Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Statistik BFS

14 Gesundheit

Rundschreiben für Kodiererinnen und Kodierer 2024 Nr. 2

27. Juni 2024

Neuchâtel, 2024

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 2024 Wiedergabe unter Angabe der Quelle für nichtkommerzielle Nutzung gestattet
Inhalt:	Bereich Medizinische Klassifikationen		
Themenbereich:	14 Gesundheit		
Originaltext:	Deutsch		
Übersetzung:	Sprachdienste BFS		

1. Allgemeines

1.1. Gültige Kodierungsinstrumente

Ab 1. Juli 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~~
- Rundschreiben für Kodiererinnen und Kodierer: 2024 Nr. 2 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 Spitäler 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

Keine Änderungen im Vergleich zum Rundschreiben 2024 Nr.1

1.1.2. Rundschreiben und Anhang

Keine Änderungen im Unterkapitel 1.1.2 im Vergleich zum Rundschreiben 2024 Nr.1

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 von Patientinnen / Patienten und Angehörigen 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~~

Die Zusatzinformationen zum Kodierungshandbuch 2024, aus dem Rundschreiben 2024 Nr.1, sind weiterhin gültig.

3. Zusatzinformationen zur CHOP 2024

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

Die Zusatzinformationen zur CHOP 2024, aus dem Rundschreiben 2024 Nr. 1, sind weiterhin gültig.
Zusätzliche neue Korrekturen sind hier aufgeführt:

3.1. 00.99.11 und 00.99.12 Reoperationen

Betrifft alle Sprachversionen

Der Titel vom Kode 00.99.11 ist mit «arthroskopisch» zu ergänzen. Das Beachte unter dem Kode 00.99.11 ist leicht anzupassen. Der Zugang des neuen Eingriffs wird aus dem Titel des Kodes 00.99.12 gestrichen.
Falls ein Gebiet mittels einem anderen endoskopischen Zugang oder einem anderen Zugangsweg als die genannten vorbehandelt wurde ist weder der 00.99.11 noch der 00.99.12 zu verwenden. Die Bildung einer entsprechenden Resteklasse vom Typ «sonstige» ist für eine spätere CHOP-Version geplant.

00.99.11 Reoperation in einem bereits offen chirurgisch, thorakoskopisch, ~~und~~ laparoskopisch und arthroskopisch voroperierten Gebiet
Beachte: Zusatzkode für die ~~Wiedereröffnung eines Operationsgebietes~~ Reoperation zur Behandlung einer Komplikation, zur Durchführung einer Rezidivoperation oder zur Durchführung einer anderen Operation in diesem Operationsgebiet, sofern in den organspezifischen Kapiteln kein spezifischer Kode vorhanden ist.

00.99.12 ~~Offen chirurgische, thorakoskopische oder laparoskopische~~ Operation in einem bereits perkutan interventionell vorbehandelten oder bestrahlten Gebiet
[…]

3.2. 55.92 Perkutane Aspiration an der Niere – ergänzende Beschreibung und Exklusiva

Betrifft alle Sprachversionen

Als Pendant zum Exklusivum «Drainage durch Aspiration (55.92)» unter 55.0- «Nephrotomie und Nephrostomie» ist die ergänzende Beschreibung «Drainage durch Aspiration an der Niere» unter 55.92 aufzunehmen. Die «perkutan-transrenalen» Eingriffe sind dennoch nicht mit dem Kode 55.92 abzubilden. Um dies zu präzisieren sind die zwei unten aufgeführten Exklusiva aufzunehmen.

55.92 Perkutane Aspiration an der Niere (Nierenbecken)
Aspiration einer Nierenzyste
Nierenpunktion
Drainage durch Aspiration an der Niere
Exkl. Nephrotomie, perkutan-transrenal (55.01.10)
Nephrostomie, perkutan-transrenal (55.02.10)

3.3. 70.A2.22 «Deszensuschirurgie [Suspensionsoperation], zwei oder drei Kompartimente, laparoskopisch, mit Netz»

Betrifft nur die italienische Sprachversion

3.4. 81.A1.13 Langschaftprothese

Betrifft alle Sprachversionen

Bei den Kodes zur Erstimplantation oder Implantation bei Wechsel einer Sonderprothese des Hüftgelenks (81.51.12, 81.51.22) sind die «Beachte» wie folgt anzupassen. Eine achsengeführte Knie-Totalendoprothese ist implizit eine Langschaftprothese. Bei den Kodes 81.54.23 «Erstimplantation einer achsengeführten Totalendoprothese des Kniegelenks» und 81.54.33 «Implantation einer

achsengeführten Totalendoprothese des Kniegelenks bei einem Prothesenwechsel» ist der Zusatzkode 81.A1.13 «Langschaftprothese» somit nicht zu erfassen.

81.51.12 Erstimplantation einer Totalendoprothese des Hüftgelenks, Sonderprothese
Beachte: Bei den Sonderprothesen handelt es sich um Tumorprothesen~~,~~ und modulare Prothesen ~~und Langschaftprothesen~~. Der Prothesentyp ist mit einem Zusatzkode zu präzisieren.
Kod. eb.: Falls durchgeführt - Verwendung von patientenindividuell angepassten und gefertigten Implantaten und Schablonen (00.9A.6-)
Typ der Gelenksendoprothese (81.A1.1-)
[…]
81.51.22 Implantation einer Totalendoprothese des Hüftgelenks, Sonderprothese bei einem Prothesenwechsel
Beachte: Bei den Sonderprothesen handelt es sich um Tumorprothesen~~,~~ und modulare Prothesen ~~und Langschaftprothesen~~. Der Prothesentyp ist mit einem Zusatzkode zu präzisieren.
Kod. eb.: Falls durchgeführt - Verwendung von patientenindividuell angepassten und gefertigten Implantaten und Schablonen (00.9A.6-)
Typ der Gelenksendoprothese (81.A1.1-)
[…]
81.A1.1- Typ der Gelenksendoprothese
81.A1.11 Tumorendoprothese
Beachte: Tumorendoprothesen sind Sonderprothesen. Tumorendoprothesen bezeichnen ~~eine Sonderform der~~ Endoprothesen, die eine Überbrückung eines Knochendefekts sowie eine Rekonstruktion ermöglichen, nach Resektion von primären und sekundären malignen Knochentumoren. Der künstliche (metallische) Knochen- und Gelenkersatz entspricht der Länge und Dicke des entfernten Knochens.
81.A1.12 Modulare Prothese
Beachte: ~~Die modulare Prothese ist eine Sonderform der Endoprothese.~~ Modulare Prothesen sind Sonderprothesen. Sie ermöglich~~t~~en die Überbrückung eines Knochendefekts, der aufgrund einer Krankheit oder eines Traumas entstanden ist, mittels künstlichem (metallischem) Knochen- und Gelenkersatz.
Nicht als knöcherne Defektsituation betrachtet werden: - eine alleinige Osteoporose ohne pathologische Fraktur, - eine operationsbedingte Resektion eines gelenktragenden Anteils.
Der knöcherne Defekt muss an der knöchernen Struktur lokalisiert sein, an der der modulare Teil der Prothese implantiert wird.
Die gelenkbildende Komponente der modularen Endoprothese, d.h. die Komponente, die die Funktion der Prothese sicherstellt, besteht aus mindestens 3 metallischen Einzelbauteilen. Der Aufsteckkopf der Endoprothese zählt nicht zu den Einzelbauteilen.
81.A1.13 Langschaftprothese
Exkl. Kode weglassen - Erstimplantation einer achsengeführten Totalendoprothese des Kniegelenks (81.54.23)
Kode weglassen - Implantation einer achsengeführten Totalendoprothese des Kniegelenks bei einem Prothesenwechsel (81.54.33)

3.5. 85.2C.2-, 85.2C.3- Débridement an der Mamma

Betrifft nur die französische Version

3.6. 93.8A.2- und 93.8B.- Palliativmedizin – Aufnahme von «Exklusiva – Kode weglassen»

Betrifft alle Sprachversionen

Bei den Zusatzinformationen der Elementegruppe 93.8A.2-, der Subkategorie 93.8B.- und der Elementegruppe 93.8B.2- sind folgende «Exklusiva – Kode weglassen» aufzunehmen. In der französischen Sprachversion ist zusätzlich der Titel des Kodes 93.8B.27 zu korrigieren.
Zum Verständnis des Exklusivum – Kode weglassen bei Komplexbehandlungen s. Präzisierung 0756 im Anhang dieses Rundschreibens. Zudem wurde die Präzisierung 0757 «Informationen und Präzisierungen zur Palliative Care» ergänzt.

93.8A.2- Palliativmedizinische Komplexbehandlung, nach Anzahl Behandlungstage
Exkl.: Kode weglassen - Spezialisierte Palliative Care (93.8B.-)
[…]
93.8B.- Spezialisierte Palliative Care
Exkl.: Kode weglassen - Palliativmedizinische Komplexbehandlung, nach Anzahl Behandlungstage (93.8A.2-)
[…]

3.7. 93.59.5- und 99.84.- Anpassung der «Beachte»

Betrifft alle Sprachversionen

Zur klaren Abgrenzung der Elementegruppe 93.59.5- und der Subkategorie 99.84.- sind die «Beachte» wie folgt anzupassen. Zur Verdeutlichung wurde ebenfalls die Präzisierung 0758 im Anhang dieses Rundschreibens aufgenommen.

93.59.5- Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multiresistenten Erregern, nach Anzahl Behandlungstage
Inkl. Kontakt-, Tröpfchen- und Aerosolisolierung
Beachte:
A. Die Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multiresistenten Erregern beinhaltet die strikte Isolierung sowie die Schlüsselkomponenten der Swissnoso Empfehlungen.
[…]
Mindestmerkmal Punkt 1, Untersuchungen:
Durchführung von speziellen Untersuchungen inkl. mikrobiologischen Schnelltests zur Feststellung der Trägerschaft von multiresistenten Erregern oder der erfolgreichen Sanierung der Kolonisierung oder Infektion sowie zur Prävention einer Weiterverbreitung. Die Kodes der Elementegruppe 93.59.5- dürfen nur erfasst werden bei multiresistenten Erregern der ICD-10-GM-Kodes U80! - U82!. Bezieht sich v.a. auf die «Schlüsselkomponente 1: Richtlinien und Weisungen» und «Schlüsselkomponente 6: Surveillance und Ausbrüche» des Referenzdokuments «Strukturelle Mindestanforderungen für die Prävention und Bekämpfung von healthcare-assoziierten Infektionen (HAI) bei hospitalisierten Patientinnen und Patienten für Schweizer Akutspitäler».
[…]
[…]
99.84.1- Kontaktisolierung, nach Anzahl Behandlungstage
Kod. eb.: Falls durchgeführt - Aerosolisolierung, nach Anzahl Behandlungstage (99.84.3-)
Exkl. Kode weglassen - Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multiresistenten Erregern, nach Anzahl Behandlungstage (93.59.5-)
Beachte: Massnahmen bei Patientinnen / Patienten mit Verdacht auf oder Nachweis von infektiösen Krankheitserregern, welche über direkten oder indirekten Kontakt übertragen werden können. Diese Massnahmen erfüllen die Kriterien für die Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE] nicht.
Die Liste der Indikationen für diese Massnahmen wird von den Expertinnen / Experten für Spitalhygiene der jeweiligen Institution erstellt. ~~Sie umfasst unter anderem den Verdacht auf oder Nachweis von Kolonisation durch multiresistente Erreger.~~
Die Massnahmen umfassen:
- Unterbringung der Patientin / des Patienten in einem Einbettzimmer, oder in einer Zonenisolierung innerhalb eines Mehrbettzimmers, oder in einem Mehrbettzimmer mit anderen Patientinnen / Patienten, die die gleiche Indikation teilen [Kohortierung],
- Desinfektion von Untersuchungs- und Behandlungsräumen.
[…]
99.84.2- Tröpfchenisolierung, nach Anzahl Behandlungstage
Exkl. Kode weglassen - Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multiresistenten Erregern, nach Anzahl Behandlungstage (93.59.5-)
Beachte: Massnahmen bei Patientinnen / Patienten mit Verdacht auf oder Nachweis von über Tröpfchen übertragbaren Krankheitserregern. Diese Massnahmen erfüllen die Kriterien für die Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE] nicht.
Die Liste der Indikationen für diese Massnahmen wird von den Expertinnen / Experten für Spitalhygiene der jeweiligen Institution erstellt.

Die Massnahmen umfassen:
- Unterbringung der Patientin / des Patienten in einem Einbettzimmer, oder in einer Zonenisolierung innerhalb eines Mehrbettzimmers, oder in einem Mehrbettzimmer mit anderen Patientinnen / Patienten, die die gleiche Indikation teilen [Kohortierung],
- Desinfektion von Untersuchungs- und Behandlungsräumen

[….]

99.84.3- Aerosolisolierung, nach Anzahl Behandlungstage

Exkl. Kode weglassen - Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multiresistenten Erregern, nach Anzahl Behandlungstage (93.59.5-)

Beachte: Massnahmen bei Patientinnen / Patienten mit Verdacht auf oder Nachweis von über Aerosole übertragbaren Krankheitserregern. Diese Massnahmen erfüllen die Kriterien für die Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE] nicht.

Die Liste der Indikationen für diese Massnahmen umfasst Varizellen, disseminierten Herpes zoster, Masern, Tuberkulose; diese Liste kann von den Expertinnen / Experten für Spitalhygiene der jeweiligen Institution ergänzt werden, beispielsweise im Falle von sog. Emerging Infections.

Die Massnahmen umfassen:
- Unterbringung der Patientin / des Patienten in einem Einbettzimmer, vorzugsweise mit Unterdruckbelüftung,
- Tragen von speziellen Hochleistungsmasken,
- Komplette Desinfektion von Untersuchungs- und Behandlungsräumen nach jeder Patientin / jedem Patienten

4. Zusatzinformationen zur ICD-10-GM 2022

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

Die Zusatzinformationen zur ICD-10-GM 2022, aus dem Rundschreiben 2024 Nr. 1, sind weiterhin gültig.
Zusätzliche neue Korrekturen sind hier aufgeführt:

4.1. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19) – .6 Fehlender Kodierhinweis

Betrifft nur die französische und italienische Sprachversionen

5. Anhang

5.1. Informationen und Präzisierungen

Das aktuelle Rundschreiben enthält alle, ab 1. Juli 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.

0756 01.07.2024 «Exklusivum – Kode weglassen» bei Komplexbehandlungen
In der Einleitung der CHOP im Abschnitt «Technische Bemerkungen zur CHOP» - «Zusatzinformationen» steht
[…]
Ein «Exklusivum - Kode weglassen» hingegen, schliesst die gemeinsame Kodierung von zwei Kodes zum Zeitpunkt X für die Lokalisation Y aus.
Beispiel: Da eine Rektumresektion bereits Teil einer totalen Proktokolektomie ist, wird unter der 3-stelligen Kategorie 48.6- «Sonstige Rektumresektion» ein «Exklusivum - Kode weglassen» aufgeführt: EXKL. «Kode weglassen - Kolektomie und Proktokolektomie (45.8-)».
[…]

Für Komplexbehandlungen ist zu ergänzen:
Besteht ein «Exklusivum – Kode weglassen» zwischen zwei Komplexbehandlungen, so ist die zeitgleiche Kodierung beider Komplexbehandlungen nicht erlaubt. Erfolgen die zwei Komplexbehandlungen zeitlich versetzt, können beide Komplexbehandlungen erfasst werden.
Beispiel: «Exklusiva – Kode weglassen» zwischen 93.8A.2- «Palliativmedizinische Komplexbehandlung, nach Anzahl Behandlungstage» und 93.8B.- «Spezialisierte Palliative Care». Wird eine spezialisierte Palliative Care während zwei Wochen durchgeführt, darf nicht gleichzeitig in diesen zwei Wochen eine palliativmedizinische Komplexbehandlung erfasst werden.

Diagnostische Verfahren, die Bedingung für die Komplexbehandlung sind bzw. Teil von dieser sind, werden nicht zusätzlich kodiert. Hier gibt das «Exklusivum – Kode weglassen» einen grundsätzlichen Ausschluss an. Ausnahme: «Kodiere ebenso» oder Angaben zur gesonderten Kodierung in den Mindestmerkmalen sind vorhanden.
Beispiel: «Exklusiva – Kode weglassen» unter 93.8A.1- «Palliativmedizinische Assessment», die auf 93.8A.2- und 93.8B.- verweisen. Wird eine palliativmedizinische Komplexbehandlung oder eine spezialisierte Palliative Care durchgeführt ist das palliativmedizinische Assessment nicht zusätzlich zu kodieren.

0757 01.07.2024 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».

0757/1 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 Kodes 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.

0757/2 Therapiebereiche

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

[…]

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

c) Ärztliche Leistung, Pflege 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 Elementegruppen 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 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 0757/3, 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.

0757/3 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.

0757/4 Fallzusammenführung und PBA

Bei einer Fallzusammenführung mit palliativmedizinischer Komplexbehandlung im ersten Fall ist nach der Rückkehr der Patientin / des Patienten das PBA zu aktualisieren (d.h. nicht, dass es vollständig erneut durchgeführt werden muss. Es kann auch nur dokumentiert werden, dass die Werte des vorherigen PBAs weiter gelten.).

0758 01.07.2024 93.59.5- «Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multiresistenten Erregern, nach Anzahl Behandlungstage»

0758/1 Berechnung der Aufenthaltstage für Kodes der Elementegruppe 93.59.5-

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.

0758/2 Abgrenzung 93.59.5- und 99.84.1-, 99.84.2-, 99.84.3-

Unter den Elementegruppen 99.84.1- «Kontaktisolierung, nach Anzahl Behandlungstage», 99.84.2- «Tröpfchenisolierung, […]» und 99.84.3- «Aerosolisolierung, […]» ist folgendes «Exklusivum – Kode weglassen» angegeben:

Exkl. «Kode weglassen - Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multiresistenten Erregern, nach Anzahl Behandlungstage (93.59.5-)».

Dies bedeutet, dass die zeitgleiche Kodierung von 93.59.5- und 99.84.1-, 99.84.2-, 99.84.3- nicht gestattet ist. Werden 99.84.1-, 99.84.2-, 99.84.3- zeitlich versetzt erbracht zur 93.59.5- können die Kodes im gleichen Fall erfasst werden. Die Erfassung von 99.84.1-, 99.84.2-, 99.84.3- darf nie für das gleiche Zeitintervall wie 93.59.5- erfolgen.

0759 01.07.2024 Lateralitätsmarkierung

Die Angabe der Lateralität ist nur bei paarigen Organen ein Muss (entsprechende Kennzeichnung in der CHOP mit «[L]» in der PDF-Datei oder «Lateral» in der CSV-Datei). Bei nicht paarigen Organen oder Körperteilen «kann» die Lateralität erfasst werden, «muss» aber nicht.

0760 01.07.2024 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 1: Ein «Transfer auf die Toilette» könnte im Rahmen des Pflegeinterventionsprofils 1.1 der Leistungsgruppe 1 «Bewegung» oder im Rahmen des Pflegeinterventionsprofils 3.1 der Leistungsgruppe 3 «Ausscheidung» geleistet werden. Wenn die Aktivität unter der Leistungsgruppe 1 erfasst wird, darf sie nicht zusätzlich bei der Leistungsgruppe 3 erfasst werden, oder umgekehrt. Die Aktivität darf nur einem der zwei Pflegeinterventionsprofile zugeordnet werden.

Beispiel 2: Eine «Hygienemassnahme» könnte im Rahmen des Pflegeinterventionsprofils 2.1 der Leistungsgruppe 2 «Körperpflege» oder im Rahmen des Pflegeinterventionsprofils 3.1 der Leistungsgruppe 3 «Ausscheidung» geleistet werden. Wenn die Aktivität unter der Leistungsgruppe 2 erfasst wird, darf sie nicht zusätzlich bei der Leistungsgruppe 3 erfasst werden, oder umgekehrt. Die Aktivität darf nur einem der zwei Pflegeinterventionsprofile zugeordnet werden.

0761 01.07.2024 Auflistung von Massnahmen in den Komplexbehandlungen oder Komplexdiagnostiken

In den Beachte zu den Komplexbehandlungen oder Komplexdiagnostiken angegebene Auflistungen, die auf Sätze folgen im Sinne von «Einsatz von mindestens x Therapiebereichen» oder «Mindestens x der folgenden Massnahmen», bedeuten, dass mindestens x verschiedene der aufgelisteten Therapiebereiche oder Massnahmen zum Einsatz kommen. Der Einsatz / die Durchführung von x-mal der gleichen Massnahme / des gleichen Therapiebereichs erfüllt die Mindestanforderungen nicht.
Beispiel: Unter 99.A6.- «Neurologische Komplexdiagnostik» wird im «Beachte» folgende Auflistung aufgeführt:

Beachte: *[…]*
mind. 3 der folgenden Massnahmen:
- *LP (Liquorentnahme über Lumbalpunktion),*
- *craniale und spinale MRI,*
- *funktionelle Bildgebung (z. B. PET, SPECT),*
- *Diffusion Imaging, Perfusion Imaging*
- *volumetrische und morphometrische Bildanalyse,*
- *elektrophysiologische (neurophysiologische) Diagnostik,*
- *neurosonologische/psychologische/psychiatrische Diagnostik,*
- *neuropsychologische Diagnostik,*
- *Elektroenzephalographie [EEG] (mobiles Langzeit-EEG über mindestens 24 Stunden oder mehr und polygraphisches Nachtschlaf-EEG und video- und radiotelemetriertes elektroenzephalographischem Monitoring über mindestens 4 Stunden und Orthostase-EEG)*

Wird dreimal ein EEG durchgeführt ohne zwei weitere der aufgelisteten Massnahmen sind die Mindestmerkmale nicht erfüllt und ein Kode der Subkategorie 99.A6.- kann nicht erfasst werden.
Werden hingegen ein craniales MRI, eine neurophysiologische Diagnostik sowie ein mobiles Langzeit-EEG über mindestens 24 Stunden durchgeführt mit Erfüllen der anderen Mindestmerkmale, kann ein Kode der Subkategorie 99.A6.- erfasst werden.

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 Präzisierung 0763 wurde im Anhang des Rundschreibens 2024 Nr. 2 ersatzlos gestrichen.

~~**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»**~~

Die Präzisierung 0764 wurde im Anhang des Rundschreibens 2024 Nr. 2 ersetzt durch die Präzisierung 0758.

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

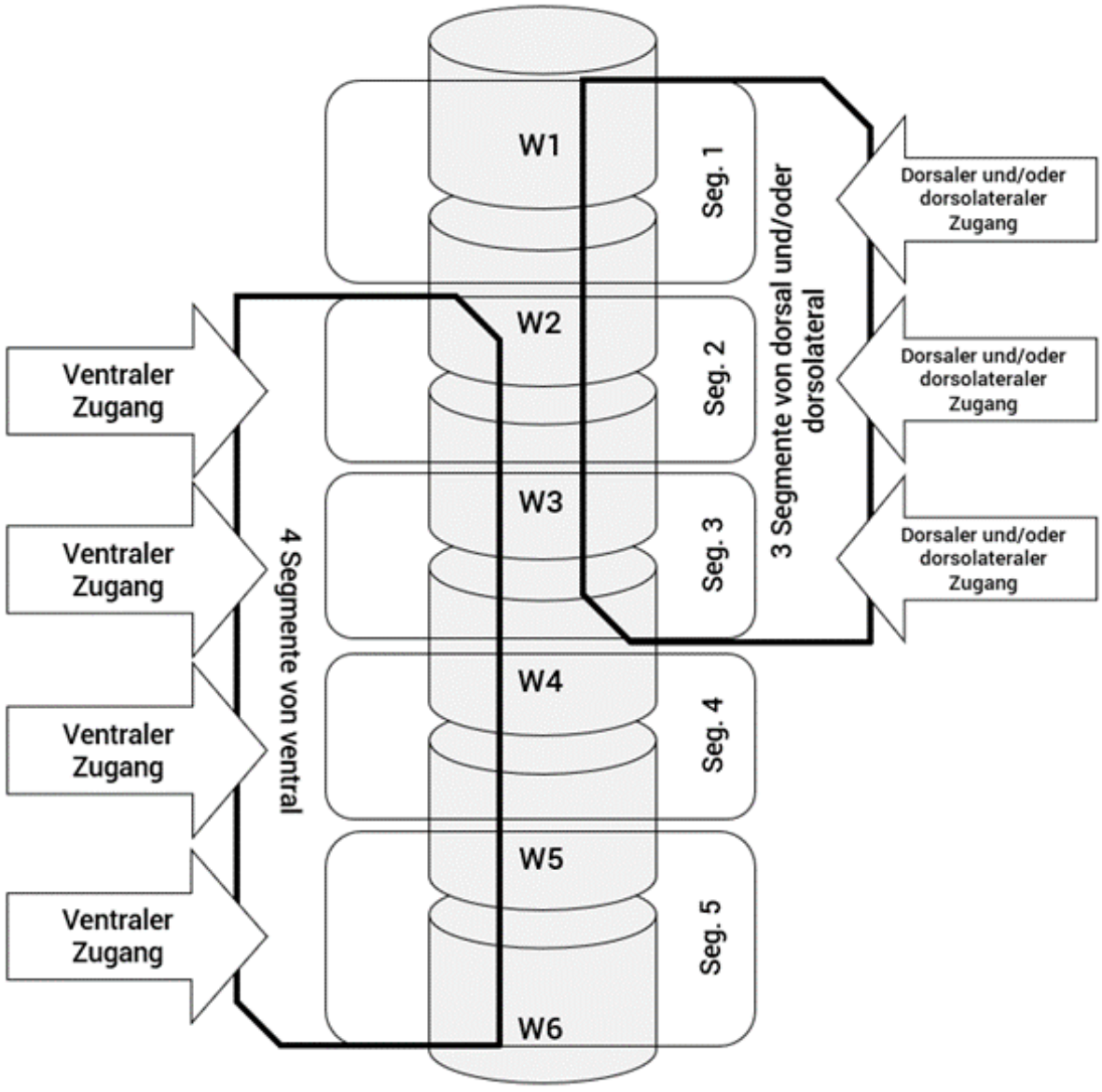
In der CHOP gibt es keine spezifischen Kodes für den Schaftwechsel bei einer inversen Schultergelenk-Endoprothese. Bis zur Bildung von spezifischen Kodes sind für das Entfernen des Schafts der Kode 80.01.09 «Arthrotomie zur Prothesenentfernung an der Schulter, sonstige» und für die Implantation (bei einem Wechsel) der Kode 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 Kode anzugeben, sowie die gesamte Anzahl der Segmente, die von ventral operiert wurden mit einem anderen Kode. Zusätzlich wird der Zusatzkode 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 Kode für drei Segmente «dorsal und dorsolateral» sowie ein Kode für vier Segmente «ventral» erfasst. Zusätzlich wird der entsprechende Kode der Subkategorie 7A.B4.- «Summe der operierten Segmente der Wirbelsäule» für fünf Segmente kodiert.



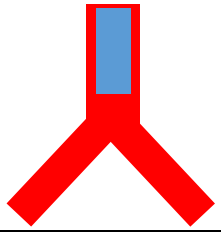
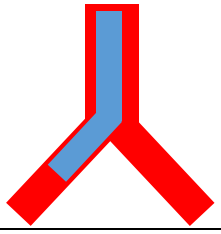
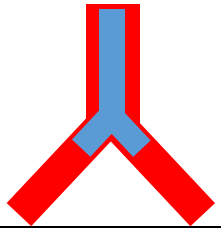
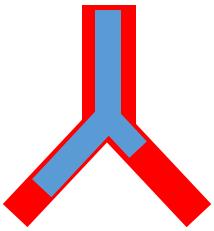
0767 01.01.2024 Erfassen des 39.78.5- «Ende der untersten Stent-Grafts [Stent-Prothesen]»

Bei den Kodes 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 Zusatzkodes 39.78.5- «Ende der untersten Stent-Grafts [Stent-Prothesen]» anzugeben, wie der Stent-Graft endet.

Die Elementegruppe 39.78.5- umfasst drei Zusatzkodes:

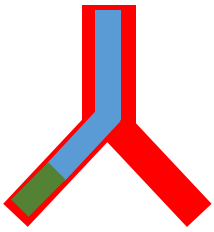
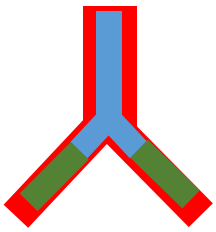
- 39.78.51 «Ende des untersten Stent-Grafts [Stent-Prothese], aortal»
- 39.78.52 «Ende des untersten Stent-Grafts [Stent-Prothese], aortomonoiliakal»
- 39.78.53 «Ende der untersten Stent-Grafts [Stent-Prothesen], aortobiiliakal»

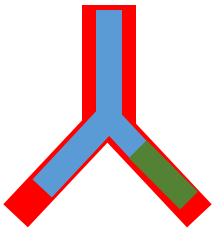
In der folgenden Tabelle wurde die Bedeutung des jeweiligen Zusatzkodes graphisch dargestellt.

39.78.51 «aortal»	39.78.52 «aortomonoiliakal»	39.78.53 «aortobiiliakal»
		
		

Die aortomonoiliakal oder aortobiiliakal 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 Kodes 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 «aortobiiliakal»
	
Kodierung: • 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)	Kodierung: • Ein Kode aus 39.71.- oder 39.73.4- (nur ein Ast der Y-Prothese gilt als Öffnung) • 39.78.53 • Zwei Kodes aus 39.7A.1- und/oder 39.7A.2- falls Öffnung (Öffnung nicht eingezeichnet)

	39.78.53 «aortobiiliakal»
	
	Kodierung: • 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 Kodes 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 Zusatzkodes aus der Subkategorie 00.4A.- «Anzahl verwendeter endovaskulärer Coils» und 00.4G.- «Einsetzen von Gefässverschlusskörpern» zur Verfügung.
Die Zusatzkodes der Elementegruppen 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 Zusatzkodes. Die Kodes unter 00.4G.- sind für Embolie-Protektionssysteme nicht zu verwenden.

Der Zusatzkode 39.E1 «Verwendung eines Embolie-Protektionssystems» ermöglicht die Erfassung von periinterventionellen Embolie-Protektionssystemen.
Die Kodes 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 Zusatzkodes erfassen:

- 39.75.17 «Perkutan-transluminale Thrombektomie, sonstige Gefässe»
- 00.4B.13 «PTKI an Lungengefässen»
- Zutreffende Zusatzkodes der Elementegruppe 00.4F.2- «Einsatz von kathetergeführten Thrombus- und Fremdkörperentfernungs-Systemen, 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**~~

Die Präzisierung 0770 wird im Rundschreiben 2024 Nr. 2 durch die Präzisierung 0760 ersetzt.

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

Bei Aufenthalten 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 Kodes BA.x0 «[…], mit weniger als 300 Therapieminuten pro Woche» stehen für diese Fälle zur Verfügung.

~~**0774 01.01.2023 Informationen und Präzisierungen zur Palliative Care**~~

Die Präzisierung 0774 wird im Rundschreiben 2024 Nr. 2 durch die Präzisierung 0757 ersetzt.

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.

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.

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 Kode-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 Kode-Nummer genannt. Der Inhalt des Referenzdokuments gilt dennoch für die neue Kode-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 Kodes 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 Kodes 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 prostatische 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.

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, langzeitig 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 Hemiendoprothese 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 viszeralen 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. Stentgrafts

Die Angabe der Kodes 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 «Kodiere 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 viszeralen 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 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 viszeralen 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 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 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 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 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 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 implantieren 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 «Endarteriektomie 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 Kode 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 Zusatzkode 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 Zusatzkode 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 Kode 36.08.22 «Implantation perkutan-transluminal von Stents mit Medikamentenfreisetzung, in mehreren Koronararterien»
Der angebrachte Kode der Subkategorie 39.75.- «Perkutan-transluminale Gefässintervention, sonstige Gefässe»
Einmal der Kode 39.B1.G1 «(Perkutan-)transluminale Implantation von Stents ohne Medikamentenfreisetzung, Arterien vom Oberschenkel»
Und der Kode 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 Kode 36.08.22 «Implantation perkutan-transluminal von Stents mit Medikamentenfreisetzung, in mehreren Koronararterien»

Zu erfassen sind am Tag Y:
Der angebrachte Kode der Subkategorie 39.75.- «Perkutan-transluminale Gefässintervention, sonstige Gefässe»
Einmal der Kode 39.B1.G1 «(Perkutan-)transluminale Implantation von Stents ohne Medikamentenfreisetzung, Arterien vom Oberschenkel» und der Kode 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 Kodes 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.

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

Folgende Tabelle präzisiert die Kodierung von Eingriffskode und Zusatzkode 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**	**Zusatzkode**	**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 Eingriff vom Typ B am Finger des 3. Strahls der rechten Hand	Kode des Eingriffs vom Typ A	Einseitig Links	Kein Kode		
		Kode des Eingriffs vom Typ B	Einseitig Rechts			
Fall 3	Eingriff vom Typ A am Finger des 2. Strahls der linken Hand Eingriff vom Typ B an der Mittelhand, 2. Strahl der linken Hand	Kode des Eingriffs vom Typ A	Einseitig Links	Kein Kode		
		Kode des Eingriffs vom Typ B	Einseitig Links			
Fall 4	Eingriff vom Typ A an Fingern des 2. und 3. Strahls der linken Hand Eingriff vom Typ B am Finger, des 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
		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)-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 Kode «Subchondrale Knocheneröffnung am …Gelenk mit Einbringen eines azellulären Implantats, arthroskopisch» oder mit dem Kode «Subchondrale Knocheneröffnung am …Gelenk mit Einbringen eines azellulären Implantats, offen chirurgisch» abzubilden. Die Kodes der Elementegruppen 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 Kodes 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 Kode der Subkategorie 54.98.- «Peritonealdialyse» darf auch dann kodiert werden, wenn der Patient/-in diese selbstständig durchführt. Die dazu benötigten Materialien, wie zum Beispiel Spülflüssigkeit usw., müssen dabei von der stationären Abteilung zur Verfügung gestellt werden.

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 Kode aus Kapitel 7 abgebildet. Gibt es einen präzisen Kode, 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 Kodes abgebildet.

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

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

0941 01.12.2012 ABO/AB0 Suchbegriff

Bei der informatischen Stichwortsuche nach Blutgruppen-assoziierten Kodes 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 Kodes 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»)

.