Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Statistik BFS
Gesundheit, Bildung und Wissenschaft

Rundschreiben für Kodiererinnen und Kodierer : 2014 / N° 1

1 Allgemeines

1.1

Zur Kodierung aller stationären Aufenthalte der Spitäler und Kliniken (einschliesslich Rehabilitations-, Psychiatrie- und Spezialkliniken) mit Austritt ab 1. Januar 2014 gelten: das Kodierungshandbuch Version 2014, das Rundschreiben N°1 von 2014 und alle FAQ's, die nicht ab 1.1.2014 als ungültig markiert sind.

Die Kodierungsrichtlinien, die im Kodierungshandbuch Version 2014 veröffentlicht sind, müssen zwingend auf alle Daten angewendet werden, die die Krankenhäuser kodieren, bevor sie diese dem Bundesamt für Statistik für die Medizinische Statistik übermitteln. Das BFS ist nach der Statistikverordnung vom 30. Juni 1993 verantwortlich, jedes Jahr die Richtlinien für alle an der Erhebung Beteiligten vorzugeben. Dies betrifft insbesondere das Kodierungshandbuch, sowie die gültigen Klassifikationen, die verwendet werden müssen, um die Diagnosen und die Behandlungen zu erfassen. Die an der Erhebung Beteiligten (d.h. die Spitäler) sind folglich gesetzlich verpflichtet, die nach den Richtlinien des BFS gültigen vorgegebenen Klassifikationen und das Kodierungshandbuch zu verwenden. Wenn das momentan noch nicht der Fall sein sollte, muss diese Praxis sofort geändert werden. Die Benutzung insbesondere anderer Kodierungshandbücher (z.B. deutsches Kodierungshandbuch oder auch spitalintern erstellte Kodierungshandbücher) sind strikt verboten.

1.2

Die gültigen Klassifikationen ab 1. Januar 2014 sind die ICD-10-GM 2012 und die CHOP 2014. Es steht in der Verantwortung der Kodierer, den Inhalt der Klassifikationen zu kennen und Änderungen und Neuigkeiten der verschiedenen Versionen zu berücksichtigen.

1.3

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

1.4

Im Laufe des Jahres werden Informationen und Präzisierungen durch eventuelle Rundschreiben und halbjährige FAQ's veröffentlicht (Publikation 31. Dezember 2013 und 30. Juni 2014, zu applizieren zur Kodierung von allen Fällen mit Austritt ab 1. Januar 2014 und 1. Juli 2014). Diese Dokumente sind offizielle Informationen des BFS und müssen für weitere Kodierungen berücksichtigt werden.

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

1.5

Kodierungsanfragen werden mit notwendiger Dokumentation an CodeInfo@bfs.admin.ch und nicht an persönliche Adressen gesendet.

Kodierungsunstimmigkeiten werden ebenfalls an CodeInfo@bfs.admin.ch (mit Kopie an die andere Partei) gesendet, mit vollständiger Patientendokumentation, Argumentation und Kodierung beider Parteien.

2 Zusatzinformationen zum Kodierungshandbuch 2014

2.1 D15 Verlegungen (akutsomatisch oder Rehabilitations-, Psychiatrie- und Spezialkliniken)

Da „nicht akut Spitäler" diese Kodierungsrichtlinie nicht einheitlich applizieren, möchten wir hier folgende Präzisierungen aufführen:

Das Kodierungshandbuch richtet sich an alle Personen, die sich im Rahmen der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser mit der Kodierung von Diagnosen und Behandlungen stationärer Fälle befassen, also an **alle** Spitäler und Kliniken (unabhängig ob akut-somatisch oder nicht).

Das Kapitel S21 „Rehabilitation" des Kodierungshandbuches Version 3.0 wurde in die neuen Kodierungsrichtlinien unter SwissDRG eingegliedert. Regeln zur Kodierung bei Verlegungen zur Weiterbehandlung sind nun unter Regel D15 erläutert:

Verlegung zur Weiterbehandlung

Wird ein Patient zur **Weiterbehandlung** (Nachbehandlung) in ein anderes Spital verlegt (unabhängig ob akut-somatisch oder Rehabilitation/Rekonvaleszenz, Psychiatrie oder Spezialklinik), so hat jedes Spital einen separaten Fall zu kodieren. Als Hauptdiagnose wird die Grundkrankheit/Verletzung kodiert, die Hauptanlass zur Verlegung ist. Die Tatsache, dass der Patient nicht primär versorgt wird, ist mit einem folgender Z-Kodes in der ersten Nebendiagnose abgebildet:
Z47.- Andere orthopädische Nachbehandlung, Z48.- Andere Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff, Z50.-! Rehabilitationsmassnahmen, Z51.- Sonstige medizinische Behandlung oder *Z54.-! Rekonvaleszenz.*

Bei Vorliegen mehrerer Diagnosen wird die Wahl der Hauptdiagnose unter entsprechender Anwendung der Hauptdiagnosendefinition (Regel G52) getroffen.

Zur Kodierung aller übrigen Diagnosen sind die Kodierungsrichtlinien des Kodierungshandbuches anzuwenden.

2.2 Wartepatienten

Bei einer Verlängerung eines Aufenthaltes weil der Patient auf einen Pflegeplatz wartet, wird ein neuer administrativer Fall geöffnet. Dass dieser Fall nicht über DRG abgerechnet ist, wird in der Variable der Medizinischen Statistik V4.8.V01 mit 0 markiert.

Als Hauptdiagnose wird *Z75.8 Sonstige Probleme mit Bezug auf medizinische Betreuungsmöglichkeiten oder andere Gesundheitsversorgung* kodiert, alle anderen Pathologien, die der Nebendiagnosendefinition G54 entsprechen, werden in den Nebendiagnosen abgebildet.

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

2.3 Sepsis

Die Anwendung der Regel S0102 birgt erheblichen Interpretationsspielraum und führte zu häufigen Kodierungsunstimmigkeiten zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringern. Die rudimentären Beispiele im Kodierungshandbuch 2013 mit Sepsis als Hauptdiagnose wurden im Sinne einer Hauptdiagnosendefinition interpretiert.

Damit auch in Zukunft die Krankheitsbilder mit Sepsis sachgerecht abgebildet und vergütet werden, hat die Arbeitsgruppe des Kodierungshandbuches zusammen mit den technischen Experten und zahlreichen Fachvertretern der betroffenen Fachgesellschaften, die Sepsisrichtlinie S0102 neu formuliert und per 1.1. 2014 als gültig erklärt. Die im Kodierungshandbuch 2014 aufgeführte Regel und die im Anhang beschriebenen SIRS-Kriterien/Organkomplikationen sind somit ungültig.

S0102c Sepsis (ersetzt die Regel aus KHB 2014, Seite 61)

Auswahl des Sepsis-Kodes

Die Kodes für Sepsis finden sich in folgenden Kapiteln/Kategorien:

- In Kapitel I, in den Kategorien *A40.- Streptokokkensepsis* und *A41.- Sonstige Sepsis*, wobei die Exklusiva zu berücksichtigen sind.
- In Kapitel I, bei den einzelnen Infektionskrankheiten (z.B. *B37.7 Candidasepsis*).
- In Kapitel XVI für die Sepsis beim Neugeborenen (*P36.- Bakterielle Sepsis beim Neugeborenen*).
- Eine Sepsis in Zusammenhang mit Abort, ektopischer Schwangerschaft, Molenschwangerschaft, Geburt oder Wochenbett wird mit einem Kode aus Kapitel XV (*O03-O07, O08.0, O75.3, O85)* zusammen mit einem Sepsis-Kode aus Kapitel I abgebildet, um auf das Vorliegen einer Sepsis und den Erreger hinzuweisen.
- Obwohl der Begriff Sepsis unter manchen Kodes für Komplikationen nach medizinischen Massnahmen aufgelistet ist, muss zusätzlich ein Sepsis-Kode aus Kapitel I abgebildet werden, um auf das Vorliegen einer Sepsis und den Erreger hinzuweisen (z.B. *T88.0 Infektion nach Impfung*).

Eine Sepsis wird mit folgenden Kodes (Reihenfolge, siehe unten) abgebildet :

- dem Sepsis-Kode (nach verursachendem Erreger)
- eventuell mit einen Kode aus *B95.-!* oder *B96.-!*, falls es eine zusätzliche Information gibt
- mit einem Kode aus *U80!-U85!* für allfällige Resistenz
- dem SIRS-Kode (*R65.-*) mit allfälligen Kodes für Organkomplikationen
- dem Kode septischer Schock (*R57.2*), falls vorhanden
- dem Infektfokus

Reihenfolge der Kodes, resp. Wahl der Haupt- und Nebendiagnose

1) Diagnostiziert der Arzt im Rahmen eines Organinfektes eine Sepsis, liegen aber **keine** Organkomplikationen/Organdysfunktionen vor, wird der Organinfekt dem Sepsis-Kode vorangestellt (siehe Beispiel 1 und 2).

2) Diagnostiziert der Arzt im Rahmen eines Organinfektes eine (schwere) Sepsis **mit** Organkomplikationen/ Organdysfunktionen oder einen septischen Schock, wird der Sepsis-Kode den übrigen Kodes vorangestellt (siehe Beispiel 3 und 4).

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

3) Manifestiert sich eine Sepsis als Erkrankung bzw. Störung nach medizinischen Massnahmen (Komplikation) im Rahmen eines stationären Aufenthaltes, ist die Regel D12/D16 zu berücksichtigen. Dann gilt es, bei den unten aufgeführten Beispielen lediglich die Reihenfolge der Kodes zu berücksichtigen.

4) Bei Vorhandsein von zwei oder mehr Zuständen (z.B. Pneumonie, Sepsis, Herzinfarkt), ist Regel G52 anzuwenden. Erforderte eine Sepsis oder eine schwere Sepsis während eines stationären Aufenthaltes nicht den grössten Aufwand an medizinischen Mitteln, wird sie als Nebendiagnose kodiert und es gilt, bei den unten aufgeführten Beispielen lediglich die Reihenfolge der Kodes zu berücksichtigen.

Kodierungsbeispiele :

A. Infekt und Sepsis / (leichte) Sepsis bei Infekt

HD: Infekt
ND: Sepsis
ND: SIRS **ohne** Organkomplikationen/Organdysfunktionen

Beispiel 1

Sepsis und Pneumonie, Erreger nicht bekannt.

HD	*J18.8*	*Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet*
ND	*A41.9*	*Sepsis, nicht näher bezeichnet*
ND	*R65.0!*	*Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom (SIRS) infektiöser Genese ohne Organkomplikationen*

Beispiel 2

Staphylokokken-Sepsis und Staphylokokken-Pneumonie.

HD	*J15.2*	*Pneumonie durch Staphylokokken*
ND	*A41.2*	*Sepsis durch nicht näher bezeichnete Staphylokokken*
ND	*R65.0!*	*Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom (SIRS) infektiöser Genese ohne Organkomplikationen*

B. Schwere Sepsis, Sepsis mit Organkomplikationen/Organdysfunktionen

HD: Sepsis
ND: SIRS **mit** Organkomplikationen/Organdysfunktionen
ND: Organkomplikationen
ND: Infektherd

Beispiel 3

Staphylokokken-Sepsis mit Thrombopenie und Staphylokokken-Pneumonie.

HD	*A41.2*	*Sepsis durch nicht näher bezeichnete Staphylokokken*
ND	*R65.1!*	*Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom (SIRS) infektiöser Genese mit Organkomplikationen*
ND	*D69.5-*	*Sekundäre Thrombozytopenie*
ND	*J15.2*	*Pneumonie durch Staphylokokken*

C. Sepsis mit septischem Schock

HD: Sepsis
ND: SIRS **mit** Organkomplikationen/Organdysfunktionen
ND: Septischer Schock
ND: Organkomplikationen
ND: Infektherd

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

Beispiel 4
Septischer Schock bei Streptokokken-Sepsis der Gruppe C mit Thrombopenie und Streptokokken-Pneumonie der Gruppe C.

HD	*A40.8*	*Sonstige Sepsis durch Streptokokken*
ND	*B95.41!*	*Streptokokken, Gruppe C, als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind*
ND	*R65.1!*	*Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom (SIRS) infektiöser Genese mit Organkomplikationen*
ND	*R57.2*	*Septischer Schock*
ND	*D69.5-*	*Sekundäre Thrombozytopenie*
ND	*J15.4*	*Pneumonie durch sonstige Streptokokken*

Sonderfall:
Liegt eine Sepsis mit unbekanntem Infektfokus vor, wird dieser Infekt mit *B99 Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten* abgebildet.

Beachte:
Der Begriff Septikämie wird im deutschen Sprachgebrauch nicht mehr verwendet. Die französische Sprache kennt den Begriff Sepsis weniger, hier spricht man von „septicémie".

Organkomplikationen bei Sepsis (ersetzt Seite 147)

Die Definition der Organdysfunktionen/Organkomplikationen sind in Absprache mit den Fachgesellschaften in der Tabelle der untenstehenden Literaturquelle aufgeführt.

Für Erwachsene (ab dem erfüllten 16. Lebensjahr): N Engl J Med 2013, 369:840-51, D.C. Angus et al. Severe Sepsis and septic Shock
http://www.sbmt.org.br/news/n26/imagens/NEJMra1208623.pdf
Die Tabelle aus diesem Dokument wird noch übersetzt und können bei Bedarf Anfang 2014 als PDF zur Verfügung gestellt werden.

Für Kinder unter 16 Jahren gelten altersabhängige Normwerte für Herzfrequenz, Atem-Frequenz, Leukozyten, Blutdruckwerte und Organdysfunktionen. Link zur entsprechenden genehmigten Literaturangabe:
Pediatr Crit Care Med. 2005 Jan; 6(1): 2-8. *„International pediatric sepsis consensus conference: definitions for sepsis and organ dysfunction in pediatrics".*

2.4 Mangelernährung

1. Definition der Stadien der Mangelernährung:

E43 Nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweissmangelernährung
Eine erhebliche Mangelernährung liegt vor, wenn folgende 2 Bedingungen erfüllt sind:

a) NRS-Gesamtscore (Nutritional Risk Screening*) von mindestens 5
und
b) BMI <18.5 kg/m2 bei reduziertem Allgemeinzustand
oder
ungewollter Gewichtsverlust >5% in 1 Monat und reduzierter Allgemeinzustand
oder
in der vergangenen Woche ungewollt praktisch nicht gegessen (0 - 25% des Bedarfs) (entspricht der Verschlechterung des Ernährungszustandes Grad 3).

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

E44.0 Mässige Energie- und Eiweissmangelernährung
Eine mässige Mangelernährung liegt vor, wenn folgende 2 Bedingungen erfüllt sind:

a) NRS-Gesamtscore von mindestens 4
und
b) BMI 18.5 - 20.5 kg/m2 bei reduziertem Allgemeinzustand
oder
ungewollter Gewichtsverlust >5% in 2 Monaten und reduzierter Allgemeinzustand
oder
in der vergangenen Woche ungewollt weniger als die Hälfte gegessen (25 - 50% des Bedarfs) (entspricht der Verschlechterung des Ernährungszustandes Grad 2).

E44.1 Leichte Energie- und Eiweissmangelernährung
Eine leichte Mangelernährung liegt vor, wenn folgende 2 Bedingungen erfüllt sind:

a) NRS-Gesamtscore von mindestens 3
und
b) ungewollter Gewichtsverlust >5% in 3 Monaten
oder
in der vergangenen Woche ungewollt weniger gegessen (50-75% des Bedarfs)
(entspricht der Verschlechterung des Ernährungszustandes Grad 1).

Tabelle zur Erläuterung der Zuordnung der ICD-Mangelernährungsdiagnose:

Grad der Verschlechterung des Ernährungszustandes		1	2	3
NRS-Gesamtscore*	**≥** 5	E44.1	E44.0	E43
	4	E44.1	E44.0	E44.0
	3	E44.1	E44.1	E44.1

2. Kodierung:

a) Eine Mangelernährung gemäss ICD-10 ***E43*** kann kodiert werden, wenn **eine der** untenstehenden Prozeduren durchgeführt wurde:

89.0A.4- Multimodale Ernährungstherapie
oder
89.0A.32 Ernährungsberatung und -therapie
von mind. 2 Behandlungseinheiten durch dipl. Ernährungsberaterin HF/FH

b) Eine Mangelernährung gemäss ICD-10 ***E44*** kann kodiert werden, wenn **mindestens eine** der untenstehenden Prozeduren durchgeführt wurde:

89.0A.32 Ernährungsberatung und -therapie
89.0A.4- Multimodale Ernährungstherapie
96.6 Enterale Infusion konzentrierter Nährstoffe, mindestens 5 Behandlungstage
99.15 Parenterale Infusion konzentrierter Nährlösungen mindestens 5 Behandlungstage

Anmerkung:
Bei nicht erfüllten Kriterien (Definition Mangelernährung und/oder Prozedur) wird
E46 *Nicht näher bezeichnete Energie- und Eiweissmangelernährung* kodiert.

* Kondrup Guidelines for Nutrition Risk Screening 2002. Clin Nutr (2003); 22(3):321–336

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

2.5 IMCU – Intermediate Care Unit

In der CHOP 2014 sind neu die Komplexkodes für IMCU aufgeführt:
99.B8.1 Komplexbehandlung des Erwachsenen in einer Intermediate-Care Unit (IMCU)
99.B8.2 Komplexbehandlung im Kindesalter in einer Intermediate-Care Unit (IMCU)

Zur Berechnung der Aufwandspunkte werden die SAPS II und NEMS oder PIM 2 Scores erhoben. Diese Scores werden **nicht** im Medizinischen Datensatz der Intensivstation abgebildet (Variablen 4.4.V02-4.4.V04).
Allfällige Beatmungsstunden (siehe Regel S1001c) auf IMCU werden **nur noch bis Ende 2014** im Medizinischen Datensatz der Intensivstation abgebildet (Variable 4.4.V01).

3 Zusatzinformationen zur CHOP

3.1 Information zu Hautplastiken, Débridement oder Destruktion von Hautläsion

Bei verschiedenen Hautprozeduren unterscheidet die CHOP zwischen gross- und kleinflächig. Bei diesem Interventionstyp ist die kleinflächige Lappenplastik auf 4 cm^2 oder 1cm^3 begrenzt. Wenn mehrere Behandlungen in derselben anatomischen Region (zum Beispiel der Hand) durchgeführt werden, müssen die verschiedenen Flächen addiert werden. Dies gilt nicht für mehrfache Eingriffe an verschiedenen Regionen

3.2 Doubletten bei Pacemakerimplantationen

Die Kodes 37.88.10 und 00.50.10, sowie 37.89.31 und 00.53.00 sind Doubletten.
Für die Kodierung und die sachgerechte Abgeltung sind zwingend 00.50.10 oder 00.53.00 abzubilden.

Die Kodes 37.94.03 und 00.51.10 sind keine Doubletten, der Unterschied liegt in der Fernüberwachung.

3.3 Singular und Plural in Klammern

Betrifft alle drei Sprachversionen
Für folgende Kodes (00.65.11 und 39.90.11 – 39.90.39) sollen die Mehrzahlen in Klammern gesetzt werden (Mikrostents → Mikrostent(s); Gefässstents → Gefässstent(s)).

Richtig:
00.65.11 Perkutanes transluminales Einsetzen von intrakraniellen vaskulären Mikrostent(s)

39.90.10 Einsetzen von Gefässstent(s) in nicht-kardiale Gefässe, bare Stents
39.90.11 Einsetzen von Gefässstent(s) in nicht-kardiale Gefässe, bioresorbierbare Stents
39.90.12 Einsetzen von Gefässstent(s) in nicht-kardiale Gefässe, Grosslumige Stents n.n.bez.
39.90.13 Einsetzen von Gefässstent(s) in nicht-kardiale Gefässe, Grosslumige Stents ungecovered
39.90.14 Einsetzen von Gefässstent(s) in nicht-kardiale Gefässe, Grosslumige Stents gecovered
39.90.15 Einsetzen von Gefässstent(s) in nicht-kardiale Gefässe, gecovered Stents (Stentgraft(s)) in nichtaneurysmatischen Gefässen
39.90.16 Einsetzen von Gefässstent(s) in nichtkardiale Gefässe, gecoverte Stent-Grafts mit bioaktiver Oberfläche
39.90.19 Einsetzen von Gefässstent(s) in nicht-kardiale Gefässe, sonstige Stents
39.90.30 Einsetzen von überlangen Stent(s) (>10 cm) in nichtkardiale Gefässe, n.n.bez.
39.90.31 Einsetzen von überlange bare Stent(s) (>10 cm) in nicht-kardiale Gefässe
39.90.32 Einsetzen von überlange covered Stent(s) (>10 cm) in nicht-kardiale Gefässe
39.90.39 Einsetzen von überlange Stent(s) (>10 cm) in nichtkardiale Gefässe, sonstige

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

3.4 02.41 Korrektur in den Zusatzinformationen des Kodes

Betrifft alle drei Sprachversionen

Unter dem Kode 02.41 „Spülung und Exploration eines Ventrikelshunts“ ist der Text „Wiederprogrammieren eines ventrikuloperitonealen Shunts“ dem falschen Item-Typ zugeordnet. Es ist keine ergänzende Beschreibung sondern ein Inklusivum. Das Wiederprogrammieren eines ventrikuloperitonealen Shunts ist in der Spülung und Exploration eines Ventrikelshunts inbegriffen. Wird nur ein Wiederprogrammieren eines ventrikuloperitonealen Shunts vorgenommen kann der Kode 02.41 nicht kodiert werden.

Richtig:

02.41 Spülung und Exploration eines Ventrikelshunts

Exploration des ventrikuloperitonealen Shunts an der ventrikulären Lokalisation

INKL. Wiederprogrammieren eines ventrikuloperitonealen Shunts

3.5 36.16 Übersetzungsfehler in der französischen Version

Betrifft nur die französische Version

Der deutsche Titel zu 36.16 „Zweifacher A. mammaria interna-Koronararterien Bypass“ ist richtig.

Der richtige französische Titel lautet : « Double pontage entre une artère mammaire interne et des artères coronaires ».

3.6 37.27 Exklusivum auf die Ablation mit Hilfe dreidimensionaler Mappingverfahren

Betrifft alle drei Sprachversionen

Unter dem Kode 37.27 Herz-Mapping ist ein Exklusivum auf den 37.34.14 Ablation mit Hilfe dreidimensionaler Mappingverfahren einzuführen.

Richtig:

37.27 Herz-Mapping

Kodiere ebenso: Jedes konkomittierende Verfahren

EXKL. *Aufzeichnungen des His-Bündels (37.29)*

Ablation mit Hilfe dreidimensionaler Mappingverfahren mit oder ohne Messung des Anpressdruckes (37.34.14)

3.7 37.34.14 Ablation mit Hilfe dreidimensionaler Mappingverfahren mit oder ohne Messung des Anpressdruckes

Betrifft alle drei Sprachversionen

Der Kode 37.34.14 ist für die Kodierung der Ablation mit Hilfe dreidimensionaler Mappingverfahren mit oder ohne der Messung des Anpressdruckes anzuwenden (wie im letzten Jahr). Das „und“ sollte somit nicht als „und/oder“ verstanden werden, sondern durch die Begriffe „mit oder ohne“ ersetzt werden.

Richtig: **37.34.14 Ablation mit Hilfe dreidimensionaler Mappingverfahren mit oder ohne Messung des Anpressdruckes**

3.8 39.71.14 und 39.71.15 Fehler in der Prothesenbenennung

Betrifft alle drei Sprachversionen

Die Rohrprothese unter den Kodes 39.71.14 und 39.71.15 ist nicht aortobiiliakal sondern aortal.

Richtig:

39.71.14 Endovaskuläre Implantation eines Grafts in Aorta abdominalis, Rohrprothese, aortal, ohne Fenestrierung oder Seitenarm

39.71.15 Endovaskuläre Implantation eines Grafts in Aorta abdominalis, Rohrprothese, aortal, mit Fenestrierung oder Seitenarm

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

3.9 78.49.86 und 78.49.87 Verwendung von humaner, demineralisierter Knochenmatrix - Ergänzung

Betrifft alle drei Sprachversionen

Die Titel der Kodes 78.49.86 und 78.49.87 sind mit „an der Wirbelsäule“ zu ergänzen.

Richtig:

78.49.86 Verwendung von humaner, demineralisierter Knochenmatrix an der Wirbelsäule, ohne Anreicherung mit Knochenwachstumszellen

78.49.87 Verwendung von humaner, demineralisierter Knochenmatrix an der Wirbelsäule, mit Anreicherung mit Knochenwachstumszellen

3.10 93.89.1 Copy-Paste Fehler im Titel

Betrifft nur die französische Version

Der Titel von 93.89.1 soll nur „Rééducation neurologique et neurochirurgicale précoce“ und nicht « Rééducation neurologique et neurochirurgicale précoce, 7 jours (minimum) à 13 jours (maximum) de traitement » heissen.

Richtig :

93.89.1 Rééducation neurologique et neurochirurgicale précoce

3.11 Deutsche Print-Version: Fehler in der Reihenfolge

Betrifft nur die deutsche Version

Bei 88.39.10

88.39.10 „Intraoperatives Röntgen“ erscheint am Ende des Abschnitts 88.39 „Sonstige und nicht bezeichnete Radiographie“, sollte aber nach 88.39.00 „Sonstige und nicht näher bezeichnete Radiographie, n.n.bez.“ erscheinen.

Bei 88.79.50

88.79.50 „Intraoperativer Ultraschall“ erscheint am Ende des Abschnitts 88.79 „Sonstiger diagnostischer Ultraschall“ sollte aber nach 88.79.41 „Endosonographie der weiblichen Geschlechtsorgane, transvaginal“ erscheinen.

Bei 96.5

96.5 „Sonstige nicht-operative Spülung und Reinigung“ erscheint fälschlicherweise am Ende des Abschnitts 96 „Nicht-operative Sondeneinlage und Spülung“ sollte im Druckbild aber vor dem Kode 96.56 „Sonstige Lavage von Bronchus und Trachea“ erscheinen.

3.12 99.07 Fehler im Titel und in der ergänzenden Beschreibung

Betrifft alle drei Sprachversionen

Der Titel wurde an Stelle der ergänzenden Beschreibung angepasst.

Richtig:

99.07 Transfusion von anderem Serum

Transfusion von Plasma (inkl. Fresh Frozen Plasma (FFP))

3.13 99.BA.12 Fehler im Titel

Betrifft die deutsche und französische Version

Beim Kode 99.BA.12 zur neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls in einem Stroke center fehlt die Angabe der Behandlungsdauer.

Richtig: **99.BA.12 Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls in Stroke Center (SC), mehr als 72 Stunden**

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

3.14 Anpassung der Mindestmerkmale der Kodes 99.BA.1, 99.BA.2 und 99.BA.3 zur neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls

Betrifft alle drei Sprachversionen

Folgende Kriterien für die Kodes zur neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls ersetzen diejenigen, die in der CHOP 2014 publiziert wurden.

99.BA.1 Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls in Stroke Center (SC)

Beachte:
Dieser Kode kann auch beim Vorliegen einer TIA (transitorische ischämische Attacke) angegeben werden.
Besteht über die Therapiemöglichkeiten der vorhandenen Schlaganfalleinheit hinaus die Indikation zu einer Behandlung auf der SGI-anerkannten Intensivstation, kann, wenn die Mindestmerkmale dieses CHOP-Kodes erfüllt sind, die dortige Behandlungszeit auch für die Kodierung der neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls berücksichtigt werden, auch wenn auf der Intensivstation nicht ausschließlich Patienten mit einem akuten Schlaganfall behandelt werden.

Beachte:
Mindestmerkmale:
Betreuung durch ein multidisziplinäres, auf die Schlaganfallbehandlung spezialisiertes Team unter fachlicher Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Neurologie. Behandlung in einer spezialisierten Einheit (Stroke Center (SC)) (gemäss Kriterien der Schweizerischen Hirnschlaggesellschaft) oder in einer SGI-anerkannten Intensivstation (gemäss Kriterien der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin SGI).
Richtlinien und Anforderungsprofile der Schweizerischen Hirnschlaggesellschaft an Stroke Units und Stroke Centers (Stand 12. 2012) sind folgendem Link zu entnehmen
http://www.neurovasc.ch/tl_files/Forschung/Publikationen/Anforderungsprofil_Richtlinien_smf-01293.pdf

Weitere Merkmale:
1.) Permanente (7d/24h) Anwesenheit eines Facharztes Neurologie oder eines Arztes in Weiterbildung zum Facharzt Neurologie. Tagsüber ist dieser Arzt ausschliesslich für die Betreuung der Schlaganfall-Patienten seiner Station verantwortlich, wobei er zusätzlich noch eingesetzt werden kann für die Beurteilung von Schlaganfallpatienten ausserhalb seiner Station, bei denen die Aufnahme in seine Station zur Diskussion steht. In der übrigen Zeit ist es zulässig, dass er noch weitere neurologische Patienten betreut, sofern sich diese in räumlicher Nähe zu seiner Station befinden, und sofern er jederzeit für die Schlaganfallpatienten seiner Station zur Verfügung steht.
2.) 7d/24h - Monitoring von mindestens 5 der folgenden Parameter: Blutdruck, Herzfrequenz, EKG, Atmung, Sauerstoffsättigung, Temperatur, invasive Blutdruckmessung, intrakranielle Druckmessung, EEG, evozierte Potentiale, Glucosespiegelbestimmung.
6-stündliche Überwachung und Dokumentation des neurologischen Befundes zur Früherkennung von Schlaganfallprogression, -rezidiv und anderen Komplikationen.
3.) Diagnostik Durchführung einer Computertomographie oder Kernspintomographie des Kopfes, mit jeweils Darstellung der Kopf-Halsarterien- innerhalb von 25 Minuten. Neurosonologische Untersuchungsverfahren extra-transkraniell innerhalb von 24 Stunden verfügbar.
Aetiologische Diagnostik und Differentialdiagnostik des Schlaganfalls (z.B. transösophageale Echokardiographie, Hämostaseologie, Angiitisdiagnostik, EEG und andere Verfahren) im eigenen Klinikum.
Neuropsychologische Abklärung innerhalb von 2 Arbeitstagen möglich.
4.)Akutbehandlung:
7d/24h unmittelbare Verfügbarkeit der intravenösen Thrombolyse. Notfallmässige Durchführung neurochirurgischer oder interventionell neuroradiologischer Eingriffe durch Fachärzte (gemäss Kriterien der SHG) in derselben Institution innerhalb von 90 min. Revaskularisation der Karotis (Endarterektomie oder Stenting durch qualifizierte Fachärzte (Kriterien gemäss SHG) innerhalb von 24 h.

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

5.) Unmittelbarer Beginn von Maßnahmen der Physiotherapie mit mindestens 1 Behandlungseinheit pro Tag (7d) sowie der Ergotherapie, und/oder Logopädie mit mindestens einer Behandlungseinheit pro Wochentag (Mo-Fr) bei Vorliegen eines entsprechenden Defizits.

99.BA.2 Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls in einer Stroke Unit (SU)

Beachte:
Hinweis: Dieser Kode kann auch beim Vorliegen einer TIA (transitorische ischämische Attacke) angegeben werden.
Besteht über die Therapiemöglichkeiten der vorhandenen Schlaganfalleinheit hinaus die Indikation zu einer Behandlung auf der SGI-anerkannten Intensivstation, kann, wenn die Mindestmerkmale dieses CHOP-Kodes erfüllt sind, die dortige Behandlungszeit auch für die Kodierung der neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls berücksichtigt werden, auch wenn auf der Intensivstation nicht ausschließlich Patienten mit einem akuten Schlaganfall behandelt werden.

Beachte:
Mindestmerkmale:
Betreuung durch ein multidisziplinäres, auf die Schlaganfallbehandlung spezialisiertes Team unter fachlicher Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Neurologie.
Behandlung in einer spezialisierten Einheit (Stroke Unit (SU)) oder in einer SGI-anerkannten Intensivstation (gemäss Kriterien der Schweizerischen Hirnschlaggesellschaft (SHG), respektive der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI)).
Richtlinien und Anforderungsprofile der Schweizerischen Hirnschlaggesellschaft an Stroke Units und Stroke Centers (Stand 12. 2012) sind folgendem Link zu entnehmen
http://www.neurovasc.ch/tl_files/Forschung/Publikationen/Anforderungsprofil_Richtlinien_smf-01293.pdf

Weitere Merkmale:
1. Die Behandlungsleitung wird durch einen Facharzt für Neurologie sichergestellt: 10-stündige Anwesenheit eines Neurologen im Spital während des Tages, der die SU-Patienten betreut, Nachts und am Wochenende ist ein Pickettdienst verfügbar, wobei der Facharzt für Neurologie jederzeit die Verantwortung trägt und bei Bedarf innert 35 min. beim Patienten präsent ist.
2. 7d/24h - Monitoring von mindestens 5 der folgenden Parameter: Blutdruck, Herzfrequenz, EKG, Atmung, Sauerstoffsättigung, Temperatur, Glucosespiegelbestimmung.
6-stündliche Überwachung und Dokumentation des neurologischen Befundes zur Früherkennung von Schlaganfallprogression, -rezidiv und anderen Komplikationen.
3. Durchführung einer Computertomographie(Spiral CT) oder Kernspintomographie des Kopfes mit jeweils Darstellung der Kopf-Halsarterien innerhalb von 25 min. Neurosonologische Untersuchungsverfahren extra-transkraniell innerhalb von 24 Std verfügbar. Aetiologische Diagnostik und Differentialdiagnostik des Schlaganfalls (z.B. transösophageale Echokardiographie, Hämostaseologie, Angiitisdiagnostik, EEG und andere Verfahren) innerhalb der Institution. Durchführung der zerebralen Angiographie in Kooperation mit SC 7d/24h gewährleistet.
4. Akutbehandlung: 7d/24h unmittelbare Verfügbarkeit der intravenösen Thrombolyse.
Verlegung innerhalb von 60 min. zur notfallmässigen Durchführung neurochirurgischer oder interventionell neuroradiologischer Eingriffe durch Fachärzte (gem. schriftlicher Vereinbarung zwischen SU und SC).
Karotisendarterektomie durchführbar in eigenem Zentrum oder gem. schriftlicher Vereinbarung in SC innerhalb 24 Std
5. Unmittelbarer Beginn von Maßnahmen der Physiotherapie mit mindestens 1 Behandlungseinheit pro Tag (7d) sowie der Ergotherapie, und/oder Logopädie mit mindestens einer Behandlungseinheit pro Wochentag (Mo-Fr) bei Vorliegen eines entsprechenden Defizits.

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

99.BA.3 Andere Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls im neurologischen Telekonsildienst

Beachte:
Dieser Kode kann auch beim Vorliegen einer TIA (transitorische ischämische Attacke) angegeben werden.

Beachte:
Mindestmerkmale: Betreuung durch ein spezialisiertes Team, unter fachärztlicher internistischer und/oder intensivmedizinischer Leitung mit Beizug eines neurologischen Telekonsildienstes.

Weitere Merkmale:
1. 24-Stunden-Monitoring von mindestens 4 der folgenden Parameter: Blutdruck, Herzfrequenz, EKG, Atmung, Sauerstoffsättigung, Temperatur. 6-stündige Überwachung und Dokumentation des neurologischen Befundes zur Früherkennung von Schlaganfallprogression, -rezidiv und anderen Komplikationen.
2. Durchführung einer Computertomographie (Spiral CT) oder Kernspintomographie des Kopfes mit jeweils Darstellung der Kopf-, Halsarterien bei Lyseindikation innerhalb von 60 min., ansonsten innerhalb von 6 Stunden nach der Aufnahme. Neurosonologische Untersuchungsverfahren (extra- und transkraniell) und EEG bei Bedarf verfügbar.
Ätiologische Diagnostik und Differentialdiagnostik des Schlaganfalls (z.B. transösophageale Echokardiographie, Hämostaseologie, Angiitisdiagnostik und andere Verfahren) innerhalb der Institution.
Durchführung der zerebralen Angiographie 7d/24h gewährleistet; im Hause oder in Kooperation mit SC/SU.
3. 7d/24h unmittelbare Verfügbarkeit der intravenösen Thrombolyse.
4. Unmittelbarer innerhalb von 24h Beginn von Massnahmen der Physiotherapie mit mindestens 1 Behandlungseinheit pro Tag (7d) sowie der Ergotherapie, und/oder Logopädie mit mindestens einer Behandlungseinheit pro Wochentag (Mo-Fr) bei Vorliegen eines entsprechenden Defizits.

4 Divers

4.1 ICD-10-GM 2014 - Deutsche Version

Bitte beachten sie, dass im Jahre 2015 die Diagnosen-Klassifikation ICD-10-GM 2014 gültig sein wird. Wir empfehlen ihnen, die Bestellungen für die deutsche Version in den Buchhandlungen schon jetzt zu machen.

Die französischen und italienischen Versionen werden vom BFS im Laufe 2014 zur Verfügung gestellt.

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