Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Statistik BFS
Abteilung Gesundheit und Soziales

Rundschreiben für Kodiererinnen und Kodierer: 2018 / Nr. 2

1. Allgemeines

1.1. Grundlagen

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

- das Kodierungshandbuch Version 2018
- das Rundschreiben Nr. 1 von 2018 ~~mit Anhang~~
- das Rundschreiben Nr. 2 von 2018 **mit Anhang**

Keine Änderungen in den weiteren Abschnitten von 1.1 Grundlagen.

1.2. Gültige Klassifikationen

Keine Änderung im Vergleich zum Rundschreiben Nr. 1 2018.

1.3. Referenzversionen

Keine Änderung im Vergleich zum Rundschreiben Nr. 1 2018.

1.4. Rundschreiben und Anhang

Keine Änderung im Vergleich zum Rundschreiben Nr. 1 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 CodeInfo@bfs.admin.ch zu senden.

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

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

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

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

Bitte beachten Sie das Schreiben zur Einschränkung der Aufgaben im Kodierungssekretariat unter folgendem Link https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/nomenklaturen/medkk.html.

1.6. Vorabinformation

Keine Änderung im Vergleich zum Rundschreiben Nr. 1 2018.

2. Zusatzinformationen zum Kodierungshandbuch 2018

Die Zusatzinformationen zum Kodierungshandbuch 2018 aus dem Rundschreiben 2018 Nr. 1 sind weiterhin gültig.

3. Zusatzinformationen zur CHOP 2018

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

Die Zusatzinformationen zur CHOP 2018 aus dem Rundschreiben 2018 Nr. 1 sind weiterhin gültig, mit Ausnahme von:
- 3.1. «Analogiekodierung» ersetzt durch 3.1. des Rundschreibens 2018 Nr. 2

Zusätzliche neue Korrekturen sind hier aufgenommen.

3.1. Analogiekodierung

- Flow diverter
- Entfernung von Zytokinen durch Adsorber

Am 30.11.2017 und am 05.04.2018 wurden in Absprache mit dem BFS von der SwissDRG AG obenstehende Analogiekodierungen publiziert. Diese Analogiekodierungen sind bis zum Zeitpunkt der Etablierung differenzierter Kodes 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. Rekonstruktion an den Kreuzbändern

Betrifft alle Sprachversionen.
Unter der Subkategoire 81.45.- «Sonstige Rekonstruktion an den Kreuzbändern» ist folgendes Inklusivum aufzunehmen.

81.45 Sonstige Rekonstruktion an den Kreuzbändern
INKL. Sehnenentnahme

3.3. Débridement an einem Muskel

Betrifft alle Sprachversionen.
Zur Klarstellung der Kodierung des Débridements am Muskel sind unter der Subkategorie 83.45.- « Sonstige Myektomie» folgende Änderungen aufzunehmen:

83.45 Sonstige Myektomie

Débridement an einem Muskel~~, n.n.bez.~~

~~Skalenektomie~~

[…]

83.45.10 Sonstige Myektomie, Kopf und Hals

Skalenektomie

[…]

3.4. Leberkomplexbehandlung – Korrektur in den Mindestmerkmalen

Betrifft alle Sprachversionen.
Der Mindestmerkmal Punkt 2 des 99.B1.- «Leberkomplexbehandlung, nach Anzahl Behandlungstage» ist wie folgt zu korrigieren.

99.B1 Leberkomplexbehandlung, nach Anzahl Behandlungstage

[…]

Mindestmerkmal Punkt 2, Therapie:
Gastroskopie und Parazentese werden bei klinischer Indikation erbracht. Das hepatorenale Syndrom wird entweder mit Vasoaktiva oder mittels Hämofiltration ~~über mindestens 5 Tage pro Woche~~ therapiert.
Visite mit Beurteilung sowie Therapieplan:
1. Mindestens 3 mal pro Woche Visite durch Facharzt Gastroenterologie mit Schwerpunkt Hepatologie,
2. Mindestens 1 mal pro Woche Visite durch Facharzt Viszeralchirurgie.

[…]

3.5. Streichen der ABTP

Betrifft alle Sprachversionen.
Unterstützt von allen Tarifpartnern wurde beschlossen die ABTP (Aktivierend- und begleitend-therapeutische Pflege) aus den Mindestmerkmalen der CHOP zu streichen. Dies aufgrund folgender Argumentation:

- Die Durchführung der ABTP und das Einhalten der mind. 60 Min. pro 24 Stunden ist nicht überprüfbar. Es gibt zahlreiche Kodierungsunstimmigkeiten zu den Komplexbehandlungen, die in den Mindestmerkmalen den Begriff ABTP enthalten.
- Die Abgrenzung zu anderen Pflege-Leistungen ist schwierig. Es entstehen Fragen betreffend der kombinierten Kodierung von Komplexbehandlungen, die in den Mindestmerkmalen den Begriff ABTP enthalten, und der Pflege-Komplexbehandlung.

Die Präzisierung «0850 01.01.2018 Definition der Aktivierend- und begleitend-therapeutischen Pflege (ABTP)» ist demzufolge ebenfalls zu streichen.

Bitte beachten Sie die Streichungen und Anpassungen in den Mindestmerkmalen der Elementegruppen 93.89.1- «Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation, nach Anzahl Behandlungstage», 93.89.9- «Geriatrische Akutrehabilitation, nach Anzahl Behandlungstage», 93.9A.1- «Pneumologische Akutrehabilitation, nach Anzahl Behandlungstage».

93.89.1 Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation, nach Anzahl Behandlungstage

[…]

Mindestmerkmal Punkt 3, Therapie:
a) ~~Aktivierend- und begleitend-therapeutische~~ Pflege ~~(ABTP)~~ durch besonders geschulte Pflegefachpersonen auf dem Gebiet der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation;
b) Vorhandensein von folgenden Therapiebereichen: - Physiotherapie/Krankengymnastik, - Physikalische Therapie, - Ergotherapie, - Neuropsychologie, - Logopädie/fazioorale Therapie, - therapeutische Pflege (Waschtraining, Anziehtraining, Esstraining, Kontinenztraining, Orientierungstraining, Schlucktraining, Tracheostomamanagement, isolierungspflichtige Massnahmen u.a.).

c) Mindestens zwei der genannten Therapiebereiche werden eingesetzt.
d) Der Einsatz der Therapiebereiche erfolgt in patientenbezogenen unterschiedlichen Kombinationen von mindestens 300 Minuten täglich (bei simultanem Einsatz von zwei oder mehr Mitarbeitern dürfen die Mitarbeiterminuten aufsummiert werden) im Durchschnitt der Behandlungsdauer der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation.
e) Eine Ernährungsberatung und -therapie kann bei Bedarf zusätzlich durchgeführt werden.
[…]

93.89.9 Geriatrische Akutrehabilitation, nach Anzahl Behandlungstage
[…]
Mindestmerkmal Punkt 2, Behandlungsteam und Therapie:
Behandlung durch ein geriatrisches Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung eines Schwerpunktträgers Geriatrie (FMH).
Teamintegrierter Einsatz von mindestens 2 der folgenden 4 Therapiebereiche: A.) Physiotherapie/Physikalische Therapie, B.) Ergotherapie, C.) Logopädie/fazioorale Therapie und/oder Ernährungsberatung/Ernährungstherapie, D.) Psychologie/Neuropsychologie, ~~- sowie tägliche (7 von 7 Tagen der Woche) aktivierend- und begleitend-therapeutische Pflege (ABTP) durch besonders geschulte Pflegefachpersonen.~~
[…]

93.9A.1 Pneumologische Akutrehabilitation, nach Anzahl Behandlungstage
Mindestmerkmale: - Akutrehabilitation unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Pneumologie) - Standardisiertes Akutrehabilitations-Assessment und Einsatz von krankheitsspezifischen Scoring-Systemen (Lebensqualität, Lungenfunktion, Leistungsfähigkeit z.B. Spiroergometrie), - Wöchentliche Teambesprechung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele ~~- Aktivierend- und begleitend-therapeutische Pflege (ABTP) durch besonders geschulte Pflegefachpersonen~~ - Vorhandensein von mindestens folgenden Therapiebereichen: Physiotherapie/Krankengymnastik (ev. Sporttherapeut), Psychotherapie, Ernährungsberatung - Entlassungsassessment zur gezielten Entlassung oder Verlegung des Patienten täglich mindestens 1 Therapieeinheit à 30 Min. Eine gleichzeitige (dauernde oder intermittierende) akutmedizinische Diagnostik bzw. Behandlung ist gesondert zu kodieren.

3.6. Geriatrische Akutrehabilitation – Präzisierung zu den Therapieeinheiten

Betrifft alle Sprachversionen.
Der Mindestmerkmal Punkt 2 der Elementegruppe 93.89.9- « Geriatrische Akutrehabilitation, nach Anzahl Behandlungstage» ist wie folgt anzupassen. Folglich sind die «Beachte» unter den Kodes 93.89.94, 93.89.95 und 93.89.96 zu streichen.

93.89.9- Geriatrische Akutrehabilitation, nach Anzahl Behandlungstage
[…]
Beachte: Mindestmerkmal Punkt 2, Behandlungsteam und Therapie:
Behandlung durch ein geriatrisches Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung eines Schwerpunktträgers Geriatrie (FMH).
Teamintegrierter Einsatz von mindestens 2 der folgenden 4 Therapiebereiche: A.) Physiotherapie/Physikalische Therapie, B.) Ergotherapie, C.) Logopädie/fazioorale Therapie und/oder Ernährungsberatung/Ernährungstherapie, D.) Psychologie/Neuropsychologie~~, - sowie tägliche (7 von 7 Tagen der Woche) aktivierend- und begleitend-therapeutische Pflege (ABTP) durch besonders geschulte Pflegefachpersonen~~.
Der therapeutische Anteil umfasst insgesamt mindestens 10 Therapieeinheiten pro Behandlungswoche (7 Kalendertage), davon mindestens 8 Einzeltherapien. Therapieeinheiten dauern jeweils 30 Minuten. Es können maximal drei Therapieeinheiten pro Behandlungstag angerechnet werden. Es ist möglich, Therapieeinheiten zusammenhängend zu leisten. Müssen Therapieeinheiten aufgrund mangelnder Belastbarkeit des Patienten/der Patientin abgebrochen werden, so können diese ab einer Dauer von 20 Minuten angerechnet werden.
[…]

93.89.93 Geriatrische Akutrehabilitation, bis 6 Behandlungstage
93.89.94 Geriatrische Akutrehabilitation, mindestens 7 bis 13 Behandlungstage
~~Beachte: Der therapeutische Anteil umfasst insgesamt mindestens 10 Therapieeinheiten von durchschnittlich 30 Minuten, davon mindestens 8 Einzeltherapien.~~
93.89.95 Geriatrische Akutrehabilitation, mindestens 14 bis 20 Behandlungstage
~~Beachte: Der therapeutische Anteil umfasst insgesamt mindestens 20 Therapieeinheiten von durchschnittlich 30 Minuten, davon mindestens 16 Einzeltherapien.~~
93.89.96 Geriatrische Akutrehabilitation, 21 und mehr Behandlungstage
~~Beachte: Der therapeutische Anteil umfasst insgesamt mindestens 30 Therapieeinheiten von durchschnittlich 30 Minuten, davon mindestens 24 Einzeltherapien.~~

3.7. HoNOS und HoNOSCA – Erfassung bei Austritt

Betrifft alle Sprachversionen.
Der Mindestmerkmal Punkt 1der Subkategorie 94.A1.- «HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales)» und der Mindestmerkmal Punkt 1 der Subkategorie 94.A2.- «HoNOSCA (Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents)» sind wie folgt anzupassen:

94.A1 HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales)
[…]
Mindestmerkmal Punkt 1, Erfassung:
Folgende Kodes werden nur erfasst bei stationären Patienten einer Abteilung für Erwachsenenpsychiatrie. Die Kodes sind bei Eintritt, d.h. innerhalb von 3 Tagen, und bei Austritt, d.h. frühestens 3 Tage vor Austritt, des Patienten zu erfassen. Sollte HoNOS nach Austritt erfasst werden, ist in der Patientendokumentation das effektive Datum anzugeben, in der medizinischen Statistik hingegen das Datum des Austritts.
Jedes Kriterium ist unterteilt in 5 Schweregrade, wobei 0 «kein Problem» und 4 «schwerwiegendes Problem» bedeutet. Die Stufen sind genau nach den Definitionen der HoNOS abzubilden.

94.A2 HoNOSCA (Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents)
[…]
Mindestmerkmal Punkt 1, Erfassung:
Folgende Kodes werden nur erfasst bei stationären Patienten einer Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Kodes sind bei Eintritt, d.h. innerhalb von 14 Tagen, und bei Austritt, d.h. frühestens 7 Tage vor Austritt, des Patienten zu erfassen. Sollte HoNOSCA nach Austritt erfasst werden, ist in der Patientendokumentation das effektive Datum anzugeben, in der medizinischen Statistik hingegen das Datum des Austritts.
Jedes Kriterium ist unterteilt in 5 Schweregrade, wobei 0 «kein Problem» und 4 «schwerwiegendes bis sehr schweres Problem» bedeutet. Die Stufen sind genau nach den Definitionen der HoNOSCA abzubilden.

Zur Erinnerung: Laut den Vorgaben der SwissDRG AG und der ANQ ist der HoNOS resp. HoNOSCA bei Austritt bis zu drei Tagen nach dem effektiven Austrittsdatum erfassbar. Wird ein Datum nach dem Austritt in der medizinischen Statistik der Krankenhäuser eingetragen, erlaubt die Plausibilisierungssoftware MedPlaus das Speichern der Daten nicht. In Absprache mit den Verantwortlichen der medizinischen Statistik der Krankenhäuser, wurde bestimmt, dass, wenn der Austritts-HoNOS, resp. Austritts-HoNOSCA nach dem Austritt des Patienten erfasst wird, das effektive Datum der Durchführung in der Dokumentation des Patienten angegeben werden muss. In der medizinischen Statistik ist hingegen das Austrittsdatum einzutragen.

4. ANHANG

4.1. Informationen und Präzisierungen (ehemalig FAQ genannt)

Das aktuelle Rundschreiben enthält **alle,** ab 1. Juli 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.

0843 01.07.2018 Geriatrische Akutrehabilitation, nach Anzahl Behandlungstage 93.89.9-
Folgende Präzisierungen betreffen die Elementgruppe 93.89.9- «Geriatrische Akutrehabilitation, nach Anzahl Behandlungstage».

0843/1 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.~~ In den Mindestmerkmalen des CHOP-Kodes 93.89.9- wird eine Mindestanzahl von Therapieeinheiten pro Behandlungswoche (7 Kalendertage) gefordert. Werden die Mindestmerkmale über dieses Zeitintervall erfüllt, gelten als 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.

0843/2 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 isolationsentsprechenden Einzelzimmer durchgeführt werden kann.

0843/3 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.

0844 01.07.2018 93.57.13 / 93.57.14 Dauer VAC Verband
Die Behandlungstage von gleichzeitigen VAC Behandlungen an verschiedenen Lokalisationen werden nicht addiert, die Addition wird pro Lokalisation gemacht.

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.

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 Kode 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 Kodes 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 Kodes 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 für 93.8A.3- abschliessend.

2. Interprofessionelle Teambesprechungen, gemäss 0849/3, 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 werden den 6 Stunden angerechnet.

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 01.01.2018-30.06.2018 Definition der Aktivierend- und begleitend-therapeutischen Pflege (ABTP)
Diese Präzisierung wurde im Rundschreiben 2018 Nr. 2 gestrichen.

0851 01.01.2018-30.06.2018 Geriatrische Akutrehabilitation, nach Anzahl Behandlungstage 93.89.9-
Diese Präzisierung wird ab 01.07.2018 ersetzt durch Nr. 0843.

0852 01.07.2017 Beachte zur Regel D07 Geplante Folgeeingriffe
Beachte bei einer Narbenrevision:
Eine Narbenrevision wird gemäss Regel S1201f «Plastische Chirurgie» und Regel D06c «Folgezustände» Beispiel 2 kodiert. Die Hauptdiagnose Verbrennung (T20-T32) ist nur dann anzugeben, wenn es um die akute Behandlungsphase einer Verbrennung geht.

0853 01.07.2017 Transseptale Katheterpunktion
Wird bei 37.34.1- «Ablationsverfahren bei Tachyarrhythmien» eine transseptale Punktion gemacht, ist 37.90.21 «Kathetertechnische transseptale Punktion» zusätzlich zu kodieren.

0854 01.07.2017 83.63 Plastische Rekonstruktion der Rotatorenmanschette
Reparation einer Sehne
Es handelt sich nicht um eine neue Kodierregel, sondern um eine Klarstellung zur korrekten und einheitlichen Abbildung dieser Fälle:
Wenn nur **eine** Sehne repariert wird, ist es mit einem 6-stelligen Sehnenkode abzubilden. Der Kode *83.63* wird bei 2, 3 oder 4 Sehnen kodiert.

Latissimus dorsi Transfer zur Rekonstruktion einer Rotatorenmanschette
Der Latissimus dorsi Transfer zur Rekonstruktion einer Rotatorenmanschette wird kodiert mit dem 83.63 «Plastische Rekonstruktion der Rotatorenmanschette» plus 83.77.11 «Muskeltransfer oder -transplantation, Schulter und

Axilla» für den Muskeltransfer. Falls durchgeführt, kann ein separater Sehnentransfer ebenfalls hinzukodiert werden 83.75.11 «Sehnentransfer oder –transplantation, Schulter und Axilla».

0855 01.07.2017 54.98.- Peritonealdialyse
Ein Kode der Subkategorie 54.98.- Peritonealdialyse darf auch dann kodiert werden, wenn der Patient/-in diese selbstständig durchführt. Die dazu benötigten Materialien, wie zum Beispiel Spülflüssigkeit usw., müssen dabei von der stationären Abteilung zur Verfügung gestellt werden.

0856 01.07.2017 Kodierung
Es ist nach den gültigen Kodierungsinstrumenten (Kodierungshandbuch, Rundschreiben, CHOP und ICD-10-GM) zu kodieren. Die Kodierung darf nicht durch die Orientierung in eine bestimmte SwissDRG oder in eine bestimmte Leistungsgruppe (SPLG, Spitalplanungs-Leistungsgruppen) beeinflusst werden.

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 Kodes für eine Implantation oder Wechsel eines Implantats kodiert werden (z.B. Kode *54.99.80 Einsetzen von Kathetern sowie automatischer, prgrammierbarer 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 Kodes *37.69.7-, 37.69.8-, 37.69.A-* während eines Aufenthaltes mehrfach durchgeführt, so dürfen diese Kodes einzeln (je nach Dauer der Behandlung) kodiert werden, wenn mindestens 24 Stunden zwischen der 1. und der Folgebehandlung vergangen sind. Diese Regel gilt nur in Verbindung mit einem durchgeführten Kanülenwechsel. Eine Neukodierung der ECMO-Verfahren ist damit nur dann möglich, wenn mit der Folgebehandlung eine Neuanlage der Kanülen erfolgte, sonst werden die Behandlungszeiten aufsummiert und über einen ECMO-Kode abgebildet.

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

0891 01.01.2015 Hüftimpingement
Die Resektion der CAM-Pathologie wird kodiert mit:
80.85.10 Arthroskopische lokale Exzision oder Destruktion einer Gelenksläsion an der Hüfte
oder *80.85.99 Sonstige lokale Exzision oder Destruktion einer Gelenksläsion an der Hüfte, sonstige* für das offen chirurgische Verfahren.

Die Resektion der Pincer-Pathologie wird kodiert mit:
81.40.16 Knorpelglättung am Hüftgelenk, arthroskopisch oder *81.40.17 Knorpelglättung am Hüftgelen, 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 Kodes 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 Kodes 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 Kodes 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 01.12.2013-30.06.2018 93.57.11 / 93.57.12 Dauer VAC Verband
Diese Präzisierung wird ab 01.07.2018 ersetzt durch Nr. 0844.

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 Dekubitalleidens sind eine äusserst kurzzeitige Manifestation im Übergang zu einer Erosion oder einem 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 Kodes abgebildet.
Z.B. bei 2 Diskusprothesen, 2mal den Kode *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 2018 Wiedergabe unter Angabe der Quelle für nichtkommerzielle Nutzung gestattet

Preis:	Gratis
Download:	www.statistik.ch (gratis)