Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

FAQ Gültig für 2012 :

Beschreibung zur Nummerierung für eine chronologische Hierarchie
Um die Suche der monatlich aufgeschalteten Informationen zu erleichtern, haben wir eine Nummerierung eingeführt, die die Informationen chronologisch angibt, die Neuesten zuerst.
Diese Nummerierung beginnt mit 0999 für die erste Information am 1.1.2012 und geht abnehmend weiter.
Z.B.: 0999 1.1.2012
0998 1.1.2012
…
0988 1.2.2012, usw.

0941 01.12.2012 Suchbegriff ABO / AB0
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 zur Zeit unter O wie "Otto" und 0 "Null" gesucht werden, um alle Kodes zu finden.

0942 01.12.2012 Helal Operation
Die Helal Operation wird mit dem Kode 78.28.22 "Sonstige Verkürzungsosteotomie an Metatarsalia" abgebildet.

0943 15.11.2012 Fallzusammenführungen
Allgemeines :
Die Definition des Behandlungsfalles und die Applikationen der Fallzusammenführungen sind durch SwissDRG geregelt, siehe „Regeln und Definition zur Fallabrechnung unter SwissDRG".
Link zu Regeln und Definitionen sowie Klarstellungen und Fallbeispiele der SwissDRG AG:
http://www.swissdrg.org/de/07_casemix_office/Tarifdokumente.asp
Grundsatz :
Für jeden stationären Fall wird eine Fallpauschale abgerechnet. Jeder Wiedereintritt wird als neuer Fall betrachtet, unter gewissen Voraussetzungen können aber mehrere stationäre Aufenthalte im selben Spital zu einem stationären Aufenthalt zusammengefasst werden. Entscheidend dafür ist die durch den Grouper ausgewiesene MDC und die DRG. Um die MDC/DRG zu ermitteln, wird jeder Aufenthalt separat betrachtet und kodiert.
Siehe: Spezielle Abrechnungsregelungen Kapitel 3.3 Fallzusammenführungen, „Regeln und Definition zur Fallabrechnung unter SwissDRG" sowie Klarstellungen und Fallbeispiele der SwissDRG AG:
http://www.swissdrg.org/de/07_casemix_office/Tarifdokumente.asp
Für Wiedereintritte für „Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen (= Komplikationen)" wurde eine besondere Kodierregel erstellt (D12, Seite 38 des Kodierungshandbuches 2012), um die Fallzusammenführung bei Wiederaufnahmen in die gleiche MDC zu unterstützen. Diese besondere Kodierregel stellt die direkte Umsetzung der Abrechnungsregel gemäss SwissDRG dar. Aus diesem Grund wird sie in Absprache zwischen SwissDRG und BFS ab sofort eindeutig als solche eingestuft und steht damit über den allgemeinen und speziellen Kodierregeln des Kodierungshandbuches.
Kodierung:
Jeder Wiedereintritt innert 18 Tagen für „Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen (= Komplikationen)" in dasselbe Spital wird also nach D12 kodiert, unabhängig davon, ob der Fall zusammengeführt wird oder nicht.

0944 01.11.2012 Zystadenom Ovar
Das Zystadenom Ovar muss mit C56 oder D27 gemäss präziser Histologie kodiert werden (der alphabetische Index gibt den Hinweis auf C56).

0945 01.11.1012 81.04 und 81.05 Spondylodese
Achtung: diese Kodes beziehen sich nur auf den thorakalen oder thorakolumbalen Operationssitus.

0946 01.11.2012 Endoskopische Hernienoperationen
Zur endoskopischen Hernienoperation (53.-) wird 54.21.20 "Laparoskopie, Zugangsweg für chirurgische Interventionen" dazu kodiert.

0947 01.11.2012 01.10 Monitoring des intrakraniellen Druckes
Das Inklusivum "Einsetzen eines Katheters oder einer Sonde für das Monitoring" ist zu beachten.

0948 01.11.2012 54.99.2- Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung
Die Exklusion unter 54.-: Hernienoperationen (53.00-53.9) ist bei Hernienoperationen mit künstlichem Netz zu vernachlässigen.

0949 01.11.2012 Fallzusammenführungen laut Regeln und Definitionen von SwissDRG
SwissDRG hat unser mehrseitig vorbereitetes Dokument noch nicht validiert, die Publikation wird um einige Tage verzögert.

0950 01.10.2012 Geschlechtsumwandelnde Operation bei der Frau mit Hauptdiagnose F64.0/F64.1/F64.8/F64.9
Bis die SwissDRG Version 3.0 in Kraft ist, gilt für die Kodierung der totalen abdominalen Hysterektomie mit beidseitiger Salpingoovarektomie folgende Regel:
Laparoskopische/offene Hysterektomie mit Salpingoovarektomie müssen je mit 2 Kodes abgebildet werden: 68.41.09 + 65.51 oder 68.49.09 + 65.51.
Somit kommt man in den gerechten DRG U01Z.

0951 01.10.2012 SIRS R65.-
Der Kode R65.-! ist ein "!" Kode und kann nicht alleine stehen. Er wird immer mit einem Kode für Sepsis oder einem Kode für eine andere Krankheit verknüpft.
Um einen R65.-! abzubilden, braucht es:
- eine diagnostizierte Sepsis, zur welcher R65.-! obligatorisch ist
- im Zusammenhang mit einer anderen Krankheit, eine schriftliche SIRS-Diagnose vom Arzt.
Der Kodierer darf die vorhandenen Symptome in der Dokumentation (Fieber, Tachykardie, Leucozytose, usw) nicht interpretieren und als SIRS abbilden.

0952 01.10.2012 Schädelhirntrauma (SHT) – Intrakranielle Verletzung S06.-
Wenn ein Schädelhirntrauma (alphabetischer Index S06.9) ohne nachgewiesene intrakranielle Verletzung vorliegt, wird es nicht mit S06.9 abgebildet, sondern mit S06.0 Gehirnerschütterung.

0953 01.10.2012 Problematik der korrekten Kodierung mit dem alphabetischen Index
Zur Erinnerung der Regel G30, die leider nicht immer angewendet wird :
Ein im alphabetischen Index gefundener Kode ist nicht immer der korrekte und präzise Kode. Seine Genauigkeit muss immer im systematischen Index kontrolliert werden, unter Berücksichtigung der Exklusiva, Inklusiva und Hinweisen auf allen Ebenen.

0954 01.09.2012 Hotline BFS / e-mail Anfragen
1. Zu unserer Erleichterung, setzen sie bitte im "Betreff" des Mails ein präzises Stichwort oder einen Kode betreffend der Anfrage. Es hilft uns diese Anfragen zu gruppieren, schneller zu finden, zu beantworten, zu archivieren und später wiederzufinden.

2. Bereits beigelegte Operationsberichte und/oder Austrittsberichte ersparen uns die stetige Nachfrage nach diesen Dokumenten, welche zur präzisen Beantwortung sehr oft unabdingbar sind.
Besten Dank für ihr Verständnis !

0955 01.09.2012 Osteophytenresektion bei Arthrodese
Die Osteophytenresektion ist bei einer Arthrodesen-Operation immer inkludiert (Fachgesellschaft Orthopädie).

0956 01.09.2012 78.50.3- Osteosyntheseverfahren an der Wirbelsäule
Bei einer Spondylodese ist zusätzlich das verwendete Osteosynthesematerial mit 78.50.3- abzubilden.

0957 01.09.2012 Nabelschnur-Stammzellenentnahme bei der Geburt
Die Nabelschnur-Stammzellenentnahme ist keine KVG pflichtige Leistung. Deshalb wird dies weder bei der Mutter, noch bei dem Neugeborenen kodiert.
Dies ist eine Ausnahme-Massnahme für diese Prozedur, bis es einen adäquaten Kode gibt.

0958 01.09.2012 Präzisierung zur korrekten Kodierung von Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen
Prozedur: immer den kompletten Text der Kodes in den drei Möglichkeiten beachten und den Kode mit dem zutreffendsten Text aussuchen:
1. Kodes Kapitel XIX (T80-T88)
2. Kodes am Ende mancher Organkapitel (E89.-, G97.-, H59.-, H95.-, I97.-, J95.-, K91.-, M96.-, N99.-)
3. Kodes in den Organkapiteln

1. Kodes Kapitel XIX (T80-T88):
- Exklusiva beachten
- Gewisse T-Kodes sind sehr präzise, aber die T-Kodes "anderenorts nicht klassifiziert" werden nur verwendet, wenn sich kein Kode mit präziserem Text unter Punkt 2 und 3 findet.

2. Kodes am Ende mancher Organkapitel:
- Exklusiva beachten
- Gewisse Kodes sind sehr präzise, aber die Kodes "sonstige" oder "anderenorts nicht klassifiziert" werden nur verwendet, wenn sich kein Kode mit präziserem Text unter Punkt 1 und 3 findet.

3. Kodes in den Organkapiteln:
- Exklusiva beachten
- Gewisse Kodes sind sehr präzise, aber man muss nochmals die Texte der Kodes aus Punkt 1 und 2 abwägen.

Beispiele:
Infektion der Prothese, nach Implantation einer Hüftprothese
1. T81.4 = "anderenorts nicht klassifiziert", siehe auch Exkl. bei Prothese: T84.5 = der präziseste Kode
2. M96.88 = "sonstige" Krankheiten...
3. M00.95 = nicht korrekt, da Gelenk reseziert

Iatrogene Perforation des Kolon descendens
1. T81.2 = "anderenorts nicht klassifiziert"
2. K91.88 = "anderenorts nicht klassifiziert"
3. S36.53 = der präziseste Kode

Postoperativer Darmverschluss
1. T81.8 = "sonstige" und "anderenorts nicht klassifiziert"
2. K91.3 = Postoperativer Darmverschluss "anderenorts nicht klassifiziert", aber der präziseste Kode

3. K56.6 = "sonstiger und nicht näher bezeichneter", siehe aber Exkl. unter K56.-

0959 01.09.2012 Bandscheibenverlagerung (Diskushernie) zervikal oder sonstige Lokalisation mit Myelopathie / Radikulopathie
Jeder Kode kann Kreuz-Kode werden. Somit ist diese Pathologie mit M50.2+ / M51.2+ und G99.2* / G55.1* präzise abgebildet.

Zur Erinnerung: Ein Kode wird immer im alphabetischen Verzeichnis gesucht, durch das systematische Verzeichnis wird die Richtigkeit des Kodes kontrolliert und gegebenenfalls durch einen präziseren Kode ersetzt.

0960 01.08.2012 Kodes für post-mortale Interventionen (Organentnahmen, Autopsien)
Zur Erinnerung:
Ein stationärer Behandlungsfall ist mit dem Tode abgeschlossen, post-mortale Interventionen gehören somit nicht zum Fall und werden nicht kodiert.
Diese Kodes erscheinen fälschlicherweise regelmässig in unserer Medizinischen Statistik aber gehören nicht in die Statistik der stationären Fälle.
Z.B. Kodes wie 37.99.40-49, 55.51.03, 89.81, usw.

0961 01.08.2012 I87.2 Venöse Insuffizienz versus I83.0 Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration
Eine venöse Insuffizienz, Bein, mit Ulzeration wird nicht gemäss alphabetischem Index mit I87.2 kodiert, sondern mit I83.0 "Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration" abgebildet.
Eine zusätzliche Kodierung mit L97 entfällt.

0962 01.08.2012 D68.30 Hämorrhagische Diathese durch Antikoagulanzien
Ein normal eingestellter antikoagulierter Patient ohne Blutung wird mit Z92.1 kodiert.

Ein antikoagulierter Patient mit Blutung wird mit D68.30 + die Blutung abgebildet. Die Wahl der Hauptdiagnose zwischen D68.30 und der Blutung richtet sich nach medizinischem Aufwand.

Ein antikoagulierter Patient mit "Entgleisung" (erhöhtes Blutungsrisiko) wird mit D68.30 kodiert, wenn sich daraus ein medizinischer Aufwand > 0 ergibt.

Eine äussere Ursache wird bei D68.30 nur in speziellen Situationen wie z.B. X49.9!, X84.9!, Y69! oder Y09.9! kodiert.

0963 01.07.2012 ICD-10-GM : Grippe und Pneumonie (J09-J18)
Die deutsche Version ist korrekt, hier sind nur Übersetzungsfehler in der französischen Version aufgelistet.

0964 01.07.2012 37.34.12 Gekühlte Ablation
Hier ist nur eine Korrektur der französischen Übersetzung notwendig.

0965 01.07.2012 81.54.13 Patellaersatz des Kniegelenkes
Die in der FAQ 0970 veröffentlichte Adaptation der deutschen Version an die französische Version hat sich als Systemfehler ergeben.
Da in den Kodes 81.54.00/.10/.11/.12/.14/.99 eine Knieendoprothese mit oder ohne Patellaersatz abgebildet ist, ist der Kode 81.54.13 reserviert für die alleinige Patellaprothesenimplantation als eigenständiger Eingriff.
Wir bitten Sie diesen Fehler zu entschuldigen.

0966 01.07.2012 Endoskopische Operationen
Ist bei der Abbildung einer Operation der Endoskopie-Kode in einem der verschiedenen Kodes enthalten, wird eine Endoskopie nicht zusätzlich kodiert.

Beispiel: Laparoskopische anteriore Rektumresektion = 48.63.10 + 54.21.20 und laparoskopische Appendektomie = 47.01
Der Kode 54.21.20 wird hier weggelassen, da im 47.01 enthalten.

0967 01.07.2012 Kodes mit Angabe von Dauer, Anzahl, usw.
(z.B. Erythrozytenkonzentrate, NEMS/SAPS)
Eine Prozedur mit Angabe von Dauer oder Anzahl wird nur einmal pro Aufenthalt abgebildet, mit der Gesamtmenge und Datum der ersten Prozedur.
Bei Fallzusammenführungen ist diese Addition auch zu machen und somit nur einmal abzubilden. (Ventilationsstunden werden auch in gleicher Weise summiert).

0968 01.06.2012 Fallzusammenführungen bei gleicher MDC wegen bilateralen Krankheiten
Bei Fällen, die zusammengeführt werden müssen, mit einem Wiedereintritt für dieselbe Krankheit auf dem gegenseitigen Organ erscheinend, ist die definitive Kodierung separat mit der Lateralität abzubilden.
Beispiel:
1. Aufenthalt : Ureterstein links
2. Aufenthalt : Ureterstein rechts
Definitive Kodierung : N20.1 links + N20.1 rechts (also nicht N20.1 bilateral).

0969 01.06.2012 33.24 Geschlossene endoskopische Bronchusbiopsie
Zu den Kodes 33.24.00 und 33.24.10 kodiert man die zusätzliche Intervention mit einem Kode aus 33.24.11 bis 33.24.15.

0970 01.06.2012 81.54.13 Patellaersatz des Kniegelenkes
UNGÜLTIG per 01.07.2012
Die deutsche Fassung des Kodes 81.54.13 ist nicht korrekt und soll lauten:
81.54.13 "Endoprothese des Kniegelenkes mit Patellaersatz".

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- (+ Zugang 03.09.1 bis 03.09.3-)

0972 01.06.2012 37.27 Herz-Mapping und 37.34.14 Ablation mit Hilfe dreidimensionaler Mappingverfahren
Bei einer Ablation mit Hilfe dreidimensionaler Mappingverfahren ist das Herz-Mapping mit dem Kode 37.27 nicht zusätzlich zu kodieren. Dieses ist im Kode 37.34.14 inbegriffen.

0973 01.05.2012 33.71.- Endoskopisches Einsetzen oder Ersetzen von bronchialen Ventilen
Bei einem endoskopischen Einsetzen oder Ersetzen von bronchialen Ventilen ist keine zusätzliche Bronchoskopie zu kodieren (33.22 - 33.23), da diese im Kode 33.71.- inbegriffen ist (analog der Laparoskopie oder der Arthroskopie).

0974 01.05.2012 37.90.21 Transseptale Katheterpunktion
Wird bei einem Ablationsverfahren bei Tachyarrythmien (37.34.1-) eine transseptale Punktion gemacht, ist diese mit 37.90.21 zusätzlich zu kodieren.
Der SwissDRG Grouper wird dementsprechend adaptiert.

0975 01.05.2012 ICD-10-GM Kapitel XX Äussere Ursachen (V01!-Y84!)
Durch den Wechsel von der ICD-10 WHO auf die ICD-10-GM sind zahlreiche spezifische Kodes für äussere Ursachen verloren gegangen. Statistische Aussagen über diese Ursachen sind für spezielle Fragestellungen nicht mehr verwendbar, somit hat die Wahl eines präzisen Kodes an Wichtigkeit verloren. Ob man nun z. B. für den Skiunfall den Kode W49.9! oder X59.9! kodiert, ist äquivalent und bei Kodierrevisionen sind beide zu akzeptieren. Ebenso ist die Wahl zwischen Y82.8! und Y84.9! manchmal sehr eng und

in speziellen Situationen sind auch beide zu akzeptieren.

0976 01.04.2012 Z22.3 Keimträger von Infektionskrankheiten, a.n.b. bakterieller Krankheiten
Bei einem Keimträger, der mit Z22.3 abgebildet wird, ist die Präzision des Keimes mit einem Kode aus B95.-! oder B96.-! obligatorisch zu ergänzen.

0977 01.04.2012 Wahl der Hauptdiagnose
Die Definition der Hauptdiagnose ist unter G52a aufgeführt.
Die im Austrittsbericht als erst aufgeführte Diagnose stimmt nicht immer mit der zu kodierenden Hauptdiagnose überein. Hier muss der Kodierer die Kodierungsrichtlinien genauestens beachten.
Bei mehreren möglichen Diagnosen, liegt die Wahl der Hauptdiagnose nach medizinischem Aufwand in der Verantwortung des behandelnden Arztes.

0978 01.04.2012 Z37.- ! Resultat der Entbindung
Z37.-! ist ein Ausrufezeichenkode und nach D04a, falls zutreffend, obligatorisch zu kodieren.
Bei jeder Geburt im Spital (oder im Geburtshaus) unter stationären Bedingungen ist dieser Kode Z37.-! obligatorisch bei der Mutter abzubilden.
Bei Verlegungen von Spital zu Spital (oder Geburtshaus zu Spital und vice versa), kodiert Z37.-! nur die Institution, in der die Geburt stattgefunden hat.
Diese kleine Erinnerung an eine Kodierregel ergibt sich aus einem Feed-back von SwissDRG, wonach dieser Kode Z37.-! sehr häufig nicht hinterlegt wurde.

0979 01.03.2012 S0200 Neubildungen
In diesem Kapitel ist uns leider eine Präzisierung unterlaufen.
Die Onkologieregeln stehen über den allgemeinen Kodierregeln mit nun neu einer einzigen Ausnahme: Wird ein Patient ausschliesslich aufgrund eines Symptoms seines Tumorleidens hospitalisiert und behandelt, ist das Symptom als Hauptdiagnose und die Neubildung als Nebendiagnose zu kodieren (siehe D01a, Ausnahme).

Entgegen dem Entschluss im Laufe des Jahres keine Regeländerungen einzuführen, handelt es sich hier um eine Ausnahme, die uns wichtig scheint. Diese Regel ist ab sofort für alle noch nicht kodierten Fälle zu applizieren, kodierte und fakturierte Fälle sollen nicht wieder aufgegriffen werden.
Wir hoffen auf Ihr Verständnis.

0980 01.03.2012 Krankheiten in der Schwangerschaft O98-O99
Präzisierung zur Kodierung von O98-O99 mit KHB 2012:
Im KHB Version 3.0 wurde O98-O99 nur als Hauptdiagnose kodiert.
Im KHB 2012 ist die Kodierung von O98-O99 nicht mehr auf die Hauptdiagnose limitiert, d.h. dass O98-O99 immer mit einem Kode aus den anderen Kapiteln der ICD-10-GM kodiert wird, ob es in der Hauptdiagnose oder der Nebendiagnose steht.
Beachte: die Pathologie muss natürlich der Definition der Nebendiagnose entsprechen.

0981 01.02.2012 39.65.50 - 39.65.59 Anwendung einer minimalisierten Herz-Lungen-Maschine
Diese Kodes sind für die postoperative Kreislaufunterstützung oder die Kreislaufunterstützung kreislaufinstabiler Patienten mit der minimalisierten Herz-Lungen-Maschine anzugeben.
Bei Anwendung der Herz-Lungen-Maschine zur intraoperativen Herz-Lungen-Unterstützung ist ein Kode aus 39.61.- anzugeben (ohne Dauer).

0982 01.02.2012 Laparoskopischer Magen-Bypass, Kodierung ab 2012.
In Betracht der nicht mehr gültigen Einschränkungen des APDRG-Systems, hat des BFS entschieden, dieses Verfahren mit dem Kode 44.38 "Laparoskopische Gastroenterostomie" zu kodieren, dies um die Klassifikationen zu respektieren.
Die Kodierung mit 44.31 und 54.21.20 muss für die vorigen Jahre akzeptiert werden.

0983 01.02.2012 Nur in der französischen ICD-10 Version: Varices I83.9 / Corrections index alphabétique français

Corrections sous Varices / Oesophage :
- oesophage, oesophagiennes I85.9
- - cas de cirrhose, foie K74.6† I98.2*
- - - alcoolique K70.3† I98.2*
- - - toxique K71.7† I98.2*
- - avec hémorragie I85.0
- - - cas de cirrhose, foie K74.6† I98.3*
- - - - alcoolique K70.3† I98.3*
- - - - toxique K71.7† I98.3*

0984 01.02.2012 Kodes 00.61.- / 00.62.- und 39.76.- / 39.77.-

00.61.- "Perkutane Angioplastik oder Atherektomie an präzerebralem(n) (extrakraniellem(en)) Gefäss(en)" und 00.62.- "Perkutane Angioplastik oder Atherektomie an intrakraniellem(en) Gefäss(en)" wurden gestrichen und in den Kategorien 39.76.- "Perkutane transluminale endovaskuläre Intervention an präzerebrarlem(en) (extrakraniellem(en)) Gefäss(en)" und 39.77.- "Perkutane transluminale endovaskuläre Intervention an intrakraniellem(en) Gefäss(en)" neu bearbeitet.

0985 01.02.2012 85.2 Exzision oder Destruktion von Mammagewebe und 85.4 Mastektomie

Regelung für 2012:
1) Wenn diese Prozeduren mit einer axillairen Lymphadenektomie verbunden sind, ist die Lymphadenektomie mit einem Kode der Kategorie 40.- zusätzlich zu kodieren, z.B. mit :
40.3X.22 "Regionale Lymphadenektomie im Rahmen eines anderen Eingriffs, axillär [L]"
40.51.-- " Radikale Exzision von axillären Lymphknoten"
NB: Exkl. unter 40.5 für Mammagewebe ist hier nicht zu berücksichtigen.
2) Wenn eine Prozedur am Sentinel-Lymphknoten gemacht wird, wird dies zusätzlich mit:
40.23.11 "Exzision eines axillären Lymphknotens, mit Radionklidmarkierung oder Farbstoffmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie) [L] kodiert.
NB: Wenn der Eingriff nur den Sentinel-Lymphknoten betrifft, werden die Kodes 85.21.11 // 85.22.11 // 85.23.11 // 85.23.13 "mit axillärer Lymphadenektomie" nicht benützt.

0986 01.02.2012 84.49 Implantation oder Wechsel einer Tumorendoprothese

Unter den Kodes 81.51.10 und 81.54.14 steht die Bemerkung: "Inkl. Langschaftprothese, Tumorprothese, CAD-CAM-Prothese". Dies bezeichnet manche Prothesentype, die unter diesem Kode zu klassieren sind. Die Prozedur 84.49 muss, wenn gemacht, zusätzlich kodiert werden.

0987 01.02.2012 81.62.- / 81.63.- / 81.64.- Spondylodese oder Reoperation einer Spondylodese, je nach Anzahl Wirbel

Diese Kodes bilden die Anzahl der fusionierten Wirbeln ab und werden zusätzlich zur Spondylodese (81.0-81.08) oder zur Reoperation der Spondylodese (81.30-81.39) kodiert.

0988 01.02.2012 37.79 Revision oder Verlagerung von Tasche von kardialer Vorrichtung

Im Exkl. des Kodes 37.79 muss der Kode 86.05 durch den Kode 37.89.50 ersetzt werden.
Unter 86.05 ist daher "Entfernen von Ereignis-Rekorder" zu streichen.

0989 01.01.2012 Single Photon Emission Computed Tomography SPECT

CHOP 2012 enthält nur einen spezifischen Kode für SPECT Myokard (92.05.14).
SPECT anderer Lokalisationen sind mit 92.09 zu kodieren, bis die CHOP vervollständigt ist.

0990 01.01.2012 Nur in der französischen ICD-10 Version: Insuffisance veineuse avec ulcère

Dans l'index alphabétique français, il manque une entrée correspondant à :

Insuffisance
- veineuse
-- jambe, avec ulcère I87.2.
Pour cette raison, en cas d'ulcère sur insuffisance veineuse sans notion de varice le code I87.2 suffit, l'ulcère n'est pas à coder en plus.

0991 01.01.2012 00.80-00.84 Revisionen Knieprothesen
Bei einer Revision einer Knieprothese mit bezeichneten Komponenten ist der Kode 00.80 bei Wechsel von 2 oder 3 Komponenten zu nehmen. Die Kodes 00.81-00-84 werden nur bei einer Revision einer einzigen Komponente kodiert (Beachte unter 00.8 ignorieren).

0992 01.01.2012 Pathologien multipler Lokalisationen
Wenn eine Pathologie mehrere Lokalisationen betrifft, soll man jede Lokalisation spezifisch kodieren und die Kodes "mehrere Lokalisationen" nach Möglichkeit nicht verwenden.
Beispiele:
- Patient mit intrazerebralen Blutungen, eine Frontallobus, die andere intraventrikulär, wird mit I61.1 + I61.5 kodiert.
- Meniskusschädigungen: Vorderhorn des Innenmeniskus, Vorderhorn des Aussenmeniskus wird mit M23.21 + M23.24 kodiert.

0993 01.01.2012 Pacemaker / Defibrillator
Für jede Erstimplantation eines Pacemakers/Defibrillators reicht der alleinige Kode des Pacemakers/ Defibrillators. Die Erstimplantation der Elektrode ist nicht mehr dazu zu kodieren, so wie es wegen APDRG der Fall war. Die Kodes für Elektroden sind für Revisionen, Wechsel, Entfernungen zu nehmen.

0994 01.01.2012 Osteotomie (77.1- / 77.2- / 77.3- usw.)
Zur Osteotomie wird zusätzlich das Osteosyntheseverfahren mit 78.50.2- abgebildet.
Trotz Einführung neuer Kodes (78.50.1- / 78.50.2-) werden die Osteotomien auch 2012 nur mit einem Kode (77.1-, 77.2-, 77.3- usw.) abgebildet.
Bisher lautete diese Kodiervorschrift so, damit die entsprechend kodierten Fälle und resultierende Fallzuordnung in die DRGs Grundlage für die Entwicklung der SwissDRG-Version 1.0 / 2012 waren. Für die Abrechnung im Jahr 2012 muss nun sichergestellt werden, dass die Bewertung der DRGs und die Kodierung der Fälle im Jahr 2012 zusammenpassen. Dies kann in Bezug auf die Osteotomiekodierung nur dann sichergestellt werden, wenn im nächsten Jahr weiterhin diese Kodiervorschrift zur Anwendung kommt und damit eine nicht datengestützte Umverteilung der Fälle vermieden wird.

0995 01.01.2012 O80 Spontangeburt und 73.59 Manuel unterstützte Geburt
Da eine spontane Geburt nicht immer mit O80 kodiert wird (nicht mehr in den Nebendiagnosen, siehe neue Regeln KHB 2012), soll der CHOP-Kode 73.59 bei jeder spontanen Geburt kodiert werden, dies aus statistischen Gründen.

0996 01.01.2012 34.03 Rethorakotomie
Dieser Kode stammt aus der amerikanischen ICD-9-CM und die deutsche Übersetzung ist nicht korrekt und muss lauten: 34.03 “Wiedereröffnung einer kürzlichen Thorakotomie".

0997 01.01.2012 ICD-10-GM 2010 : Alphabetisches Verzeichnis, Tabelle der Neubildungen, Seite 761
In der französischen Version des alphabetischen Verzeichnisses (Seite 838) fehlen die speziellen Hinweise am Anfang der Tabelle der Neubildungen.
Diesen französischen Text finden Sie in der französischen Version der ICD-10 WHO, Seite 511 und Seite 541 oder Sie können unter CodeInfo@bfs.admin.ch eine von uns vorbereitete Kopie verlangen.

0998 01.01.2012 Glukoseperfusion bei Neugeborenen
Kodierungshandbuch 2012, S1606a:

Die Behandlung mit Kohlenhydraten beim Neugeborenen wird mit dem Kode 99.18 abgebildet.

0999 01.01.2012 81.45.- Arthrokopische Rekonstruktion an Kreuzbändern
Bis zur Einführung neuer Kodes, ist für eine arthroskopische Rekonstruktion der Kreuzbänder mit autogener Patellarsehne der Kode 81.45.19 zu nehmen.

2011 Chromopertubation durch Laparoskopie :
CHOP: in den 3 Sprachen sind unter 66.8 unterschiedliche Texte; wie kodiert man die laparoskopische Chromopertubation?
Die deutsche Version ist korrekt und es wird mit 66.8 + 54.21.20 abgebildet.

66.8 Insufflation einer Tuba uterina
Insufflation der Tuba uterina mit Farbstoff
(Chromopertubation)
Insufflation der Tuba uterina mit Gas
Insufflation der Tuba uterina mit Luft
Insufflation der Tuba uterina mit Salzlösung
Pertubation einer Tuba uterina *

66.8 Insufflation de trompe de Fallope
Chromolaparoscopie *
Instillation de la trompe de Fallope avec une solution saline
Instillation ou insufflation de la trompe de Fallope avec un colorant
Insufflation de la trompe de Fallope avec de l'air
Insufflation de la trompe de Fallope avec du gaz

66.8 Insufflazione di tuba di Falloppio
Insufflazione di tuba di Falloppio con aria
Insufflazione di tuba di Falloppio con colorante
Insufflazione di tuba di Falloppio con gas
Insufflazione di tuba di Falloppio con soluzione salina

2011 VAC
Jede Anlage oder Wechsel wird mit 86.88.50 - 86.88.59 "Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung" kodiert.
Dazu wird die totale Dauer der Behandlung mit 93.57.10 - 93.57.11 "Kontinuierliche Sogbehandlung bei einer Vakuumversieglung, X Tage" kodiert.

2011 Maisonneuvefraktur
Wie im alphabetischen Verzeichnis auffindbar, wird die Maisonneuvefraktur mit S82.7 kodiert.

2010 DHS Osteosynthese :
Werden die Marknagelung von Frakturen oder die Osteosynthese mittels DHS als offene oder geschlossene Reposition mit interner Fraktur kodiert?
Eine geschlossene reponierte Fraktur mit anschliessender Marknagelung (ohne intraoperative Frakturdarstellung) wird als geschlossene Reposition mit interner Fixation kodiert. Eine pertrochantäre Femurfraktur, welche geschlossen reponiert und anschliessend mittels DHS versorgt wird, ist demnach ebenfalls eine geschlossene Reposition mit interner Fixation.

2010 Radiojodtherapie "per os"
92.28 "Injektion oder Instillation von Radioisotopen"
Die Kodes 92.28.02-07 wurden aus dem deutschen OPS in die CHOP übernommen, um den Anforderungen der zukünftigen SwissDRG gerecht zu werden. Der Titel in der CHOP wurde leider nicht angepasst, die Kodes 92.28.02-07 sind auch für perorale Therapien zu verwenden.

2010 Teleradiotherapie mit Photonen:
Bildgestützte Einstellung 92.24.1- sind Therapien mit bildgestützter Einstellung und 92.24.2- 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").

2010 Valgisationsoperation Tibia
Wird eine Valgisationsoperation des Tibias mit dem alleinigen Kode 77.27 verschlüsselt?
Nach Absprache mit den Chirurgen ist die Kodierung mit dem alleinigen Kode 77.27 komplett und korrekt abgebildet.

2010 Wie kodiert man die Osteosynthesematerialenfernung (Platte und Schrauben) am Tibia?
Wenn eine Fraktur durch Platte behandelt wird, ist diese mit Schrauben fixiert und die Entfernung der Platte mit den dazu gehörigen Schrauben wird durch den alleinigen Kode 78.67.11 abgebildet.

2010 Transluminale Klappenoperation / Ersatz
Transluminale Klappenoperation / Ersatz wird mit 35.96.- "Perkutane transluminale Valvuloplastik" kodiert.

2010 Korrektur in der deutschen Version der ICD-10 GM 2008 und 2010 unter P76.-
Das Exklusivum unter P76.8 ist durch Folgendes zu ersetzen:
Exkl.: Darmverschluss, klassifizierbar unter K56.0 - K56.5.