Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

FAQ Gültig für 2015 :

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.

0875 01.07.2015 Ergänzung zu D15 Verlegung eines gesunden Neugeborenen, Austrittsvariable 1.5.V03
Es handelt sich hier um ein gesundes Neugeborenes, in dieser Ausnahmesituation ist vom ersten Spital in der Austrittsvariable 1.5.V03 die Ziffer „8 = andere“ abzubilden (die Ziffer „6 = anderes Krankenhaus“ würde in eine DRG eines kranken Neugeborenen führen).

0876 01.07.2015 Gerinnungsstörungen bei Neugeborenen
Wenn sie die Definition der Nebendiagnose (G54) erfüllen, sind die Kodes D65-D69 zusätzlich und entgegen allfälliger Exklusiva in der ICD-10-GM zu den Kodes P53, P60 und P61.0 abzubilden.

Diese Regel gilt bis 31.12.2015; für 2016 werden diese Kodes im Fallpauschalenkatalog (Zusatzentgelte, Fussnoten zu Anlage 2) hinzugefügt.

0877 01.07.2015 Gerinnungsstörungen in der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
Wenn sie die Definition der Nebendiagnose (G54) erfüllen, sind die Kodes D65-D69 zusätzlich und entgegen allfälliger Exklusiva in der ICD-10-GM zu den Kodes O00-O07, O08.1 und O45.0, O46.0, O67.0, O72.3 abzubilden.

0878 01.07.2015 Weichteildeckung einer Wunde, Wundverband
Eine Weichteildeckung mit z.B. Biobrane, Epigard, Mepitel, Suprathel, Coldex wird mit 93.57.09 „Applikation eines anderen Wundverbands, sonstige“ kodiert.

Eine Weichteildeckung mit z.B. Apligraf wird 86.65.40 „Permanenter Hautersatz durch zweischichtiges Dermis-Epidermis-Ersatzmaterial“ kodiert.

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.

0880 01.07.2015 39.61 Extrakorporelle Zirkulation (ECC) und 39.95.- Hämodialyse/filtration mit Herz- Lungenmaschine
Eine Volumenreduktion im Rahmen einer intraoperativen ECC ist nicht gesondert als Hämodialyse/filtration zu kodieren.

0881 01.07.2015 81.0- Spondylodese
Bei XLIF, DLIF und OLIF als Zugang im lumbalen Bereich wird der Kode 81.07 „Lumbale und lumbosakrale Spondylodese, intratransversaler Zugang“ kodiert.

0882 01.07.2015 84.80.- Einsetzen von interspinösen Implantaten
Wenn nur interspinöse Spreizer (84.80.-) implantiert werden, wird dies nicht zusätzlich mit einem Spondylodese-Kode abgebildet, auch wenn dies im Operationsbericht als „(dynamische) interspinöse Spondylodese“ bezeichnet wird.

0883 01.07.2015 46.5 Verschluss eines intestinalen Stomas
Ein Stoma-Verschluss beinhaltet: das Anfrischen, resp.die Mitresektion einer Manschette oder eine darüber hinausgehenden Segmentresektion und die erforderliche Neuanastomose.

Zum "Kodiere ebenso: jede gleichzeitige Resektion (45.34, 45.49, 45.61-45.8)":
Eine zusätzliche Segmentresektion im gleichen Eingriff ist nur zu kodieren, wenn eine zusätzliche Anastomose notwendig ist.

0884 01.07.2015 99.05 Transfusion von Thrombozyten, nach Anzahl Konzentrate Klarstellung zur Erfassung der Anzahl transfundierter Thrombozytenkonzentrate
Transfusionen von Konzentraten gleichen Typs werden pro stationären Aufenthalt summiert und nur mit einem Kode angegeben.
Transfusionen von Konzentraten verschiedener Typs werden pro stationären Aufenthalt separat summiert und je mit dem spezifischen Kode abgebildet.
Z.B.: Transfundiert werden beim Patienten: 2 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate und 5 Apherese-Thrombozytenkonzentrate. Kodierung: 99.05.21 + 99.05.35.

Thrombozytenkonzentrate:
• Die in den Vorschriften der Blutspende SRK Schweiz, Kapitel 18 B, Spezifikationen: Thrombozytenkonzentrate (Version 5, Stand 01.01.2015) festgelegten Eigenschaften sind zu beachten: Volumen mindestens 150 ml, Thrombozytengehalt = 2.4x10e11/Einheit.

• Gepoolte Thrombozytenkonzentrate werden aus 4 bis 5 ABO-Blutgruppen gleichen Buffy coats hergestellt, resuspendiert in additiver Lösung. Somit werden diese gepoolten Konzentrate, oft als „Jumbokonzentrate“ bezeichnet, als ein Thrombozytenkonzentrat erfasst.

Gabe von Baby-Thrombozytenkonzentraten:
• Mit Bezug auf die Zusatzentgelte „Transfusion von Thrombozytenkonzentraten, Transfusion von patientenbezogenen Thrombozytenkonzentraten und Transfusion von Apherese-Thrombozytenkonzentraten“ ist bei der Transfusion von Baby-Thrombozytenkonzentraten bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres jedes verabreichte Split-Thrombozytenkonzentrat zu zählen. Das oben aufgeführte Mindestvolumen entfällt.

0885 01.07.2015 99.04 Transfusion von Erythrozytenkonzentrat, nach TE
Klarstellung zur Erfassung der Anzahl transfundierter Erythrozytenkonzentrate :
Für Transfusionen von Erythrozytenkonzentraten ist nur ein Kode pro stationären Aufenthalt anzugeben. Das bedeutet, dass während eines stationären Aufenthaltes transfundierte Erythrozytenkonzentrate zu addieren und über den entsprechenden Kode zu erfassen sind.

Erythrozytenkonzentrate:
• Die in den Vorschriften der Blutspende SRK Schweiz, Kapitel 18 A, Spezifikationen: Vollblut und Erythrozytenkonzentrate (Version 5, Stand 01.01.2015) festgelegten Eigenschaften für Erythrozytenkonzentrate sind zu beachten: Volumen 200 - 350 ml.

Gabe von Baby/Splitt-Erythrozytenkonzentraten:
• Mit Bezug auf das Zusatzentgelt „Transfusion von Erythrozytenkonzentraten“ ist bei der Transfusion von Baby/Splitt-Erythrozytenkonzentraten bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres jedes verabreichte Splitt-Erythrozytenkonzentrat zu zählen. Das oben aufgeführte Mindestvolumen entfällt (gilt nicht für Erwachsene und Kinder).

0886 01.04.2015 Gelenkersatz bei Hüft- und Kniegelenk
a) Erstimplantation oder Implantation bei Wechsel einer Knieendoprothese:
Die Erstimplantation einer Endoprothese des Kniegelenks (eine Operation, ein Gelenk) wird nur mit einem Kode aus der Kategorie 81.54.00, 81.54.21 – 81.54.27 und 81.54.99 abgebildet.
Das bedeutet z.B., dass die Erstimplantation eines Patellarückflächenersatzes (81.54.27) bei gleichzeitiger Erstimplantation einer Standard-Totalendoprothese des Kniegelenks (81.54.21) inbegriffen ist und nicht zusätzlich kodiert wird.
Das gleiche gilt für die „Implantation bei Wechsel“. Wird ein Eingriff (eine Operation, ein Gelenk) mit einem Kode aus der Kategorie 81.54.3- „Implantation bei Wechsel einer Knieprothese“ abgebildet, ist die gleichzeitige Implantation bei Wechsel von Teilkomponenten (81.54.4-) inbegriffen.
So wird z.B. der gleichzeitige Wechsel des Patellarückflächenersatzes (81.54.42) beim Wechsel einer Totalendoprothese nicht zusätzlich kodiert.
Wird ein Eingriff (eine Operation, ein Gelenk) mit dem Kode 81.54.44 oder 81.54.45 „Implantation bei Wechsel der Tibia- oder Femurkomponenten, sowie des Inlays…“ abgebildet, ist die gleichzeitige Implantation bei Wechsel eines Patella-Rückflächenersatzes (81.54.42) nicht zusätzlich zu kodieren.

b) Erstimplantation einer Totalendoprothese des Hüftgelenks:
Die Erstimplantation einer Totalendoprothese (eine Operation, ein Gelenk) wird nur mit einem Kode aus der Kategorie 81.51.00/.11/.12/.99 und nicht gleichzeitig mit einem Kode für eine Erstimplantation einer Teilkomponente einer Hüftendoprothese Kategorie 81.52.00, 81.52.31 und 81.52.99 abgebildet.
Das bedeutet z.B., dass bei der Erstimplantation einer Standard-Totalendoprothese des Hüftgelenkes (81.51.11) die gleichzeitige Erstimplantation einer Stütz- respektive Pfannendachschale (81.52.31) inbegriffen ist und nicht zusätzlich kodiert wird.

c) Implantation bei Wechsel einer Totalendoprothese des Hüftgelenks:
Die Implantation bei Wechsel einer Totalendoprothese des Hüftgelenks wird nicht mit den Kodes 81.51.21 respektive 81.51.22 kodiert, sondern mit dem ANALOGIEKODE:
81.52.5B Implantation bei Wechsel von Schaft, Kopf, sowie Inlay einer Hüftendoprothese.
Auch hier ist der Eingriff mit einem Kode abzubilden, die gleichzeitige Implantation bei Wechsel von Teilkomponenten (81.52.5-) ist inbegriffen.
Z.B. wird die Implantation bei Wechsel einer Stütz- respektive Pfannendachschale (81.52.51) nicht zusätzlich kodiert.
N.B. Bei Implantation bei Wechsel wird die übliche Kodierung der Entfernung der Prothesen beibehalten.

Zur Erinnerung: Bedeutung der Resteklassenkodes:
Nicht näher bezeichnet
nn.n0; nn.nn.n0; nn.nn.00
Der Eingriff ist im Operationsbericht nicht spezifiziert.
=> Ist die medizinische Dokumentation gut, sollten diese
Kodes nie kodiert werden.
Sonstige
nn.n9; nn.nn.n9; nn.nn.99
Der Eingriff ist im Operationsbericht spezifiziert. Es gibt aber
keinen kodierbaren Kode mit dieser Spezifikation.
=> Nur in dieser Situation wird dieser Resteklassenkode abgebildet.

Zusätzliche Information zur Kodierung :Abbildung der Tumorendoprothese
Die korrekte Abbildung der Implantation einer Tumorendoprothese erfolgt auch in 2015 durch den Kode

für die Implantation der Sonderprothese (81.51.12/22, respektive 81.54.22/32) UND den Zusatzkode 84.49 „Implantation oder Wechsel einer Tumorendoprothese“. In der CHOP 2015 fehlt ein „ Kodiere ebenso“ bei den Implantationskodes der Tumorendoprothesen der Hüfte, resp. des Knies.

0887 01.01.2015 Regel G55 Hauptbehandlung: die Variable 1.7.V01 muss korrekt ausgefüllt sein.
Als Hauptbehandlung soll die im Rahmen der Hauptdiagnose wichtigste chirurgische, medizinische oder diagnostische Massnahme kodiert werden, also die Massnahme, welche für den Heilungsprozess oder für die Diagnosestellung am entscheidendsten war.
In der vom BFS jährlich publizierten Tabelle der Hauptbehandlung bei stationären Aufenthalten erscheinen Kodes als HB, welche nicht die Regel G55 berücksichtigen, z.B. Zusatzkodes wie 03.09.-, usw.

0888 01.01.2015 Präzisierung zur Kodierung der extrakorporalen herzkreislaufunterstützenden Systeme, resp. herzkreislauf- und lungenunterstützenden Systeme:
Diese FAQ ist im Zusammenhang mit der Bemerkung im Fallpauschalenkatalog 4.0 der SwissDRG AG im Abschnitt ZE-2015-04 „Links- und rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“)“ unter dem Zusatzentgelt ZE-2015-04.02 publiziert : „37.6A.09 - Dieser Kode darf nur zur Abbildung von extrakorporalen Pumpen zur Kreislaufunterstützung verwendet werden. Soll eine Implantation einer Pumpe (z.B. Deltastream) zur Anwendung bei einer Lungenunterstützung mit Gasaustauschfunktion abgebildet werden, ist ein Kode aus 37.6A.51; 37.6A.61; 37.6A.62 zu wählen.“
Bei der Implantation eines herzkreislauf- und lungenunterstützenden Systems, mit Pumpe, extrakorporal, das eine Gasaustauschfunktion hat und somit ebenfalls der Lungenunterstützung dient, ist ein Kode aus 37.6A.51, 37.6A.6- (ECMO mit Fokus auf der Lungenunterstützung), 37.6A.7- (ECMO mit Fokus auf der Herzunterstützung) zu wählen.

Bei den extrakorporalen Systemen mit Pumpe, welche eine reine herzkreislaufunterstützende Funktion haben, d.h. ohne Gasaustauschfunktion, werden zwei Gruppen von Systemen unterschieden:
- Die erste Gruppe der Systeme wurde in den vorherigen CHOPs zu den parakorporalen Systemen gezählt. Für deren Implantation stehen die Kodes unter 37.6A.1- und 37.6A.2- zur Verfügung.
- Die zweite Gruppe dieser Systeme, zu denen z.B. der Deltastream bei Anwendung als reines herzkreislaufunterstützenden System zählt, muss im Jahre 2015 über eine Analogiekodierung abgebildet werden. Bei der Implantation einer extrakorporalen Pumpe zur Kreislaufunterstützung von diesem Typ ist der 37.6A.09 „Implantation eines herzkreislauf- und lungenunterstützenden Systems, sonstige“ einzusetzen. Dieser Kode ist nicht zu kombinieren mit einem der obengenannten Kodes.

0889 01.01.2015 Präzisierung ECMO und Zusatzentgeld
Wird die Prozedur mit den Kodes 37.69.7-, 37.69.8-, 37.69.A- während eines Aufenthaltes mehrfach durchgeführt, so dürfen diese Kodes einzeln (je nach Dauer der Behandlung) kodiert werden, wenn mindestens 24 Stunden zwischen der 1. und der Folgebehandlung vergangen sind. Diese Regel gilt nur in Verbindung mit einem durchgeführten Kanülenwechsel. Eine Neukodierung der ECMO-Verfahren ist damit nur dann möglich, wenn mit der Folgebehandlung eine Neuanlage der Kanülen erfolgte, sonst werden die Behandlungszeiten aufsummiert und über einen ECMO-Kode abgebildet.

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

0890 01.01.2015 Appendektomie und Zäkum-Teilresektion
Bei einer Appendektomie (Kodes 47.-) wird die Resektion eines Zäkum-Anteiles nicht zusätzlich mit dem Kode für Zäkumresektion (45.72) abgebildet.

0891 01.01.2015 Hüftimpingement
Die Resektion der CAM-Pathologie wird kodiert mit:
80.85.10 "Arthroskopische lokale Exzision oder Destruktion einer Gelenksläsion an der Hüfte"

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

Die Resektion der Pincer-Pathologie wird kodiert mit:
81.40.16 "Knorpelglättung am Hüftgelenk, arthroskopisch"
oder 81.40.17 "Knorpelglättung am Hüftgelen, offen chirurgisch"

NB: Die Labrum-Refixation wird mit 81.40.10/81.40.11 abgebildet.

0892 01.01.2015 37.90.29 Transseptale Katheteruntersuchung des linken Herzens, sonstige
Aus Grouper Gründen muss bei einer Ablation im linken Vorhof zum Kode 37.34.24 "Lokalisationen bei Ablationsverfahren bei Tachyarrhythmien, linker Vorhof" der Kode 37.90.29 "Transseptale Katheteruntersuchung des linken Herzens, sonstige" zusätzlich abgebildet werden.

0893 01.01.2015 03.09.1-, 03.09.2-, 03.09.3- Zugang zur Wirbelsäule bei OSME
Bei Osteosynthesematerial-Entfernung an der Wirbelsäule (z.B. nach Spondylodese) wird kein Zugangskode (03.09.1-, 03.09.2-, 03.09.3-) abgebildet.

0895 01.07.2014 A80.- Akute Poliomyelitis (Spinale Kinderlähmung) / B91 Folgezustände der Poliomyelitis
In der medizinischen Statistik erscheinen immer wieder vereinzelte Fälle von akuter Poliomyelitis (A80.-), obwohl diese Krankheit in der Schweiz ausgerottet ist (dies wäre eine meldepflichtige Krankheit beim BAG).
Telefonische Nachfragen ergaben jeweils, dass dies eigentlich immer Folgezustände nach Poliomyelitis waren, welche korrekt mit B91 abgebildet werden.

0896 01.07.2014 S06.72! Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma, mehr als 24 Stunden, mit Rückkehr zum vorher bestehenden Bewusstseinsgrad S06.73! Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma, mehr als 24 Stunden, ohne Rückkehr zum vorher bestehenden Bewusstseinsgrad
Bei einem Schädel-Hirn-Trauma mit anschliessendem künstlichem Koma >24 Stunden werden obengenannte Kodes abgebildet.

0897 01.07.2014 80.76.10 Arthroskopische Synovektomie am Kniegelenk / 80.76.20 Offene Synovektomie am Kniegelenk
Die Resektion von Plica oder Hoffa-Fettkörper am Knie wird mit diesen Kodes abgebildet.

0898 01.07.2014 01.16 Monitoring der zerebralen Sauerstoffsättigung + 01.17 Monitoring der Gehirntemperatur
Diese Kodes werden nur bei invasiven Verfahren 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.

0901 01.07.2014 86.4X.3- Spezifische mikrographische Chirurgie
Die Kodes 86.4X.30 und 86.4X.31 bilden nicht das eigentliche chirurgische Vorgehen ab, sondern eine direkt vom Operateur mit Zusatzausbildung erbrachte histologische Untersuchungsmethode im Operationssaal.

0903 01.07.2014 51.99.00 - 51.99.14, 51.99.91 und 51.99.99 Sonstige Operationen an den Gallenwegen
Diese Kodes sind nur für offen chirurgische oder laparoskopische Eingriffe abzubilden.

0904 01.01.2014 Anfragen an CodeInfo
Bei Anfragen an CodeInfo müssen alle beigefügten Patientenakten anonymisiert sein.
BFS-Mitarbeiter unterstehen nur dem Statistikgeheimnis (gemäss Art. 14 des Bundesstatistikgesetzes).

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 Z39.0 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).

0906 01.01.2014 VAC 86.88.5- Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung 93.57.11 Kontinuierliche Sogbehandlung bei einer Vakuumversiegelung, bis 7 Tage und 93.57.12 Kontinuierliche Sogbehandlung bei einer Vakuumversiegelung, 8 Tage und länger
Der Kode 86.88.5- und die Kodes 93.57.11 oder 93.57.12 werden NUR für "nicht Einweggebrauch-Pumpen getriebene VAC-Systeme" abgebildet.
Einweggebrauch-VAC-Pumpensysteme werden NUR mit 93.57.09 abgebildet.
1.1.2015: Achtung: neues "Beachte" unter 86.88.5- CHOP 2015.

0910 01.12.2013 Dauer VAC Verband : 93.57.11 / 93.57.12
Die Behandlungstage von gleichzeitigen VAC Behandlungen an verschiedenen Lokalisationen werden nicht addiert, die Addition wird pro Lokalisation gemacht.

0911 01.12.2013 46.99.10 Dekompression des Darmes
Der Kode 46.99.10 "Dekompression des Darmes" wird nur abgebildet, wenn der Darm zur Entlastung chirurgisch eröffnet wird.

0913 01.12.2013 Neurologische Komplexbehandlung Schlaganfall
Zur Präzisierung des Kleintextes unter den Kodes :
CSC (comprehensive stroke center) 89.13.1- und PSC (primary stroke center) 89.13.A- in der CHOP 2013, SC (stroke center) 99.BA.1- und SU (stroke unit) 99.BA.2- in der CHOP 2014 hat die neurologische Fachgesellschaft ein Dokument publiziert, welches Sie unter folgendem Link finden:
http://www.swissneuro.ch/Mitteilungen.

0914 01.11.2013 85.21- / 85.22.- Lokale Exzision / Quadrantenresektion Mamma
Bei einer Exzision oder einer Quadrantenresektion braucht es immer eine „Gewebeadaptation/Mobilisation“, um die Wunde zu verschliessen. Diese Adaptation (intramammäre Verschiebeplastik) ist aber Teil des Eingriffs, also Standard und wird nicht zusätzlich abgebildet.

0915 01.10.2013 Knochenersatzmaterial
- unter 78.0: Knochen humaner oder tierischer Herkunft
- unter 84.55: Künstliches (synthetisches) Knochenersatzmaterial.

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

2) Knochenersatzmaterialien, welche als Ausgangsbasis menschlichen oder tierischen Knochen haben, welcher durch spezielle firmeneigene Verfahren (Pyrolyse, Entfernen organischer Knochensubstanzen,

Sterilisation, usw.) als Block, Paste oder Granulat aufbereitet sind, werden mit einem Kode aus 78.0- Knochentransplantation (CHOP 2014 : xenogen) kodiert.
Beispiele: Tutoplast, Grafton, OrthOss, andere DFDBA/ DMB / DFBA Produkte.
Beachte:
1) Der Kode 78.49.89 bildet beide Kategorien ab.
2) Zusatzkode 00.90.- Art des Gewebetransplantats, falls notwendig

0917 01.09.2013 T88.4 Misslungene oder schwierige Intubation
Der Kode T88.4 Schwierige oder misslungene Intubation wird nicht verwendet um eine sog. RSI (rapid sequence induction) Anästhesieeinleitung abzubilden.

0919 01.07.2013 35.96.22 Mitralclip perkutan
Im Auftrag von SwissDRG:
Die Behandlung einer Mitralinsuffizienz mit kathetergestützter perkutaner Implantation eines Mitralclips wird nur mit dem Kode 35.96.22 "Endovaskuläre Mitralrekonstruktion, transvenös" abgebildet.
Ein offen-chirurgischer Kode ist hier nicht zu verwenden.

0921 01.06.2013 Nabelschnur-Stammzellenentnahme bei der Geburt
Die Nabelschnur-Stammzellenentnahme ist keine Grouper-relevante Prozedur mehr und wird beim Neugeborenen kodiert, obwohl es keine KVG pflichtige Leistung ist.

0924 01.05.2013 89.19.-- Video-EEG Monitoring
Der Kode 89.19.- bildet eine, in der Regel 3-tägige Video-EEG Diagnostik (nicht-invasiv mit Standard 10/20 dichtgesetzten Elektroden oder invasiv) ab, welche unter ständigem direktem Monitoring einer spezialisierten Fachperson steht.

Deshalb sind insbesondere die klassifikatorischen Restklassekode 89.19.00 und 89.19.99 nicht für eine gewöhnliche EEG-Untersuchung mit Videoaufzeichnung oder eine EEG mit weniger als 10/20 Elektroden zu verwenden.
Bei einer konventionellen EEG-Untersuchung ist die Videoaufzeichnung in den Kodes 89.14.-- inbegriffen.
Die Überwachung eines Patienten mit bipolaren Elektroden auf der IPS ist deshalb ebenfalls nicht mit diesen Restklassekodes abzubilden.

0935 01.02.2013 78.50.1- / 78.50.2- Knochenfixation, Osteosyntheseverfahren nach Osteotomie
Wie schon unter 0994 beschrieben, ist dieses Verfahren, wenn durchgeführt, ab 1.1.2013 zusätzlich zu kodieren.
Ausnahme: 77.5 Plastische Rekonstruktion bei Hallux valgus und anderen Deformitäten der Zehen: diese Kodes bezeichnen komplexe Operationen in denen die verschiedenen Operationsschritte inbegriffen sind.

0939 01.01.2013 Kodierung von Spannungsblasen
Spannungsblasen sind ein Begriff aus dem Volksmund und keine dermatologische kodierbare Diagnose. Diese Hautmanifestation muss vom behandelnden Arzt einer spezifischen Hauterkrankung zugeordnet werden, damit sie kodiert werden kann.
Z.B. Aufgetreten im Rahmen einer postoperativen Phase sind am häufigsten einem S- Kode zuzuordnen.
Z.B. Blasen im Rahmen eines Dekubitalleiden sind ein äussert kurzzeitige Manifestation im Übergang zu einer Erosion oder Dekubitus.
Zur Kodierung eines L89.- muss die Pathogenese vom Arzt bestätigt werden.

0941 1.12.2012 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.

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.

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.

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, Leukozytose, usw.) nicht interpretieren und als SIRS abbilden.

0952 01.10.2012 Schädelhirntrauma (SHT) S06.- Intrakranielle Verletzung

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.

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.

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.

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.)

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

Achtung, in CHOP 2015: 37.34.1A und 37.34.1B anstatt 37.34.14.
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.

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.

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.

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".

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 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 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.