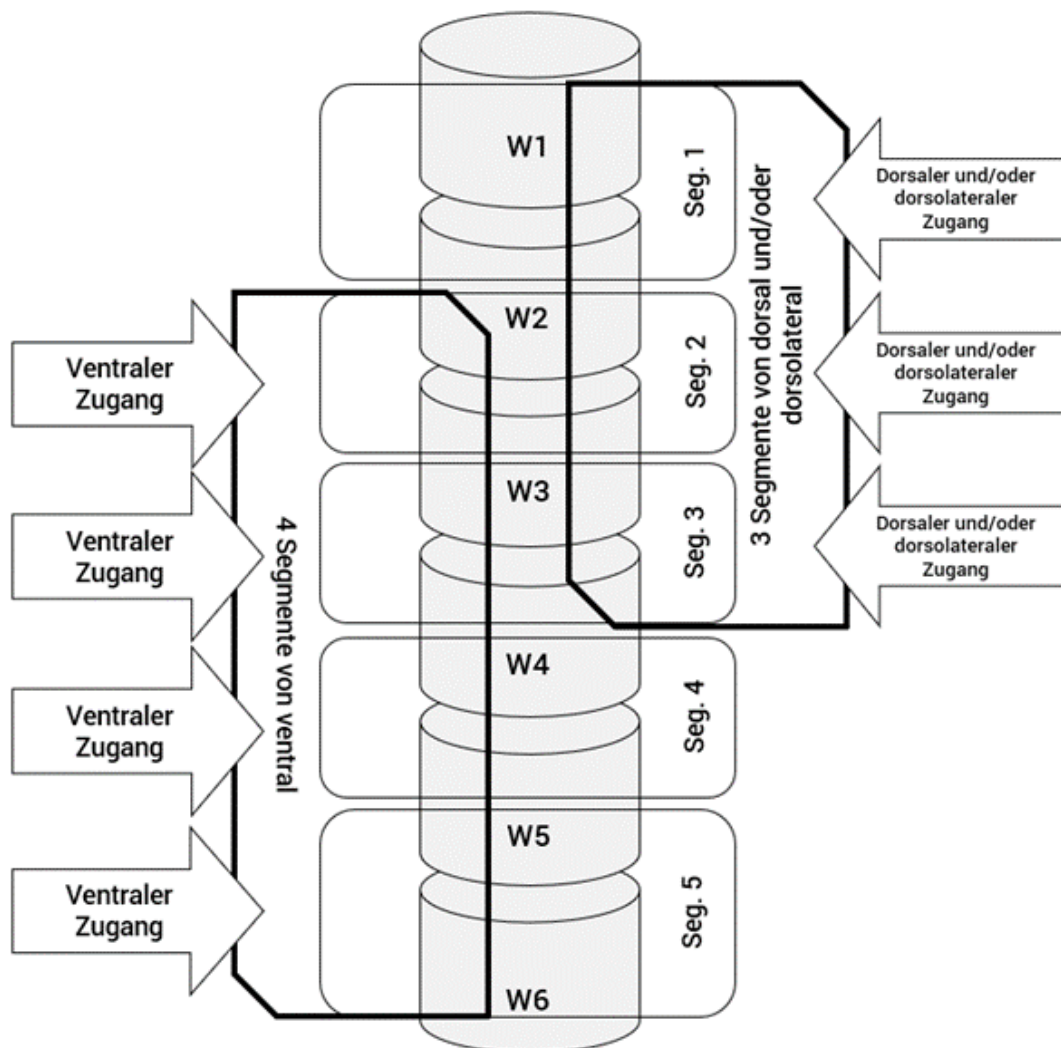
Bei einem alleinigen Wechsel vom Prothesenkopf sind die CHOP-Kodes 80.01.09 «Arthrotomie zur Prothesenentfernung an der Schulter, sonstige» + 81.81.34 «Implantation Inlay sowie Kopf, Totalendoprothese Schultergelenk, bei Wechsel von Komponenten» zu verwenden.

0766 01.01.2024 7A.7- Stabilisierung der Wirbelsäule und Stellungskorrektur – Zugang dorsal und/oder dorsolateral

Für die Subkategorien 7A.71.- bis 7A.74.- erfolgte die Aufgliederung in 5. Stelle für den Zugang «dorsal und dorsolateral», bzw. «ventral», in 6. Stelle nach der Anzahl behandelter Segmente (aufgegliedert bis 14 und mehr). Das «und» ist gemäss CHOP-Konventionen als «und/oder» zu verstehen. Das «Beachte» unter 7A.7- «Stabilisierung der Wirbelsäule und Stellungskorrektur» lautet:

«Erfolgt der Zugang für gewisse Segmente von dorsal sowie von ventral, so ist für das gesamte Eingriffsgebiet die gesamte Anzahl der Segmente die von dorsal operiert wurden mit einem Code anzugeben, sowie die gesamte Anzahl der Segmente, die von ventral operiert wurden mit einem anderen Code. Zusätzlich wird der Zusatzcode der gesamten Anzahl operierter Segmente angegeben.»
 Die dorsolateralen Zugänge zählen zu den dorsalen Zugängen. Sprich das Segment wird nicht doppelt gezählt, wenn es von dorsal sowie dorsolateral operiert wird.

Im Beispiel der folgenden Abbildung erfolgte eine Spondylodese über sechs Wirbeln, d.h. über fünf Segmente. Drei Segmente werden von dorsal und/oder dorsolateral operiert, 4 Segmente von ventral. Es werden somit ein Code für drei Segmente «dorsal und dorsolateral» sowie ein Code für vier Segmente «ventral» erfasst. Zusätzlich wird der entsprechende Code der Subkategorie 7A.B4.- «Summe der operierten Segmente der Wirbelsäule» für fünf Segmente kodiert.



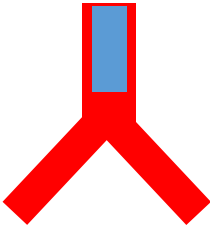
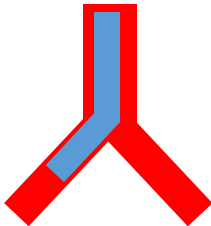
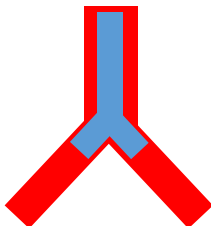
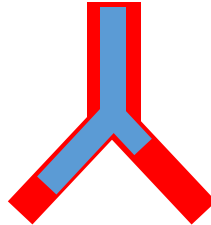
0767 01.01.2024 Erfassen des 39.78.5- «Ende der untersten Stent-Grafts [Stent-Prothesen]»

Bei den Codes der Subkategorie 39.71.- «Endovaskuläre Implantation eines Stent-Grafts [Stent-Prothesen] an der abdominalen Aorta» und der Elementegruppe 39.73.4- «Endovaskuläre Implantation von Stent-Grafts [Stent-Prothesen] in die Aorta thoracoabdominalis» ist mit den Zusatzcodes 39.78.5- «Ende der untersten Stent-Grafts [Stent-Prothesen]» anzugeben, wie der Stent-Graft endet.

Die Elementegruppe 39.78.5- umfasst drei Zusatzcodes:

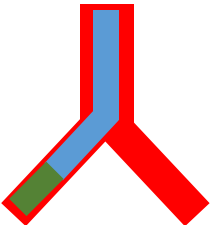
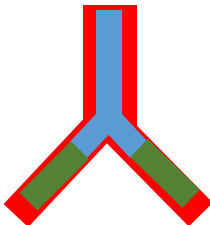
- 39.78.51 «Ende des untersten Stent-Grafts [Stent-Prothese], aortal»
- 39.78.52 «Ende des untersten Stent-Grafts [Stent-Prothese], aortomonoiliakal»
- 39.78.53 «Ende der untersten Stent-Grafts [Stent-Prothesen], aortobiliakal»

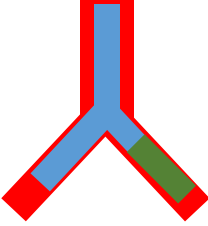
In der folgenden Tabelle wurde die Bedeutung des jeweiligen Zusatzcodes graphisch dargestellt.

39.78.51 «aortal»	39.78.52 «aortomonoiliakal»	39.78.53 «aortobiliakal»
		
		

Die aortomonoiliakal oder aortobiliakal endenden Stent-Grafts können mit Stent-Grafts in der linken und/oder rechten A. iliaca communis verlängert werden (weitere Stent-Grafts werden dann anmodelliert). Die entsprechenden Codes der Elementegruppen 39.7A.1- «Endovaskuläre Implantation in Beckenarterien von Stent-Grafts [Stent-Prothesen], iliakal, ohne Seitenarm, nach Anzahl Stent-Prothesen» und 39.7A.2- «Endovaskuläre Implantation in Beckenarterien von Stent-Grafts [Stent-Prothesen], iliakal mit Versorgung von Seitenast» sind in diesem Fall zusätzlich zu kodieren.

Folgende Tabelle illustriert die verschiedenen Situationen:

39.78.52 «aortomonoiliakal»	39.78.53 «aortobiliakal»
	
<p>Kodierung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ein Kode aus 39.71.- oder 39.73.4- • 39.78.52 • Ein Kode aus 39.7A.1- oder 39.7A.2- falls Öffnung (Öffnung nicht eingezeichnet) 	<p>Kodierung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ein Kode aus 39.71.- oder 39.73.4- (nur ein Ast der Y-Prothese gilt als Öffnung) • 39.78.53 • Zwei Codes aus 39.7A.1- und/oder 39.7A.2- falls Öffnung (Öffnung nicht eingezeichnet)

	39.78.53 «aortobiliakal»
	
	<p>Kodierung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ein Kode aus 39.71.- oder 39.73.4- (nur ein Ast der Y-Prothese gilt als Öffnung) • 39.78.53 • Ein Kode aus 39.7A.1- oder 39.7A.2- falls Öffnung (Öffnung nicht eingezeichnet)

0768 01.01.2024 Gefäßverschlusskörper vs. Embolie-Protektionssysteme

In der CHOP existieren Codes für gefäßverschliessende Operationen/Interventionen, die s.g. Embolisationen mit Coils, Plugs, Schirmen usw., z. B. 39.79.2- «Coil-Embolisation oder -Verschluss von sonstigen Gefässen», 39.79.5- «Selektive Embolisation von sonstigen Gefässen mit Schirmen» oder 39.79.A- «Selektive Embolisation von sonstigen Gefässen mit Plugs» usw. Des Weiteren stehen die Zusatzcodes aus der Subkategorie 00.4A.- «Anzahl verwendeter endovaskulärer Coils» und 00.4G.- «Einsetzen von Gefäßverschlusskörpern» zur Verfügung. Die Zusatzcodes der Elementgruppen von 00.4G.2- bis 00.4G.6-«Eingesetzte vaskuläre Schirme in [...], nach Anzahl», gelten nur für die Abbildung der verwendeten Devices im Kontext von gefäßverschliessenden Operationen/Interventionen (z. B. selektive Embolisationen) als Zusatzcodes. Die Codes unter 00.4G.- sind für Embolie-Protektionssysteme nicht zu verwenden.

Der Zusatzcode 39.E1 «Verwendung eines Embolie-Protektionssystems» ermöglicht die Erfassung von periinterventionellen Embolie-Protektionssystemen.

Die Codes 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)» stellen permanente Systeme dar.

0769 01.01.2024 Perkutan-transluminale Thrombektomie an Lungengefässen mittels Thrombusentfernungssystem

Eine perkutan-transluminale Thrombektomie an Lungengefässen mittels Thrombusentfernungssystem lässt sich anhand von einem Kode und zwei Zusatzcodes erfassen:

- 39.75.17 «Perkutan-transluminale Thrombektomie, sonstige Gefässe»
- 00.4B.13 «PTKI an Lungengefässen»
- Zutreffende Zusatzcodes der Elementgruppe 00.4F.2- «Einsatz von kathetergeführten Thrombus- und Fremdkörperentfernungssystemen, nach Anzahl Systeme»

(Je nach Fall sind weitere CHOP-Kodes zu berücksichtigen.)

0770 01.01.2024 Pflege-Komplexbehandlungen – Zuordnung einer Pflegeintervention nur zu einer Leistungsgruppe

Pflegeinterventionen könnten theoretisch mehreren Leistungsgruppen zugeordnet werden. In der Pflege-Komplexbehandlung darf eine geleistete Pflegeintervention jedoch nur einer Leistungsgruppe zugeordnet werden. Dies bedeutet nicht, dass sie zwingend der Leistungsgruppe zugeordnet wird in der bereits Aufwandspunkte für diesen Tag erfasst wurden.

Beispiel: Ein Transfer auf die Toilette wird im Rahmen des Pflegeinterventionsprofil 3.1 der Leistungsgruppe 3 «Ausscheidung» geleistet. Der Patient wird ausgekleidet und nach der Ausscheidung werden die notwendigen Hygienemassen erbracht. Die Aktivität «Transfer auf die Toilette» und «Hygienemassnahmen» gehören in diesem Fall zum Pflegeinterventionsprofil 3.1. Sie können nicht zusätzlich zu einem Pflegeinterventionsprofil der Leistungsgruppen 1 «Bewegung» und 2 «Körperpflege» gezählt werden.

0771 01.01.2024 BA.X0 Art der Rehabilitation, mit weniger als 300 Therapieminuten pro Woche

Bei Aufenthalt in der Rehabilitation von weniger als sieben Tagen mit weniger als 300 Minuten ist der absolute Minuten-Wert zu berücksichtigen und nicht die potentielle pro rata Hochrechnung auf sieben Tage. Die Codes BA.x0 «[...] mit weniger als 300 Therapieminuten pro Woche» stehen für diese Fälle zur Verfügung.

~~**0772 01.07.2023 Kodierung der dreistelligen Kategorie BB.1**~~

Die Präzisierung 0772 entfällt, da in der CHOP 2024 die dreistellige Kategorie BB.1- gestrichen wurde.

~~**0773 01.07.2023 Radiorezeptortherapie mit 177Lu-PSMA-617**~~

Die Präzisierung 0773 entfällt, da in der CHOP 2024 der spezifische Code 92.28.6A «Radiorezeptortherapie mit 177Lu-PSMA-617» aufgenommen wurde. Die «Radiorezeptortherapie mit 177Lu-PSMA-617» ist somit nicht mehr mit der Restklasse 92.28.6C «Radiorezeptortherapie mit sonstigen PSMA-Liganden» abzubilden, sondern mit dem spezifischen Code 92.28.6A.

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 Codes 93.8A.2- und 93.8B.- anzuerkennen.

Kann ein einzelnes Assessmentinstrument als palliativmedizinisches Basisassessment zählen?

Die alleinige Durchführung eines Assessmentinstrumentes (z. B. ESAS) zur Erfassung der körperlichen Dimension ist nicht als vollständiges PBA anzuerkennen. In einem PBA müssen die biologischen, psychologischen, sozialen und spirituellen Dimensionen berücksichtigt werden.

0774/2: Therapiebereiche

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

[...]

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

c) Ärztliche Leistung, Pflege ~~und~~ sowie mindestens zwei der oben genannten Therapiebereiche kommen insgesamt mindestens 6 Stunden pro Behandlungswoche (7 Kalendertage) zum Einsatz. Zu deren Leistungen gehören auch dokumentierte Patienten-, Angehörigen- und Familiengespräche, die von allen hier aufgeführten Berufsgruppen erbracht werden können.

Die erbrachten Leistungen erfolgen in patientenbezogenen, unterschiedlichen Kombinationen.

93.8B.-: Mindestmerkmal Punkt 3, Therapie:

[...]

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

[...]

Mindestmerkmal Punkt 4, Behandlungsteam:

[...]

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

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

Mindestmerkmal Punkt 3, Therapie:

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

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

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

Mindestmerkmal Punkt 3, Therapie:

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

b) Ärztliche Leistung, Pflege ~~und~~ sowie 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 Präzisierung 0776 wird im Rundschreiben 2024 Nr. 1 durch die Präzisierung 0763 ersetzt.

~~0777 01.07.2022 Berechnung der Aufenthaltsdauer in der Rehabilitation zur Erfassung der BA.-Kodes~~

Die Präzisierung 0777 wird aus dem Rundschreiben 2024 Nr. 1 gestrichen. Sie wurde bei der Überarbeitung der Kodierrichtlinie Rehabilitation berücksichtigt.

~~0778 01.01.2023 Berücksichtigte Therapiedauer bei Gruppentherapien~~

Die Präzisierung 0778 wird im Rundschreiben 2024 Nr. 1 durch die Präzisierung 0762 ersetzt.

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»)~~

Die Präzisierung 0781 wird aus dem Rundschreiben 2024 Nr. 1 gestrichen. Sie wurde bei der Überarbeitung der Kodierrichtlinie SD0501m «Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Alkohol, Drogen, Medikamente, Nikotin)» berücksichtigt.

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

0788 01.01.2022 Spondylodese: Zählung der Segmente bei Stabwechsel und bei Verlängerung

Die Segmente, bei denen anlässlich eines Revisionseingriffs an der Wirbelsäule nur die Stäbe entfernt (und diese z. B. durch längere Stäbe ersetzt werden bei Anschlusssegment-Pathologie) und bei denen sonst keine operativen Massnahmen an den Wirbelkörpern vorgenommen werden, wie z. B. Einsetzen neuer Pedikelschrauben oder eines Cages, Dekortizierung der Facettengelenke, Anlage von lokalem Knochen oder Knochenersatzmaterial, fließen nicht in die Zählung der operierten Segmente mit ein.

Ad Zählen der Segmente bei Überbrückung:

Bei z. B. vorbestehender Spondylodese L2 – L4 und aktuell Neufusion der Segmente L1/L2 und L4/L5 wird dies mit dem zutreffenden CHOP-Kode für 2 Segmente abgebildet, falls wie oben erwähnt, an den Wirbelkörpern L2 – L4 ausser der Stabanlage keine weiteren Massnahmen durchgeführt wurden.

0789 01.01.2022 Erfassen von nicht-vaskulären Stents/Prothesen

Folgende Codes haben eine Unterteilung nach Anzahl der implantierten Stents/Prothesen. Es gibt für diese Stent-/Prothesen-Typen keine Summen-Kodes über den gesamten Aufenthalt.

- 42.81.- Einsetzen eines permanenten Tubus in den Ösophagus
- 51.87.- Endoskopische Einlage oder Wechsel von Stent in den Gallengang
- 51.9A.- Einlage oder Wechsel von Stent in den Gallengang

Je Eingriff ist der Kode 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 Codes 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 prostatistische 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~~

Die Präzisierung 0791 wird im Rundschreiben 2024 Nr. 1 durch die Präzisierung 0768 ersetzt.

0793 01.01.2022 Kodierung Ulcus hypertonicum (Martorell)

Beim Ulcus (cruris) hypertonicum handelt es sich um eine spezielle Form des Ulcus cruris, die vorwiegend am laterodorsalen Unterschenkel oder über der Achillessehne auftritt. Die meisten Betroffenen weisen einen markanten, langfristig bestehenden Hypertonus auf, in ca. 60% der Fälle kombiniert mit einem Diabetes mellitus Typ 2.

Zur Ätiologie des Ulcus hypertonicum gibt es drei Erklärungsansätze: die ischämisierende Arteriosklerose, die Mediakalzinose der pathologischen Arteriolen und die lokalen Entzündungsvorgänge.

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

Auch wenn die Erkrankung pathogenetisch auf eine Arteriosklerose zurückzuführen ist, ist die eigentliche Grundursache die Hypertonie.

Einen spezifischen ICD-10-GM-Kode zur Verschlüsselung eines Ulcus hypertonicum (Martorell) gibt es nicht.

Für das Ulcus hypertonicum (Martorell) empfehlen wir deshalb folgende Kodekombination:

L97 *Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert* zusammen mit der Kreuz-Stern-Kombination aus dem zutreffenden Kode I10.-† bis I15.-† und L99.8* *Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Haut und der Unterhaut bei anderenorts klassifizierten Krankheiten*.

Durch diese Erfassung kann das Ulcus hypertonicum von anderen Ulcus cruris-Arten unterschieden werden.

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 Hemieendoprothese und Implantation einer Totalendoprothese am gleichen Knie: für die Implantation muss der Kode 81.54.31 «Implantation einer Standard-Totalendoprothese des Kniegelenks bei einem Prothesenwechsel» erfasst werden und **nicht** der Kode 81.54.21 «Erstimplantation einer Standard-Totalendoprothese des Kniegelenks».

Wird bei einem Wechsel einer Knieendoprothese zum ersten Mal ein Patella-Rückflächenersatz eingesetzt, muss der Kode 81.54.42 «Implantation eines Patella-Rückflächenersatz bei einem Wechsel» erfasst werden und **nicht** der Kode 81.54.27 «Erstimplantation eines Patella-Rückflächenersatzes».

0810 01.01.2021 Erfassen der Anzahl implantierter Stents und Stent-Grafts

Diese Präzisierung ist wie folgt gegliedert:

- Erfassen der Anzahl der aortalen Stent-Grafts
- Erfassen der Anzahl der in die A. iliaca, den tiefen Venen, abdominalen und viszerale Gefäßen implantierten Stent-Grafts
- Erfassen der Anzahl der (perkutan-) transluminal implantierten Stents
- Erfassen der Anzahl der in den Koronararterien implantierten Stents
- Erfassen der Anzahl von Stents falls im stationären Fall Stents sowohl in die Koronararterien als auch in andere Gefäße implantiert werden
- Grund für die Angabe der Gesamtanzahl der im Rahmen eines stationären Aufenthaltes implantierten Stents, bzw. Stent-grafts

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

Erfassen der Anzahl der aortalen Stent-Grafts

Die aortalen Stent-Grafts sind unter den Subkategorien 39.71.- «Endovaskuläre Implantation eines Stent-Grafts [Stent-Prothesen] an der abdominalen Aorta» und 39.73.- «Endovaskuläre Implantation eines Stent-Grafts [Stent-Prothesen] an **der Aorta ascendens, dem Aortenbogen**, 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 «Kodierte 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 viszerale 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 Öffnung**, nach Anzahl Stent-Prothesen» sind pro Eingriffsdatum zu erfassen. Bei den Kodes für Stent-Grafts in die tiefen Venen und in anderen abdominalen und viszerale 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 Öffnung**» 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 Öffnung**» 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 Öffnung**» 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~~ eines Stent-Grafts [Stent-Prothese] 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~~ eines Stent-Grafts [Stent-Prothese] 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 implantierten Stents, wird berechnet und mit einem Kode unter 39.C1.- «Anzahl der implantierten Stents», am Datum des ersten Interventionstages erfasst. Im vorherigen Beispiel 5 Stents, 39.C1.15 «5 implantierte Stents».

Erfassen der Anzahl der in den Koronararterien implantierten Stents

Die Implantation von Stents in die Koronararterien ist unter den Subkategorien 36.03.- «Koronarangioplastik am offenen Thorax» und 36.08.- «Implantation von Stents in Koronararterien, 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 «Enderiektomie 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 Code 36.08.22 «Implantation perkutan-transluminal von Stents mit Medikamentenfreisetzung, in mehreren Koronararterien» ist viermal zu erfassen.

Fallbeispiel 4

Fall: Koronare PTCA mit 4 Stents (RIVA 1 medikamentenfreisetzender 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 36.08.11 «Implantation perkutan-transluminal von Stents ohne Medikamentenfreisetzung, in einer Koronararterie» und einmal den Zusatzcode 39.C2.12 «Bare metal Stent»

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

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

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

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

Fallbeispiel 1

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

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

Zu erfassen sind am Tag X:

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

Der angebrachte Code der Subkategorie ~~39.50.-«Angioplastik oder Atherektomie an sonstigem(n) Nicht-Herzkranzgefäß(en)»~~
39.75.- «Perkutan-transluminale Gefäßintervention, sonstige Gefäße»

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

Und der Code 39.C1.11 «1 implantierter Stent»

Fallbeispiel 2

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

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

Zu erfassen sind am Tag X:

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

Zu erfassen sind am Tag Y:

Der angebrachte Code der Subkategorie ~~39.50.-«Angioplastik oder Atherektomie an sonstigem(n) Nicht-Herzkranzgefäß(en)»~~
39.75.- «Perkutan-transluminale Gefäßintervention, sonstige Gefäße»

Einmal der Code 39.B1.G1 «(Perkutan-)transluminale Implantation von Stents ohne Medikamentenfreisetzung, Arterien vom Oberschenkel» und der Code 39.C1.11 «1 implantierter Stent»

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 Codes unter der Elementegruppe 39.78.6- «Anzahl der implantierten aortalen Stent-Grafts [Stent-Prothesen]» und der Subkategorie 39.C1.- «Anzahl der implantierten Stents» als Identifikatoren von Fällen mit der Implantation von mehreren aortalen Stent-Grafts, bzw. peripheren Stents.

~~0812 01.07.2020 Embolie-Protektionssystem und TAVI~~

In der CHOP 2024 wurde der Zusatzcode 39.C5 «Verwendung eines Embolie-Protektionssystems» gestrichen. Ein neuer Zusatzcode

39.E1 «Verwendung eines Embolie-Protektionssystems» wurde unter der 3-stelligen Kategorie 39.E- «Zusatzinformationen für Operationen am kardiovaskulären System» aufgenommen. Die Präzisierung 0812 wird somit aus dem Rundschreiben 2024 Nr. 1 gestrichen.

~~0814 01.07.2020 Erfassen von gecoverten Koronararterien-Stents~~

Die Präzisierung 0814 wird im Rundschreiben 2024 Nr. 1 gestrichen. Spezifische Codes für die gecoverten Koronararterien-Stents wurden in der CHOP 2024 gebildet.

~~0815 01.07.2020 Kodierung von 00.44 «Massnahme auf Gefäßbifurkation» mit Codes unter 36.03.- und 36.08.-~~

Die Präzisierung 0815 wird im Rundschreiben 2024 Nr. 1 gestrichen. Entsprechende «Beachte» und «Kodierte ebenso» wurden unter den Subkategorien 36.03.- «Koronarangioplastik am offenen Thorax» und 36.08.- «Implantation von Stents in Koronararterien, perkutan-transluminal» in der CHOP 2024 aufgenommen.

~~0816 01.07.2020 Kodierung beschichteter Koronararterien-Stents mit Medikamenten-Freisetzung~~

Die Präzisierung 0816 wird im Rundschreiben 2024 Nr. 1 gestrichen. Entsprechende «Inklusiva» und «Exklusiva» wurden unter den betroffenen Codes in der CHOP 2024 aufgenommen.

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

Die Präzisierung 0817 wird im Anhang des Rundschreibens 2024 Nr. 1 ersetzt durch die Präzisierung 0767.

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

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

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

Fall 5	Eingriff vom Typ A an den Fingern der 2., 3. und 4. Strahlen der linken Hand	Kode des Eingriffs vom Typ A	Einseitig Links	00.9C.12	Einzeitige Mehrfacheingriffe an 3 Mittelhand- und Fingerstrahlen	Einseitig Links
Fall 6	Eingriff vom Typ A an den Fingern der 2., 3. und 4. Strahlen der linken Hand, sowie an den Fingern der 4. und 5. Strahlen der rechten Hand	Kode des Eingriffs vom Typ A	Beidseitig	00.9C.12	Einzeitige Mehrfacheingriffe an 3 Mittelhand- und Fingerstrahlen	Einseitig Links
				00.9C.11	Einzeitige Mehrfacheingriffe an 2 Mittelhand- und Fingerstrahlen	Einseitig Rechts
Fall 7	Eingriff vom Typ A am Finger des 2. Strahls der linken Hand 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) ~~V~~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 Code «Subchondrale Knocheneröffnung am ...Gelenk mit Einbringen eines azellulären Implantats, arthroskopisch» oder mit dem Code «Subchondrale Knocheneröffnung am ...Gelenk mit Einbringen eines azellulären Implantats, offen chirurgisch» abzubilden. Die Codes der Elementgruppen 81.9A.3- «Autogene matrixinduzierte Chondrozytentransplantation an Gelenken, arthroskopisch» bzw. 81.9A.4- «Autogene matrixinduzierte Chondrozytentransplantation an Gelenken, offen chirurgisch» dürfen in diesem Fall nicht kodiert werden.

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

0855 01.07.2017 54.98.- Peritonealdialyse

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

0871 01.01.2016 CHOP: Definition «endovaskulär»

Endovaskuläre Interventionen sind Eingriffe innerhalb eines Blutgefäßes, wobei dieses am Zielort der Behandlung nicht eröffnet wird. Inhaltlich ähnlich ist der Begriff interventionelles Verfahren.

Mit einem Katheter gelangt der Arzt nach Punktion einer Arterie (meistens in der Leiste) unter Bildgebung an die erkrankte Stelle. Dort kann die erkrankte Arterie mit speziellen Kathetern behandelt werden.

Beispiele für endovaskuläre Interventionen sind:

- Ballondilatation (PTA)
- Rotationsatherektomie
- Einlage eines 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 Code aus Kapitel 7 abgebildet. Gibt es einen präzisen Code, wird 39.99.21 nicht kodiert.

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

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

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

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

0941 01.12.2012 ABO/AB0 Suchbegriff

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

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

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

2010 92.24 Teleradiotherapie mit Photonen

92.24.1- «...mit bildgestützter Einstellung» sind Therapien **mit** und 92.24.2- «...ohne bildgestützte Einstellung» sind Therapien ohne bildgestützte Einstellung. Das Stichwort «bildgestützte Einstellung» bzw. «bildgestützte Bestrahlung» (IGRT) bedeutet, dass man im Bestrahlungsraum am bereits positionierten Patienten Röntgen- oder Schnittbilder anfertigt.

Solche Anlagen können im Bestrahlungsraum (Röntgensystem, mobiles CT, Ultraschall) oder als Zusätze direkt an den Bestrahlungsgeräten angebracht sein. Diese Bildgebung ist von der Bestrahlungsplanung unabhängig und erfordert entsprechende Gerätschaften. Dadurch lassen sich die Patienten- und die Zielvolumenpositionierung mit den Aufnahmen aus der Bestrahlungsplanung vergleichen. Man kann hierdurch sofort Lagerungskorrekturen des Patienten vornehmen.

Beispielsweise kann durch eine CT bei einem Patienten mit Prostatakarzinom die Füllung von Harnblase und Rektum kontrolliert und die daraus resultierende Position der Prostata bestimmt werden. Durch eine kontinuierliche Erfassung der Patienten- oder Organbewegungen ist es auch möglich, eine Nachjustierung des Strahls während der Bestrahlung selbst vorzunehmen («adaptive Radiotherapie»)