



# Rundschreiben für Kodiererinnen und Kodierer: 2019 / Nr. 2

## 1. Allgemeines

### 1.1. Gültige Kodierungsinstrumente

Ab **1. Juli 2019** gelten folgende Kodierungsinstrumente:

- Medizinisches Kodierungshandbuch: Der offizielle Leitfaden der Kodierrichtlinien in der Schweiz. Version 2019
- Zusatz zum medizinischen Kodierungshandbuch, Version 2019: Kodierrichtlinien für die Rehabilitation
- Rundschreiben für Kodiererinnen und Kodierer: 2019 / Nr. 1 **mit Anhang**
- Rundschreiben für Kodiererinnen und Kodierer: 2019 / Nr. 2 **mit Anhang**
- Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP): Systematisches Verzeichnis - Version 2019
- ICD-10-GM 2018 Systematisches Verzeichnis: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme: 10. Revision – German Modification
- ICD-10-GM 2018 Systematisches Verzeichnis, deutsche Version: Zusatzinformationen für den schweizerischen Kontext

Keine Änderungen im Vergleich zum Rundschreiben Nr. 1 2019 in den weiteren Abschnitten von 1.1 Gültige Kodierungsinstrumente.

### 1.2. Anfragen zur Kodierung

Keine Änderungen im Vergleich zum Rundschreiben Nr. 1 2019.

## 2. Zusatzinformationen zum Kodierungshandbuch 2019

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

Die Zusatzinformationen zum Kodierungshandbuch 2019 aus dem Rundschreiben 2019 Nr. 1 sind weiterhin gültig mit Ausnahme von:

- Punkt 2.1 «S0102c Sepsis und Anhang» ersetzt durch Punkt 2.6 «Sepsis» des Rundschreibens 2019 Nr. 2

Zusätzliche neue Korrekturen sind hier aufgenommen.

### 2.1. D03g Kreuz †-Stern\*-Kodes, zusätzliches Beispiel

Betrifft alle Sprachversionen.

Folgendes Beispiel ist bei der Kodierungsrichtlinie D03g «Kreuz †-Stern\*-Kodes» zu ergänzen.

### D03g Kreuz †-Stern\*-Kodes

[...]

Diese Reihenfolge für die Ätiologie-/Manifestationsverschlüsselung gilt nur für das Kreuz†-Stern\* System. Die Hauptdiagnosenregel G52 erfährt somit ausserhalb der Kreuz †-Stern\*-Systematik in Bezug auf die Reihenfolge von Ätiologie-/Manifestationskodes keine Einschränkung.

[...]

#### Beispiel 5

Ein Patient wird wegen einer lumbalen Diskushernie mit Radikulopathie zur stationären Schmerztherapie aufgenommen

HD M51.1+ Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie

ZHD G55.1\* Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei Bandscheibenschäden

Beispiele zur Wahl der Hauptdiagnose **ausserhalb** dem Kreuz-Stern System, d.h. nach G52:

#### Beispiel 5 6

[...]

## 2.2. D12c Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen (Komplikationen): Intraoperativer Durariss mit sofortigem Verschluss

Betrifft alle Sprachversionen.

In der Tabelle unter der Kodierungsrichtlinie D12c «Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen (Komplikationen)» ist die Zeile «Intraoperativer Durariss mit sofortigem Verschluss» wie folgt zu korrigieren.

1. In den Kapiteln: Organkode mit Begriff «nach medizinischen Massnahmen»	2. Am Ende mancher Kapitel	3. Kategorien T80 – T88	4. In den Kapiteln: Organkode ohne Begriff «nach medizinischen Massnahmen»	Präzise Kodierung
Intraoperativer Durariss mit sofortigem Verschluss <b>abhängig von der Verletzungshöhe</b>				
∅	G97.88 Sonstige Krankheiten des Nervensystems nach med. Massnahmen	T81.2 Versehentliche Stich- oder Risswunde während eines Eingriffes, a.n.k.	S-Kodes : *** G96.0 Austritt von Liquor cerebrospinalis	S19.80 + Y S29.80 + Y S39.81 + Y T81.2 + Y
G97.88 beschreibt «sonstige» Krankheiten des Nervensystems. T81.2 beschreibt eine versehentliche Stich- oder Risswunde während eines Eingriffes a.n.k. <b>S-Kode: gibt es keinen.</b> Verletzung der Rückenmarkshäute: zervikal S19.80, thorakal S29.80 und lumbosakral S39.81, Zerebral T81.2 G96.0 beschreibt ein klinisches Krankheitsbild, ein Hypoliquorrhoe Syndrom ohne Zusammenhang mit einer Operation.				

## 2.3. D15g Verlegungen: Ergänzung des Beispiels 4 Psychiatrie

Betrifft alle Sprachversionen.

Das Beispiel 4 – Psychiatrie unter der Kodierungsrichtlinie D15g «Verlegungen» ist wie folgt zu ergänzen. Die Angabe des HoNOS 2: Absichtliche Selbstverletzung, Stufe 3 oder Stufe 4 (94.A1.23, resp. 94.A1.24) ermöglicht die Suizidalität der beschriebenen Patientin zu erfassen. Im angegebenen Beispiel kodiert die psychiatrische Klinik nicht erneut den X84.9! «Absichtliche Selbstbeschädigung».

## D15g Verlegungen

Verlegung zur Weiterbehandlung

[...]

Verlegung zur Behandlung

[...]

### Beispiel 4 - Psychiatrie

Patientin wird wegen Suizidversuch mit Schnittverletzungen am Unterarm bei schwerer Depression mit psychotischen Symptomen im Akutspital behandelt. Bei weiterhin bestehender Suizidalität, Verlegung in die Psychiatrie zur Behandlung der Depression nach Verheilung der Schnittwunde.

#### **Akutspital kodiert:**

HD S55.7 Verletzung mehrerer Blutgefässe in Höhe des Unterarms

ZHD X84.9! Absichtliche Selbstbeschädigung

ND F32.3 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen

HB Die Wundversorgung

#### **Psychiatrische Klinik kodiert:**

HD F32.3 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen

HB 94.A1.24 HoNOS 2: Absichtliche Selbstverletzung: HoNOS 2, Stufe 4

## 2.4. P06c Mehrfach durchgeführte Prozeduren: Einzeitige Mehrfacheingriffe an Hand und Fuss

Betrifft alle Sprachversionen.

Unter der Kodierungsrichtlinie P06c ist folgender Satzteil zu streichen.

### **P06c Mehrfach durchgeführte Prozeduren**

Die Prozedurenkodierung soll, soweit möglich, den Aufwand widerspiegeln. Deswegen sind allgemein multiple Prozeduren so oft zu kodieren, wie sie während der Behandlungsphase durchgeführt wurden, wie z.B. **Osteosynthesen an mehreren Fingern oder Naht von Sehnen an mehreren Fingern**, Osteosynthese von Tibia und Fibula, usw.

Die Präzisierung 0828 ist zur Thematik der einzeitigen Mehrfacheingriffe an Hand und Fuss ebenfalls zu beachten.

## 2.5. P06c Mehrfach durchgeführte Prozeduren: Präzisierung zu Erythrozyten- und Thrombozytenkonzentraten

Betrifft alle Sprachversionen.

Bei der Kodierungsrichtlinie P06c «Mehrfach durchgeführte Prozeduren» ist folgender Absatz zu ergänzen.

### **P06c Mehrfach durchgeführte Prozeduren**

[...]

- Der CHOP-Kode beinhaltet eine Angabe betr. Anzahl Behandlungen, Dauer, Mengen, usw.: hier wird der Kode nur einmal pro Aufenthalt/Fall abgebildet, mit der Gesamtmenge/Gesamtanzahl und Datum der ersten Prozedur (z.B. Transfusionen, Komplexbehandlungen, Coils (1× den Kode für die Gesamtanzahl aller intrakraniellen, extrakraniellen und spinalen Coils, 1× den Kode für die Gesamtanzahl aller peripheren Coils), Stents, NEMS/SAPS). Das gleiche gilt für Medikamente der Liste der erfassbaren Medikamente/Substanzen (ATC Liste) (nur die verabreichte Menge ist zu erfassen).  
*Bei den Erythrozyten- und Thrombozytenkonzentraten sind ebenfalls nur die dem Patienten verabreichten Mengen zu erfassen. Bestellte, dann aber verworfene Mengen, werden nicht gezählt. Es sind die Definitionen der*

*Blutspende SRK Schweiz (siehe Beachte unter den CHOP-Kodes 99.04.- «Transfusion von Erythrozytenkonzentrationen» und 99.05.- «Transfusion von Thrombozyten») für die Transfusions-Einheiten für Erwachsene und Kinder zu beachten. Die Mindestvolumina sind bei Babys bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres nicht zu berücksichtigen (siehe Beachte unter den entsprechenden CHOP-Kodes). Ergibt die Summe der verabreichten Konzentrate, bei Kindern und Erwachsenen, keine ganze Zahl wird abgerundet. Wurden z.B. 5.6 Erythrozytenkonzentrate verabreicht, so ist der Kode mit der Angabe von 1 TE bis 5 TE zu erfassen.*

[...]

## 2.6. S0102c Sepsis

Betrifft alle Sprachversionen.

Die Kodierungsrichtlinie S0102c «Sepsis» ist wie folgt anzupassen.

### S0102c Sepsis

*Auswahl des Sepsis-Kodes*

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

- In Kapitel I, in den Kategorien A40. – *Streptokokkensepsis* und A41. – *Sonstige Sepsis*, wobei die Exklusiva zu berücksichtigen sind.
- In Kapitel I, bei den einzelnen Infektionskrankheiten (z. B. B37.7 *Candidasepsis*).
- In Kapitel XVI für die Sepsis beim Neugeborenen (P36. – *Bakterielle Sepsis beim Neugeborenen*).
- Eine Sepsis in Zusammenhang mit Abort, ektopischer Schwangerschaft, Molenschwangerschaft, Geburt oder Wochenbett wird mit einem Kode aus Kapitel XV (003 – 007, 008.0, 075.3, 085) zusammen mit einem Sepsis-Kode aus Kapitel I abgebildet (Reihenfolge siehe unten), um auf den Erreger und das Vorliegen einer Sepsis hinzuweisen.
- Obwohl der Begriff Sepsis unter manchen Kodes für Komplikationen nach medizinischen Massnahmen aufgelistet ist, muss zusätzlich ein Sepsis-Kode aus Kapitel I abgebildet werden, um auf den Erreger und das Vorliegen einer Sepsis hinzuweisen (z. B. J95.0 *Funktionsstörung eines Tracheostomas*, T88.0 *Infektion nach Impfung*).

**Definition der Sepsis** gemäss 3. International Konsensus Konferenz (Guidelines of the third international consensus definition for sepsis and septic shock)

**Definition der Sepsis: Nachgewiesene oder vermutete Infektion und nachgewiesene Organdysfunktion, verursacht durch eine dysregulierte Reaktion des Körpers auf einen Infekt.**

Die Diagnose der Sepsis, die Dokumentation der Sepsis und die Diagnose der Sepsis-assoziierten Organdysfunktionen gemäss SOFA-Score oder Goldsteinkriterien erfolgt durch die behandelnden Ärzte. Alle Organdysfunktionen/Organkomplikationen müssen gemäss dem ihnen zugrundeliegenden Regelwerk einzeln erfasst und kodiert werden. Die Diagnosestellung erfolgt durch den Arzt. Die Diagnosestellung muss in der Dokumentation nachvollziehbar sein.

### Sepsis bei Erwachsenen

Die Organdysfunktion im Rahmen der Sepsis wird bei Erwachsenen neu über den SOFA-Score bestimmt (**Sequential (Sepsis-related) Organ Failure Assessment Score**).

**Eine Sepsis mit Organdysfunktion zeigt sich über eine Zunahme des SOFA-Scores  $\geq 2$  innerhalb von maximal 72 Stunden.**

Die Kumulation der Punkte bei Verschlechterung einzelner Organsysteme um je 1 Punkt ist zulässig.

Organdysfunktionen, welche offensichtlich durch eine andere Ursache erklärt werden können, insbesondere wenn diese vorbestehen, dürfen nicht als Kriterium zur Definition der Sepsis verwendet werden.

Vorbestehende Organdysfunktionen werden nur als septische Organdysfunktion/Organkomplikation beurteilt, wenn eine sepsisbedingte akute Verschlechterung vorliegt.

Die vorbestehende Organdysfunktion definiert den Ausgangsscore. Bei fehlenden Informationen zu Vorerkrankungen eines Organsystems geht man von einer SOFA-Baseline von 0 aus.

Sequential (Sepsis-related) Organ Failure Assessment Score <sup>a</sup>					
	Score				
ORGANSYSTEM	0	1	2	3	4
<b>Atmung</b>					
PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> , mmHg (kPa)	≥ 400 (≥ 53.3)	< 400 (< 53.3)	< 300 (< 40)	< 200 (< 26.7) mit respiratorischer Unterstützung	< 100 (< 13.3) mit respiratorischer Unterstützung
<b>Gerinnung</b>					
Thrombozyten, x10 <sup>3</sup> /µl	≥ 150	< 150	< 100	< 50	< 20
<b>Leber</b>					
Bilirubin, mg/dl (µmol/l)	< 1.2 (< 20)	1.2 – 1.9 (20 – 32)	2.0 – 5.9 (33 – 101)	6.0 – 11.9 (102 – 204)	> 12.0 (> 204)
<b>Kardiovaskulär</b>					
Mittlerer arterieller Blutdruck	MAP ≥ 70mmHg	MAP < 70mmHg	Dopamin < 5 oder Dobutamin (jede Dosis) <sup>b</sup>	Dopamin 5.1 – 15 oder Adrenalin ≤ 0.1 oder Noradrenalin ≤ 0.1 <sup>b</sup>	Dopamin > 15 oder Adrenalin > 0.1 oder Noradrenalin > 0.1 <sup>b</sup>
<b>Zentrales Nervensystem</b>					
Glasgow Coma Scale <sup>c</sup>	15	13 – 14	10 – 12	6 – 9	< 6
<b>Renal</b>					
Kreatinin, mg/dl (µmol/l)	< 1.2 (< 110)	1.2 – 1.9 (110 – 170)	2.0 – 3.4 (171 – 299)	3.5 – 4.9 (300 – 440)	> 5.0 (> 440)
Urinausscheidung, ml/d				< 500	< 200

<sup>a</sup>Adaptiert von Vincent et al<sup>27</sup>

<sup>b</sup>verabreichte Katecholamin-Dosen in µg/kg/min für mindestens eine Stunde

<sup>c</sup>Glasgow Coma Scale reicht von 3 – 15

<sup>27</sup>Vincent JL, Moreno R, Takala J, et al; Working Group on Sepsis-Related Problems of the European Society of Intensive Care Medicine. The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. Intensive care Med. 1996;22(7):707 – 710.

Eine arterielle Blutgasanalyse ist für die Bestimmung des SOFA-Scores betreffend Funktion des Respirationstraktes zwingend. Bei nicht beatmeten Patienten gilt folgende Annahme für FiO<sub>2</sub>: Bei O<sub>2</sub> nasal: 0.3, Maske: 0.4, Maske mit Reservoir: 0.6.

## Sepsis bei Kindern

Bei Kindern bis zum vollendeten 16. Lebensjahr gelten aktuell die Organdysfunktionskriterien in Anlehnung an Goldstein et al. 2005 gemäss «International pediatric sepsis consensus conference: definitions for sepsis and organ dysfunction in pediatrics».

Kardiovaskulär oder respiratorisch reicht die Erfüllung eines Kriteriums zur Diagnosestellung einer Organdysfunktion im Rahmen einer Sepsis. Alternativ gilt die Organdysfunktion als bestätigt, wenn mindestens 2 Kriterien der übrigen Organsysteme zutreffen.

Organdysfunktionskriterien nach Goldstein

<b>Kardiovaskulär</b>	BD-Abfall (Hypotonie) < 5. Perzentile altersabhängig oder BD systolisch tiefer als 2 Standardabweichungen unter dem altersabhängigen Normalwert	ODER Notwendigkeit vasoaktiver Medikation zur Aufrechterhaltung des BD im Normbereich (Adrenalin, Noradrenalin oder Dobutamin in jeder Dosierung; Dopamin > 5µg/kg/min)	ODER Zwei der folgenden Punkte: – unerklärte metabolische Azidose (BE > 0.5 mEq/l) – erhöhtes Lactat arteriell > 2-fach des oberen Grenzwertes – Oligurie: Urinmenge < 0.5ml/kg/h – verzögerte Rekapillarisation > 5 Sek. – Temperaturdifferenz Kerntemperatur und peripher > 3°C
<b>Respiratorisch</b>		ODER PaCO <sub>2</sub> > 20mmHg über der Baseline-PCO <sub>2</sub>	ODER Bedarf FiO <sub>2</sub> > 50% für eine Sättigung > 92%  ODER Bedarf nichtselektiver invasiver oder nichtinvasiver mechanischer Beatmung
<b>Neurologisch</b>	Glasgow Coma Scale ≤ 11	ODER Akute Veränderung des Mentalstatus mit GCS-Abfall ≥ 3 Punkte bei abnormaler Baseline	
<b>Hämatologisch</b>	TC < 80'000/mm <sup>3</sup> oder Abfall von 50% des höchsten gemessenen Wertes innerhalb der letzten drei Tage (für chronisch hämatologische oder onkologische Patienten)	ODER International normalisiertes Verhältnis > 2	
<b>Renal</b>	Serumkreatinin ≥ 2-fach oberer, altersabhängiger Grenzwert oder 2-fache Erhöhung der Baseline		
<b>Hepatisch</b>	Bilirubin total ≥ 4mg/dl (nicht anwendbar bei Neugeborenen)	ODER ALAT doppelt so hoch wie oberer, altersabhängiger Grenzwert	

## Septischer Schock

Ein septischer Schock wird mit **R57.2** abgebildet.

**Definition septischer Schock:** Dieser liegt vor, wenn trotz adäquater Volumengabe ein mittlerer arterieller Druck von ≥65 mmHg nur mit Vasopressoren erreicht werden kann und ein Laktatwert >2 mmol/l vorliegt.

## Reihenfolge der Codes

Eine Sepsis wird mit folgenden Codes in dieser Reihenfolge abgebildet:

- **Sepsiskode**
- **Spezifische Erreger und zugehörige Resistenzen U80.-! bis U85! werden gemäss Regel D04c kodiert**
- **Septischer Schock R57.2, wenn vorliegend**
- **Infektfokus:** z.B. Pneumonie  
Es soll jeder Erreger, der den Infektfokus spezifiziert, und die dazugehörigen Resistenzen kodiert werden gemäss Regel D04c.
- **Jede einzelne Organdysfunktion**  
Die Kodierung der Sepsis umfasst mindestens den Code der Sepsis und die Angabe des Fokus, von dem der Infekt ausgeht. Ist der Infektfokus unbekannt, so wird zur Sepsis ergänzend B99 *Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten* kodiert. Für die Spezifizierung von Erregern oder die Angabe von Resistenzen gilt Regel D04c. Weitere ND sind alle Organdysfunktionen, die sich im Rahmen der Sepsis verschlechtern.

Die Verschlüsselung eines R65.1! und R65.0! entfällt im Kontext der Sepsis. Alle R65.-! SIRS-Codes haben weiterhin Gültigkeit und dürfen kodiert werden, sofern sie die Anforderungen an die Kodierung einer Nebendiagnose erfüllen. Der Code R65.-! darf aber nicht mehr an die Diagnose Sepsis angehängt werden.

## Beispiele zur Kodierung

### Beispiel 1

*E. coli*-Sepsis mit septischem Schock bei akuter Pyelonephritis links mit *E. coli* mit Multiorganversagen  
Verlauf: Bei Eintritt auf der Intensivstation intubiert, beatmet bei Oxygenierungsindex (PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>) 155 mmHg im Rahmen einer akuten respiratorischen Insuffizienz. MAP (mittlerer arterieller Blutdruck) 60-80 mmHg unter Noradrenalin-Perfusor (0.1 µg/kg/min). In der Folge akutes anurisches Nierenversagen Stadium 3, Start einer CVVHDF (continuous veno-venous hemodiafiltration) mit insgesamt Dauer von 96 Stunden. Bei einer Thrombozytopenie von 18 G/l Durchführung eines HIT-Testes (Heparin-induzierte Thrombozytopenie), welcher negativ ausfiel. Die Thrombozytopenie war im Verlauf regredient und kann am ehesten auf die Sepsis zurückgeführt werden. In den Urin- und Blutkulturen liess sich ein pansensibler *E.coli* nachweisen. Es erfolgte eine intravenöse Antibiose mit Rocephin.

Gesamtscore SOFA	Atmung	Gerinnung	Leber	Kardiovaskulär, MAP	ZNS	Renal
14	3	4	0	3	0	4

HD	A41.51	Sepsis durch <i>E. coli</i>
ND	R57.2	Septischer Schock
ND	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis
ND	B96.2 !	<i>Escherichia coli</i> und andere Enterobakteriazeen als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind
ND	J96.09	Akute respiratorische Insuffizienz, andernorts nicht klassifiziert, Typ nicht näher bezeichnet
ND	N17.93	Akutes Nierenversagen, n.n.b. Stadium 3
ND	D69.58	Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet

## Beispiel 2

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

Verlauf: Aggravierung der chronischen Niereninsuffizienz mit Kreatininwert von 140 µmol/l und Abnahme der GFR auf 25 ml/min (Baseline-Kreatinin 110 µmol/l; GFR 40 ml/min). Laborchemisch zeigte sich am zweiten Hospitalisationstag ein Bilirubinanstieg auf 1.5 mg/dl sowie eine Thrombozytopenie von 90 G/l. Es erfolgte die intravenöse antibiotische Behandlung und Rehydrierung. In der Folge Normalisierung der Leberwerte und der Thrombozytopenie bei einmaliger Verlaufskontrolle. Besserung der chronischen Niereninsuffizienz auf Niveau der Baseline-GFR im Verlauf. Entlassung nach Hause in gutem Allgemeinzustand.

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

HD A41.51 Sepsis durch *Escherichia coli*

ND N10 Akute tubulointerstitielle Nephritis

ND B96.2! *Escherichia coli* und andere Enterobakteriazeen als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind

ND N18.4 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4

**Beachte:** Das SOFA-Kriterium der akuten Verschlechterung der Niereninsuffizienz ist erfüllt und gilt für die Berechnung des Scores. Die AKI-Kriterien jedoch werden nicht erfüllt (Bedingung für Stadium 1: Anstieg des Serum-Kreatinins um mindestens 50 bis unter 100% gegenüber dem Ausgangswert innerhalb von 7 Tagen. Hier liegt ein Anstieg um 40% vor). Die Progredienz der Niereninsuffizienz erfolgt akut im Rahmen der Sepsis, bewegt sich aber im Range der chronischen Niereninsuffizienz Stadium 4 (GFR 15 bis unter 30 ml/min). Die Kodierung der Organdysfunktion erfolgt mit dem Code für die chronische Niereninsuffizienz mit Stadiumangabe.

## Beispiel 3

62-jähriger Patient mit Pneumonie links mit *Streptococcus pneumoniae* mit/bei Bakteriämie mit *Streptococcus pneumoniae*

Radiologisch Nachweis einer Pneumonie links. Reduzierter Allgemeinzustand bei Fieber 39.1 °C und begleitender Hypotonie mit mittlerem arteriellem Blutdruck von 82 mmHg. Bei initialem Verdacht auf Sepsis stationäre Aufnahme zur intravenösen antibiotischen Therapie und Kreislaufunterstützung mittels Rehydrierung. Am Folgetag laborchemisch Anstieg des Bilirubins auf 1.3 mg/dl. Mikrobiologisch erfolgt der Nachweis von *Streptococcus pneumoniae* im Sputum und in den Blutkulturen. Unter gezielter antibiotischer Therapie rasche Besserung des Allgemeinzustandes und Austritt nach Hause.

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

Der SOFA-Score insgesamt ist kleiner als 2. Es wird keine Sepsis kodiert. Hauptdiagnose ist der Infekt. Die Kodierung der Nebendiagnosen erfolgt gemäss Kodierregel G54g.

HD J13 Pneumonie durch *Streptococcus pneumoniae*

ND I95.8 Sonstige Hypotonie

ND A49.1 Streptokokken- und Enterokokkeninfektion nicht näher bezeichneter Lokalisation

ND B95.3! *Streptococcus pneumoniae* als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind

## Beispiel 4

### Septischer Schock und moderates ARDS bei Sepsis durch Streptokokken der Gruppe A

4-jähriges Mädchen. Zuweisung mit der Ambulanz bei Somnolenz. Seit 4 Tagen Fieber bis 39.2° C, seit zwei Tagen Erbrechen und Diarrhoe. Aktuell Verschlechterung des Allgemeinzustandes, deutlich schlapp, konnte kaum sitzen, somnolent. Beim Transport: tachypnoeisch, kühle Peripherie, initial ohne zusätzlichen Sauerstoff Spontansättigung 60%, unter 12 l/min O2 Sättigung um 92%. GCS 11, febril 39.6 °C. Verlegung auf die Abteilung Intensivmedizin zum weiteren Management bei respiratorischer Dekompensation und Somnolenz. Nach initialer Atemunterstützung am High-Flow mit 15 l/Min und FiO2 von 100% bei weiterhin stark tachydyspnoeischem Atemmuster Umstellung auf CPAP. Hierunter keine Stabilisation und deshalb bei respiratorischer Dekompensation im Rahmen einer kardiorespiratorischen Insuffizienz Intubation (PaO2/FiO2 138 mmHg, akute hypoxische respiratorische Insuffizienz, ARDS). Bei septischem Schock mit Katecholaminbedarf Beginn einer Steroidstosstherapie und einer empirischen antibiotischen Therapie mit Cefepime. Im Verlauf v.a. Toxic Shock Syndrom mit enoraler Schleimhautblutung und Nachweis eines gekammerten Aszites, deshalb zusätzliche Therapie mit Clindamycin. Eine meningale Beteiligung konnte bei unauffälligem Liquor ausgeschlossen werden. Nach gutem Ansprechen der Therapie erfolgte am 4. Hospitalisationstag die Extubation. Nach erfreulichem Verlauf konnten die Steroide ausgeschlichen und das Kind in ordentlichem AZ auf die Normalstation verlegt werden.

Organdysfunktionskriterien nach Goldstein

<b>Kardiovaskulär</b>	BD-Abfall (Hypotonie) < 5. Perzentile altersabhängig oder BD systolisch tiefer als 2 Standardabweichungen unter dem altersabhängigen Normalwert	ODER Notwendigkeit vasoaktiver Medikation zur Aufrechterhaltung des BD im Normbereich (Adrenalin, Noradrenalin oder Dobutamin in jeder Dosierung; Dopamin > 5µg/kg/min)	ODER Zwei der folgenden Punkte: – unerklärte metabolische Azidose (BE > 0.5 mEq/l) – erhöhtes Lactat arteriell > 2-fach des oberen Grenzwertes – Oligurie: Urinmenge < 0.5ml/kg/h – verzögerte Rekapillarisation > 5 Sek. – Temperaturdifferenz Kerntemperatur und peripher > 3°C
<b>Respiratorisch</b>		ODER PaCO2 > 20mmHg über der Baseline-PCO2	ODER Bedarf FiO2 > 50% für eine Sättigung > 92%
<b>Neurologisch</b>	Glasgow Coma Scale ≤ 11	ODER Akute Veränderung des Mentalstatus mit GCS-Abfall ≥ 3 Punkte bei abnormaler Baseline	ODER Bedarf nichtselektiver invasiver oder nichtinvasiver Beatmung
<b>Hämatologisch</b>	TC < 80'000/mm <sup>3</sup> oder Abfall von 50% des höchsten gemessenen Wertes innerhalb der letzten drei Tage (für chronisch hämatologische oder onkologische Patienten)	ODER International normalisiertes Verhältnis > 2	
<b>Renal</b>	Serumkreatinin ≥ 2-fach oberer, altersabhängiger Grenzwert oder 2-fache Erhöhung der Baseline		
<b>Hepatisch</b>	Bilirubin total ≥ 4mg/dl (nicht anwendbar bei Neugeborenen)	ODER ALT doppelt so hoch wie oberer, altersabhängiger Grenzwert	

HD	A40.0	Sepsis durch Streptokokken, Gruppe A
ND	R57.2	Septischer Schock
ND	A48.3	Syndrom des toxischen Schocks
ND	B99	Sonstige und n.n.b. Infektionskrankheiten
ND	J80.02	Moderates Atemnotsyndrom [ARDS]
ND	J96.00	Akute respiratorische Insuffizienz Typ I [hypoxisch]
ND	R40.0	Somnolenz

## Beispiel 5

*Eutrophes frühgeborenes Mädchen der 25 4/7 SSW, Geburtsgewicht 710g (Perzentile 30)*

*Atemnotsyndrom bei Surfactantmangel, milde bronchopulmonale Dysplasie, Apnoe-Bradykardie-Syndrom des Frühgeborenen. V.a. neonatalen Infekt, V.a. late onset-Sepsis am 6. Lebenstag.*

*Erstversorgung: Zyanotisches Kind mit insuffizienter Spontanatmung, Herzfrequenz 80/min. Orales Absaugen und Beginn mit Maskenbeatmung. Rasch normokard, Entwicklung einer Spontanatmung mit Einziehungen und expiratorischem Stöhnen. Intubation in der 45. Lebensminute. Verlegung auf die neonatologische Intensivstation. FiO2 maximal 0.25. Bei Frühgeburtlichkeit Gabe von Surfactant endotracheal. Durch Therapie Verbesserung der Atmungssituation mit Reduktion der Beatmungsparameter. Die Extubation erfolgte nach 17 Stunden mit anschließender CPAP-Atemunterstützung. Am 6. Lebenstag musste das Kind bei schwerer Apnoe im Rahmen der late onset Sepsis erneut intubiert werden. Eine antibiotische Therapie mit Co-Amoxicillin und Amikacin wurde begonnen. Nach 6 Tagen erfolgreiche Extubation. Die Blutkultur blieb ohne Wachstum. Die antibiotische Therapie wurde für insgesamt 7 Tage gegeben. Zusätzlicher Sauerstoffbedarf bestand bis zum 39. Hospitalisationstag bei einer milden bronchopulmonalen Dysplasie.*

Organdysfunktionskriterien nach Goldstein

<b>Kardiovaskulär</b>	BD-Abfall (Hypotonie) < 5. Perzentile altersabhängig oder BD systolisch tiefer als 2 Standardabweichungen unter dem altersabhängigen Normalwert	ODER Notwendigkeit vasoaktiver Medikation zur Aufrechterhaltung des BD im Normbereich (Adrenalin, Noradrenalin oder Dobutamin in jeder Dosierung; Dopamin > 5µg/kg/min)	ODER Zwei der folgenden Punkte: – unerklärte metabolische Azidose (BE > 0.5 mEq/l) – erhöhtes Lactat arteriell > 2-fach des oberen Grenzwertes – Oligurie: Urinmenge < 0.5ml/kg/h – verzögerte Rekapillarisation > 5 Sek. – Temperaturdifferenz Kerntemperatur und peripher > 3°C
<b>Respiratorisch</b>		ODER PaCO2 > 20mmHg über der Baseline-PCO2	ODER Bedarf FiO2 > 50% für eine Sättigung > 92%
<b>Neurologisch</b>	Glasgow Coma Scale ≤ 11	ODER Akute Veränderung des Mentalstatus mit GCS-Abfall ≥ 3 Punkte bei abnormaler Baseline	ODER Bedarf nichtselektiver invasiver oder nichtinvasiver mechanischer Beatmung
<b>Hämatologisch</b>	TC < 80'000/mm <sup>3</sup> oder Abfall von 50% des höchsten gemessenen Wertes innerhalb der letzten drei Tage (für chronisch hämatologische oder onkologische Patienten)	ODER International normalisiertes Verhältnis > 2	
<b>Renal</b>	Serumkreatinin ≥ 2-fach oberer, altersabhängiger Grenzwert oder 2-fache Erhöhung der Baseline		
<b>Hepatisch</b>	Bilirubin total ≥ 4mg/dl (nicht anwendbar bei Neugeborenen)	ODER ALT doppelt so hoch wie oberer, altersabhängiger Grenzwert	

<b>HD</b>	<b>P22.0</b>	<b>Atemnotsyndrom des Neugeborenen</b>
<b>ND</b>	<b>P36.9</b>	<b>Bakterielle Sepsis beim Neugeborenen, n. n. b.</b>
<b>ND</b>	<b>P39.8</b>	<b>Sonstige näher bez. Infektionen, für Perinatalperiode spezifisch</b>
<b>ND</b>	<b>P28.5</b>	<b>Respiratorisches Versagen beim Neugeborenen</b>
<b>ND</b>	<b>P27.1</b>	<b>Bronchopulmonale Dysplasie mit Ursprung in der Perinatalperiode</b>
<b>ND</b>	<b>P07.01</b>	<b>Neugeborenes, Geburtsgewicht 500 bis unter 750 Gramm</b>
<b>ND</b>	<b>P07.2</b>	<b>Neugeborenes mit extremer Unreife</b>
<b>ND</b>	<b>Z38.0</b>	<b>Einling, Geburt im Krankenhaus</b>

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

- Manifestiert sich eine Sepsis als Erkrankung bzw. Störung nach medizinischen Massnahmen (Komplikation) im Rahmen eines stationären Aufenthaltes, sind die Regeln D12/D16 zu berücksichtigen.
- Bei Vorhandensein von zwei oder mehr Zuständen (z.B. Sepsis und Herzinfarkt) wird die Regel G52 angewendet. Erforderte eine Sepsis während des stationären Aufenthaltes nicht den grössten Aufwand an medizinischen Mitteln, wird sie als eine Nebendiagnose kodiert. Dies gilt insbesondere auch für den Infektfokus, der einen höheren Behandlungsaufwand erfordern und deshalb bei einer Sepsis möglicherweise zur HD werden kann, z.B. Sepsis bei nekrotisierender Fasziiitis mit diversen Revisionseingriffen.
- Spezialfall Meningokokkenbakteriämie: hier wird eine Meningokokkensepsis verschlüsselt auch ohne Erfüllung der SOFA-Score-Bedingungen (s. Regel S0101 a).

## S0103c SIRS / ~~Organkomplikationen~~

Für die Verschlüsselung eines SIRS steht in der ICD-10-GM die Kategorie R65. –! *Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom* zur Verfügung.

**Beachte:** Die grau markierten ergänzenden Texte unter R65.0! und R65.1! betreffend Sepsis widersprechen dem neuen wissenschaftlichen Konsens und sind im schweizerischen Kontext nicht zu beachten. Im Kontext der Sepsis entfällt die Diagnose R65.1!

**R65.0!** **Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiöser Genese ohne Organkomplikationen**  
*Sepsis ohne Organkomplikationen*  
*Sepsis o.n.A.*  
*SIRS infektiöser Genese o.n.A.*

**R65.1!** **Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiöser Genese mit Organkomplikationen**  
*Schwere Sepsis*  
*Sepsis mit Organkomplikationen*

**R65.2!** **Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] nichtinfektiöser Genese ohne Organkomplikationen**  
*SIRS nichtinfektiöser Genese o.n.A.*

**R65.3!** **Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] nichtinfektiöser Genese mit Organkomplikationen**

**R65.9!** **Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS], nicht näher bezeichnet**

Es wird unterschieden zwischen SIRS infektiöser und SIRS nichtinfektiöser Genese.

Es ist zuerst ein Kode für einen Infekt bei infektiöser Ursache des SIRS oder die ein SIRS nichtinfektiöser Genese auslösende Grundkrankheit anzugeben, gefolgt von dem entsprechenden Kode aus R65.-!.

Zur Angabe von Erregern und deren Resistenzlage sind zusätzliche Schlüsselnummern zu verwenden.

Spezialfall Meningokokkenbakteriämie: hier wird eine Meningokokkensepsis verschlüsselt auch ohne Erfüllung der SOFA-Score-Bedingungen (die Regel S0101 a bleibt bestehen).

## 2.7. S0604d Bewusstseinsstörungen und S1904d Bewusstlosigkeit: Korrekturen

Betrifft alle Sprachversionen.

Die Kodierrichtlinien für Bewusstseinsstörungen und Bewusstlosigkeit sind wie folgt bezüglich des Unresponsive Wakefulness Syndroms (UWS) zu aktualisieren.

### S0604d Bewusstseinsstörungen

[...]

*Schwere Bewusstseinsstörung*

Unresponsive Wakefulness Syndrom (UWS), frühere Bezeichnung Vegetative State (VS) und Minimally Conscious State (MCS)

Das «unresponsive Wakefulness Syndrom (UWS)» ist definiert als ein Zustand der Unmöglichkeit mit der Umwelt zu interagieren, d.h. ohne kohärente Antworten und ohne bewusstes Reagieren auf optische, akustische, taktile und schmerzhafte Reize und ohne Bewusstsein über sich selbst oder über die Umwelt.

Das Minimally Conscious State (MCS) ist definiert als Zustand mit schwer veränderter Bewusstseinslage, bei dem minimale, aber deutliche Verhaltensmerkmale reproduzierbar nachweisbar sind, die ein Bewusstsein für sich selbst oder die Umgebung erkennen lassen.

Die exakte Klassifikation und Zuordnung erfolgt durch die CRS-R (Coma Recovery Scale-Revised) als Ergebnis der Bewertungen in den sechs Subskalen der CRS-R: CRS-auditiv–CRS-visuell–CRS-motorisch–CRS-sprachlich–CRS-Kommunikation–CRS-Erwachen. Dieses Assessment ist nicht zuverlässig anwendbar für Patienten vor dem 12. Lebensjahr. Bis zum Erreichen dieses Alters gilt die vom Arzt gestellte Diagnose ohne Referenz auf das CRS-R.

#### Stadieneinteilung der schweren Bewusstseinsstörung

Subskala CRS-R	Unresponsive Wakefulness Syndrom (UWS)	Minimally Conscious State Minus (MCS-)	Minimally Conscious State Plus (MCS+)	Emerge from Minimally Conscious State (EMCS)
auditiv	≤ 2	≤ 2 und	3-4	
visuell	≤ 1 und	2-5 oder	4-5	
motorisch	≤ 2 und	3-5 oder	3-5	= 6 und
sprachlich	≤ 2 und	≤ 2 oder	3	
Kommunikation	= 0 und	= 0 und	1-2	= 2
Erwachen	1-2	1-2	1-3	

d.h.:

- Ein unresponsive Wakefulnesssyndrom (UWS) liegt vor, wenn alle Bedingungen für ein UWS erfüllt sind.
- Ein Minimally Conscious State minus (MCS-) liegt vor, wenn **eine einzige** Subskala die für MCS- geforderten Werte erfüllt (d.h. Lokalisation von schmerzhaften Reizen, oder visuelles Verfolgen oder adäquates Lachen oder Weinen) und die übrigen Werte dem Stadium UWS entsprechen.
- Ein Minimally Conscious State plus (MCS+) liegt vor, wenn die Subskala «auditiv» den Wert 3 (Antwort auf Befehl), oder die Subskala «sprachlich» den Wert 3 (Sprachverständnis), oder die Subskala «Kommunikation» den Wert 1-2 (intentionelle oder funktionale Kommunikation) erreicht.
- Eine Emerge from Minimally Conscious State (EMCS) liegt vor, wenn die Subskala «motorisch» und die Subskala «Kommunikation» den Maximalwert erreicht haben. Um ein Emerge Stadium zuzuteilen muss eine Evaluierung zweimal innerhalb einer Woche durchgeführt werden.

Eine Stadieneinteilung kann frühestens 24 h nach Absetzen der **kontinuierlichen** Sedierung auf der IPS erfolgen und wenn die Voraussetzung erfüllt ist, dass keine medikamentösen Einflüsse den Zustand mitverursachen (allenfalls mit dokumentierten Blutanalysen). **Eine vorübergehende Sedierung z.B. für die Pflege des Patienten oder beim Zustand der Agitation ist keine Kontraindikation für eine Evaluierung.** Das Stadium muss **mindestens 1 Woche bestehen oder sich zu einem anderen Stadium der Bewusstseinsstörung entwickeln.** Eine zweite Evaluation in der folgenden Woche (mindestens 2-3 Tage Abstand) ist nötig, um die Diagnose der Bewusstseinsstörung zu bestätigen.

Eine Bewusstseinsstörung wird mit G93.80 Apallisches Syndrom kodiert, wenn:

- eine schwere Bewusstseinsstörung Stadium Vegetative State (VS) (Synonym Unresponsive Wakefulness Syndrome (UWS)) oder ein Minimally Conscious State **gemäss obenstehenden Definitionen vorliegt.**

**Hinweis:** Bewusstseinsstörungen, die die oben definierten Kriterien für VS/UWS und MCS nicht erfüllen, werden NICHT mit G93.80 kodiert, dazu gehört das Stadium **Emerge from Minimally Conscious State (EMCS).**

Literatur:

~~Giacino, J et al. (2006). Coma Recovery Scale-Revised. The Center for Outcome Measurement in Brain Injury~~

Giacino, J.T., Kalmar, K., & Whyte, J. (2004). The JFK Coma Recovery Scale-Revised: Measurement characteristics and diagnostic utility 1. Archives of physical medicine and rehabilitation, 85(12), 2020-2029.

Gosseries, O., Zasler, N.D., & Laureys, S. (2014). Recent advances in disorders of consciousness: focus on the diagnosis. Brain injury, 28(9), 1141-1150.

Schnakers, C., Majerus, S., Giacino, J., Vanhauzenhuyse, A., Bruno, M.A., Boly, M.,... & Damas, F. (2008). A french validation study of the Coma Recovery Scale-Revised (CRS-R). Brain injury, 22 (10), 786-792.

Seel, R.T., Sherer, M., Whyte, J., Katz, D.I., Giacino, J.T., Rosenbaum, A.M., ...& Biester, R.C. (2010). Assessment scales for disorders of consciousness: evidence-based recommendations for clinical practice and research. Archives of physical medicine and rehabilitation, 91 (12), 1795-1813.

## **S1904d Bewusstlosigkeit**

[...]

~~Vegetative State (VS) / Minimally Conscious State (MCS)~~

~~Der MCS ist definiert als Zustand mit schwer veränderter Bewusstseinslage, bei dem minimale, aber deutliche Verhaltensmerkmale reproduzierbar nachweisbar sind, die ein Bewusstsein für sich selbst oder die Umgebung erkennen lassen.~~

~~Die exakte Klassifikation und Zuordnung des MCS erfolgt durch die Coma Remissions Skala revised (CRS-r) als Ergebnis der Bewertungen in den fünf Subskalen des CRS : CRS-auditorisch – CRS-visuell – CRS-motorisch – CRS-sprachlich – CRS-Kommunikation.~~

~~Dieses Assessment ist nicht zuverlässig anwendbar für Patienten vor dem 12. Lebensjahr.~~

### **Schwere Bewusstseinsstörung**

Unresponsive Wakefulness Syndrom (UWS), frühere Bezeichnung Vegetative State (VS) und Minimally Conscious State (MCS)

Das «unresponsive Wakefulness Syndrom (UWS)» ist definiert als ein Zustand der Unmöglichkeit mit der Umwelt zu interagieren, d.h. ohne kohärente Antworten und ohne bewusstes Reagieren auf optische, akustische, taktile und schmerzhaft Reize und ohne Bewusstsein über sich selbst oder über die Umwelt.

Das Minimally Conscious State (MCS) ist definiert als Zustand mit schwer veränderter Bewusstseinslage, bei dem minimale, aber deutliche Verhaltensmerkmale reproduzierbar nachweisbar sind, die ein Bewusstsein für sich selbst oder die Umgebung erkennen lassen.

Die exakte Klassifikation und Zuordnung erfolgt durch die CRS-R (Coma Recovery Scale-Revised) als Ergebnis der Bewertungen in den sechs Subskalen der CRS-R: CRS-auditiv – CRS-visuell – CRS-motorisch – CRS-sprachlich – CRS-Kommunikation – CRS-Erwachen. Dieses Assessment ist nicht zuverlässig anwendbar für Patienten vor dem 12. Lebensjahr. Bis zum Erreichen dieses Alters gilt die vom Arzt gestellte Diagnose ohne Referenz auf das CRS-R.

## Stadieneinteilung der schweren Bewusstseinsstörung

Subskala CRS-R	Unresponsive Wakefulness Syndrom (UWS)	Minimally Conscious State Minus (MCS-)	Minimally Conscious State Plus (MCS+)	Emerge from Minimally Conscious State (EMCS)
auditiv	≤ 2 und	≤ 2 und	3-4	
visuell	≤ 1 und	2-5 oder	4-5	
motorisch	≤ 2 und	3-5 oder	3-5	= 6 und
sprachlich	≤ 2 und	≤ 2 oder	3	
Kommunikation	= 0 und	=0 und	1-2	= 2
Erwachen	1-2	1-2	1-3	

d.h.:

- Ein unresponsive Wakefulnesssyndrom (UWS) liegt vor, wenn alle Bedingungen für ein UWS erfüllt sind.
- Ein Minimally Conscious State minus (MCS-) liegt vor, wenn eine einzige Subskala die für MCS- geforderten Werte erfüllt (d.h. Lokalisation von schmerzhaften Reizen, oder visuelles Verfolgen oder adäquates Lachen oder Weinen) und die übrigen Werte dem Stadium UWS entsprechen.
- Ein Minimally Conscious State plus (MCS+) liegt vor, wenn die Subskala «auditiv» den Wert 3 (Antwort auf Befehl), oder die Subskala «sprachlich» den Wert 3 (Sprachverständnis), oder die Subskala «Kommunikation» den Wert 1-2 (intentionelle oder funktionale Kommunikation) erreicht.
- Eine Emerge from Minimally Conscious State (EMCS) liegt vor, wenn die Subskala «motorisch» und die Subskala «Kommunikation» den Maximalwert erreicht haben. Um ein Emerge Stadium zuzuteilen muss eine Evaluierung zweimal innerhalb einer Woche durchgeführt werden.

Eine Stadieneinteilung kann frühestens 24 h nach Absetzen der kontinuierlichen Sedierung auf der IPS erfolgen und wenn die Voraussetzung erfüllt ist, dass keine medikamentösen Einflüsse den Zustand mitverursachen (allenfalls mit dokumentierten Blutanalysen). Eine vorübergehende Sedierung z.B. für die Pflege des Patienten oder beim Zustand der Agitation ist keine Kontraindikation für eine Evaluierung. Das Stadium muss mindestens 1 Woche bestehen oder sich zu einem anderen Stadium der Bewusstseinsstörung entwickeln. Eine zweite Evaluation in der folgenden Woche (mindestens 2-3 Tage Abstand) ist nötig, um die Diagnose der Bewusstseinsstörung zu bestätigen.

Eine Bewusstseinsstörung wird mit G93.80 Apallisches Syndrom kodiert, wenn:

- eine schwere Bewusstseinsstörung Stadium Vegetative State (VS) (Synonym: Unresponsive Wakefulness Syndrome (UWS)) oder ein Minimally Conscious State gemäss obenstehenden Definitionen vorliegt.

**Hinweis:** Bewusstseinsstörungen, die die oben definierten Kriterien für VS/UWS und MCS nicht erfüllen, werden NICHT mit G93.80 kodiert, dazu gehört das Stadium Emerge from Minimally Conscious State (EMCS).

Literatur:

~~Giacino, J et al. (2006). Coma Recovery Scale-Revised. The Center for Outcome Measurement in Brain Injury~~

Giacino, J.T., Kalmar, K., & Whyte, J. (2004). The JFK Coma Recovery Scale-Revised: Measurement characteristics and diagnostic utility 1. Archives of physical medicine and rehabilitation, 85(12), 2020-2029.

Gosseries, O., Zasler, N.D., & Laureys, S. (2014). Recent advances in disorders of consciousness: focus on the diagnosis. Brain injury, 28(9), 1141-1150.

Schnakers, C., Majerus, S., Giacino, J., Vanhauzenhuysse, A., Bruno, M.A., Boly, M.,... & Damas, F. (2008). A french validation study of the Coma Recovery Scale-Revised (CRS-R). Brain injury, 22 (10), 786-792.

Seel, R.T., Sherer, M., Whyte, J., Katz, D.I., Giacino, J.T., Rosenbaum, A.M., ...& Biester, R.C. (2010). Assessment scales for disorders of consciousness: evidence-based recommendations for clinical practice and research. Archives of physical medicine and rehabilitation, 91 (12), 1795-1813.

## 2.8. Korrekturen im Zusatz zum medizinischen Kodierungshandbuch, Version 2019: Kodier-richtlinien für die Rehabilitation

Betrifft alle Sprachversionen.

Der Absatz «1) Basisleistung CHOP BA.- unterteilt nach 8 Rehabilitations-Arten» unter «Prozeduren» ist wie folgt zu korrigieren und zu ergänzen.

### Prozeduren

**Bei jedem Rehabilitationsfall müssen die untenstehenden 3 Informationen erfasst werden:**

#### 1) Basisleistung CHOP BA– unterteilt nach 8 Rehabilitations-Arten

Kodierung 1x pro Aufenthalt, ausser bei Wechsel der Rehabilitationsart aus medizinischen Gründen.

Die Basisleistung wird auch kodiert bei einer Rehabilitation von weniger als 7 **Behandlungstagen** **Kalendertagen** bei Verlegung oder Tod des Patienten oder bei Entlassung gegen ärztlichen Rat. Der Grund ist in Variable „Entscheid für Austritt (1.5.V02)“ zu erfassen.

Bei Kurzaufenthalten (< 7 Tagen) und bei angebrochenen Rehabilitationswochen (d.h. die Anzahl Tage entspricht nicht einem x-fachen von 7), sind, für die entsprechenden Tage, die Mindestmerkmale im pro rata zu berücksichtigen. Bei Mindestmerkmalen, die pro Woche angegeben werden, ist je Tag ein Siebtel der Mindestanforderungen zu berechnen. Z.B. für 4 Tage sind 4/7 der Mindestanforderungen über den gesamten Aufenthalt von 4 Tagen zu erfüllen.

Falls ein Kurzaufenthalt (< 7 Tage) die Mindestmerkmale der Basisleistung Rehabilitation nicht erfüllt, kann der entsprechende Basisleistungskode nicht erfasst werden. Entsprechen die erbrachten Leistungen anderen CHOP-Kodes, wie z.B. diejenigen für die Physiotherapie, sind diese Codes abzubilden.

Das Dokument «Überleitungstabelle FIM®-EBI» wurde von der SwissDRG AG aktualisiert. Die neue Version ist diejenige vom 14.05.2019. Die Links im Absatz «2) Assessments – CHOP AA» unter «Prozeduren» sind dementsprechend anzupassen.

#### 2) Assessments – CHOP AA

Alltagsfunktions- und Multimorbiditätsmessungen müssen bei Eintritt und bei Austritt erhoben und dokumentiert werden.

Für FIM® wird EBI mit Kode AA.11 erfasst; die Überleitungstabelle FIM®-EBI findet sich unter folgenden Links:

- Auf Deutsch: <https://www.swissdrg.org/application/files/8315/3917/7473/ueberleitungstabelle-FIM-EBI-CHOP-Code-2019.pdf> [http://www.swissdrg.org/download\\_file/view/2161](http://www.swissdrg.org/download_file/view/2161) SwissDRG AG. Überleitungstabelle FIM® - EBI für CHOP Code 2019. Version vom 14.05.2019
- Auf Französisch: <https://www.swissdrg.org/application/files/3215/3917/7473/ueberleitungstabelle-FIM-EBI-CHOP-Code-2019-f.pdf> [https://www.swissdrg.org/download\\_file/view/2160](https://www.swissdrg.org/download_file/view/2160) SwissDRG SA. Table de transition FIM® - EBI pour codes CHOP 2019. Version du 14.05.2019
- Auf Italienisch: <https://www.swissdrg.org/application/files/6415/3917/7472/ueberleitungstabelle-FIM-EBI-CHOP-Code-2019-i.pdf> [https://www.swissdrg.org/download\\_file/view/2159](https://www.swissdrg.org/download_file/view/2159) SwissDRG SA. Tabella di riconciliazione FIM® - EBI per il codice CHOP 2019 Versione del 14.05.2019

### 3. Zusatzinformationen zur CHOP 2019

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

Die Zusatzinformationen zur CHOP 2019 aus dem Rundschreiben 2019 Nr. 1 sind weiterhin gültig mit Ausnahme von, resp. Ergänzung von:

- Zusätzlich zum Punkt 3.5. «7A.A2 Growing rod» ist Punkt 3.3. «Growing rod – Zusatzkode – Segmente beim spezifischen Eingriff» des Rundschreibens 2019 Nr. 2 zu beachten.
- Zusätzlich zum Punkt 3.19 «Basisleistung in der Rehabilitation» ist Punkt 3.8 «Basisleistung in der Rehabilitation» des Rundschreibens 2019 Nr. 2 zu beachten.

Zusätzliche neue Korrekturen sind hier aufgenommen.

#### 3.1. 32.41.13 Lobektomie an der Lunge und Angioplastie

Betrifft nur die italienische Version. Siehe Circolare 2019 n. 2.

#### 3.2. 7A.- Inklusivum Osteotomie an der Wirbelsäule

Betrifft alle Sprachversionen.

Osteotomien Grad I und II sind in den Codes unter 7A.72.- und 7A.73.- im Eingriff inbegriffen.

##### 7A.72 Dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule

Inkl.: Osteotomie an der Wirbelsäule, Grad I und II

Beachte: Die dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule erfolgt ohne Fusion. Eine Stabilisierung ohne Fusion ist eine bewegungserhaltende Wirbelsäulenoperation unter Einsatz von Implantaten. Die dynamische Stabilisierung erfolgt z.B. mit interspinösen Spreizimplantaten, Bandscheibenprothesen oder dynamischen Stab-Schrauben-Konstruktionen (dynamische Instrumentierung oder auch dynamische Spondylodese genannt).

##### 7A.73 Nicht-dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule durch Osteosynthese ohne Fusion der Wirbel

Stabilisierung der Wirbelsäule bei Frakturen

Inkl.: Osteotomie an der Wirbelsäule, Grad I und II

Beachte: Eine Stabilisierung ohne Fusion ist eine bewegungserhaltende Wirbelsäulenoperation unter Einsatz von Implantaten. Die Instrumentalisierung erfolgt mit dem Ziel der Ruhigstellung zur Heilung. Es erfolgt keine Knochenanlagerung an den Gelenken der Wirbelsäule, eine Fusion wird nicht angestrebt.

#### 3.3. 7A.A2 Growing rod – Zusatzkode – Segmente beim spezifischen Eingriff

Betrifft alle Sprachversionen.

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.

##### 7A.A2 Implantation von mitwachsenden oder expandierenden Systemen, Wirbelsäule Growing rod

Mitwachsendes Schrauben-Stangen-System

### **3.4. 84.A1.- Einzeitige Mehrfacheingriffe an Hand und Fuss – Präzisierung des Beachte Fingerstrahlen**

Betrifft alle Sprachversionen.

Das «Beachte» der Subkategorie 84.A1.- «Einzeitige Eingriffe an Hand oder Fuss» ist wie folgt zu ergänzen.

#### **84.A1.- Einzeitige Eingriffe an Hand oder Fuss**

Beachte: Folgende Codes dienen der Identifizierung von einzeitigen Mehrfacheingriffen an Hand oder Fuss. Ein Strahl bezieht sich auf die Knochen von Mittelhand und Finger, resp. Mittelfuss und Zehen. Wenn somit z.B. ein Eingriff am 3. Strahl der Mittelhand sowie am 3. Finger durchgeführt wird, ist nur ein Strahl zu zählen.

Bei der Aufgliederung der Codes wurde bis 5 und mehr aufgliedert, um die Abbildung von Eingriffen an mehr als 5 Fingern, resp. Zehen bei polydaktylen Patienten mit einzuschliessen. Eingriffe an Gefässen und Nerven sind jeweils einem Strahl zuzuordnen.

Bei einzeitigen Eingriffen an beiden Händen, resp. beiden Füßen, ist die Anzahl Mittelhand- und Fingerstrahlen je Hand, resp. die Anzahl Mittelfuss- und Zehenstrahlen je Fuss, anzugeben und mit der Lateralitätsmarkierung zu differenzieren. Erfolgten die Eingriffe an der gleichen Anzahl Strahlen links und rechts kann dies mit der Lateralitätsmarkierung «beidseitig» gekennzeichnet werden.

Die Eingriffsspezifischen Codes sind, auch wenn sie einzeitig an mehreren Strahlen durchgeführt wurden, nur einmal zu erfassen.

Der entsprechende Zusatzkode ist je Eingriffstyp, direkt unter dem Eingriffskode, zu erfassen.

Es sind Operationen aus folgenden Bereichen zu berücksichtigen:

- Operationen an kranialen und peripheren Nerven (04.-)
- Inzision, Exzision und Verschluss von Gefässen (38.-)
- Andere Operationen an Gefässen (39.-)
- Inzision, Exzision und Durchtrennung anderer Knochen (77.-)
- Sonstige Operationen an Knochen, ausser Gesichtsschädelknochen (78.-)
- Reposition von Frakturen und Luxationen (79.-)
- Inzision und Exzision an Gelenkstrukturen (80.-)
- Plastische Rekonstruktionen an Gelenkstrukturen (81.-)
- Operationen an Muskeln, Sehnen und Faszien der Hand (82.-)
- Operationen an Muskel, Sehne, Faszien und Bursa, ausgenommen der Hand (83.-)
- Sonstige Massnahmen am Bewegungsapparat (84.-)

Die Präzisierung 0828 ist zur Thematik der einzeitigen Mehrfacheingriffe an Hand und Fuss ebenfalls zu beachten.

### **3.5. 94.6A.- Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker**

Betrifft nur die französische und italienische Version. Siehe Circulaire 2019 n° 2 und Circolare 2019 n. 2.

### **3.6. 99.B7.- und 99.B8.- Intensivmedizinische Komplexbehandlung, resp. Komplexbehandlung auf der IMCU, im Neugeborenen- und Kindesalter**

Betrifft alle Sprachversionen.

Die Angabe eines Alters nach Geburt in 28 Tagen führt zu Diskussionen bei Verlegungen. In den Mindestmerkmalen folgender Elementgruppen wurde somit das alterskorrigierte Alter für Neugeborene angegeben.

- 99.B7.2 Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur), nach Aufwandspunkten**  
 Beachte: [...] Dieser Kode gilt für Patienten, die bei stationärer Aufnahme älter als 28 Tage sind, aber das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Bei Frühgeborenen wird das alterskorrigierte Alter zur Berechnung der Tage verwendet. Das alterskorrigierte Alter wird durch den behandelnden Arzt definiert.
- 99.B7.3 Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Neugeborenenalter (Basisprozedur), nach Aufwandspunkten**  
 Beachte: [...]. Dieser Kode gilt für Patienten, die bei stationärer Aufnahme jünger oder gleich 28 Tage alt sind. Bei Frühgeborenen wird das alterskorrigierte Alter zur Berechnung der Tage verwendet. Das alterskorrigierte Alter wird durch den behandelnden Arzt definiert.
- 99.B8.2 Komplexbehandlung im Kindesalter in einer Intermediate-Care Unit (IMCU), nach Aufwandspunkten**  
 Beachte: [...] Dieser Kode gilt für Patienten, die bei stationärer Aufnahme älter als 28 Tage sind, aber das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Bei Frühgeborenen wird das alterskorrigierte Alter zur Berechnung der Tage verwendet. Das alterskorrigierte Alter wird durch den behandelnden Arzt definiert. [...]
- 99.B8.3 Komplexbehandlung im Neugeborenenalter in einer Intermediate-Care Unit (IMCU), nach Aufwandspunkten**  
 Beachte: [...] Dieser Kode gilt für Patienten, die bei stationärer Aufnahme jünger oder gleich 28 Tage alt sind. Bei Frühgeborenen wird das alterskorrigierte Alter zur Berechnung der Tage verwendet. Das alterskorrigierte Alter wird durch den behandelnden Arzt definiert. [...]

### 3.7. 99.A7, 99.BA.1- und 99.BA.2- Referenzdokumente Stroke Center und Stroke Unit

Betrifft alle Sprachversionen.

Der Link auf die Dokumente zum Stroke Center und zur Stroke Unit hat sich geändert. Zudem gibt es eine neue Version des Referenzdokuments für Stroke Center. Daher sind folgende Änderungen vorzunehmen:

- 99.A7 Komplexdiagnostik des akuten Hirnschlags in Stroke Unit oder Stroke Center, bis maximal 24 Stunden**  
 Beachte:  
 Mindestmerkmal Punkt 0, Referenzdokument: Richtlinien und Anforderungsprofile einer zertifizierten Stroke Unit (SU) gemäss den Kriterien der SFCNS sind folgendem Dokument «Qualitätskriterien für die Zertifizierung von Stroke Units», Version I (28.09.2012) zu entnehmen: <https://www.sfcns.ch/application-and-documents.html>  
 [...]
- 99.BA.1 Neurologische Komplexbehandlung des akuten Hirnschlags in Stroke Center (SC), nach Behandlungsdauer in Stunden**  
 Beachte: Mindestmerkmal Punkt 0, Referenzdokument: Richtlinien und Anforderungsprofile eines zertifizierten Stroke Centers gemäss den Kriterien der SFCNS sind folgendem Dokument «Qualitätskriterien für die Zertifizierung von Stroke Centers», Version II (29.09.2016) zu entnehmen: <https://www.sfcns.ch/application-and-documents.html>  
 [...]

### 99.BA.2 Neurologische Komplexbehandlung des akuten Hirnschlags in einer Stroke Unit (SU), nach Behandlungsdauer in Stunden

Beachte: Mindestmerkmal Punkt 0, Referenzdokument: Richtlinien und Anforderungsprofile einer zertifizierten Stroke Unit (SU) gemäss den Kriterien der SFCNS sind folgendem Dokument «Qualitätskriterien für die Zertifizierung von Stroke Units», Version I (28.09.2012) zu entnehmen: <https://www.sfcns.ch/application-and-documents.html>

[...]

## 3.8. Basisleistung in der Rehabilitation

Betrifft alle Sprachversionen.

Unter der Kategorie BA.- «Basisleistung in der Rehabilitation» beim «Mindestmerkmal Punkt 0, Referenzdokument» ist zu beachten, dass es Änderungen im Dokument «Personelle und infrastrukturelle Minimalanforderungen – Referenzdokument neurologische Rehabilitation» unter <https://www.fmh.ch/themen/stationaere-tarife/st-reha.cfm#minimal> gibt. Zudem sind bei den Mindestmerkmalen der Kategorie BA.- und deren 3-stelligen Kategorien folgende Anpassungen zu übernehmen.

### BA Basisleistung in der Rehabilitation

Beachte:

[...]

Mindestmerkmal Punkt 3, Therapie:

~~Eine Therapieeinheit dauert 30 Minuten, ebenso dauert eine Schulungseinheit 30 Minuten. Abweichungen davon können nur aus patientenspezifischen Gründen (schwankende Belastbarkeit des Patienten) erfolgen und müssen dokumentiert sein.~~

Eine Woche (Behandlungswoche) umfasst 7 Kalendertage. Zeitliche Vorgaben für die wöchentlichen Therapie- und Schulungsleistungen sind als Durchschnitt pro Woche auf den gesamten Reha-Aufenthalt bezogen.

Die Therapieeinheiten und die Edukation (Schulung) erfolgen in Einzel- oder Gruppentherapie je nach Indikation und in Abhängigkeit der Bedürfnisse und Ressourcen des Patienten. Die Therapie und Edukation (Schulung) für Kurzaufenthalte und angebrochene Reha-Wochen werden pro rata berechnet. Abweichungen davon können nur aus patientenspezifischen Gründen (schwankende Belastbarkeit des Patienten) erfolgen und müssen dokumentiert sein.

Selbsttraining unter Aufsicht des entsprechenden Therapeuten entspricht einer Therapie.

### BA.1 Neurologische Rehabilitation

Beachte:

[...]

Mindestmerkmal Punkt 3, Therapie und Schulung:

~~Mind. 20 TE pro Woche verteilt auf mind. 5 Tage~~, Therapiedauer pro Woche mind. 600 540 Min. Die zeitliche Vorgabe für die wöchentlichen Therapie- und Schulungsleistungen sind als Durchschnitt pro Woche auf den gesamten Reha-Aufenthalt bezogen.

Folgende Therapien kommen dabei entsprechend der Defizite zum Einsatz:

Obligatorisch:

- Physiotherapie ~~an mind. 5 Tagen der Woche~~

In patientenbezogenen Kombinationen mit:

- Physikalischer Therapie
- Logopädie
- Ergotherapie
- Neuropsychologie
- Ernährungsberatung

Zusätzlich bei entsprechender Indikation:

- Sozialberatung
- Raucherstopp-Beratung
- Diabetesberatung

## **BA.2 Psychosomatische Rehabilitation**

Beachte:

[...]

Mindestmerkmal Punkt 2, Therapie und Schulung:

~~Mind.15 TE pro Woche verteilt auf mind. 5 Tage~~, Therapiedauer pro Woche mind. 450 Minuten. Die zeitliche Vorgabe für die wöchentlichen Therapie- und Schulungsleistungen ist als Durchschnitt pro Woche auf den gesamten Reha-Aufenthalt bezogen.

Obligatorisch sind ~~dabei mind. 5 TE~~ Psychotherapie, kombiniert mit ~~mind. 10 TE aus:~~

- Physiotherapie
- Ergotherapie
- Psychosoziale Milieuthherapie durch dipl. Pflegepersonal

Zusätzlich bei entsprechender Indikation:

- Ernährungsberatung
- Diabetesberatung

## **BA.3 Pulmonale Rehabilitation**

Beachte:

[...]

Mindestmerkmal Punkt 2, Therapie und Schulung:

Die Behandlung besteht obligatorisch aus Therapie- und Schulungseinheiten mit insgesamt 540 Minuten pro Woche. Die zeitliche Vorgabe für die wöchentlichen Therapie- und Schulungsleistungen ist als Durchschnitt pro Woche auf den gesamten Reha-Aufenthalt bezogen.

a) ~~mind. 15 Therapieeinheiten pro Woche verteilt auf mind. 5 Tage mit~~

obligatorisch ~~5 TE~~ Physiotherapie als Ausdauertraining

sowie in patientenbezogener Kombination ~~10 TE~~ Therapien aus folgenden Bereichen: ~~aus den Therapiebereichen~~

- Atemphysiotherapie
- Krafttraining (medizinische Trainingstherapie)
- Ergotherapie
- Logopädie
- Ernährungsberatung
- psychologische Unterstützung

sowie

b) mind. 3 Patientenschulungen pro Woche zu unterschiedlichen Themen

Zusätzlich nach patientenbezogenen Indikationen:

- Apparative Atem-Therapien, z.B. mobile Sauerstofftherapie, Inhalationstherapie,
- Sozialberatung

## **BA.4 Kardiale Rehabilitation**

Beachte:

[...]

Mindestmerkmal Punkt 2, Therapie und Schulung:

Die Behandlung besteht obligatorisch aus Therapie- und Schulungseinheiten mit insgesamt mind. 540 Minuten pro Woche. Die zeitliche Vorgabe für die wöchentlichen Therapie- und Schulungsleistungen ist als Durchschnitt pro Woche auf den gesamten Reha-Aufenthalt bezogen.

~~a) Mind. 16 Therapieeinheiten pro Woche verteilt auf mind. 5 Tage.~~

Obligatorische Therapien ~~an mind. 5 Tagen~~ pro Woche:

a) Aktive Physiotherapie ~~mind. 10 TE pro Woche~~ (Ausdauer, Kraft und Beweglichkeit, Entspannung)

In patientenbezogenen Kombinationen mit:

- Ernährungsberatung
- Diabetesberatung
- Psychologische Beratung
- Ergotherapie
- Logopädie
- Physikalischer Therapie

b) Schulung zur Prävention mit wöchentlich mind. 2 Patientenschulungen, zu unterschiedlichen Themen

Zusätzlich bei entsprechender Indikation:

Sozialberatung

## BA.5 Muskuloskeletale Rehabilitation

Beachte:

[...]

Mindestmerkmal Punkt 1, Therapie und Schulung:

~~Mind. 15 TE pro Woche verteilt auf mind. 5 Tage~~, Therapiedauer pro Woche mind. 450 Min. **Die zeitliche Vorgabe für die wöchentlichen Therapie- und Schulungsleistungen ist als Durchschnitt pro Woche auf den gesamten Reha-Aufenthalt bezogen.**

Integraler Bestandteil einer muskuloskelettalen Rehabilitation ist die aktive Physiotherapie.

Obligatorisch **pro Woche** ist die aktive Physiotherapie ~~mit mind. 8 TE pro Woche~~ kombiniert mit mindestens 2 der folgenden Leistungsbereiche:

- Passive Physikalische Therapie
- Medizinische Trainingstherapie
- Bewegungstherapie im Wasser (Wassergymnastik)
- Ergotherapie
- Psycho- und Gesprächstherapie
- Ernährungsberatung/ -therapie

Zusätzlich nach patientenbezogenen Indikationen:

- Orthopädietechnik und -prothetik auch unter Einbezug der Orthopädieschuhtechnik
- Hilfsmittelberatung, -abgabe und -schulung
- Massnahmen der Ergonomie
- Sozialberatung

## BA.6 Internistische oder onkologische Rehabilitation

Beachte:

[...]

Mindestmerkmal Punkt 1, Therapie und Schulung:

~~Mind. 15 TE pro Woche verteilt auf mind. 5 Tage~~, Therapiedauer pro Woche mind. 450 Min. **Die zeitliche Vorgabe für die wöchentlichen Therapie- und Schulungsleistungen ist als Durchschnitt pro Woche auf den gesamten Reha-Aufenthalt bezogen.**

Die Therapie erfolgt in patientenbezogenen Kombinationen.

Dabei sind folgende Therapiebereiche obligatorisch:

- Physiotherapie
- Ergotherapie
- Medizinische Trainingstherapie

Diese sind zielorientiert mit folgenden Leistungsbereichen zu kombinieren:

- Physikalische Therapie
- Ernährungsberatung und -therapie
- Psycho- und Gesprächstherapie

- Psychoonkologie
  - Diabetesberatung und -therapie
  - Stoma- und Kontinenzberatung
  - Logopädie
- Zusätzlich bei entsprechender Indikation:
- Sozialberatung

### BA.7 Pädiatrische Rehabilitation

Beachte:

[...]

Mindestmerkmal Punkt 3, Therapie und Schulung:

~~Mind. 15 TE pro Woche mit mind. 3 Einheiten pro Tag~~ Die Therapie ist eine Kombination aus den unten aufgeführten Therapiebereichen. Therapiedauer pro Woche mind. 450 Min. Die zeitliche Vorgabe für die wöchentlichen Therapie- und Schulungsleistungen sind als Durchschnitt pro Woche auf den gesamten Reha-Aufenthalt bezogen.

Kinder erfordern eine sehr individuelle Planung – dieser Situation ist entsprechend Rechnung zu tragen.

- Klinische Psychologie und Psychotherapie
- Neuropsychologie
- Physiotherapie
- Ergotherapie
- Logopädie
- Ernährungsberatung und -therapie
- Diabetesberatung und -therapie

Bei Bedarf sind die Eltern oder gesetzlichen Vertreter in die Therapien einzubeziehen.

Zusätzlich bei entsprechender Indikation:

- Sozialberatung

### BA.8 Geriatrische Rehabilitation

Beachte:

[...]

Mindestmerkmal Punkt 2, Therapie und Schulung:

~~Mind. 15 TE pro Woche verteilt auf mind. 5 Tage~~, Therapiedauer pro Woche mind. 450 min. Die zeitliche Vorgabe für die wöchentlichen Therapie- und Schulungsleistungen sind als Durchschnitt pro Woche auf den gesamten Reha-Aufenthalt bezogen.

In patientenbezogener Kombination der folgenden Therapien:

- Physiotherapie
- Ergotherapie
- Logopädie
- Ernährungsberatung und -therapie
- Psychologie und/oder Neuropsychologie

Zusätzlich Schulung/Beratung nach patientenbezogenen Indikationen:

- Sozialberatung
- Orthopädietechnik

## **4. Zusatzinformationen zur ICD-10-GM 2018**

### **4.1. Streichung zusätzlicher Codes im alphabetischen Verzeichnis**

Betrifft nur die französische und italienische Sprachversion. Siehe Circulaire 2019 n° 2 und Circolare 2019 n. 2.

### **4.2. Anreicherungen Wernicke-Enzephalopathie**

Betrifft nur die französische und italienische Sprachversion. Siehe Circulaire 2019 n° 2 und Circolare 2019 n. 2.

### **4.3. N08.5\* Glomeruläre Krankheiten bei Systemkrankheiten des Bindegewebes**

Betrifft nur die französische Sprachversion. Siehe Circulaire 2019 n° 2.

## 5. ANHANG

### 5.1. Informationen und Präzisierungen (ehemalig FAQ genannt)

Das aktuelle Rundschreiben enthält **alle**, ab **1. Juli 2019** 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.

#### 0828 01.07.2019 Zusatzcode 84.A1.- «Einzeitige Eingriffe an Hand oder Fuss»

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

Einzeitige Mehrfacheingriffe an der Hand - Beispiel						
		Eingriff		84.A1.1 Einzeitige Mehrfacheingriffe an Mittelhand- und Fingerstrahlen		
Fall	Beschreibung	Eingriffskode	Lateralität	Zusatzcode	Titel	Lateralität
Fall 1	Eingriff vom Typ A am Finger des 2. Strahls der linken Hand	Kode des Eingriffs vom Typ A	Einseitig Links	Kein Kode		
Fall 2	Eingriff vom Typ A am Finger des 2. Strahls der linken Hand	Kode des Eingriffs vom Typ A	Einseitig Links	Kein Kode		
	Eingriff vom Typ B am Finger des 3. Strahls der rechten Hand	Kode des Eingriffs vom Typ B	Einseitig Rechts			
Fall 3	Eingriff vom Typ A am Finger des 2. Strahls der linken Hand	Kode des Eingriffs vom Typ A	Einseitig Links	Kein Kode		
	Eingriff vom Typ B an der Mittelhand, 2. Strahl der linken Hand	Kode des Eingriffs vom Typ B	Einseitig Links			
Fall 4	Eingriff vom Typ A an Fingern des 2. und 3. Strahls der linken Hand	Kode des Eingriffs vom Typ A	Einseitig Links	Z84.A1.11	Einzeitige Mehrfacheingriffe an 2 Mittelhand- und Fingerstrahlen	Einseitig Links
	Eingriff vom Typ B am Finger, des 3. Strahls der linken Hand	Kode des Eingriffs vom Typ B	Einseitig Links	Kein Kode		
Fall 5	Eingriff vom Typ A an den Fingern der 2., 3. und 4. Strahlen der linken Hand	Kode des Eingriffs vom Typ A	Einseitig Links	Z84.A1.12	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	Z84.A1.12	Einzeitige Mehrfacheingriffe an 3 Mittelhand- und Fingerstrahlen	Einseitig Links
				Z84.A1.11	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	Z84.A1.11	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 linken Hand	Kode des Eingriffs vom Typ A	Einseitig Links	Z84.A1.11	Einzeitige Mehrfacheingriffe an 2 Mittelhand- und Fingerstrahlen	Einseitig Links
		Kode des Eingriffs vom Typ B	Einseitig Rechts	Z84.A1.11	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	Z84.A1.11	Einzeitige Mehrfacheingriffe an 2 Mittelhand- und Fingerstrahlen	Einseitig Links
		Kode des Eingriffs vom Typ B	Einseitig Rechts	Kein Kode		

#### 0829 01.07.2019 Débridement ohne Exzision (86.2B.-) in Narkose

Bei Fällen, bei denen das Débridement ohne Exzision aus medizinischen Gründen in Narkose ausgeführt wird, ist ein Kode aus 86.2B.- «Débridement von Wunde, Infektion oder Verbrennung, ohne Exzision, ohne lokale Infiltrationsanästhesie, Regional- oder Allgemeinanästhesie» kombiniert mit einem Kode aus 93.92.- «Anästhesie» zu kodieren.

#### 0830 01.07.2019 Metallischer Knorpelersatz - Miniprothese

Eine Miniprothese zur Behandlung von **Knorpeldefekten** im Knie wird nicht mit einem Kode aus der Subkategorie 81.54.-«Implantation einer Endoprothese des Kniegelenks» kodiert, sondern mit:

81.47.26 Implantation eines patientenindividuellen metallischen Knorpelersatzes am Kniegelenk  
oder

81.47.2A Implantation eines nicht-patientenindividuellen metallischen Knorpelersatz am Kniegelenk

#### 0831 01.07.2019 Hämorrhagische Diathese durch Antikoagulanzen

Ein normal eingestellter antikoagulierter Patient ohne Blutung wird mit Z92.1 «Dauertherapie (gegenwärtig) mit Antikoagulanzen in der Eigenanamnese» kodiert.

Ein antikoagulierter Patient mit "Entgleisung" (erhöhtes Blutungsrisiko) wird mit dem entsprechenden Kode unter D68.3- kodiert, wenn sich daraus ein medizinischer Aufwand > 0 ergibt.

Eine äussere Ursache wird zusammen mit den Codes unter D68.3- nur in speziellen Situationen wie z.B. X49.9! «Akzidentelle Vergiftung», X84.9! «Absichtliche Selbstbeschädigung», Y69! «Zwischenfälle bei chirurgischem Eingriff und medizinischer Behandlung» oder Y09.9! «Tätlicher Angriff» kodiert.

#### **0832 01.07.2019 Alkoholabusus vs. Alkoholabhängigkeit - Wie wird ein dokumentierter Alkoholabusus kodiert?**

Ein dokumentierter Alkoholabusus deutet auf einen Alkoholmissbrauch. Ein dokumentierter Alkoholabusus bedeutet nicht notwendigerweise eine Alkoholsucht. Der Kode F10.1 «Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Schädlicher Gebrauch» ist bei einem Alkoholmissbrauch, resp. bei einem Alkoholabusus, zu erfassen.

#### **0833 01.07.2019 Prophylaxe von Entzugssymptomen – Kann F10.3 kodiert werden, wenn ein Alkoholiker prophylaktisch Valium erhält?**

Um den Kode F10.3 erfassen zu können, sollte das klinische Bild des Patienten Entzugsereignisse nach Kode F10.3 „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Entzugssyndrom“ enthalten. Das Entzugsbild muss eindeutig dokumentiert sein.

#### **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».

#### **0835 01.07.2019 Erfassung der Dauer der Behandlung mit einem herzkreislauf- und lungenunterstützenden Systems**

Die Dauer der Behandlung mit einem herzkreislauf- und lungenunterstützenden System ist mit dem entsprechenden spezifischen Kode des Systems zu erfassen.

Dauer der Behandlung mit:

- A: Einer intraortalen Ballonpumpe (IABP) → 37.69.1-
- B: Einem herzkreislaufunterstützenden System, mit Pumpe, ohne Gasaustauschfunktion
  - Intravasal (inkl. intrakardial) → 37.69.2-
  - Extrakorporal, univentrikulär → 37.69.4-
  - Extrakorporal, biventrikulär → 37.69.5-
  - Intrakorporal, uni- und biventrikulär → 37.69.6-
- C: Einem herzkreislauf- und lungenunterstützenden System, mit Pumpe, mit CO<sub>2</sub>-removal, extrakorporal, veno-venös → 37.69.7-
- D: Einem herzkreislauf- und lungenunterstützenden System, mit Pumpe, mit Oxygenator (inkl. CO<sub>2</sub>-removal)
  - extrakorporal, veno-venös → 37.69.8-
  - extrakorporal, veno-arteriell oder veno-venoarteriell → 37.69.A-

Bei den Verfahren unter D (ECMO-Verfahren) ist zusätzlich folgendes zu beachten:

Falls während einem Aufenthalt das gleiche ECMO-Verfahren mehrfach durchgeführt wird:

- Wenn der Unterbruch zwischen den Verfahren > 24 Std. ist und mit einem Kanülenwechsel verbunden ist, dürfen die Behandlungsdauern einzeln abgebildet werden.

- Wenn der Unterbruch zwischen den Verfahren > 24 Std. ist und kein Kanülenwechsel erfolgte, sind die Behandlungsdauern zu addieren.
- Wenn der Unterbruch zwischen den Verfahren < 24 Std. ist, sind die Behandlungsdauern zu addieren.

(Bemerkung zum Kanülenwechsel: Der Kanülenwechsel ist mit dem Kode 37.6E.11 «Wechsel der Kanüle eines herzkreislauf- und lungenunterstützenden Systems» zu erfassen.)

Falls verschiedene ECMO-Verfahren (D), während einem Aufenthalt durchgeführt werden:

- Ist für die Dauer der Behandlung nur ein Kode abzubilden. Die Elementegruppe des längsten Verfahrens wird ausgewählt. Die Behandlungszeiten der jeweiligen Verfahren vom Typ «herzkreislauf- und lungenunterstützendes System, mit Pumpe, mit Gasaustauschfunktion» werden addiert. Der Kode in der Elementegruppe des längsten Verfahrens wird entsprechend der Gesamtdauer gewählt.
  - Die Implantation, das Entfernen des herzkreislauf- und lungenunterstützenden Systems, der Wechsel der Kanüle, der Ersatz von Teilkomponenten sind Fallspezifisch.
- E: Einem herzkreislauf- und lungenunterstützenden System, ohne Pumpe
    - Mit CO2-removal → 37.69.B-

Bei den Verfahren unter A, B, C und E sind bei einer Unterbrechung die Dauern des gleichen Verfahrens zu addieren. Jedes Verfahren ist separat abzubilden.

#### **0836 01.01.2019 Dauer der Behandlung mit einem Herzkreislaufunterstützenden Systems**

Bei Verwendung des ICD-10-GM Kodes Z95.80 «Vorhandensein eines herzunterstützenden Systems» ist zusätzlich die Dauer der Behandlung mit einem der CHOP-Kodes von folgenden Elementegruppen:

37.69.2- „Dauer der Behandlung mit einem herzkreislaufunterstützenden System, mit Pumpe, ohne Gasaustauschfunktion, intravasal (inkl. intrakardial)“

37.69.4- „Dauer der Behandlung mit einem herzkreislaufunterstützenden System, mit Pumpe, ohne Gasaustauschfunktion, extrakorporal, univentrikulär“

37.69.5- „Dauer der Behandlung mit einem herzkreislaufunterstützenden System, mit Pumpe, ohne Gasaustauschfunktion, extrakorporal, biventrikulär“

37.69.6- „Dauer der Behandlung mit einem herzkreislaufunterstützenden System, mit Pumpe, ohne Gasaustauschfunktion, intrakorporal, uni- und biventrikulär“

zu kodieren.

#### **0837 01.01.2019 Bebeutelung Neugeborene**

Die Bebeutelung bei Neugeborenen mit Adaptationsstörungen wird nicht kodiert. Es wird kein Kode aus 93.9F.1- «Mechanische Beatmung und Atmungsunterstützung Neugeborener und Säuglinge» abgebildet.

#### **0838 01.01.2019 Rotatorenmanschette**

Zur Rotatorenmanschette gehören die Sehnen folgender Muskeln:

Musculus infraspinatus

Musculus supraspinatus

Musculus subscapularis

Musculus teres minor

Nur die plastische Rekonstruktion dieser Sehnen kann zur plastischen Rekonstruktion der Rotatorenmanschette gezählt werden. Diese Präzisierung bezieht sich auf die Kodes 81.82.35 «Plastische Rekonstruktion der Rotatorenmanschette, arthroskopisch» und 81.82.45 «Plastische Rekonstruktion der Rotatorenmanschette, offen chirurgisch», die beide das Beachte «Die plastische Rekonstruktion der Rotatorenmanschette darf nur kodiert werden, wenn 2 oder mehr Sehnen rekonstruiert werden.» enthalten.

**0839 01.01.2019 Erfassung der Aufwandspunkte der Pflege-Komplexbehandlung bei Überlieger**

Bestimmte Änderungen der Subkategorie 99.C1.- «Pflege-Komplexbehandlung, nach Aufwandspunkten» von der CHOP 2018 zur CHOP 2019 haben einen Einfluss auf die Erfassung der Aufwandspunkte. Dies sind u.a. die Aufnahme einer zusätzlichen Leistungsgruppe, d.h. es können maximal 7, statt 6 Aufwandspunkte pro Tag erfasst werden, sowie die Erweiterung der Aufgliederung der Aufwandspunkte (sie reicht in der CHOP 2019 bis «801 und mehr Aufwandspunkte», in der Vorversion reichte sie nur bis «66 und mehr Aufwandspunkte»).

Diese neuen Bedingungen werden auf alle Leistungen mit Erbringungstag ab Inkrafttreten des CHOP 2019 angewendet.

Für Überliegerfälle mit Austritt 2019 bedeutet dies die Auswahl und Kodierung des entsprechenden Kodes aus CHOP 2019 auf der Basis von der Summe der Punkte der Pflegekomplexbehandlung nach Vorgaben CHOP 2018 bis 31.12.2018 plus Summe der Punkte der Pflegekomplexbehandlung nach Vorgaben CHOP 2019 von 01.01.2019 bis zur Entlassung im Jahr 2019.

**0840 01.01.2019 Geriatrische Akutrehabilitation, nach Anzahl Behandlungstage 93.89.9-**

Folgende Präzisierung betrifft die Elementgruppe 93.89.9- «Geriatrische Akutrehabilitation, nach Anzahl Behandlungstage».

**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.

**0841 01.01.2019 Geschlechtsumwandlung**

Die genannten «kodierte ebenso» unter der 3-stelligen Kategorie 64.5- «Operationen zur Geschlechtsumwandlung» sind nicht abschliessend. Bei jedem Eingriff in Zusammenhang mit einer Geschlechtsumwandlung sind die Kodes unter 64.5- zu kodieren.

**0842 01.01.2019 Bandscheibenverlagerung (Diskushernie) zervikal oder sonstige Lokalisation mit Myelopathie / Radikulopathie**

Diese Präzisierung wurde im Rundschreiben 2019 Nr. 2 gestrichen. Sie wird ersetzt durch die Aufnahme eines Beispiels unter der Kodierungsrichtlinie D03g «Kreuz † Stern\*-Kodes». Siehe Punkt 2.1 des Rundschreibens 2019 Nr. 2.

**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 Code «Subchondrale Knocheneröffnung am ...Gelenk mit Einbringen eines azellulären Implantats, arthroskopisch» oder mit dem Code «Subchondrale Knocheneröffnung am ...Gelenk mit Einbringen eines azellulären Implantats, offen chirurgisch» abzubilden. Die Kodes der Elementgruppen 81.9A.3- «Autogene matrixinduzierte Chondrozytentransplantation an Gelenken, arthroskopisch» bzw. 81.9A.4- «Autogene matrixinduzierte Chondrozytentransplantation an Gelenken, offen chirurgisch» dürfen in diesem Fall nicht kodiert werden.

Zum Beispiel bedeutet dies für das Kniegelenk, dass bei einer subchondralen Knocheneröffnung mit Einbringen einer nativen Kollagenmatrix der 81.47.25 «Subchondrale Knocheneröffnung am Kniegelenk mit Einbringen eines azellulären Implantats, arthroskopisch» oder 81.47.28 «Subchondrale Knocheneröffnung am Kniegelenk mit Einbringen eines azellulären Implantats, offen chirurgisch» zu verwenden ist. Die Kodes 81.9A.3C «Autogene matrixin-

duzierte Chondrozytentransplantation an Gelenken, Kniegelenk, arthroskopisch » bzw. 81.9A.4C «Autogene matrix-induzierte 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.

#### **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](http://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 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.

**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.

**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.

**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

**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.

**0889 01.01.2015 Präzisierung ECMO und Zusatzentgelt**

Diese Präzisierung wurde im Rundschreiben 2019 Nr. 2 gestrichen und ersetzt durch die Präzisierung 0835.

**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.

**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).

**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. Auftreten im Rahmen einer postoperativen Phase sind am häufigsten einem S-Code 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 Codes 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 Codes 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 Arthrodesen**

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

**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»).

---

<b>Herausgeber:</b>	Bundesamt für Statistik (BFS)
<b>Auskunft:</b>	Kodierungssekretariat: codeinfo@bfs.admin.ch
<b>Redaktion:</b>	Bereich Medizinische Klassifikationen
<b>Reihe:</b>	Statistik der Schweiz
<b>Themenbereich:</b>	14 Gesundheit
<b>Originaltext:</b>	Deutsch
<b>Übersetzung:</b>	Sprachdienste BFS
<b>Copyright:</b>	BFS, Neuchâtel 2019 Wiedergabe unter Angabe der Quelle für nichtkommerzielle Nutzung gestattet
<b>Preis:</b>	Gratis
<b>Download:</b>	<a href="http://www.statistik.ch">www.statistik.ch</a> (gratis)