



Rundschreiben für Kodiererinnen und Kodierer: 2018 / Nr. 1

1. Allgemeines

1.1. Grundlagen

Zur Kodierung aller stationären Aufenthalte der Spitäler und Kliniken (einschliesslich Rehabilitations-, Psychiatrie- und Spezialkliniken) mit Austritt ab 1. Januar 2018 gelten:

- das Kodierungshandbuch Version 2018
- dieses Rundschreiben Nr. 1 von 2018 mit Anhang

Die Kodierungsrichtlinien, die im Kodierungshandbuch Version 2018 veröffentlicht sind, müssen zwingend auf alle (Medizinischen) Informationen 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) haben keine Gültigkeit.

Neu: Einführung der Tarifstruktur im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie (TARPSY) am 1. Januar 2018

Gemäss Artikel 49 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung, ist für die Abgeltung stationärer Leistungen der Psychiatrie ein nationales einheitliches Tarifsystem mit Leistungsbezug anzuwenden.

Im Rahmen der Einführung des neuen Tarifsystems werden verschiedene Anpassungen der Kodierungsinstrumente (z.B. Klassifikationen und Kodierrichtlinien) vorgenommen. So wurden in diesem Kontext schon die HoNOS- und HoNOSCA Einstufungen in der Schweizer Operationsklassifikation (CHOP) Version 2017 aufgenommen (Kodes 94.A- HoNOS und HoNOSCA). In der Version 2018 wurden mehrere Änderungen in der Kategorie 94.- «Auf die Psyche bezogene Massnahmen» vorgenommen. Konkrete Beispiele betreffend psychiatrische Diagnosen und Behandlungen wurden im medizinischen Kodierungshandbuch Version 2018 integriert. Für die Psychiatrie gelten die **offiziellen Kodierrichtlinien der Schweiz**.

1.2. Gültige Klassifikationen

Die gültigen Klassifikationen ab 1. Januar 2018 sind die ICD-10-GM 2016 und die CHOP 2018. Es steht in der Verantwortung der Kodierer, den Inhalt der Klassifikationen zu kennen und Änderungen und Neuerungen der verschiedenen Versionen zu berücksichtigen.

Achtung: 2019/2020 wird in der Schweiz mit der ICD-10-GM 2018 kodiert.

Da Deutschland 2018 schon auf die ICD-10-GM 2018 wechselt, bestellen Sie bitte rasch die deutschsprachige 2018er Version in einer Buchhandlung (nicht beim BFS erhältlich), bevor sie vergriffen ist.

1.3. Referenzversionen

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

1.4. Rundschreiben und Anhang

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

Die Publikationszeitpunkte der Rundschreiben und deren Anhang sind:

- Rundschreiben für Kodierer und Kodiererinnen, 2018 / Nr. 1: 31. Dezember 2017: anzuwenden bei Fällen mit Austrittsdatum ab 1. Januar 2018
- Rundschreiben für Kodierer und Kodiererinnen, 2018 / Nr. 2: 30. Juni 2018: anzuwenden bei Fällen mit Austrittsdatum ab 1. Juli 2018.

1.5. Anfragen zur Kodierung

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

Kodierungsunstimmigkeiten und Revisionsfälle sind **mit vollständiger und anonymisierter Patientendokumentation, Argumentation und Kodierung beider Parteien** an Codelnfo@bfs.admin.ch zu senden (**mit Kopie** an die andere Partei).

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

Bei **Anfragen ohne Dokumentation oder mit ungenügender Dokumentation** werden wir keine Empfehlung mehr abgeben.

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

1.6. Vorabinformation

In Anlehnung an «*The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3)*», finden aktuell Arbeiten statt zur Anpassung der Definition der Sepsis in der Schweiz. Bei einem erfolgreichen Abschluss dieser Arbeiten werden die neuen Definitionen für die Diagnose Sepsis ab 01.01.2019 eingeführt.

Zur Information finden Sie die Sepsis-3 Kriterien für die Erwachsenen unter folgendem Link: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2492881>. Kriterien für Kinder befinden sich aktuell in Evaluation.

2. Zusatzinformationen zum Kodierungshandbuch 2018

2.1. Korrektur Kennzeichen S1001

Betrifft nur die französische Sprachversion. Siehe Circulaire 2018 Nr 1 FR

3. Zusatzinformationen zur CHOP 2018

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

3.1. Analogiekodierung

- Flow diverter

Am 30.11.2017 wurde in Absprache mit dem BFS von der SwissDRG AG eine Analogiekodierung publiziert. Diese Analogiekodierungen sind bis zum Zeitpunkt der Etablierung differenzierter Codes über ein ordentliches Antragsverfahren verbindlich und einheitlich anzuwenden. Diese sind ab Veröffentlichung gültig und für allfällige Kodierrevisionen relevant.

<https://www.swissdrg.org/de/akutsomatik/swissdrg-system-70/analogiekodierung>

3.2. Korrekturen in der Einleitung der CHOP

Betrifft nur die deutsche Sprachversion.

Kap. 1 Operationen am Nervensystem (01-05), S. VI

Injektion von Anästhetikum und Analgetikum, Spalte 1

Der Zusatz «in den Spinalkanal» ist im folgenden Satz zu streichen:

Ein Inklusivum «Infiltration und Infusion von Anästhetikum und Analgetikum ~~in den Spinalkanal~~» bei den betroffenen Subkategorien, resp. Elementgruppen verdeutlicht, dass mit den Codes zur Injektion auch die Infiltration und Infusion abgebildet werden kann.

Kap. 14 Operationen an den Bewegungsorganen (76-84), S. IX - X

Knochen transplantation, S. IX, Spalte 1

Bei der Aufzählung der Aufgliederung in Absatz 2 ist bei der ergänzenden Beschreibung «gefässgestielt» zu ergänzen:

Bei jeder bestehenden Lokalisation wurden die Codes wie folgt aufgegliedert: [...] mehrere spezifische Codes [...] «Knochen transplantation, gefässgestielt ohne mikrovaskulärer Anastomose» mit der ergänzenden Beschreibung «Knochen transposition **gefässgestielt**», [...].

Teilarthrodese des Handgelenkes, S. IX, Spalte 2

Der korrekte Code für die Arthrodese am Radiokarpalgelenk, Teilarthrodese ist der 81.25.21. Daher ist im folgenden Satz 81.25.12 durch 81.25.21 zu ersetzen:

Der 81.25.- wurde differenziert in die Codes 81.25.11 «Arthrodese am Radiokarpalgelenk, vollständig» und **81.25.21** «[...], Teilarthrodese» mit der ergänzenden Beschreibung «Radio-scapho(-lunär) Arthrodese».

Abstandshalter, S. X, Spalte 2

Der korrekte Code für das Entfernen von Spacer ist der 84.57. Daher ist im folgenden Satz 81.57 durch 84.57 zu ersetzen.

Korrekt ist: Das Entfernen von Spacer wird weiterhin mit dem Code **84.57** abgebildet.

Kap. 16 Verschiedene diagnostische und therapeutische Massnahmen (87-99), Rehabilitation, Seite XI, Spalte 1 oben:

Rehabilitation, S. XI, Spalte 2

Im Mindestmerkmal Punkt 4, ist «Behandlungstage» durch «Behandlungsteam» zu ersetzen sowie die Subkategorie 93.86.- zu ergänzen.

Korrekt lautet der Satz: «**Mindestmerkmal Punkt 4, Behandlungsteam**» der Subkategorie 93.86.- «**Fachübergreifende Frührehabilitation, nach Anzahl der Behandlungstage**» wurde gemäss Kommunikation im Rundschreiben 2017 / Nr. 1 angepasst.»

Psychiatrie, S. XII, Spalte 1

Im folgenden Satz ist die Angabe der Kode-Nummer 94.39.21 zu ergänzen.

Die existierenden Codes 94.39.20 «Psychosomatische und psychotherapeutische Komplexbehandlung» und **94.39.21** «Integrierte klinisch-psychosomatische Komplexbehandlung» wurden gestrichen.

Kapitelübergreifende Korrekturen

Zeitaufgliederung, S. XIII, Spalte 2

Im folgenden Satz wurde fälschlicherweise Variante 2 statt Variante 1 angegeben.

Bei der Variante 1 war das Problem, dass z. B. beim Kode mit dem Intervall 8-14 Behandlungstage, eine ganze Woche plus eine Fraktion der zweiten Woche das Mindestkriterium bildeten für die Erfassung dieses Kodes.

3.3. Fehlende «Complement»-Markierung

In den CSV-Dateien CHOP 2018 systematisches Verzeichnis, resp. CHOP 2018 Multilang, fehlt bei folgenden Kodes die «Complement»-Markierung:

zcode	Item-type	text	codable
Z00.9A.60	T	Verwendung von patientenindividuell angepassten und gefertigten Implantaten, n.n.bez.	complement
Z00.9A.63	T	Intraoperative Anwendung von präoperativ mittels 3D-Bildgebung individuell gefertigter Schablonen zur Navigation (beinhaltet: Schnitt, Bohrung, Positionierung)	complement
Z00.9A.69	T	Verwendung von patientenindividuell angepassten und gefertigten Implantaten, sonstige	complement

3.4. Fehlendes Inklusivum unter 04.81.25

Betrifft nur die deutsche Sprachversion.

Das Inklusivum für «Bildgebende Verfahren» ist wie folgt zu ergänzen:

04.81.25 Injektion von Anästhetikum und Analgetikum an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven, zur Schmerztherapie, sonstige Wirbelsäulenlokalisation, mit bildgebenden Verfahren (BV)

INKL. Bildgebende Verfahren, z.B. Computertomographie, Fluoroskopie oder Sonographie

3.5. Ergänzung Inklusivum unter 39.72.13

Betrifft alle Sprachversionen.

Der Kode 39.72.13 ist mit folgendem Inklusivum zu ergänzen:

39.72.13 Selektive Embolisation von intrakraniellen Gefässen durch Flow-Diverter

INKL. Intraaneurysmaler Flow-Diverter

3.6. Titelkorrektur 52.93.20

Betrifft nur die italienische Sprachversion. Siehe Circolare 2018, n 1

3.7. Korrektur der Links unter 94.A1.- HoNOS und 94.A2.- HoNOSCA

Betrifft nur die deutsche Sprachversion.

Der Link auf die Referenzdokumente in den Mindestmerkmalen der Subkategorien 94.A1.- und 94.A2.- ist wie folgt zu korrigieren:

- 94.A1 HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales)
Note: Mindestmerkmal Punkt 0, Referenzdokument:
Vorgaben zur Erfassung des HoNOS für die Tarifstruktur TARPSY : Skala, Glossar und Ratingkonventionen. Version 1.1 / 02.11.2016 unter
<https://www.swissdr.org/de/psychiatrie/datenerhebung/medizinische-statistik>
- 94.A2 HoNOSCA (Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents)
Mindestmerkmal Punkt 0, Referenzdokument: Vorgaben zur Erfassung des HoNOSCA für die Tarifstruktur TARPSY : Skala, Glossar und Ratingkonventionen. Version 1.1 / 02.11.2016 unter
<https://www.swissdr.org/de/psychiatrie/datenerhebung/medizinische-statistik>

3.8. Pflege-Komplexbehandlung 99.C1.- Beachte und Anhang

Betrifft alle Sprachversion.

Das Mindestmerkmal Punkt 7, Interne Verlegung wird gestrichen. Es zählen die Leistungen, die auf der jeweiligen Abteilung erbracht werden.

99.C1 Pflege-Komplexbehandlung, nach Aufwandspunkten

[...]

~~Mindestmerkmal Punkt 07, Interne Verlegung:~~

~~Bei internen Verlegungen der Fälle von allgemeinen Pflegestationen auf nicht allgemeine Pflegestationen (IPS, IMC, Stroke Unit usw.) dürfen die Punkte am Verlegungstag nicht erfasst werden.~~

~~Bei internen Verlegungen der Fälle von nicht allgemeinen Pflegestationen (IPS, IMC, Stroke Unit usw.) auf allgemeine Pflegestationen dürfen die Punkte am Verlegungstag erfasst werden.~~

[...]

Im Anhang zur Pflege-Komplexbehandlung «Leistungsgruppe 4: Wundmanagement» werden die Angabe zu «Messkriterium / Mindestanforderung» wie folgt ersetzt:

4	Leistungsgruppe 4: Wundmanagement	Pflegeinterventionsprofil	Messkriterium / Mindestanforderung	Aufwandspunkte pro Tag
4.1	Deutlich erhöhter Pflegeaufwand für mindestens ein Pflegeinterventionsprofil der Leistungsgruppe Wundmanagement gegenüber den routinemässig erbrachten Pflegeinterventionen.	Systematisches Wundmanagement, bestehend aus: - Wunddiagnose und -klassifikation, Wunddauer, -lokalisierung, -grösse, -rand, -umgebung, -grund, -exsudation, -geruch, Entzündungszeichen, Schmerzen - Wundbehandlung: Wundreinigung und/oder Wunddesinfektion und Wundaufgaben und/oder Auflagenfixierung - systematischer Evaluation des Wundheilungsprozesses	mindestens 60 Min. pro Tag	1

3.9. Streichen der Subkategorie AA.12.- Functional Independence Measure™ (FIM®)

Die Subkategorie AA.12.- «Functional Independence Measure™ (FIM®)» ist aus der CHOP 2018 zu streichen. Sämtliche Zusatzinformationen und Tochtercodes der Subkategorie AA.12.- sind somit zu löschen.

~~AA.12—Functional Independence Measure™ (FIM)~~

~~EXKL.—Kode weglassen—Erweiterter Barthel-Index (EBI) (AA.11.-)~~

~~Kode weglassen—Spinal Cord Independence Measure (SCIM) (AA.32.-)~~

~~Beachte—Punkt 0, Referenzdokument:~~

~~Für die Erfassung des FIM gelten die Vorgaben des Handbuchs "The FIM System® Clinical Guide Version 5.2" der Firma UDSMR bzw. dessen Auszug des ANQ vom 10/2013.~~

~~Punkt 1, Anwendung:~~

~~Folgende Codes werden nur erfasst bei stationären Patienten einer Abteilung für Rehabilitation.~~

~~Punkt 2, Kurzbeschreibung:~~

~~FIM (Functional Independence Measure™) bildet den Grad der Unabhängigkeit des Patienten bei der Verrichtung von Alltagsfunktionen ab, strukturiert nach den Katalogen von ANQ (Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken) bzw. den ergänzenden Informationen des DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information) zum ICD-10-GM.~~

~~Punkt 3, Erfassung:~~

~~Die Codes sind bei Eintritt innerhalb von 3 Tagen, und während des gesamten stationären Rehabilitationsaufenthalts jeweils am gleichen Wochentag wie der Eintritt (So. = Fr. Toleranz +1 Tag, Sa. Toleranz +2 Tage) zu erfassen.~~

~~Jedes Kriterium ist unterteilt in 7 Schweregrade, wobei 1 «Vollständige Hilfestellung» und 7 «Vollständige Unabhängigkeit» bedeutet.~~

~~Die Stufen sind genau nach den Definitionen des FIM abzubilden.~~

~~AA.12.1—FIM 1, Essen und Trinken~~

~~AA.12.11—FIM 1, Score 1~~

~~AA.12.12—FIM 1, Score 2~~

~~AA.12.13—FIM 1, Score 3~~

~~AA.12.14—FIM 1, Score 4~~

~~AA.12.15—FIM 1, Score 5~~

~~AA.12.16—FIM 1, Score 6~~

~~AA.12.17—FIM 1, Score 7~~

~~AA.12.2—FIM 2, Körperpflege~~

~~AA.12.21—FIM 2, Score 1~~

~~AA.12.22—FIM 2, Score 2~~

~~AA.12.23 FIM 2, Score 3~~
~~AA.12.24 FIM 2, Score 4~~
~~AA.12.25 FIM 2, Score 5~~
~~AA.12.26 FIM 2, Score 6~~
~~AA.12.27 FIM 2, Score 7~~
~~AA.12.3 FIM 3, Baden, Duschen und Waschen~~
~~AA.12.31 FIM 3, Score 1~~
~~AA.12.32 FIM 3, Score 2~~
~~AA.12.33 FIM 3, Score 3~~
~~AA.12.34 FIM 3, Score 4~~
~~AA.12.35 FIM 3, Score 5~~
~~AA.12.36 FIM 3, Score 6~~
~~AA.12.37 FIM 3, Score 7~~
~~AA.12.4 FIM 4, Ankleiden Oberkörper~~
~~AA.12.41 FIM 4, Score 1~~
~~AA.12.42 FIM 4, Score 2~~
~~AA.12.43 FIM 4, Score 3~~
~~AA.12.44 FIM 4, Score 4~~
~~AA.12.45 FIM 4, Score 5~~
~~AA.12.46 FIM 4, Score 6~~
~~AA.12.47 FIM 4, Score 7~~
~~AA.12.5 FIM 5, Ankleiden Unterkörper~~
~~AA.12.51 FIM 5, Score 1~~
~~AA.12.52 FIM 5, Score 2~~
~~AA.12.53 FIM 5, Score 3~~
~~AA.12.54 FIM 5, Score 4~~
~~AA.12.55 FIM 5, Score 5~~
~~AA.12.56 FIM 5, Score 6~~
~~AA.12.57 FIM 5, Score 7~~
~~AA.12.6 FIM 6, Intimpflege~~
~~AA.12.61 FIM 6, Score 1~~
~~AA.12.62 FIM 6, Score 2~~
~~AA.12.63 FIM 6, Score 3~~
~~AA.12.64 FIM 6, Score 4~~
~~AA.12.65 FIM 6, Score 5~~
~~AA.12.66 FIM 6, Score 6~~
~~AA.12.67 FIM 6, Score 7~~
~~AA.12.7 FIM 7, Harnkontinenz~~
~~AA.12.71 FIM 7, Score 1~~
~~AA.12.72 FIM 7, Score 2~~
~~AA.12.73 FIM 7, Score 3~~
~~AA.12.74 FIM 7, Score 4~~
~~AA.12.75 FIM 7, Score 5~~
~~AA.12.76 FIM 7, Score 6~~
~~AA.12.77 FIM 7, Score 7~~
~~AA.12.8 FIM 8, Stuhlkontinenz~~
~~AA.12.81 FIM 8, Score 1~~
~~AA.12.82 FIM 8, Score 2~~
~~AA.12.83 FIM 8, Score 3~~
~~AA.12.84 FIM 8, Score 4~~
~~AA.12.85 FIM 8, Score 5~~
~~AA.12.86 FIM 8, Score 6~~

~~AA.12.87 FIM 8, Score 7~~
~~AA.12.9 FIM 9, Transfer ins Bett, auf Stuhl oder Rollstuhl~~
~~AA.12.91 FIM 9, Score 1~~
~~AA.12.92 FIM 9, Score 2~~
~~AA.12.93 FIM 9, Score 3~~
~~AA.12.94 FIM 9, Score 4~~
~~AA.12.95 FIM 9, Score 5~~
~~AA.12.96 FIM 9, Score 6~~
~~AA.12.97 FIM 9, Score 7~~
~~AA.12.A FIM 10, Transfer auf Toilettensitz~~
~~AA.12.A1 FIM 10, Score 1~~
~~AA.12.A2 FIM 10, Score 2~~
~~AA.12.A3 FIM 10, Score 3~~
~~AA.12.A4 FIM 10, Score 4~~
~~AA.12.A5 FIM 10, Score 5~~
~~AA.12.A6 FIM 10, Score 6~~
~~AA.12.A7 FIM 10, Score 7~~
~~AA.12.B FIM 11, Transfer in Dusche oder Badewanne~~
~~AA.12.B1 FIM 11, Score 1~~
~~AA.12.B2 FIM 11, Score 2~~
~~AA.12.B3 FIM 11, Score 3~~
~~AA.12.B4 FIM 11, Score 4~~
~~AA.12.B5 FIM 11, Score 5~~
~~AA.12.B6 FIM 11, Score 6~~
~~AA.12.B7 FIM 11, Score 7~~
~~AA.12.C FIM 12, Gehen oder Rollstuhlfahren~~
~~AA.12.C1 FIM 12, Score 1~~
~~AA.12.C2 FIM 12, Score 2~~
~~AA.12.C3 FIM 12, Score 3~~
~~AA.12.C4 FIM 12, Score 4~~
~~AA.12.C5 FIM 12, Score 5~~
~~AA.12.C6 FIM 12, Score 6~~
~~AA.12.C7 FIM 12, Score 7~~
~~AA.12.D FIM 13, Treppensteigen~~
~~AA.12.D1 FIM 13, Score 1~~
~~AA.12.D2 FIM 13, Score 2~~
~~AA.12.D3 FIM 13, Score 3~~
~~AA.12.D4 FIM 13, Score 4~~
~~AA.12.D5 FIM 13, Score 5~~
~~AA.12.D6 FIM 13, Score 6~~
~~AA.12.D7 FIM 13, Score 7~~
~~AA.12.E FIM 14, Verstehen~~
~~AA.12.E1 FIM 14, Score 1~~
~~AA.12.E2 FIM 14, Score 2~~
~~AA.12.E3 FIM 14, Score 3~~
~~AA.12.E4 FIM 14, Score 4~~
~~AA.12.E5 FIM 14, Score 5~~
~~AA.12.E6 FIM 14, Score 6~~
~~AA.12.E7 FIM 14, Score 7~~
~~AA.12.F FIM 15, Sich Ausdrücken~~
~~AA.12.F1 FIM 15, Score 1~~
~~AA.12.F2 FIM 15, Score 2~~

~~AA.12.F3 FIM 15, Score 3~~
~~AA.12.F4 FIM 15, Score 4~~
~~AA.12.F5 FIM 15, Score 5~~
~~AA.12.F6 FIM 15, Score 6~~
~~AA.12.F7 FIM 15, Score 7~~
~~AA.12.G FIM 16, soziales Verhalten~~
~~AA.12.G1 FIM 16, Score 1~~
~~AA.12.G2 FIM 16, Score 2~~
~~AA.12.G3 FIM 16, Score 3~~
~~AA.12.G4 FIM 16, Score 4~~
~~AA.12.G5 FIM 16, Score 5~~
~~AA.12.G6 FIM 16, Score 6~~
~~AA.12.G7 FIM 16, Score 7~~
~~AA.12.H FIM 17, Problemlösen~~
~~AA.12.H1 FIM 17, Score 1~~
~~AA.12.H2 FIM 17, Score 2~~
~~AA.12.H3 FIM 17, Score 3~~
~~AA.12.H4 FIM 17, Score 4~~
~~AA.12.H5 FIM 17, Score 5~~
~~AA.12.H6 FIM 17, Score 6~~
~~AA.12.H7 FIM 17, Score 7~~
~~AA.12.I FIM 18, Gedächtnis~~
~~AA.12.I1 FIM 18, Score 1~~
~~AA.12.I2 FIM 18, Score 2~~
~~AA.12.I3 FIM 18, Score 3~~
~~AA.12.I4 FIM 18, Score 4~~
~~AA.12.I5 FIM 18, Score 5~~
~~AA.12.I6 FIM 18, Score 6~~
~~AA.12.I7 FIM 18, Score 7~~

Die Exklusiva mit Verweis auf FIM® unter folgenden Subkategorien sind ebenfalls zu streichen.

AA.11 Erweiterter Barthel-Index (EBI)

EXKL. ~~Kode weglassen - Functional Independence Measure™ (FIM) (AA.12.-)~~
Kode weglassen - Spinal Cord Independence Measure (SCIM) (AA.32.-)

AA.32 Spinal Cord Independence Measure (SCIM)

EXKL. Kode weglassen - Erweiterter Barthel-Index (EBI) (AA.11.-)
~~Kode weglassen - Functional Independence Measure™ (FIM) (AA.12.-)~~

4. ANHANG

4.1. Informationen und Präzisierungen (ehemalig FAQ genannt)

Das aktuelle Rundschreiben enthält **alle** ab 1. Januar 2018 gültigen «Informationen und Präzisierungen».

Beschreibung der Nummerierung

Die «Informationen und Präzisierungen» sind aufsteigend aufgelistet, wobei die neuesten oder aktualisierten Informationen, die tiefste Nummer tragen.

Z.B.: 0999 (Nummer) 1.1.2012 (gültig seit/ab)
0998 1.1.2012
...
0852 01.07.2017, usw.

0845 01.01.2018 Kollagenmatrix zur autologen Chondrozytentransplantation oder als azelluläres Implantat

Wird bei einer subchondralen Knocheneröffnung eines Gelenks eine native Kollagenmatrix (d.h. ohne autologe kultivierte Chondrozyten) eingebracht, ist, in Abhängigkeit vom Zugang, der Eingriff mit dem Code «Subchondrale Knocheneröffnung am ...Gelenk mit Einbringen eines azellulären Implantats, arthroskopisch» oder «Subchondrale Knocheneröffnung am ...Gelenk mit Einbringen eines azellulären Implantats, offen chirurgisch» zu verwenden. Die Codes 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 Codes 81.9A.3C «Autogene matrixinduzierte Chondrozytentransplantation an Gelenken, Kniegelenk, arthroskopisch » bzw. 81.9A.4C «Autogene matrixinduzierte Chondrozytentransplantation an Gelenken, Kniegelenk, offen chirurgisch» sind in diesem Fall nicht zu verwenden.

0846 01.01.2018 Erfassung eines CIRS Totalscore von null

Wird bei der Erhebung des Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) ein Totalscore von 0 erreicht, so ist dieser mit dem Code AA.21.11 «CIRS, 1-4 Totalscore» abzubilden.

0847 01.01.2018 Einführung der Tarifstruktur (TARPSY) und Kodierrichtlinien

Im Rahmen der Einführung des neuen Tarifsystems (TARPSY) muss beachtet werden, dass die Regeln, die in den offiziellen Kodierrichtlinien der Schweiz beschrieben sind, dieselben sind.

Wie z.B. Regel D04 «Kodes mit Ausrufezeichen («!»)»:

Beispiel

F11.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide

+

U69.3-! Sekundäre Schlüsselnummern für die Art des Konsums psychotroper Substanzen bei durch diese verursachten psychischen und Verhaltensstörungen

sofern zutreffend.

0848 01.01.2018 Kodierung der Assessments in der Rehabilitation

Werden für einen Rehabilitationsfall Codes der Kategorie AA-«Messinstrumente für die Rehabilitation» erfasst, so sind die entsprechenden ICD-10-GM-Kodes ebenfalls zu erfassen. Genauer gesagt sind hier folgende ICD-10-GM Kategorien gemeint: U50.- «Motorische Funktionseinschränkung» und U51.- «Kognitive Funktionseinschränkung».

0849 01.01.2018 Informationen und Präzisierungen zur Palliative Care

Folgende Präzisierungen betreffen die Elementgruppen 93.8A.2- «Palliativmedizinische Komplexbehandlung, nach Anzahl Behandlungstagen» und 93.8A.3- «Spezialisierte Palliative Care, nach Anzahl Behandlungstagen». Sie wurden in einer intensiven Zusammenarbeit zwischen der «Arbeitsgruppe Tarife Palliative Care» (AG Tarife) von palliative.ch und den Versicherer Vertretern tarifsuisse ag und curafutura erarbeitet. Weiterführende Informationen zur Palliativmedizin finden Sie auf der Internetseite der Schweizerischen Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung, www.palliative.ch.

0849/1: Palliativmedizinische Basisassessments

93.8A.2-: Mindestmerkmal Punkt 2, Eintrittsabklärung, Assessment:
Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA).

93.8A.3-: Mindestmerkmal Punkt 2, Eintrittsabklärung, Assessment:
a) Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) inklusive Erfassung von Komplexität und Instabilität.
[...]

Ist SENS ebenfalls ein standardisiertes palliativmedizinisches Basisassessment (PBA)?

Mit dem SENS-Assessment werden folgende Bereiche der Palliativversorgung abgedeckt: Symptommanagement, Entscheidungsfindung/ End of Life Vorbereitung, Netzwerk-Organisation, Support der Angehörigen. SENS integriert alle Themenbereiche der gängigen Ziele, Definitionen und Modelle. Somit ist auch ein dokumentiertes SENS-Assessment als standardisiertes palliativmedizinisches Basisassessment für die Codes 93.8A.2- und 93.8A.3- anzuerkennen.

Kann ein einzelnes Assessmentinstrument als palliativmedizinisches Basisassessment zählen?

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

0849/2: Therapiebereiche

93.8A.2-: Mindestmerkmal Punkt 3, Behandlungsteam und Therapie:
[...]
c) Arzt, Pflege und mindestens zwei der oben genannten Therapiebereiche kommen insgesamt mindestens 6 Stunden pro Behandlungswoche (7 Kalendertage) zum Einsatz, zu deren Leistungen gehören auch dokumentierte Patienten-, Angehörigen- und Familiengespräche, die von allen hier aufgeführten Berufsgruppen erbracht werden können. Die erbrachten Leistungen erfolgen in patientenbezogenen, unterschiedlichen Kombinationen.

93.8A.3-: Mindestmerkmal Punkt 3, Therapie:
[...]
b) Arzt, Pflege und mindestens zwei der unter Mindestmerkmal Punkt 4c aufgeführten Therapiebereiche kommen insgesamt mindestens 6 Stunden pro Behandlungswoche (7 Kalendertage) zum Einsatz, zu deren Leistungen gehören auch dokumentierte Patienten-, Angehörigen- und Familiengespräche, die von allen hier aufgeführten Berufsgruppen erbracht werden können. Die erbrachten Leistungen erfolgen in patientenbezogenen, unterschiedlichen Kombinationen. [...]

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

1. Die Aufzählung der Therapiebereiche (Sozialarbeit/-pädagogik, Psychologie, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Ernährungsberatung/-therapie, Seelsorge, Kunsttherapie) ist sowohl für 93.8A.2- als 93.8A.3- abschliessend.

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

0849/3: Teambesprechung

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

Wöchentliche interprofessionelle Teambesprechung mit Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele.

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

Wöchentliche interprofessionelle Teambesprechung mit Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele.

Was ist unter wöchentlicher interprofessioneller Teambesprechung zu verstehen?

Die wöchentliche interprofessionelle Teambesprechung bei der palliativmedizinischen Komplexbehandlung und der spezialisierten Palliative Care ist wie folgt zu verstehen: «**wöchentlich**» ist struktur- und nicht patientenbezogen. Das bedeutet, dass im klinischen Betrieb mindestens einmal pro Woche eine interprofessionelle Teambesprechung stattfindet.

Beispiel:

Der Patient ist 10 Tage hospitalisiert (von Montag der Woche 1 bis Mittwoch der Woche 2). Der Patient tritt am Mittwoch der 2. Woche aus oder verstirbt. Die Teambesprechungen finden jeweils donnerstags statt. Für die 2. Woche ist das strukturbezogene Mindestmerkmal ebenfalls erfüllt.

Unter «**interprofessionell**» ist zu verstehen, dass im Minimum Arzt, Pflege und eine weitere Berufsgruppe an der Teambesprechung teilnehmen.

0849/4 Zählen der Behandlungstage

Erst nach der Durchführung des palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zählen die Behandlungstage. Lässt der Zustand des Patienten die abschliessende Erhebung des PBA nicht zu, ist dies zu dokumentieren.

0850 01.01.2018 Definition der Aktivierend- und begleitend-therapeutischen Pflege (ABTP)

Die aktivierend- und begleitend-therapeutische Pflege (ABTP) ist eine zielgerichtete – über das Mass der kompensatorischen Pflege hinausreichende – Aktivierung der Patienten mit dem Fokus auf die Förderung der Ressourcen

des Patienten. Die ABTP findet unter Fachleitung einer Pflegefachperson mit anerkannter Qualifikation statt und wird von einer diplomierten Pflegefachperson verantwortet und durchgeführt.

Die ABTP beinhaltet Anleitung, Begleitung und Beratung zum Selbstmanagement der Patienten. Die zeitlichen Anforderungen für diese Pflegeinterventionen/-Massnahmen überschreiten dabei das übliche Mass von Pflegeinterventionen/-Massnahmen; ABTP ist innerhalb der Organisationsstruktur eingeplant.

Im Eintritts-Assessment (innerhalb von 3 Tagen nach Aufnahme) werden die Pflegediagnosen/Pflegeschwerpunkte, Pflegeziele/gewünschte Patientenergebnisse und Pflegeinterventionen der ABTP gemäss Referenzdokument festgelegt und dokumentiert. Die ABTP Interventionen belaufen sich kumuliert auf mindestens 60 Minuten pro 24 Stunden. Die Planung, Durchführung und die Ergebnisse der Pflegeinterventionen sind dokumentiert. Die ABTP ist Bestandteil der wöchentlichen Teambesprechung.

Im „Referenzdokument ABTP“ sind die Mindestmerkmale zur Fachleitung und zu ABTP sowie zu Assessment, Pflegediagnosen/Pflegeschwerpunkten, Pflegezielen/gewünschten Patientenergebnissen und Pflegeinterventionen beschrieben.

Pflegeaufwand ausserhalb der ABTP muss gesondert z.B. in der Pflegekomplexbehandlung codiert werden.

Pflegeinterventionen, die bereits im Rahmen der ABTP erbracht wurden, dürfen nicht nochmals kodiert werden wie z.B. in der Pflegekomplexbehandlung.

Obenstehende Definition ist dem Dokument „2017 12 05 ABTP-CHOP Definition und Referenzdokument DE“ Version vom 5.12.2017 unter folgendem Link www.sbk-asi.ch/chop-abtp entnommen.

0851 01.01.2018 Geriatrische Akutrehabilitation, nach Anzahl Behandlungstage 93.89.9-

Folgende Präzisierungen betreffen die Elementgruppe 93.89.9- «Geriatrische Akutrehabilitation, nach Anzahl Behandlungstage».

0851/1 Beginn der geriatrischen Akutrehabilitation und zählen der Behandlungstage

Als Behandlungstag gilt jeder Tag, an dem mindestens ein Bestandteil der im CHOP 93.89.9- genannten Merkmale (Teambesprechung, aktivierend-therapeutische Pflege, Einsatz der Therapiebereiche) einzeln oder in Kombination erbracht wurde. Behandlungstage sind darum alle Tage ab Beginn des ersten dokumentierten Assessments.

Das Assessment muss innerhalb von 4 Tagen abgeschlossen sein. Lässt der Zustand des Patienten die Erhebung einzelner Assessmentbestandteile in diesem Zeitfenster nicht zu, ist dies zu dokumentieren. Wenn der Zustand des Patienten es erlaubt, ist die Erhebung nachzuholen. Folgt die geriatrische Rehabilitation auf einen chirurgischen Eingriff, kann der Operationstag nicht als geriatrisch akutrehabilitativer Behandlungstag gezählt werden.

0851/2 Kann eine geriatrische Akutrehabilitation auch bei Isolationspflichtigen Patienten durchgeführt werden?

Die Notwendigkeit einer Isolation schliesst die Durchführung einer geriatrischen Akutrehabilitation nicht aus, da diese auch in einem isolationsentsprechendem Einzelzimmer durchgeführt werden kann.

0851/3 Wie definiert sich das Anstellungsverhältnis der fachärztlichen Behandlungsleitung eines Schwerpunktträgers Geriatrie (FMH)?

Der Schwerpunktträger Geriatrie (FMH) muss überwiegend in der leistungserbringenden geriatrischen Einheit tätig sein, d.h. dieser kann die fachärztliche Behandlungsleitung nicht gleichzeitig in einem anderen Spital oder sich in enger Nähe zueinander befindenden Standorten innehaben.

0852 01.07.2017 Beachte zur Regel D07 Geplante Folgeeingriffe

Beachte bei einer Narbenrevision:

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

0853 01.07.2017 Transseptale Katheterpunktion

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

0854 01.07.2017 83.63 Plastische Rekonstruktion der Rotatorenmanschette

Reparation einer Sehne

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

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

Latissimus dorsi Transfer zur Rekonstruktion einer Rotatorenmanschette

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

0855 01.07.2017 54.98.- Peritonealdialyse

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

0856 01.07.2017 Kodierung

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

0858 01.07.2017-31.12.2017 Informationen und Präzisierungen zur Palliative Care

Diese Präzisierung wird ab 01.01.2018 ersetzt durch Nr. 0849.

0864 01.07.2016 Bebeutelung Neugeborene

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

0869 01.01.2016 Revisionseingriffe ohne Implantat-Wechsel

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

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

0871 01.01.2016 CHOP: Definition «endovaskulär»

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

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

Beispiele für endovaskuläre Interventionen sind:

- Ballondilatation (PTA)
- Rotationsatherektomie
- Einlage eines Endograft
- Einlage eines Stents
- Einbringen eines Stentgrafts

0872 01.01.2016 J80.- Atemnotsyndrom des Erwachsenen (ARDS)

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

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

0879 01.07.2015 39.99.21 Operationen bei kongenitaler Anomalie des Aortenisthmus (Stenose) oder bei unterbrochenem Aortenbogen

Eine offene Operation einer kongenitalen Aortenisthmusstenose wird je nach Methode mit einem präzisen Kode aus Kapitel 7 abgebildet. Gibt es einen präzisen Kode, wird *39.99.21* nicht kodiert.

0881 01.07.2015 81.0- Spondylodese

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

0882 01.07.2015 84.80.- Einsetzen von interspinösen Implantaten

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

0889 01.01.2015 Präzisierung ECMO und Zusatzentgelt

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

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

0891 01.01.2015 Hüftimpingement

Die Resektion der CAM-Pathologie wird kodiert mit:

80.85.10 Arthroskopische lokale Exzision oder Destruktion einer Gelenkkläsion an der Hüfte

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

Die Resektion der Pincer-Pathologie wird kodiert mit:

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

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

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

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

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

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

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

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

0900 01.07.2014 Arteria subclavia

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

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

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

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

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

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

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

0910 01.12.2013 93.57.11 / 93.57.12 Dauer VAC Verband

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

0915 01.10.2013 Knochenersatzmaterial

- unter 78.0 : Knochen humaner oder tierischer Herkunft
- unter 84.55 : künstliches (synthetisches) Knochenersatzmaterial.

Für die Kodierung von Knochenersatzmaterialien ist folgendes zu beachten:

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

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

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

Beachte:

- 1) Der Kode *78.49.89 Knochentransplantation und Verwendung von Knochenersatzmaterial an der Wirbelsäule, sonstige* bildet beide Kategorien ab.
- 2) Zusatzkode *00.90.- Art des Gewebetransplantats*, falls notwendig.

0939 01.01.2013 Kodierung von Spannungsblasen

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

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

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

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

0941 1.12.2012 ABO / AB0 Suchbegriff

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

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

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

0944 01.11.2012 Zystadenom Ovar

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

0952 01.10.2012 S06.- Schädelhirntrauma (SHT)

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

0955 01.09.2012 Osteophytenresektion bei Arthrodese

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

0971 01.06.2012 84.6 Ersetzen von Discus vertebralis

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

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

2010 92.24 Teleradiotherapie mit Photonen

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

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

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

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

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

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

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