Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

FAQ Gültig für 2013 :

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.

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.

0912 01.12.2013 36.16 Zweifacher A. mammaria interna - Koronararterien-Bypass
Nur in der französischen CHOP besteht ein Übersetzungsfehler.
Die deutsche und italienische Versionen sind korrekt.

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 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

0916 01.09.2013 Z20.5/ Z20.6 Postexpositionsprophylaxe beim gesunden Neugeborenen
Die Regel S16.d.1C des KHB 3.0, betreffend die Postexpositionsprophylaxe, wurde im KHB 2012 ff nicht übernommen und ist deshalb nicht mehr gültig. Für die Kodierung einer Postexpositionsprophylaxe eines gesunden Neugeborenen nach der Geburt wird je nach Indikation der Kode Z20.5 Kontakt und Exposition gegenüber Virushepatitis oder der Z20.6 Kontakt mit und Exposition gegenüber HIV abgebildet.

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.

0918 01.09.2013 39.91.- Freilegung eines Gefässes
Korrigendum FAQ 0936.
Die im Auftrag von SwissDRG publizierte FAQ vom 1.2.2013 betrifft nur den eigentlichen Zusatzkode 39.91.10.

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.

0920 01.06.2013 99.28 Injektion oder Infusion von biologischem Response Modifier
Der Titel dieses Kodes ist nur in der französischen und italienischen Version zu korrigieren.
Die Anpassung des Titels des Kodes 99.28 wurde in der französischen und italienischen Version 2013 nicht übernommen. Im Titel dieser Sprachversionen ist "comme agent antineoplastique" und "quale agente neoplastico" zu streichen.

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.

0922 01.06.2013 Appendektomie und Endoloop
Bei einer laparoskopischen Appendektomie ist das Absetzen der Appendix mit Endoloops im Kode 47.- inbegriffen und nicht zusätzlich mit 46.99.21/.22 abzubilden.

0923 01.05.2013 Hämangion, Lymphangiom, Angiomyolipom
Wenn durch die Suche im alphabetischen Index ein histopathologischer Tumor nicht mit einem Lokalisations- spezifischem Kode abgebildet werden kann, erfolgt die Suche und Kodierung gemäss Tabelle „Neubildungen“ nach Lokalisation oder Organbezogenheit.
Z.B. bei Hämangiom der Harnblase, nach alphabetischem Index:
D18.08 Hämangiom, sonstige Lokalisation
nach der Tabelle „Neubildungen“, nach Lokalisation, organbezogen:
D30.3 Gutartige Neubildung der Harnorgane, Harnblase.

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.

0925 01.05.2013 Mikrofrakturierung
Mikrofrakturierung (Pridie-Bohrung) am Kniegelenk wird, entgegen frühreren Empfehlungen, mit 81.47.23/81.47.24 kodiert.

0926 01.04.2013 Surfactant
Die Applikation von Surfactant bei Neugeborenen wird nur durch die Liste der hochteuren Medikamente mit dem ACT-Kode eingetragen, welcher auch die Applikationsart beinhaltet. Ein CHOP-Kode wird nicht abgebildet.

0927 01.04.2013 78.5 Innere Knochenfixation ohne Reposition der Fraktur
Das Exklusivum Knochentransplantation (78.00-78.09) unter 78.5 ist zu streichen.

0928 01.04.2013 ICD-10-GM : U69.00!
Dies betrifft nur die französische und italienische Version der ICD-10-GM.

0929 01.03.2013 81.5 Gelenkersatz der unteren Extremitäten
In den Sprachversionen gibt es einen Unterschied (seit 1996), der nur in der deutschen Version zu korrigieren ist. Das Inklusivum ist zu ergänzen mit: Knochen- und Knorpeltransplantation.

0930 01.03.2013 85.93 Revision eines Mammaimplantats / 85.94 Entfernen eines Mammaimplantats
Zur Vereinheitlichung der Sprachversionen:
Bei einer Revision oder Entfernung eines Mammaimplantates ist eine Kapsulektomie/Kapsulotomie inbegriffen.
Unter 85.93 und 85.94 ist ein Inklusivum einzutragen:
Inkl.: Kapsulektomie, Kapsulotomie.

0931 01.03.2013 68.6 Radikale abdominale Hysterektomie
Das Kodiere ebenso: "Jede gleichzeitige Exzision von Lymphknoten (40.3, 40.5)" gilt auch für 68.69.11 Sonstige und nicht näher bezeichnete radikale abdominale Hysterektomie mit Lymphadenektomie.
Des Exklusivum unter 40.5: "Falls verbunden mit Hysterektomie (68.69)" ist für 2013 zu ignorieren.

0932 01.03.2013 78.5 Innere Knochenfixation ohne Reposition der Fraktur
Das Exklusivum Verkürzungsosteotomie (78.20-78.29) unter 78.5 ist zu streichen.

0933 01.03.2013 Mangelernährung
Modifikation per 11.03.2013.

Auf Antrag der Schweiz. Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie und der Gesellschaft für klinische Ernährung Schweiz (GESKES), in Anlehnung an die Vorgaben der europäischen Gesellschaft für klinische Ernährung und Stoffwechsel (ESPEN) setzen wir folgende Empfehlung in Kraft:

1. Neue Definition der Stadien der Mangelernährung:
E43 Nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweissmangelernährung
NRS-Score (nutritional score *) > oder = 5.
Mindestens eines der folgenden Kriterien muss erfüllt sein:
BMI <18.5 kg/m2 bei reduziertem Allgemeinzustand oder
Gewichtsverlust >5% in 1 Monat und reduzierter Allgemeinzustand oder
Nahrungsaufnahme in der vergangenen Woche 0 - 25% des Bedarfs.

E44.0 Mässige Energie- und Eiweissmangelernährung
NRS-Score 4.
Mindestens eines der folgenden Kriterien muss erfüllt sein:
BMI 18.5 - 20.5 kg/m2 bei reduziertem Allgemeinzustand oder
Gewichtsverlust >5% in 2 Monaten und reduzierter Allgemeinzustand oder
Nahrungsaufnahme in der vergangenen Woche 25 - 50% des Bedarfs.

E44.1 Leichte Energie- und Eiweissmangelernährung
NRS-Score 3.
Mindestens eines der folgenden Kriterien muss erfüllt sein:
Gewichtsverlust >5% in 3 Monaten oder
Nahrungsaufnahme in der vergangenen Woche 50 - 75% des Bedarfs.

E45 Entwicklungsverzögerung durch Energie- und Eiweissmangelernährung
- alimentäre Entwicklungshemmung oder
- alimentärer Kleinwuchs oder
- körperlicher Retardierung durch Mangelernährung.

2. Kodierung:
Für die Kodierung der Mangelernährung gemäss ICD-10 E43-E45 muss eine der untenstehenden Prozeduren durchgeführt worden sein:
89.0A.32 Ernährungsberatung und -therapie
89.0A.4- Multimodale Ernährungstherapie
96.6 Enterale Infusion konzentrierter Nährstoffe
99.15 Parenterale Infusion konzentrierter Nährlösungen

* Kondrup Guidelines for nutrition risk screening 2002/Clinical Nutr.

0934 01.02.2013 Korrektur des Beispiels der Regel D08a des Kodierungshandbuches
Das Beispiel auf Seite 36 ist durch folgenden Text zu ersetzen:

Ein Patient wird mit sich anbahnender Gangrän des rechten Beins aufgenommen, die während des Spitalaufenthalts aufgrund sofortiger Behandlung nicht auftritt, es hat sich eine Ulzeration entwickelt.
Einen Eintrag „Gangrän, sich anbahnend oder drohend" gibt es in den ICD-10 Verzeichnissen nicht, und folglich ist dieser Fall anhand der zugrunde liegenden Krankheit zu kodieren, z.B. als Atherosklerose der Extremitätenarterien mit Ulzeration.
HD : I70.23 Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration.

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.

0936 01.02.2013 39.91.- Freilegung eines Gefässes

Im Auftrag von SwissDRG AG publizieren wir folgende Regelung, die nur für Austritte ab 1.1.2013 gültig sind**:**

Diese Kodes sind Zusatzkodes. Die SwissDRG Version 1.0 wurde auf der Grundlage der Falldaten des Jahres 2009 entwickelt und kalkuliert (Katalogversion V1.0). Diese Daten sind mit dem wenig differenzierten CHOP 2011 kodiert. Aufgrund dieser Problematik hat dieser Kode im SwissDRG-System eine Gruppierungsrelevanz erlangt. Für die Version 3.0 ist das Problem auf Grouperseite gelöst; bis dahin sind diese Kodes für Austritte vom 1.1.2013-31.12.2013 nicht zu kodieren.

0937 01.01.2013 DIEP-Flap/TRAM-Flap

Im Auftrag von SwissDRG AG publizieren wir folgende Regelung, die nur für Fälle mit Austritt ab 1.1.2013 gültig sind:

Für alle Austritte ab 1.1.2013 soll für den DIEP-Flap der Kode 85.89.12 „TRAM-Flap mit Prothesenimplanation" als Analogiekode verwendet werden; die Unterscheidung „mit oder ohne Prothesenimplanation" ist verzichtbar. Die aufwendige DIEP-Flap Rekonstruktionen werden meistens durchgeführt, um eine Prothesenimplantation zu vermeiden. Sollte doch ausnahmsweise eine Prothese verwendet werden müssen, stehen alternative Kodes zur Verfügung.

Der Kode 85.89.11 sollte kodiert für die TRAM-Flap kodiert werden, unabhängig davon ob eine Prothese implantiert wurde oder nicht.

0938 01.01.2013 39.30 Gefässnaht

Im Auftrag von SwissDRG AG publizieren wir folgende Regelung, die nur für Austritte ab 1.1.2013 gültig sind:

39.30 Gefässnaht:
39.30.10 Anwendung eines Gefässverschlusssystems, n.n.bez.
39.30.11 Anwendung eines Nahtsystems an Blutgefässen
39.30.12 Anwendung eines Clipsystems an Blutgefässen
39.30.13 Verschluss eines Stichkanals mit Kollagen an Blutgefässen
39.30.19 Anwendung eines Gefässverschlusssystems, sonstige

Diese Kodes sind Zusatzkodes. Die SwissDRG Version 1.0 wurde auf der Grundlage der Falldaten des Jahres 2009 entwickelt und kalkuliert (Katalogversion V1.0). Diese Daten sind mit dem wenig differenzierten CHOP 2011 kodiert. Aufgrund dieser Problematik hat dieser Kode im SwissDRG-System eine Gruppierungsrelevanz erlangt. Für die Version 3.0 ist das Problem auf Grouperseite gelöst; bis dahin sind diese Kodes für Austritte vom 1.1.2013-31.12.2013 nicht zu kodieren.

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.

0940 01.01.2013 Nur in der französischen Version der ICD-10-GM 2012 gibt es einen Fehler unter den Kodes I71.1 - I71.6.

Die Texte sind durch folgendes zu ersetzen:

I71.1 Anévrisme aortique thoracique, rompu
I71.2 Anévrisme aortique thoracique, sans mention de rupture
I71.3 Anévrisme aortique abdominal, rompu
I71.4 Anévrisme aortique abdominal, sans mention de rupture
I71.5 Anévrisme aortique thoraco-abdominal, rompu
I71.6 Anévrisme aortique thoraco-abdominal, sans mention de rupture

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.

0942 1.12.2012 Helal Operation
Die Helal Operation wird mit dem Kode 78.28.22 "Sonstige Verkürzungsosteotomie an Metatarsalia" abgebildet.

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, 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.

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.

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).

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.

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.

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, die-

ses 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.

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).

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 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.