



14 Gesundheit

Rundschreiben für Kodiererinnen und Kodierer 2021 Nr. 1

17. Dezember 2020

Neuchâtel, 2020

Herausgeber:	Bundesamt für Statistik (BFS)	Layoutkonzept:	Sektion DIAM
Auskunft:	Kodierungssekretariat: codeinfo@bfs.admin.ch	Copyright:	BFS, Neuchâtel 2020 Wiedergabe unter Angabe der Quelle für nichtkommerzielle Nutzung gestattet
Redaktion:	Bereich Medizinische Klassifikationen	Download:	www.statistik.ch
Reihe:	Statistik der Schweiz		
Themenbereich:	14 Gesundheit		
Originaltext:	Deutsch		
Übersetzung:	Sprachdienste BFS		

1. Allgemeines

1.1. Gültige Kodierungsinstrumente

Ab 1. Januar 2021 gelten folgende Kodierungsinstrumente:

- Medizinisches Kodierungshandbuch: Der offizielle Leitfaden der Kodierrichtlinien in der Schweiz. Version 2021
- Rundschreiben für Kodiererinnen und Kodierer: 2021 / Nr. 1 mit Anhang
- Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP): Systematisches Verzeichnis - Version 2021
- ICD-10-GM 2021 Systematisches Verzeichnis: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme: 10. Revision – German Modification
- ICD-10-GM 2021 Systematisches Verzeichnis, deutsche Version: Zusatzinformationen für den schweizerischen Kontext
- Letzte offizielle Kommunikation Kodierung COVID-19

Die Instrumente zur medizinischen Kodierung finden Sie unter www.bfs.admin.ch:

Bundesamt für Statistik → Statistiken finden → 14 - Gesundheit → Grundlagen Erhebungen → Nomenklaturen → Medizinische Kodierung und Klassifikationen → Instrumente zur medizinischen Kodierung → Gültige Instrumente zur medizinischen Kodierung je Jahr.

Die Medizinische Statistik der Krankenhäuser ist eine obligatorische Vollerhebung. Sie wird jährlich erhoben. Die obengenannten Kodierungsinstrumente gelten für die Kodierung aller stationärer Aufenthalte in Spitäler und Kliniken der Schweiz, einschliesslich Rehabilitations-, Psychiatrie- und Spezialkliniken, sowie Geburtshäuser.

Die gesetzlichen Grundlagen sind:

- Bundesstatistikgesetz vom 9. Oktober 1992 (BStatG) und
- Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG)

1.1.1. Referenzversionen

Für die Klassifikationen und das Kodierungshandbuch sind bei Unterschieden zwischen den Sprachversionen, die Originalversionen (deutschsprachige Versionen) massgebend.

1.1.2. Rundschreiben und Anhang

Das Rundschreiben enthält Grundlagen und Zusatzinformationen (inkl. Korrekturen) zum Kodierungshandbuch und zu den Klassifikationen. Der Anhang des Rundschreibens enthält Informationen und Präzisierungen. Diese Dokumente sind offizielle Informationen des BFS und müssen für weitere Kodierungen berücksichtigt werden.

Die Publikationszeitpunkte der Rundschreiben und deren Anhang sind:

- Rundschreiben für Kodierer und Kodiererinnen, 2021 Nr. 1 (Publikation Ende Dezember 2020): anzuwenden bei Fällen mit Austrittsdatum ab 1. Januar 2021.
- Rundschreiben für Kodierer und Kodiererinnen, 2021 Nr. 2 (Publikation Ende Juni 2021): anzuwenden bei Fällen mit Austrittsdatum ab 1. Juli 2021.

1.1.3. Analogiekodierungen und Hinweise zur Leistungserfassung und Abrechnung der SwissDRG AG

Die Hinweise zur Leistungserfassung und Abrechnung der SwissDRG AG sind ebenfalls zu berücksichtigen.

Pfad: www.swissdrdg.org → Akutsomatik/Psychiatrie/Rehabilitation → Abschnitt SwissDRG → Hinweis zur Leistungserfassung und Abrechnung

<https://www.swissdrdg.org/de/akutsomatik/swissdrdg/hinweis-zur-leistungserfassung>

Die Hinweise auf Analogiekodierungen der SwissDRG AG sind ebenfalls zu berücksichtigen.

Pfad: www.swissdrdg.org → Akutsomatik → Abschnitt SwissDRG System 10.0/2021 → Analogiekodierung

<https://www.swissdrdg.org/de/akutsomatik/swissdrdg-system-1002021/analogiekodierung>

Weitere Publikationen der SwissDRG AG sind unterjährig laufend zu beachten.

1.2. Anfragen zur Kodierung

1.2.1. Vorgehen

Es werden nur Kodierungsanfragen behandelt, welche in der Beilage **alle notwendigen klinischen Unterlagen zur Fallbeurteilung in anonymisierter Form** (Austrittsbericht, Operationsbericht, Kodierung etc.) enthalten. Sie sind an CodeInfo@bfs.admin.ch zu senden.

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

Bei Anfragen ohne Dokumentation oder mit ungenügender Dokumentation geben wir keine Empfehlung ab.

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

1.2.2. Anonymisierung

Für die Anonymisierung der Dokumente sind die folgenden Angaben zu entfernen:

- Name, Vorname
- Geburtstag und Monat (ausgenommen für Neugeborene bis zum Alter von einem Jahr (< 1 Jahr))
- Wohnadresse
- Korrespondenzdaten (Telefonnummer, etc.)

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

2. Zusatzinformationen zum Kodierungshandbuch 2021

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

2.1. Verwendung der ICD-10-GM 2021 im Jahr 2021

Betrifft alle Sprachversionen

Im medizinischen Kodierungshandbuch 2021 wird an verschiedenen Stellen Bezug auf die ICD-10-GM 2020 genommen. Aufgrund der am 3. Dezember 2020 publizierten «Offiziellen Kommunikation 2021 Nr. 1 - Kodierung COVID-19» mit Gültigkeit ab 1. Januar 2021, sind alle Hinweise auf die ICD-10-GM 2020 zu ersetzen mit «ICD-10-GM 2021».

Z.B. Einleitung Version 2021

[...]

Basis dieses Handbuches sind die Klassifikationen ICD-10-GM ~~2020~~ 2021 und CHOP 2021. Für die Kodierung aller stationären Fälle mit Austrittsdatum ab 1.1.2021 sind die ICD-10-GM-Kodes der Version ~~2020~~ 2021 und die CHOP-Kodes der Version 2021 zu verwenden.

[...]

2.2. D03ij Kreuzt - Stern*- Kodes

Betrifft alle Sprachversionen

[...]

Beispiel 5

Ein Patient wird wegen einer lumbalen Diskushernie mit Radikulopathie zur stationären ~~Schmerz~~ Therapie aufgenommen.

HD M51.1† Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie (G55.1*)

ZHD G55.1* Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei Bandscheibenschäden (M50-M51†)

[...]

2.3. D12j Tabelle «Beispiele für Kodierung von Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen»

Betrifft alle Sprachversionen

Aufgrund der Übernahme der ICD-10-GM 2021 per 1. Januar 2021 ist in der oben angegebenen Tabelle der Kode *K65.0 Akute Peritonitis* zu ersetzen durch *K65.09 Sonstige und nicht näher bezeichnete akute Peritonitis*.

2.4. P02ej Prozeduren, die nicht kodiert werden

Betrifft alle Sprachversionen

[...]

Zum Beispiel:

- Röntgenaufnahme und Gipsverband bei Radius-Fraktur (Colles)
- Konventionelle Röntgenuntersuchungen, z.B. Routine-Thoraxröntgen
- EKG (Ruhe-, Langzeit-, Belastungs-EKG)
- Routinemassnahmen bei Neugeborenen (z.B. Hörtest, Schädelsonographie)
- Blutentnahme und Laboruntersuchungen
- Aufnahme-, Kontrolluntersuchungen
- Medikamentöse Therapien mit Ausnahme von:

- Medikamentöse Therapien bei Neugeborenen, sofern es einen spezifischen CHOP-Kode gibt
 - Zytostatikatherapien, Immuntherapien, Thrombolyse, Gerinnungsfaktoren, Blutprodukte
 - Für TARPSY und ST REHA: Antiinfektiöse Therapien, z.B. i.v. Verabreichung von Antibiotika (CHOP-Kode 99.22.1- *Injektion einer antiinfektiösen Substanz, nach Anzahl Behandlungstage*)
Beachte: Die Erfassung des CHOP-Kodes 99.22.1- *Injektion einer antiinfektiösen Substanz nach Anzahl Behandlungstage* ist für die Akutsomatik fakultativ
 - hochteure Medikamente, sofern es einen spezifischen CHOP-Kode gibt
- Einzelne Komponenten einer Prozedur: Vorbereitung, Lagerung, Anästhesie (inkl. Intubation) oder Analgesie, Wundverschluss, sind in der Regel in einem Operationskode abgebildet.

[...]

Ausnahmen:

- Anästhesie bei Prozeduren, die normalerweise ohne erbracht werden, z.B. Narkose für eine MRI beim Kind.
- ~~Eine Schmerztherapie bei operativen Eingriffen und diagnostischen Massnahmen ist im Kode enthalten. Sie wird nur als solche kodiert, wenn sie eine alleinige Massnahme darstellt (Beispiel 3) oder zur Kategorie 93.A – Schmerztherapie gehört und die aufgelisteten Bedingungen unter diesen Kodes erfüllt.~~

Beispiel 3

~~Ein Patient mit metastasierendem Karzinom wird mit Chemotherapie und Schmerztherapie durch Injektion eines Anästhetikums in den Spinalkanal behandelt.~~

~~HB 99.25.5- Chemotherapie~~

~~NB 03.91- Injektion von Anästhetikum und Analgetikum in den Spinalkanal~~

- **Eingriffsverwandte diagnostische Massnahmen**, die in derselben Sitzung durchgeführt werden und in der Regel Bestandteil der Operation sind, werden nicht gesondert kodiert (es sei denn, es ist in der CHOP anders geregelt).

Z.B.: Die diagnostische Arthroskopie vor arthroskopischer Menishektomie wird nicht zusätzlich verschlüsselt.

- Zur Kodierung von Schmerztherapien im Kontext von Operationen, Interventionen, Diagnostik und Schmerzbehandlungsverfahren verweisen wir auf die Kodierregel S1804.

- **Postmortale Prozeduren** werden nicht kodiert (mit dem Tod endet der Fall). Dies gilt auch für Obduktionen.

2.5. P06i Mehrfach durchgeführte Prozeduren

Betrifft alle Sprachversionen

Die Kodierregel P06i wird zur Kodierregel P06j. Im Anschluss an den bestehenden Absatz «Radiojodtherapie» werden zwei neue Absätze aufgenommen:

2.5.1. Vakuumversiegelungstherapie

Vakuumversiegelungstherapie / Behandlung mit Vakuumverband

Für die Abbildung der **Dauer** einer kontinuierlichen Sogbehandlung bei einer s.g. Vakuumversiegelung/Behandlung mit Vakuumverband steht in der CHOP die Elementegruppe 93.57.1- *Kontinuierliche Sogbehandlung bei einer Vakuumversiegelung, nach Anzahl Behandlungstage* zur Verfügung.

Die Kodiervantwortlichen sind häufig mit der Tatsache konfrontiert, dass in **einem** stationären Aufenthalt mehrere Vakuumverbandstherapien (Anlage, Wechsel, Entfernung) stattfinden (müssen) und diese Behandlungen sich auf eine oder mehrere Lokalisationen beziehen können.

Es wird **pro stationären Fall nur ein Kode** für die **Dauer** der Sogbehandlung erfasst.

Für die korrekte Erfassung des Kodes werden die Tage aller stattgefundenen Sogbehandlungen addiert. Dabei ist unerheblich, ob die Behandlung nur an einer oder an mehreren Lokalisationen (auch gleichzeitig) stattfand.

Die Tage der **Anlage**, des **Wechsels** und **Entfernens** eines oder mehrerer Vakuumverbände werden in die Zählung der Dauer miteinbezogen. Angebrochene Tage (z.B. auch bei Verlegung) werden dabei als ganze Tage gezählt.

Einzelne Tage dürfen bei der Bestimmung der Gesamtdauer jedoch nicht doppelt gezählt werden.

Als Tage zählen die Kalendertage.

Die folgenden Beispiele sollen aufzeigen, wie die möglichen unterschiedlichen Szenarien durch die Kodierverantwortlichen erfasst werden müssen.

Beispiel 1 – Vakuumbehandlung an einer Lokalisation

Eintritt einer Patientin zur elektiven Bypassoperation bei symptomatischer 3-Gefäss-Erkrankung (stabile Angina pectoris). Nach initial komplikationslosem Verlauf kommt es am 5. postoperativen Tag (Tag X) zum Anstieg der laborbezogenen Infektionsparameter und die Venenentnahmestelle (für den Bypass) zeigt sich entzündlich verändert. Die operative Revision (unter Spinalanästhesie) zeigt eine Wunddehiszenz im distalen Bereich der Naht und nekrotisch verändertes Subkutangewebe im proximalen Bereich der Entnahmestelle. Es erfolgt ein Débridement (ca. 8 cm²) und die Anlage eines subkutanen Vakuumverbands mit Sog für 3 Tage. Am 8. postoperativen Tag (Tag Y) wird der Vakuumverband entfernt und eine Sekundärnaht angelegt.

HD	I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris	
ND	I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit, Drei-Gefäss-Erkrankung	
ND	T81.4	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	
ND	Y84.9!	Zwischenfälle durch medizinische Massnahmen, nicht näher bezeichnet	
ND	B96.2!	Escherichia coli [E. coli] und andere Enterobacterales als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	
ND	T81.3	Aufreissen einer Operationswunde, anderenorts nicht klassifiziert	
HB		Bypassoperation plus alle anderen dokumentierten Operationsschritte	
NB	86.88.I5	Operative Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung in Regional- oder Allgemeinanästhesie, an Haut und Subkutangewebe	(Tag X)
NB	93.57.13	Kontinuierliche Sogbehandlung bei einer Vakuumversiegelung, bis 6 Behandlungstage	(Tag X)
NB	86.2B.4E	Débridement in lokaler Infiltrationsanästhesie, Regional- oder Allgemeinanästhesie, grossflächig, an anderer Lokalisation	(Tag X)
NB	86.53.1E	Sekundärnaht an Haut und Subkutangewebe anderer Lokalisationen	(Tag Y)

Beispiel 2 – Vakuumbehandlung an 2 Lokalisationen zu unterschiedlichen Zeitpunkten

Eintritt eines Patienten zur offenen Resektion des Colon sigmoideum aufgrund rezidivierender Divertikulitis bei ausgeprägter Divertikulose. Die Histologie zeigt bei aktuell fehlender Klinik dennoch schwere Entzündungen, Blutungsstigmata und Begleitperitonitis. Nach initial komplikationslosem Verlauf kommt es am 5. postoperativen Tag (Tag A) zum Anstieg der Entzündungsparameter. Der Patient klagt über Übelkeit, Erbrechen und zeigt klinisch ein druckdolentes, geschwollenes Abdomen. Als aus der abdominalen Naht zusätzlich grün tingierter Aszites austritt, wird gleichentags eine notfallmässige Re-Laparotomie indiziert. Es zeigt sich eine fast komplette Dehiszenz der Faszie und eine schwere Vier-Quadranten-Peritonitis mit grossen Mengen an Aszites, welcher vor der weiteren Inspektion abgesaugt wird. In der gesamten Bauchhöhle befinden sich fibrinöse Auflagerungen und Verschmutzungen. Für die teilweise Entfernung muss auch Peritoneum und Omentum exzidiert werden. Die deszendorektale Anastomose zeigt initial auf Sicht keine Dehiszenz, wobei bei Verschmutzung durch Darminhalt dennoch der Verdacht auf eine Nahtinsuffizienz diagnostiziert wird. Die Anastomose wird revidiert ohne Exzision oder Neuanlage. Es erfolgt eine so dokumentierte Massenlavage mit ca. 35 l Spüllösung. Ein Vakuumverband wird am offenen Abdomen angelegt und der Patient auf die Intensivstation verlegt. Am 7. postoperativen Tag (Tag B) und am 9. postoperativen Tag (Tag C) erfolgt ein Wechsel des Vakuumverbandes am offenen Abdomen. Am 11. postoperativen Tag (Tag D) wird die Bauchdecke geschlossen und ein subkutaner Vakuumverband auf die Faszie aufgebracht. Bei optimalem weiterem Verlauf und guter Granulation erfolgt am 15. postoperativen Tag (Tag E) die Entfernung des subkutanen Vakuumverbandes und der endgültige Verschluss des Abdomens. Alle Operationen erfolgten in Allgemeinanästhesie.

HD	K57.23	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation, Abszess und Blutung	
ND	K65.09	Sonstige und nicht näher bezeichnete akute Peritonitis	
ND	Y84.9!	Zwischenfälle durch medizinische Massnahmen, nicht näher bezeichnet	
ND	K91.83	Insuffizienzen von Anastomosen und Nähten nach Operationen am sonstigen Verdauungstrakt	
ND	R18	Aszites	
ND	T81.3	Aufreissen einer Operationswunde, anderenorts nicht klassifiziert	

HB	Sigmoidektomie offen und alle anderen beschriebenen Operationsschritte	
NB	45.98.12 Revision einer Dickdarm Anastomose	(Tag A)
NB	54.25 Peritoneallavage	(Tag A)
NB	54.4X.99 Exzision oder Destruktion von Peritonealgewebe und Peritonealläsion, sonstige	(Tag A)
NB	54.4X.12 Exzision von Omentum	(Tag A)
NB	86.88.13 Operative Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung in Regional- oder Allgemeinanästhesie, am offenen Abdomen	(Tag A)
NB	93.57.15 Kontinuierliche Sogbehandlung bei einer Vakuumversiegelung, mindestens 7 bis 13 Behandlungstage	(Datum Tag A)
NB	86.88.13 Operative Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung in Regional- oder Allgemeinanästhesie, am offenen Abdomen	(Tag B)
NB	86.88.13 Operative Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung in Regional- oder Allgemeinanästhesie, am offenen Abdomen	(Tag C)
NB	86.88.15 Operative Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung in Regional- oder Allgemeinanästhesie, an Haut und Subkutangewebe	(Tag D)
NB	54.61 Wiederverschluss einer postoperativen abdominalen Wunddehiszenz	(Tag D)
NB	54.62 Verzögerter Verschluss einer granulierenden Abdominalwunde	(Tag E)
NB	99.B7.1- Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) des Erwachsenen, nach Aufwandspunkten	(Tag A)

Beispiel 3 – Vakuumbehandlung an 2 unterschiedlichen Lokalisationen während gleicher Zeitspanne

Eine Patientin wird bei vorderem Mundbodenkarzinom rechts mit zervikalen Lymphknotenmetastasen rechts stationär behandelt.

Sie muss sich einer Hemimandibulektomie rechts (Tag 1) mit einer Rekonstruktion mit präformiertem mikrovaskulärem Fibulatransplantat (von rechts) unterziehen. Des Weiteren erfolgt eine modifizierte radikale Neckdissektion beidseits.

An der Entnahmestelle der unteren Extremität kommt es zu einer Nekrose des dort aufgebrauchten Spalthauttransplantates (grossflächig), welches der Defektdeckung nach Entnahme diene.

Nach Entfernung des Transplantates, Exzision der Wundränder (grossflächig) und Débridement der Weichteile (grossflächig) wird am Tag 5 ein tiefliegender Vakuumverband auf den Knochen aufgebracht. Das Gebiet ist entzündlich verändert.

Da sich gleichzeitig auch die Entnahmestelle des Spalthauttransplantates am linken Unterarm entzündlich und nekrotisch verändert zeigt, wird nach grossflächigem Débridement dort ein subkutaner Vakuumverband aufgebracht (ebenfalls Tag 5).

Der 1. operative Wechsel der Vakuumverbände an beiden Lokalisationen erfolgt am Tag 8.

Die Entfernung des subkutanen Vakuumverbandes am linken Unterarm und der Wechsel am rechten Unterschenkel erfolgen am Tag 10.

In einer weiteren Operation am Tag 13 wird nach Entfernung des Vakuumverbandes und grossflächigem Débridement (5 cm²) der rechte Unterschenkel final mit einem grossflächigen Spalthauttransplantat versorgt.

HD	C04.0	Bösartige Neubildung des vorderen Teils des Mundbodens	
L	1		
ND	C77.0	Sekundäre und n.n.bez. bösartige Neubildung der Lymphknoten des Kopfes, des Gesichtes und des Halses	
L	1		
ND	T86.51	Nekrose eines Hauttransplantates	
L	1		
ND	Y84.9!	Zwischenfälle durch medizinische Massnahmen, nicht näher bezeichnet	
ND	R02.02	Nekrose der Haut und Unterhaut, anderenorts nicht klassifiziert, Unterarm und Handgelenk	
L	2		
ND	T81.4	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	
L	0		
HB		Hemimandibulektomie mit Rekonstruktion etc. gemäss aller dokumentierter OP-Schritte	(Tag 1)
L	1		
NB	86.41.1C	Radikale und grossflächige Exzision von Läsion oder Gewebe an Haut und Subkutangewebe, ohne primären Wundverschluss, an Unterschenkel	(Tag 5)
L	1		
NB	86.2B.4E	Débridement in lokaler Infiltrationsanästhesie, Regional- oder Allgemeinanästhesie, grossflächig, an anderer Lokalisation	(Tag 5)
L	0		
NB	86.88.11	Operative Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung in Regional- oder Allgemeinanästhesie, tiefreichend, an Knochen und Gelenken der Extremitäten	(Tag 5)
L	1		

NB	86.88.15	Operative Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung in Regional- oder Allgemeinanästhesie, an Haut und Subkutangewebe	(Tag 5)
L	2		
NB	93.57.15	Kontinuierliche Sogbehandlung bei einer Vakuumversiegelung, mindestens 7 bis 13 Behandlungstage	(Datum Tag 5)
L	0		
NB	86.88.11	Operative Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung in Regional- oder Allgemeinanästhesie, tiefreichend, an Knochen und Gelenken der Extremitäten	(Tag 8)
L	1		
NB	86.88.15	Operative Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung in Regional- oder Allgemeinanästhesie, an Haut und Subkutangewebe	(Tag 8)
L	2		
NB	86.88.11	Operative Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung in Regional- oder Allgemeinanästhesie, tiefreichend, an Knochen und Gelenken der Extremitäten	(Tag 10)
L	1		
NB	86.2B.4E	Débridement in lokaler Infiltrationsanästhesie, Regional- oder Allgemeinanästhesie, grossflächig, an anderer Lokalisation	(Tag 13)
L	1		
NB	86.6B.2C	Autologe Spalthauttransplantation, grossflächig, am Unterschenkel	(Tag 13)
L	1		

Weitere Beispiele, stark vereinfacht:

Beispiel 4

- 01.01. – 05.01. 5 Tage Vakuumbehandlung am **offenen** Abdomen
- 01.01. – 05.01. 5 Tage Vakuumbehandlung zusätzlich tiefreichend an Knochen der Extremität
- 05.01. – 09.01. 5 Tage Vakuumbehandlung **subkutan** Abdomen **oder an anderer Lokalisation**

Kodierung:

86.88.13	Operative Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung in Regional- oder Allgemeinanästhesie, am offenen Abdomen	01.01.
86.88.11	Operative Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung in Regional- oder Allgemeinanästhesie, tiefreichend, an Knochen und Gelenken der Extremitäten	01.01.
86.88.15	Operative Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung in Regional- oder Allgemeinanästhesie, an Haut und Subkutangewebe	05.01.
93.57.15	Kontinuierliche Sogbehandlung bei einer Vakuumversiegelung mindestens 7 bis 13 Behandlungstage	01.01.

Da vom 01.01. – 05.01. die Vakuumbehandlung des offenen Abdomens (86.88.13) und an der Extremität (86.88.11) gleichzeitig erfolgen, ist als Endsumme

93.57.15 Kontinuierliche Sogbehandlung bei einer Vakuumversiegelung, mindestens 7 bis 13 Behandlungstage für eine 9 Tage dauernde Sogbehandlung zu wählen.

Das Prozedurendatum ist mit 01.01. anzugeben.

Der 05.01. darf als Einzeltag nicht doppelt gezählt werden, auch wenn ein Wechsel (Beenden der Behandlung am offenen Abdomen) der Vakuumbehandlung von offenem Abdomen auf subkutane Behandlung am Abdomen **oder an andere Lokalisation** (Neuanlage an anderer Lokalisation) erfolgte.

Beispiel 5

Eintritt 05.02.

- 06.02. Anlage Vakuumverbände an Abdomen links subkutan und Unterschenkel rechts subkutan (Allgemeinanästhesie)
- 09.02. Wechsel der Vakuumverbände an beiden Lokalisationen (Allgemeinanästhesie)
- 12.02. Verlegung in anderes Akutspital zur Weiterbehandlung mit liegenden Vakuumverbänden an Unterschenkel und Abdomen

Kodierung:

86.88.15	Operative Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung in Regional- oder Allgemeinanästhesie, an Haut und Subkutangewebe	06.02.
L	0	
86.88.15	Operative Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung in Regional- oder Allgemeinanästhesie, an Haut und Subkutangewebe	09.02.
L	0	
93.57.15	Kontinuierliche Sogbehandlung bei einer Vakuumversiegelung, mindestens 7 bis 13 Behandlungstage	06.02.

Da die Tage der Anlage, des Wechsels und der angebrochene Tag der Verlegung in die Erfassung der Dauer der Sogbehandlung der liegenden Vakuumverbände einfließen, ergibt sich eine Gesamtdauer von 7 Tagen.

Beispiel 6

Stationärer Aufenthalt 01.03.-20.03.

- 01.03. Anlage Vakuumverband am offenen Abdomen
- 05.03. Wechsel Vakuumverband am offenen Abdomen
- 10.03. Verschluss Abdomen, Entfernung Vakuumverband

Später im Aufenthalt:

- 15.03. Anlage Vakuumverband **subkutan** Abdomen bei Nahtdehiszenz
- 18.03. Verschluss Haut und Subkutangewebe Abdomen nach Entfernung Vakuumverband

Kodierung:

86.88.13	Operative Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung in Regional- oder Allgemeinanästhesie, am offenen Abdomen	01.03.
86.88.13	Operative Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung in Regional- oder Allgemeinanästhesie, am offenen Abdomen	05.03.
93.57.16	Kontinuierliche Sogbehandlung bei einer Vakuumversiegelung, mindestens 14 bis 20 Behandlungstage	01.03.
	Verschluss Abdomen gemäss medizinischer Dokumentation	10.03.
86.88.15	Operative Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung in Regional- oder Allgemeinanästhesie, an Haut und Subkutangewebe	15.03.
	Verschluss Haut und Subkutangewebe gemäss medizinischer Dokumentation	18.03.

Auch in diesem Beispiel werden die Tage der Anlage (01.03. und 15.03.) sowie der Tag des Wechsels (05.03.) in die Erfassung der Gesamtdauer einbezogen.

Da am 11., 12., 13. und 14.03. keine Vakuumbehandlung erfolgte, dürfen diese Tage des stationären Aufenthaltes zur Gesamtdauer der Sogbehandlung nicht hinzuaddiert werden.

2.5.2. Behandlung auf einer Intensivstation und/oder Intermediate Care Unit

Betrifft alle Sprachversionen

Behandlung auf einer IPS und/oder IMC

Für die Berechnung der Aufwandspunkte, die der korrekten Erfassung der Codes für die Behandlung auf einer Intensivstation (IS) (99.B7.-) oder Intermediate-Care Unit (IMCU) (99.B8.-) dienen, werden alle Werte der pro (Pflege)-Schicht erhobenen NEMS und einmalig pro IS/IMCU-Aufenthalt SAPS II, CRIB II oder PIM II gemäss den Vorgaben des MDSi¹/MDSimc verwendet.

¹ SGI-SSMI. Kommission Datensatz (KDS). Minimaler Datensatz der SGI MDSi. Abschnitte 2.3.5 «Schwere Grad der akuten Erkrankung» und 2.4.1 «IS spezifischer Aufwand-Score (NEMS)». (Download der aktuell gültigen Version via: <https://www.sgi-ssmi.ch/de/datensatz.html>)

Zur Bestimmung des zutreffenden CHOP-Kodes aus den entsprechenden Subkategorien 99.B7.- und 99.B8.- wird wie folgt vorgegangen:

Die Anzahl der Aufwandspunkte errechnet sich aus SAPS II (oder PIM II, CRIB II) + Summe der NEMS aller Schichten.

Bei einer 8-Stunden Schichtdauer wird NEMS aufsummiert, bei einer 12-Stunden Schichtdauer wird die jeweils erhobene Punktzahl für NEMS mit 1.5 multipliziert.

Wird eine Patientin/ein Patient während eines stationären Falles mehrfach auf einer Intensivstation und /oder Intermediate-Care Unit desselben Spitals, oder sequentiell in verschiedenen Intensivstationen/Intermediate Care Units desselben Spitals (auch mit mehreren Standorten) betreut, werden die Summen aller NEMS der Einzelaufenthalte und die SAPS II, CRIB II oder PIM der jeweiligen Einzelaufenthalte zusammengerechnet und der zur Gesamtsumme passende CHOP-Kode erfasst.

Bei Transfer/Transport einer Patientin oder eines Patienten während **eines stationären Falles**

- von IS **Standort A** auf IS **Standort B** desselben Spitals **oder**
- von IMCU **Standort A** auf IMCU **Standort B** desselben Spitals **oder**
- von IS A auf IS B innerhalb **desselben Spitalstandortes** **oder**
- von IMCU A auf IMCU B innerhalb **desselben Spitalstandortes** **oder**
- von **IS Standort A** auf **IMCU Standort B** desselben Spitals oder vice versa **oder**
- von **IS auf IMCU** innerhalb **desselben Spitalstandortes** oder vice versa **oder**
- externe Verlegung von IS/IMCU eines Spitals auf IS/IMCU eines anderen Spitals oder vice versa

werden **durch die transferierende /verlegende wie auch aufnehmende Einrichtung** für die jeweilige (Pflege)-Schicht, **auch wenn der Transfer/ die Verlegung in der gleichen Schicht erfolgt**, die entsprechenden NEMS und gemäss Bestimmungen der SAPS II, PIM II oder CRIB II erhoben.

Als aufnehmende Einrichtung gelten IS/IMCU (gemäss Richtlinien SGI und/oder KAIMC, zertifizierte einzelne Organisationseinheiten) innerhalb des gleichen Spitalstandortes, IS/IMCU in verschiedenen Standorten desselben Spitals oder in gänzlich verschiedenen Spitälern.

Diese Bestimmungen gelten auch für kurze Aufenthalte < 24h auf der Intensivstation und/oder Intermediate-Care Unit

Es gelten die Vorgaben der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI), respektive der Kommission für Anerkennung der IMC (KAIMC).

2.6. S0202j Auswahl und Reihenfolge der Kodierung

Betrifft alle Sprachversionen

[...]

Als mit einem Tumor ätiologisch verbundene Erkrankungen zählen z.B.:

- Epilepsie bei zerebraler Metastasierung **oder benignem Meningeom**
- Poststenotische Pneumonie bei Bronchuskarzinom
- Wirbelkörperfraktur bei ossären Metastasen
- Anämie bei ossärer Metastasierung
- Leberversagen bei Obstruktion des Ductus choledochus durch ein Pankreaskopfkarzinom
- Mechanischer Ileus bei Kolonkarzinom

[...]

Beispiel 5

Eintritt einer Patientin mit erstmals aufgetretenem tonisch-klonischem Anfall.

Die Diagnostik u.a. mit Schädel-CT ergibt eine strukturelle Epilepsie bei frontaler Raumforderung mit Verdacht auf benignes Falx- Meningeom.

Eine Medikation mit Antiepileptika wird etabliert und die Patientin in mittelfristiger Zukunft für die Behandlung des Meningeoms aufgebeten.

HD D32.0 Gutartige Neubildung der Meningen, Hirnhäute

ND G40.2 Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit komplexen fokalen Anfällen

Beispiel ~~5~~ 6

Beispiel ~~6~~ 7

Beispiel ~~7~~ 8

Beispiel ~~8~~ 9

Beispiel ~~9~~ 10

2.7. S0216**b**j Prophylaktische Operationen wegen Risikofaktoren

Betrifft alle Sprachversionen

Diese Operationen werden z.B. bei Diagnosen wie Brustkrebs oder Ovarkrebs in der Familienanamnese, genetischer Veranlagung, **chronischem Schmerz**, chronischer Infektion, lobulärem Mammakarzinom in der Brust der Gegenseite, Carcinoma in situ der Mamma oder fibrozystischer Mastopathie usw. durchgeführt. Diese Zustände sind als Hauptdiagnose zu kodieren.

[..]

2.8. S0217j Palliativbehandlung

Betrifft alle Sprachversionen

Die Palliativbehandlung bei (Tumor-)Patientinnen/Patienten wird über die passenden CHOP-Kodes abgebildet.

Der ICD-10-GM-Kode Z51.5 Palliativbehandlung wird als Nebendiagnose nur kodiert, wenn:

- bei nicht verlegten Patientinnen/Patienten kein Komplexbehandlungs-Kode abgebildet werden kann
- die Patientin/der Patient zur Palliativbehandlung verlegt worden ist

Der Kode Z51.5 wird gemäss Vorgaben der Kodierregel D15 vom aufnehmenden Spital erfasst.

[..]

Ergänzung unter Hinweis:

Enthält die ärztliche und/oder medizinische Dokumentation Hinweise darauf, dass sich z.B. die Behandlungsintention von kurativ zu palliativ geändert hat, dass eine Operation in palliativer Absicht durchgeführt wurde, dass eine Chemotherapie palliativ intendiert ist etc., darf der Kode Z51.5 Palliativbehandlung **nicht** erfasst werden.

Die Kodierung des Kodes Z51.5 Palliativbehandlung ist nur den oben angegebenen Bedingungen vorbehalten.

2.9. S0903i Thrombose resp. Verschluss von koronarem Stent resp. Bypass

Betrifft alle Sprachversionen

Aufgrund der Übernahme der CHOP 2021 per 1. Januar 2021 ist in der oben angegebenen Kodierregel S0903 der Kode 36.04 «Thrombolytische Koronararterieninfusion» zu ersetzen durch den Kode 00.66.38 «Perkutan-transluminale Gefässintervention an den Koronarien, selektive Thrombolyse».

2.10. S1001j Beatmung auf der Intensivstation und IMC

Betrifft alle Sprachversionen

S1001j Maschinelle Beatmung

Definition

Maschinelle Beatmung («künstliche Beatmung») ist ein Vorgang, bei dem Gase mittels einer mechanischen Vorrichtung in die Lunge bewegt werden. Die Atmung wird unterstützt durch das Verstärken oder Ersetzen der eigenen Atemleistung der Patientinnen und Patienten.

Maschinelle Beatmung auf einer Intensivstation

Bei der künstlichen Beatmung ist die Patientin oder der Patient in der Regel intubiert oder tracheotomiert und wird fortlaufend beatmet. Bei intensivmedizinisch* versorgten Patientinnen und Patienten kann eine maschinelle Beatmung auch über Maskensysteme erfolgen, wenn diese anstelle der bisher üblichen Intubation oder Tracheotomie eingesetzt werden.

CPAP ist eine Massnahme zur Atemunterstützung und **keine** gilt nicht als maschinelle Beatmung.

* Die intensivmedizinische Versorgung muss nachvollziehbar dokumentiert sein (Überwachung, Beatmungsprotokolle, usw.) und setzt entsprechende räumliche und personelle Ausstattung voraus. Dabei handelt es sich um anerkannte Intensivstationen (IMC und Aufwachräume zählen nicht dazu). Patientinnen und Patienten, die keiner intensivmedizinischen Versorgung bedürfen (z.B. bereits vorbestehende Heimbeatmung, jetzt Aufnahme zur geplanten Chemotherapie, usw.), zählen nicht hierzu.

Für die Erfassung der NEMS IS wird die maschinelle Beatmung auf der IS berücksichtigt. Die Beatmungsstunden werden im Feld 4.4.V01 «Dauer der künstlichen Beatmung» erfasst.

Maschinelle Beatmung auf einer Intermediate Care Station (IMC)

Die künstliche Beatmung auf der IMC** erfolgt meist über Maskensysteme. Gelegentlich ist jedoch eine invasive Beatmung über einen Trachealtubus oder ein Tracheostoma möglich.

CPAP ist eine Massnahme zur Atemunterstützung und gilt nicht als maschinelle Beatmung.

** Die Versorgung auf einer IMC muss nachvollziehbar dokumentiert sein (Überwachung, Beatmungsprotokolle, usw.) und setzt eine entsprechende räumliche und personelle Ausstattung voraus. Dabei handelt es sich um anerkannte IMC (IS und Aufwachräume zählen nicht dazu). Patientinnen und Patienten, die keiner Versorgung auf einer IMC bedürfen (z.B. bereits vorbestehende Heimbeatmung, jetzt Aufnahme zur geplanten Chemotherapie, usw.), zählen nicht hierzu. Für die Erfassung der NEMS IMC wird die maschinelle Beatmung auf der IMC berücksichtigt. Die Erfassung der Beatmungsstunden in einem dafür vorgesehenen Datenfeld des BFS (analog 4.4.V01 «Dauer der künstlichen Beatmung») erfolgt **nicht**.

2.11. S1505j Spezielle Kodierregeln für die Geburt

Betrifft alle Sprachversionen

[...]

Protrahierte Geburt

[...]

Stammzellentnahme für Kryokonservierung

Die Entnahme von Stammzellen aus Nabelschnurblut zur Kryokonservierung (meistens Nabelschnurvene, je nach Herstellerangaben und zur Verfügung stehenden Blutvolumen in der Nabelschnur) wird mit dem Code

41.OA.31 Hämatopoetische Stammzellentnahme aus Nabelschnurblut, autolog

im Neugeborenenfall kodiert.

Es ist dabei unerheblich, ob die Entnahme direkt nach einer primären/sekundären Sectio caesarea oder einer vaginalen Geburt erfolgt.

Es ist zu beachten, dass der Code **nicht im Fall der Mutter** kodiert werden darf, sondern ausschliesslich im Fall des Neugeborenen.

Es handelt sich um eine Entnahme von Nabelschnurblut, welches eine hohe Konzentration an hämatopoetischen Stammzellen aufweist.

Mit Hilfe dieser Stammzellen, die kryokonserviert und über Jahre aufbewahrt werden, sollen später im Leben des Neugeborenen (oder seiner Geschwister) eventuell auftretende Erkrankungen wie z.B. Leukämie, Anämie oder Erkrankungen des Immunsystems therapiert werden können.

[...]

2.12. S1804f) Schmerzdiagnosen und Schmerzbehandlungsverfahren

Korrektur Titel Kodierregel S1804

Betrifft nur die französische Sprachversion (siehe Circulaire 2021 no 1)

Betrifft alle Sprachversionen

Akuter Schmerz

Akuter Schmerz geht meistens mit einer Schädigung/Beeinflussung der Gewebestrukturen einher und wird als «Symptom» und/oder als s.g. «Warnfunktion» des Organismus betrachtet.

Wird eine Patientin oder ein Patient wegen akuter postoperativer und/oder im Rahmen eines Traumas auftretender **akuter** Schmerzen und/oder wegen **akuter** Schmerzen, die in ätiologischem Zusammenhang mit einer Erkrankung/Zustand/Manifestation stehen, behandelt (z.B. Appendizitis, Peritonitis, **akute** Ischämien, Ileus, **akute** Schmerzen aufgrund Tumordinfiltrationen (Primarius und/oder Metastasen), Medikamentennebenwirkungen, postoperative Komplikationen und/oder Störungen etc.), ist der ICD-10-GM-Kode **R52.0 Akuter Schmerz nicht** zu erfassen.

Erfasst werden:

- Erkrankungen/Traumata (auch intraoperativ und/oder iatrogen ausgelöst)
 - andere Zustände
 - andere Manifestationen
- die den **akuten** Schmerz auslösen.

Der ICD-10-GM-Kode **R52.0 Akuter Schmerz** wird nur dann erfasst, wenn seine Ursache nicht bekannt, nicht zu eruieren und nicht zu definieren ist.

Kodes aus anderen Rubriken, die unter dem Exkl. der Kategorie R52.- erfasst sind, z.B. *R07.1 Brustschmerzen bei der Atmung*, *R10.2 Schmerzen im Becken und am Damm*, *M25.5- Gelenkschmerz* etc. sind ebenfalls nur dann zu erfassen, wenn ihre Ursache nicht erkannt und dokumentiert werden kann.

Beispiel 1

Ein 69-jähriger Patient tritt mit heftigen, plötzlich einsetzenden abdominalen Schmerzen über die Notfallstation ein.

Er ist kaltschweissig und hypoton. Das gesamte Abdomen ist druckdolent.

Die Diagnostik zeigt einen akuten (wahrscheinlich thrombotischen) Gefässverschluss des Truncus coeliacus auf Basis einer generalisierten Arteriosklerose und Ischämiezeichen des Darmes. Es erfolgt eine Notfall-Operation, welche die Diagnosen bestätigt.

HD	K55.0	Akute Gefässkrankheiten des Darmes
ND	I74.8	Embolie und Thrombose sonstiger Arterien
ND	I70.9	Generalisierte und nicht näher bezeichnete Atherosklerose

Beispiel 2

Eine Patientin tritt mit akuten Thoraxschmerzen, mit kurzfristigem Punctum maximum über dem Herzen ein.

Es sind keine kardialen oder vaskulären Vorerkrankungen bekannt.

Eine notfallmässig durchgeführte Linksherzuntersuchung (Koronarangiographie und Ventrikulographie) zeigt keine strukturellen Auffälligkeiten am Herzen und an den Koronargefässen und schliesst eine ischämische Herzerkrankung aus.

Eine weiterführende Diagnostik der anderen möglichen beeinträchtigten Organsysteme (z.B. Lunge, Oesophagus, Magen, muskuloskelettales System) bleibt ergebnislos.

Nach 2 Tagen erfolgt die Entlassung.

HD	R07.2	Präkordiale Schmerzen
----	-------	-----------------------

Beispiel 3

Ein Patient tritt mit retrosternalem Schmerz, Engegefühl und Belastungsdyspnoe ein. Er erhält eine elektive Linksherzuntersuchung (Koronarangiographie und Ventrikulographie), welche keine strukturellen Auffälligkeiten am Herzen und an den Koronargefässen zeigt, die für die seit einigen Wochen bestehende stabile Angina pectoris ursächlich sein könnten.

Die bei Eintritt routinemässig erhobenen Laborparameter zeigen jedoch eine schwere Anämie unbekannter Ätiologie, die für die kardiale Ischämie verantwortlich gemacht wird.

Der Patient erhält 2 Erythrozytenkonzentrate im gleichen Aufenthalt und wird für eine erweiterte Diagnostik zu einem späteren Zeitpunkt aufgebeten.

HD	I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris
ND	D64.9	Anämie, nicht näher bezeichnet

Schmerzbehandlungsverfahren können in operative und nichtoperative Verfahren differenziert werden.

Beispiele für **operative** Schmerzbehandlungsverfahren sind (Aufzählung nicht abschliessend):

- Implantation von Neurostimulatoren und/oder (Test) - Elektroden
- Implantation von (u.a. subkutanen) Schmerzpumpen
- Durchtrennung von Nerven
- Dekompression von Nerven
- andere Operationen, die Ursachen für akute Schmerzen beheben (z.B. Operation eines Diskusprolapses)

Beachte: Operative Schmerzbehandlungsverfahren sind unter Beachtung der Kodierregeln G52, G54, G55 und G56 **zwingend** zu kodieren.

Beispiele für **nichtoperative** Schmerzbehandlungsverfahren sind (Aufzählung nicht abschliessend):

- Periduralanästhesie (PDA)
- Spinalanästhesie
- Periduralkatheter (PDK)
- Patient-controlled analgesia (PCA), parenteral und/oder peridural
- Analgosedierung
- orale oder intravenöse medikamentöse Analgesien
- physikalische Schmerztherapien
- periphere Regionalanästhesie, z.B. Plexus- und Pudendusanästhesien
- Schmerztherapieschemata

Beachte:

Verfahren zur Schmerzausschaltung bei Durchführung einer Operation/Intervention/Diagnostik werden **nicht** kodiert. Eine Ausnahme dazu bilden die geburtshilflichen, nichtoperativen Schmerzbehandlungsverfahren.

Hinweis:

Im Rahmen des geburtshilflichen Settings sind **nichtoperative** Schmerzbehandlungsverfahren, ausser zur postoperativen Schmerzbehandlung, zu kodieren.

Hierzu zählen z.B. die Patient-controlled analgesia (PCA) parenteral und/oder peridural, der Periduralkatheter, die (seltene) Spinalanästhesie zur Schmerzausschaltung bei nicht möglicher Anlage eines Periduralkatheters oder transvaginale Pudendusanästhesien zur Erleichterung der Austreibungsperiode bei spontanen oder vaginal-operativen Entbindungen (z.B. Vakuumextraktion, Forcepsextraktion).

Die KR S1505 ist zu beachten.

Wird zur Erleichterung der Austreibungsperiode eine transvaginale Pudendusanästhesie verabreicht, ist nach Entbindungsart wie folgt zu kodieren:

Spontanpartus: *04.81.11 Injektion von Anästhetikum und Analgetikum an periphere Nerven, zur Schmerztherapie, ohne bildgebende Verfahren*

Vaginal-operativ: *04.81.42 Injektion eines Anästhetikums an periphere Nerven zur Anästhesie bei Untersuchungen und Interventionen*

Nichtoperative Schmerzbehandlungsverfahren im Kontext des **akuten** Schmerzes werden unter Anwendung anderer in diesem Buch publizierter Kodierregeln nur erfasst, wenn sie als **alleinige** Massnahme im stationären Fall durchgeführt werden.

Nichtoperative Schmerzbehandlungsverfahren, die für die üblichen postoperativen Schmerztherapien (z.B. Periduralkatheter nach grosser viszeralchirurgischer Operation) direkt oder verzögert angewendet werden, sind unabhängig davon, zu welchem Zeitpunkt sie erbracht wurden, **nicht** zu kodieren.

Aufwände hinsichtlich **nichtoperativer Schmerzbehandlungsverfahren**, die im Kontext perioperativer **akuter** Schmerzen erbracht werden, sind durch die Codes der ICD-10-GM, die den Anlass für den operativen Eingriff und seiner Folgen (z.B. Grund für verstärkte postoperative Schmerzen) bilden, abgegolten.

Hinweis:

Der CHOP-Kode 93.A3.3- *Komplexe Akutschmerzbehandlung, nach Anzahl Behandlungstage* kann bei schweren akuten postoperativen Schmerzzuständen, bei Traumata und/oder exazerbierten (**akuten**) Tumorschmerzen **etc.** bei dokumentierter Erfüllung der Mindestmerkmale entgegen der o.a. Weisungen jedoch erfasst werden.

Das « Kod. eb. » unter dem CHOP-Kode ist zwingend zu beachten.

Beispiel 4

Ein Patient muss sich einer subtotalen Kolektomie bei schwerer ulzeröser Kolitis unterziehen.

Er erhält einen Periduralkatheter für das postoperative Schmerzmanagement.

Keine Kodierung des Periduralkatheters.

Beispiel 5

Ein Patient muss sich einer offenen subtotalen Kolektomie bei schwerer ulzeröser Kolitis unterziehen.

Er erhält einen Periduralkatheter für das postoperative Schmerzmanagement.

Trotz aller Vorsorge sind die postoperativen Schmerzen so anhaltend stark, dass die erbrachten und dokumentierten Aufwände die Kodierung einer Akutschmerzbehandlung CHOP-Kode 93.A3.3- erlauben.

Der stationäre Aufenthalt verlängert sich durch das komplizierte Schmerzmanagement um 20 Tage.

HD K51.9 Colitis ulcerosa, nicht näher bezeichnet

HB 45.81.11 Subtotale Kolektomie, offen chirurgisch

NB 93.A3.3- Komplexe Akutschmerzbehandlung, nach Anzahl Behandlungstage

NB 03.91.11 Injektion von Anästhetikum und Analgetikum in den Spinalkanal zur Schmerztherapie

Beispiel 6

5 Tage nach ausgedehnter Operation einer inkarzierten abdominalen Narbenhernie verursacht ein ausgedehntes postoperatives Hämatom starke Druckschmerzen bei einer Patientin.

Sie erhält am 5. postoperativen Tag eine parenterale PCA und ab dem Zeitpunkt physikalische Schmerztherapien.

Durch diese Massnahmen kann eine operative Hämatomausräumung vermieden werden.

HD K43.0 Narbenhernie, inkarziert mit Einklemmung, ohne Gangrän

ND T81.0 Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, andernorts nicht klassifiziert

ND Y84.9! Zwischenfälle durch medizinische Massnahmen, nicht näher bezeichnet

Keine Kodierung der PCA und der physikalischen Schmerztherapien.

Chronischer/therapieresistenter Schmerz

Im Rahmen von chronischen Schmerzen kann es zum Verlust der «Warnfunktion» (siehe unter «akuter Schmerz») kommen. Für die Betrachtung und Behandlung des chronischen Schmerzes sind auch psychologische Faktoren und ihre Behandlung relevant.

Chronischer Schmerz hat einen eigenen Krankheitswert. Eine mögliche vorliegende Entkoppelung von Schmerz und nachweisbarer Gewebeschädigung dient u.a. der Differenzierung des chronischen vom akuten Schmerz.

Die den chronischen Schmerz betreffende(n) Diagnose(n) muss/müssen ärztlich dokumentiert sein, damit die folgende Kodierregel angewendet werden kann.

1) Wird eine Patientin/ein Patient **zur Schmerzbehandlung** aufgenommen und stellt diese den Hauptaufwand des Aufenthaltes dar, ist der Kode für die **Lokalisation des Schmerzes als Hauptdiagnose** anzugeben. Die dem chronischen Schmerz zugrundeliegende Erkrankung ist entgegen der Kodierregel zur Nebendiagnose (G54) zusätzlich zu kodieren.

Beispiel 7

Eine Patientin tritt stationär für 7 Tage wegen chronischer atmungsabhängiger Schmerzen, thorakal rechts (Thorakal-Syndrom) ein. Die Schmerzen werden von den behandelnden Medizinerinnen als chronisch dokumentiert und u.a. einer vorliegenden postmenopausalen Osteoporose und Fehlbelastung, besonders im zervikalen-thorakalen Bereich der Wirbelsäule zugeschrieben. Es liegen keine osteoporotischen Frakturen oder Impressionen vor.

Die Patientin ist durch die Schmerzen stark im Alltag limitiert und leidet an psychischen Begleiterscheinungen, insbesondere an einer akuten, reaktiven Depression, mittlerer Ausprägung.

Sie erhält eine parenterale PCA für 5 Tage, regelmässige Physiotherapie, ein an die Situation angepasstes Medikamentschema und Schmerzvisiten.

Zusätzlich erfolgt während des Aufenthalts ein psychiatrisches Konsil mit Etablierung einer antidepressiven Medikation.

HD M54.6 Schmerzen im Bereich der Brustwirbelsäule
 ND M81.08 Postmenopausale Osteoporose ohne pathologische Fraktur, sonstige Lokalisationen
 ND F32.1 Mittelgradige depressive Episode

HB PCA
 NB Schmerzvisiten

Beachte:

Ausnahmen zum Absatz «Chronischer/therapieresistenter Schmerz» stellen die folgenden Diagnosen dar:

F45.4- Anhaltende Schmerzstörung
 G43.- Migräne
 G44.- Sonstige Kopfschmerzsyndrome
 G54.6 Phantomschmerz
 G90.5- Komplexes regionales Schmerzsyndrom, Typ I
 G90.6- Komplexes regionales Schmerzsyndrom, Typ II
 G90.7- Komplexes regionales Schmerzsyndrom, sonstiger und nicht näher bezeichneter Typ

und

chronische Tumorschmerzen (siehe Kodierregel S0202).

Sind o.a. Diagnosen dokumentiert, ist nicht die Lokalisation des Schmerzes, sondern die genannte/dokumentierte Diagnose als Hauptdiagnose zu verschlüsseln, wenn die Definition der Kodierregel G52 zutrifft.

Bei Vorliegen eines anderen Haupthospitalisationsgrundes gelangt die Kodierregel zur Nebendiagnose G54 zur Anwendung.

Siehe dazu unter Punkt 3.

Das komplexe regionale Schmerzsyndrom (Complex Regional Pain Syndrome - CRPS) und andere Zustände unter G43.-, G44.- und G54.6 können sowohl akut als auch chronisch auftreten.

Gemäss ärztlicher Dokumentation zur Dauer des Bestehens der Symptome gelangt entweder die Kodierregel zum akuten oder zum chronischen Schmerz zur Anwendung.

In den betroffenen Fällen wird das CRPS, die Migräne **etc.** direkt erfasst und nicht die typischen Symptome, wie z.B. anhaltender Schmerz in einer Extremität, Überwärmung, livide oder andere Verfärbungen, Kälteempfindlichkeit, Schwellungen, Funktionseinschränkungen, Myoklonien und/oder Atrophie (CRPS) oder Übelkeit, Halbseitenkopfschmerz, Farbflimmerskotome und/oder Aura-Sensationen (Migräne) etc.

Bei (chronisch) vorliegenden Grunderkrankungen, die akut exazerbieren (können), wird die Kodierung nach Art der Behandlung ausgerichtet.

Handelt es sich bei der Behandlung z.B. um die Linderung der akuten Schmerzen (z.B. bei G44.0 Clusterkopfschmerz oder akut exazerbierten chronischen Tumorschmerzen) kommt die Kodierregel zum akuten Schmerz zur Anwendung.

Handelt es sich um die Behandlung der chronischen Grunderkrankung (z.B. Entzugs- und/oder Schmerzbehandlung bei medikamentenbedingten chronischen Kopfschmerzen) kommt die Kodierregel zum chronischen Schmerz zur Anwendung.

Beispiel 8

Eintritt zur multimodalen Schmerztherapie einer 76-jährigen Patientin 13 Monate nach operativer Behandlung einer distalen Radiusfraktur links nach Sturz.

Sie leidet an einer Funktionseinschränkung, anhaltenden brennenden Ruheschmerzen mit stark ausgeprägter zusätzlicher Berührungskomponente. Die linke Hand zeigt auch einen Tremor.

Die Anamnese ergab eine vorher gescheiterte Schmerzbehandlung und zunehmenden Schmerzmittelkonsum in Eigenregie mit fehlender Compliance gegenüber ärztlichen Vorgaben.

Nebenbefundlich besteht eine pAVK Stadium 2b nach Fontaine des rechten Beines und eine chronische Linksherzinsuffizienz NYHA-Stadium 2, bei Status nach Herzinfarkt 2 Jahre zuvor.

In der ärztlichen Dokumentation findet sich die Diagnose «chronisches CRPS Typ 1 der linken Hand», die Mindestmerkmale für die Kodierung der multimodalen Schmerzbehandlung (11 Tage) sind gemäss medizinischer Dokumentation erfüllt. Bezüglich bestehender Nebendiagnosen ist ein Aufwand >0 erbracht.

Während der Behandlung demaskiert sich eine zusätzliche psychische Komponente als rezidivierende Depression mittelgradiger Episode.

HD	G90.50	Komplexes regionales Schmerzsyndrom der oberen Extremität, Typ 1
L	2	
ND	I70.22	Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m
L	1	
ND	I50.12	Linksherzinsuffizienz, mit Beschwerden bei stärkerer Belastung
ND	I25.22	Alter Myokardinfarkt, 1 Jahr und länger zurückliegend
ND	F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode
HD	93.A2.44	MMST, mindestens 7 bis 13 Behandlungstage

Nichtoperative Schmerzbehandlungsverfahren im Kontext des **chronischen** Schmerzes werden unter Anwendung anderer in diesem Buch publizierter Kodierregeln nur erfasst, wenn sie als **alleinige** Massnahme im stationären Fall durchgeführt werden.

Bei erfüllten Mindestmerkmalen der CHOP-Kodes 93.A2.- *Multimodale Schmerztherapie (MMST)* oder 93.A1 *Multimodale schmerztherapeutische Kurzzeitbehandlung* können diese erfasst werden.

Die Codes 93.A2.- *Multimodale Schmerztherapie (MMST)* und 93.A1 *Multimodale schmerztherapeutische Kurzzeitbehandlung* können bei Vorliegen anderer Erkrankungen/Zustände/Manifestationen, die den Hauptaufwand des stationären Aufenthaltes darstellen, gemäss Kodierregeln G54 und G56 erfasst werden.

Es ist zu beachten, dass die Erfassung der CHOP-Kodes für die komplexen Schmerztherapien nicht explizit nur den in dieser Kodierregel (S1804) genannten Indikationen vorbehalten ist.

2) In den (seltenen) Fällen von stationärer Aufnahme aufgrund chronischer Schmerzen **ohne mögliche Lokalisationszuordnung** (z.B. diffuse Schmerzen) **und/oder** ohne mögliche Zuordnung zu einer Ursache können die Codes

R52.1 Chronischer unbeeinflussbarer Schmerz **oder**

R52.2 Sonstiger chronischer Schmerz

kodiert werden, wenn die Definition der Hauptdiagnose (G52) erfüllt ist.

Beispiel 9

Ein Patient wird stationär für 3 Tage zur Untersuchung eines chronischen, diffusen und therapieresistenten Schmerzes ins Spital aufgenommen. Der Schmerz besteht seit ca. 8 Monaten und beeinträchtigt zunehmend die Lebensqualität.

Die Ursache des Schmerzes (physisch, psychisch) und eine nähere Zuordnung zu einer bestimmten Lokalisation kann während des Spitalaufenthaltes nicht erfolgen.

Nach Erstellung eines Medikamentenplanes, MRI-Untersuchungen der gesamten Wirbelsäule und einem CT-Thorax-Abdomen erfolgt eine psychiatrische Untersuchung. Alle diagnostischen Massnahmen sind bland.

HD	R52.1	Chronischer unbeeinflussbarer Schmerz
HB	88.97.14	MRI-Übersicht und Teilstücke der Wirbelsäule
NB	87.41.99	Computertomographie des Thorax, sonstige
NB	88.01.10	Computertomographie gesamtes Abdomen
NB	94.19	Psychiatrische Diagnostik, sonstige

3) In allen anderen Fällen aufgrund stationärer Aufnahme wegen chronischem Schmerz muss die Erkrankung, die den Schmerz verursacht, analog zu den Kodieranweisungen unter «Akuter Schmerz», als Hauptdiagnose angegeben werden.
Bei nicht erfüllten Bedingungen der Kodierregel G52 gelangt die Kodierregel G54 zur Anwendung.
Betreffend Behandlungen mit operativen und nichtoperativen Schmerzbehandlungsverfahren bei Patientinnen bzw. Patienten mit chronischem Schmerz gelten die gleichen Bedingungen wie unter Abschnitt «Akuter Schmerz».

Beispiel 10

*Ein Patient wird zur Behandlung chronischer Schmerzen steigender Intensität (vorhanden seit ca. 9 Monaten) bei diffusen Knochenmetastasen in der gesamten Wirbelsäule und den Beckenknochen aufgenommen. Gesamtaufenthaltsdauer 15 Tage.
Primärtumor ist ein lymphogen (Becken, Abdomen) metastasiertes Prostatakarzinom.
Implantation einer epiduralen Schmerzpumpe nach initial subkutaner Verabreichung von morphinhaltigen Analgetika.
Während des Aufenthalts wird am Tag vor Austritt noch eine palliative niedrigkomplexe Chemotherapie im Zyklus verabreicht.*

HD	C79.5	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes
L	0	
ND	C61	Bösartige Neubildung der Prostata
ND	C77.8	Sekundäre und n.n.bez. bösartige Neubildung der Lymphknoten mehrerer Regionen
HB	03.9B.1-	Implantation oder Wechsel einer vollständig implantierbaren Infusionspumpe zur intrathekalen und epiduralen Infusion
NB	03.90.11	Einsetzen oder Ersetzen eines Katheters zur intrathekalen und epiduralen Infusion, Permanenter Katheter zur Dauerinfusion
NB	99.25.51	Nicht komplexe Chemotherapie

Beispiel 11

*Ein Patient tritt mit akutem transmuralen Hinterwandinfarkt zur notfallmässigen Bypassoperation ein. In der postoperativen Phase, nach komplikationsloser kardialer Operation, aggraviert ein chronisch bestehender beidseitiger Extremitäten(ruhe)schmerz auf Basis einer diabetischen Polyneuropathie (Typ 2, nicht entgleist) und limitiert den Patienten stark (Schlaflosigkeit, erschwerte postoperative Physiotherapie etc.). Neben neurologischen Untersuchungen bedside, Anpassung der auf die Grunderkrankung ausgerichteten Medikation erhält er ein Medikamentenschmerzschema, physikalische Schmerzbehandlungsverfahren etc.
Der gesamten medizinischen Dokumentation ist zu entnehmen, dass die Bedingungen/Mindestmerkmale für die Erfassung einer 93.A1 Multimodalen schmerztherapeutischen Kurzzeitbehandlung für 3 Tage erfüllt sind.*

HD	I21.1	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand
ND	E11.40 [†]	Diabetes mellitus, Typ2, Mit neurologischen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet
ND	G63.2*	Diabetische Polyneuropathie
L	0	
HB		Bypassoperation gemäss geltenden Kodierrichtlinien
NB	93.A1	Multimodale schmerztherapeutische Kurzzeitbehandlung

2.13. Kodierrichtlinien Rehabilitation – Ergänzung zur Kodierung von BB.2-

Betrifft alle Sprachversionen

Im Absatz «CHOP BB.2-» ist folgender Satz zu ergänzen.

CHOP BB.2 - Zusatzleistung der Therapie in der Rehabilitation, nach durchschnittlichen Therapieminuten pro Woche

Die Codes der Subkategorie BB.2- dienen der Abbildung besonders therapieintensiver Fälle in der stationären Rehabilitation.
Die unter Subkategorie BB.2- beschriebenen Aufwände bilden Leistungen ab, die mindestens 25% über die für jede Rehabilitations-Art definierten, minimalen Schwellenwerte der Therapieminuten pro Woche in den entsprechenden Basisleistungen hinausgehen.
Es sind 8 Reha-Arten definiert, in denen Zusatzleistungen indiziert sein können. Diese entsprechen in ihrer Aufstellung jenen des BA-Kodes. **Es darf nur ein Kode BB.2- pro Aufenthalt in einer Reha-Art kodiert werden.**

2.14. Kodierrichtlinien Rehabilitation – U50.- und U51.-

Betrifft alle Sprachversionen

Das Ausmass der Funktionseinschränkung **bei, welches bei** Eintritt **vorliegt**, muss als Nebendiagnose über die Codes **U50.- Motorische Funktionseinschränkung und U51.- Kognitive Funktionseinschränkung** abgebildet werden.

Im Falle der paraplegiologischen Rehabilitation ist die Erfassung der Codes U50.- und U51.-, für das Ausmass der Funktionseinschränkung bei Eintritt, fakultativ.

2.15. Kodierrichtlinien Rehabilitation – Korrektur Kode-Titel

Betrifft die französische und italienische Sprachversionen (s. circulaire 2021 n° 1 und circolare 2021 n. 1)

2.16. Anhang

Betrifft alle Sprachversionen

Aufgrund der Übernahme der ICD-10-GM 2021 per 1. Januar 2021 werden unter «Auswahl von Diagnosen, die zum klinischen Bild des diabetischen Fussyndroms gehören können: » folgende Korrekturen aufgenommen.

[...]

Dekubitus, **Stadium 1 1. Grades** L89.0–

Dekubitus, **Stadium 2 2. Grades** L89.1–

Dekubitus, **Stadium 3 3. Grades** L89.2–

Dekubitus, **Stadium 4 4. Grades** L89.3–

Dekubitus, **Stadium Grad** nicht näher bezeichnet L89.9–

[...]

3. Zusatzinformationen zur CHOP 2021

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

3.1. 00.4A.- Aufnahme von Exklusiva

Betrifft alle Sprachversionen

Folgende «Exklusiva» sind in der Subkategorie 00.4A.- «Anzahl verwendeter endovaskulärer Coils» aufzunehmen.

00.4A.- Anzahl verwendeter endovaskulärer Coils

Anzahl verwendeter endovaskulärer Metallspiralen

Exkl.: **Eingesetzte vaskuläre Verschluss-Devices in den Ductus arteriosus Botalli, nach Anzahl (00.4G.7-)**

[...]

00.4A.5- Eingesetzte endovaskuläre Coils in thorakale, abdominale und periphere Gefässe, nach Anzahl

Exkl.: **Eingesetzte endovaskuläre Coils in spinale Gefässe, nach Anzahl (00.4A.6-)**

Einsetzen von endovaskulären überlangen Coils, nach Anzahl (00.4A.4-)

[...]

3.2. 00.4G.7- Titel-Erweiterung auf Verschluss-Devices

Betrifft alle Sprachversionen

Die Zusatzcodes der Elementegruppe 00.4G.7- «Eingesetzte vaskuläre Verschluss-Devices in den Ductus arteriosus Botalli» sind von «Plugs» auf «Verschluss-Devices» (z.B. Schirm, Plug und Coil etc.) zu erweitern.

- 00.4G.7- Eingesetzte vaskuläre **Plugs Verschluss-Devices** in den Ductus arteriosus Botalli, nach Anzahl
 Eingesetzte vaskuläre Plugs in den Ductus arteriosus Botalli
 Eingesetzte vaskuläre Schirme in den Ductus arteriosus Botalli
 Eingesetzte vaskuläre Coils in den Ductus arteriosus Botalli
- 00.4G.71 Eingesetzte vaskuläre **Plugs Verschluss-Devices** in den Ductus arteriosus Botalli, 1 **Plug Device**
- 00.4G.72 Eingesetzte vaskuläre **Plugs Verschluss-Devices** in den Ductus arteriosus Botalli, 2 **Plugs Devices**
- 00.4G.73 Eingesetzte vaskuläre **Plugs Verschluss-Devices** in den Ductus arteriosus Botalli, 3 **Plugs Devices**
- 00.4G.74 Eingesetzte vaskuläre **Plugs Verschluss-Devices** in den Ductus arteriosus Botalli, 4 und mehr **Plugs-Devices**

3.3. 20.44.14 und 20.45.14 Mastoidektomie – Korrektur im Titel

Betrifft nur die deutsche Sprachversion

Die Titel der Codes 20.44.14 und 20.45.14 sind wie folgt zu korrigieren.

- 20.44.14 Mastoidektomie, subtotale Resektion des Felsenbeins (subtotale Petrosektomie), mit Obliteration von Fett- **und** **sowie** Muskelgewebe
- 20.45.14 Mastoidektomie, partielle Resektion des Felsenbeins, mit Obliteration von Fett- **und** **sowie** Muskelgewebe

3.4. 38.4- und 39.52.- Korrektur der Exklusiva

Betrifft alle Sprachversionen

Die Exklusiva unter 38.4- «Resektion von Blutgefäßen mit Ersatz» und 39.52.- «Sonstige Korrektur eines Aneurysmas» sind klassifikatorische Hinweise (nicht Exklusiva Kode weglassen) und wie folgt zu korrigieren.

- 38.4- **Resektion von Blutgefäßen mit Ersatz**
 Exkl. Endovaskuläre Korrektur eines Aneurysmas (~~39.71–39.79~~) (39.7-)
- 39.52.- **Sonstige Korrektur eines Aneurysmas**
 Exkl. Endovaskuläre Korrektur eines Aneurysmas (~~39.71–39.79~~) (39.7-)

3.5. 38.6- und 39.23 Korrektur der Exklusiva

Betrifft nur die deutsche Sprachversion.

Die Exklusiva unter 3-stelligen Kategorie 38.6- «Sonstige Exzision von Gefäßen» und der Subkategorie 39.23 «Sonstiger intrathorakaler, vaskulärer Shunt oder Bypass» sind wie folgt zu korrigieren.

- 38.6- **Sonstige Exzision von Gefäßen**
 Exkl.: [...] Gefäß-Exzision für aortokoronaren Bypass mit Ausnahme der Spezifikation zur endoskopischen Exzision unter 38.6A (~~36.10–36.1C.-~~) (36.10 - 36.1D.-)
- 39.23 **Sonstiger intrathorakaler, vaskulärer Shunt oder Bypass**
 Exkl.: (Aorto)koronarer Bypass (~~36.10-36.19~~) (36.10 - 36.1D.-)

3.6. 38.7- und 39.79.44 Korrektur der Exklusiva

Betrifft nur die deutsche Sprachversion.

Die Exklusiva unter 38.7- «Unterbrechung der Vena cava» und 39.79.44 «Selektive Embolisation mit ablösbaren Ballons von thorakalen Gefäßen» sind wie folgt zu korrigieren.

- 38.7- Unterbrechung der Vena cava**
 Exkl.: Technische Unterstützung bei der Entfernung von Elektroden eines Herzschrittmachers oder Defibrillators: Einsatz eines venösen Okklusion-Ballonkatheter an der Vena cava superior ~~(39.7A.14)~~ (39.A1.14)
- 39.79.44 Selektive Embolisation mit ablösbaren Ballons von thorakalen Gefäßen**
 Exkl.: Technische Unterstützung bei der Entfernung von Elektroden eines Herzschrittmachers oder Defibrillators: Einsatz eines venösen Okklusion-Ballonkatheter an der Vena cava superior ~~(39.7A.14)~~ (39.A1.14)

3.7. 38.7X.11, 38.7X.12, 38.7X.21 und 39.75.13 Embolie-Protektionssystem

Betrifft alle Sprachversionen

Die Titel der folgenden Codes sind zur Vereinheitlichung des Vokabulars zu korrigieren.

- 38.7X.11 Einsetzen eines ~~Antiembolie-Schirmes~~ Embolie-Protektionssystems in die Vena cava, offen chirurgisch**
38.7X.12 Entfernung eines ~~Antiembolie-Schirmes~~ Embolie-Protektionssystems in der Vena cava, offen chirurgisch
 [...]
38.7X.21 Implantation eines ~~Vena cava Filters~~ Embolie-Protektionssystems in die Vena cava, perkutan transluminal
 [...]
39.75.13 Perkutan-transluminale Gefäßintervention, sonstige Gefäße, ~~Anti-Embolie-System~~ Embolie-Protektionssystem (periphere oder viszerale Gefäße)

3.8. 39.72.15 und 39.72.25 fehlende Lateralitätsmarkierung

Betrifft alle Sprachversionen.

Bei den Codes 39.72.15 «Selektive Embolisation von intrakraniellen Gefäßen mit Plugs» und 39.72.25 «Selektive Embolisation von extrakraniellen Gefäßen des Kopfes und des Halses mit Plugs» sind die Lateralitätsmarkierungen zu ergänzen.

- 39.72.15 Selektive Embolisation von intrakraniellen Gefäßen mit Plugs [L]**
 [...]
39.72.25 Selektive Embolisation von extrakraniellen Gefäßen des Kopfes und des Halses mit Plugs [L]

3.9. 39.75.- Korrektur der «Kodierte ebenso»

Betrifft nur die deutsche Sprachversion

Die «Kodierte ebenso» unter der Subkategorie 39.75.- sind wie folgt zu korrigieren.

39.75.- Perkutan-transluminale Gefäßintervention, sonstige Gefäße

Kod. eb.: ~~Verwendete Mikrokathetersysteme bei transluminalen Gefäßinterventionen an extrakranielle Gefäße an Kopf und Hals, nach Anzahl (00.4H.5)~~
~~Verwendete Mikrokathetersysteme bei transluminalen Gefäßinterventionen an intrakranielle Gefäße, nach Anzahl (00.4H.4)~~
 Verwendete Mikrokathetersysteme bei transluminalen Gefäßinterventionen an spinalen Gefäßen, nach Anzahl (00.4H.2-)
 Verwendete Mikrokathetersysteme bei transluminalen Gefäßinterventionen an thorakalen, abdominalen und peripheren Gefäßen, nach Anzahl (00.4H.1-)

3.10. 41.0G.- In-vitro-Aufbereitung von CAR-T-Zellen und TIL

Betrifft alle Sprachversionen

Die «Beachte» unter 41.0G.- «Zusatzinformationen zu Entnahme und Transfusion peripherer Blutzellen» und 41-0G.1- «In-vitro-Aufbereitung der peripheren Blutzellen» sind wie folgt anzupassen. Die In-vitro-Aufbereitung von CAR-T-Zellen ist nur im stationären Fall der Transplantation zu erfassen.

41.0G.- Zusatzinformationen zu Entnahme und Transfusion peripherer Blutzellen

Beachte: Folgende Codes sind Zusatzcodes. Die ~~Entnahme oder~~ Transplantation von peripheren Blutzellen ist gesondert zu kodieren.

41.0G.1- In-vitro-Aufbereitung der peripheren Blutzellen

Beachte: Die In-vitro-Aufbereitung oder In-vitro-Transduktion wird kodiert sofern die Aufbereitung oder Transduktion dem stationären Fall zugeordnet wird. Sie ist nur zusammen mit der Transplantation zu kodieren.

[...]

3.11. 93.59.5- und 99.84.- Anpassung Exklusiva und Inklusiva

Betrifft alle Sprachversionen

Die Exklusiva und Inklusiva unter der Elementgruppe 93.59.5- «Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multiresistenten Erregern, nach Anzahl Behandlungstage» und Subkategorie 99.84.- «Isolierung» sind wie folgt anzupassen:

93.59.5- Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multiresistenten Erregern, nach Anzahl Behandlungstage

Inkl.: Isolierung

~~Exkl.: Isolierung (99.84.-)~~

[...]

99.84.- Isolierung

Exkl.: Kode weglassen - Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multiresistenten Erregern, nach Anzahl Behandlungstage (93.59.5-)

3.12. 93.8B.- Spezialisierte Palliative Care – Anpassung der Mindestmerkmale

Betrifft alle Sprachversionen

Folgende Änderungen in den Mindestmerkmalen der Subkategorie 93.8B.- «Spezialisierte Palliative Care» wurden vorgenommen zur Vereinheitlichung mit dem Dokument «Referenzdokument für stationäre spezialisierte Palliative Care», Version 3.2 gültig ab 01.07.2020.

93.8B.- Spezialisierte Palliative Care

Beachte: [...]

Mindestmerkmal Punkt 1, Indikation:

Kontinuierliche, 24-stündige Behandlung auf einer eigenständigen Palliativeinheit (**Station oder Klinik**) durch ein multidisziplinäres/interprofessionelles, auf die besonders aufwendige und komplexe Palliativbehandlung spezialisiertes Team. Aktive, ganzheitliche Behandlung zur Symptomkontrolle und psychosozialen Stabilisierung von **Patientinnen und Patienten** mit einer **progredienten**, fortgeschrittenen, **chronischen/unheilbaren** Erkrankung und/oder begrenzter Lebenserwartung. Vorausschauende und situationsbezogene Entscheidungsfindung mit allfälligem Einbezug von Spezialisten.

[...]

Mindestmerkmal Punkt 4, Behandlungsteam:

- a) Teamzusammensetzung und Leitung: Multidisziplinäres/interprofessionelles, auf die besonders aufwendige und komplexe Palliativbehandlung spezialisiertes Team ~~unter der Leitung eines Facharztes mit spezifischer Weiterbildung in Palliativmedizin, mindestens 80 Stunden, oder~~ unter der Leitung eines Facharztes mit Schwerpunkt Palliativmedizin. Die 24-stündige fachliche Behandlungsleitung kann durch Rufbereitschaft gewährleistet werden.
- b) Pflege: Pflegerische Leitung mit Nachweis einer anerkannten Zusatzqualifikation für Palliative Care sowie mind. ~~6-monatiger~~ **zweijähriger** Erfahrung in der Behandlung von Palliativpatienten.
- c) Multidisziplinäres Behandlungsteam, in dem neben Arzt und Pflege folgende Therapiebereiche verfügbar sind: Sozialarbeit/-pädagogik, Psychologie, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Ernährungsberatung/-therapie, Seelsorge, Kunsttherapie.

3.13. 94.35.1- und 94.35.2- Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention

Betrifft alle Sprachversionen

Die Mindestmerkmale der Elementegruppen 94.35.1- und 94.35.2- sind wie folgt anzupassen.

94.35.1- Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention in der Erwachsenenpsychiatrie und –psychosomatik

Beachte: [...]

Mindestmerkmal Punkt 2, Diagnostik und Therapie:

1. Umfassende psychiatrisch-psychotherapeutische Diagnostik mit dem Fokus der akuten Krise.
2. **Mindestens 1** ~~vordringlicher~~, ~~ungeplanter~~ (ausserhalb des Therapieplans), Orientierung gebender, einzeltherapeutischer Kontakte (bei Bedarf durch 2 Therapeuten oder pflegerische Fachpersonen) mit dem Patienten und/oder den Kontaktpersonen des Patienten.
3. Patientenbezogene tägliche therapeutische Kriseninterventionseinheiten durch das therapeutische Team.
4. Mehrfach tägliche ärztliche oder psychologische bzw. pflegerisch-sozialpädagogische Befunderhebung.
5. Tägliche Arztvisite durch Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie **oder durch Facharzt mit interdisziplinärem Schwerpunkt Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM)**.

Mindestmerkmal Punkt 3, Behandlungsteam:

Interdisziplinäres Team unter der Leitung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie **oder eines Facharztes mit interdisziplinärem Schwerpunkt Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM).**

Das Team besteht weiter aus:

1. Ärztlichen und/oder psychologischen Psychotherapeuten mit abgeschlossener Ausbildung in einem der 3 SIWF Verfahren (verhaltenstherapeutisch, systemisch und psychodynamisch) (SIWF: Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung - FMH); **bei Arzt/Psychologe in Weiterbildung Supervision durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder durch Facharzt mit interdisziplinärem Schwerpunkt Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM)/Fachpsychologe,**
2. Dipl. psychiatrischen Pflegefachpersonen.

[...]

94.35.2- Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Beachte: [...]

Mindestmerkmal Punkt 2, Diagnostik und Therapie:

1. Umfassende psychiatrisch-psychotherapeutische Diagnostik mit dem Fokus der akuten Krise.
2. **Mindestens 1 vordringlicher, ungeplanter** (ausserhalb des Therapieplans), Orientierung gebender, einzeltherapeutischer Kontakte (bei Bedarf durch 2 Therapeuten oder pädagogisch-pflegerische Fachperson) mit dem Patienten und/oder den Kontaktpersonen des Patienten.
3. Patientenbezogene tägliche therapeutische Kriseninterventionseinheiten durch das therapeutische Team mit Berücksichtigung der spez. Situation des Kindes oder Jugendlichen, z.B. Gewährleistung von altersentsprechender Beschäftigung.
4. Mehrfach tägliche ärztliche oder psychologische bzw. pflegerisch-sozialpädagogische Befunderhebung.
5. Tägliche Arztvisite durch Facharzt für ~~Psychiatrie und Psychotherapie~~ **Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.**

[...]

3.14. 94.3A.2- Integrierte klinisch-psychosomatische Komplexbehandlung

Betrifft nur die französische Sprachversion (s. circulaire 2021 n° 1)

3.15. 94.92.- Multimodale psychotherapeutische Komplexbehandlung im Liaisondienst

Betrifft nur die französische und italienische Sprachversionen (s. circulaire 2021 n° 1 und circolare 2021 n. 1)

3.16. 99.B7.- und 99.B8.- IPS und IMCU - Neue Bezeichnung des Referenzdokumentes

Betrifft nur die deutsche Sprachversion

Das Referenzdokument «Minimaler Datensatz der SGI MDSi V. 29d_2019» ist auf der Internetseite der SGI (Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin) unter einer neuen Bezeichnung zu finden. Die Mindestmerkmale der entsprechenden Komplexbehandlungen sind wie folgt anzupassen.

99.B7.1- Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) des Erwachsenen, nach Aufwandspunkten

[...]

Beachte:

Mindestmerkmale:

- Kontinuierliche, 24-stündige Überwachung und Behandlung durch ein Team von Pflegepersonal und Ärzten in einer durch die Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI) anerkannten Intensivstation (IS) und unter Leitung eines Facharztes Intensivmedizin,
- Die Anzahl der Aufwandspunkte errechnet sich als SAPS II + Summe von NEMS. SAPS II wird einmal in den ersten 24 Stunden des Aufenthaltes in der IS erhoben. NEMS wird einmal pro Pflegeschicht erhoben. Bei 8-Stunden Schichten wird NEMS

einfach aufsummiert, bei 12-Stunden Schichten wird die jeweils erhobene Punktzahl für NEMS mit 1.5 multipliziert. Die genauen Definitionen von SAPS II (simplified acute physiology score) und NEMS (nine equivalent of nursing manpower score) sind im Dokument «Minimaler Datensatz der SGI MDSi V. 29d_2019» enthalten und abrufbar unter folgendem Link: www.sgi-ssmi.ch -> Ressorts -> Qualitätsmanagement -> Datensatz (MDSi) -> [«MDSi-Konzept_Version29»](#) [«MDSiV29_de»](#).

- Spezielle intensivmedizinische Prozeduren, wie Transfusion von Plasma und Plasmabestandteilen, Plasmapherese und Immunadsorption, Massnahmen im Rahmen der Reanimation u.a. sind gesondert zu kodieren. Dieser Kode gilt für Patienten ab dem vollendeten 16. Lebensjahr.

99.B7.2- Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur), nach Aufwandspunkten

[...]

Beachte:

Mindestmerkmale:

- Kontinuierliche, 24-stündige Überwachung und Behandlung durch ein Team von Pflegepersonal und Ärzten in einer durch die Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI) anerkannten Intensivstation (IS) und unter Leitung eines Facharztes Intensivmedizin,
 - Die Anzahl der Aufwandspunkte errechnet sich als PIM 2 (absoluter Wert) + Summe von NEMS. PIM 2 wird einmal in den ersten 24 Stunden des Aufenthaltes in der IS erhoben. NEMS wird einmal pro Pflegeschicht erhoben. Bei 8-Stunden Schichten wird NEMS einfach aufsummiert, bei 12-Stunden Schichten wird die jeweils erhobene Punktzahl für NEMS mit 1.5 multipliziert. Die genauen Definitionen von PIM 2 (Pediatric Index of Mortality 2) und NEMS (nine equivalent of nursing manpower use score) sind im Dokument «Minimaler Datensatz der SGI MDSi V. 29d_2019» enthalten und abrufbar unter folgendem Link: www.sgi-ssmi.ch Ressorts -> Qualitätsmanagement -> Datensatz (MDSi) -> [«MDSi-Konzept_Version29»](#) [«MDSiV29_de»](#).
 - Spezielle intensivmedizinische Prozeduren, wie Transfusion von Plasma und Plasmabestandteilen, Plasmapherese und Immunadsorption, Massnahmen im Rahmen der Reanimation u.a. sind gesondert zu kodieren.
- Dieser Kode gilt für Patienten, die bei stationärer Aufnahme älter als 28 Tage sind, aber das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

99.B7.3- Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Neugeborenenalter (Basisprozedur), nach Aufwandspunkten

Beachte:

Mindestmerkmale:

- Kontinuierliche, 24- stündige Überwachung und Behandlung durch ein Team von spezialisiertem Neonatologie-Pflegepersonal und Neonatologen in einer durch die Schweizerische Gesellschaft für Neonatologie (SGN) anerkannten Level III-Neonatologie-Intensivpflegestation und/oder durch die Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI) anerkannten Intensivstation (IS) und unter Leitung eines Facharztes Pädiatrie mit Schwerpunkt Neonatologie oder Facharztes Intensivmedizin
- Die Anzahl der Aufwandspunkte errechnet sich als PIM 2 oder CRIB 2 + Summe von NEMS. PIM 2/CRIB 2 (fakultativ, abhängig von erfüllbaren Kriterien Reife/Gewicht) wird einmal in den ersten 24 Stunden des Aufenthaltes in der IS erhoben. NEMS wird einmal pro Pflegeschicht erhoben. Bei 8- Stunden Schichten wird NEMS einfach aufsummiert, bei 12-Stunden Schichten wird die jeweils erhobene Punktzahl für NEMS mit 1.5 multipliziert. Die genauen Definitionen von PIM 2 (Pediatric Index of Mortality 2) , CRIB 2 und NEMS (nine equivalent of nursing manpower use score) sind im Dokument «Minimaler Datensatz der SGI MDSi V. 29d_2019» enthalten und abrufbar unter folgendem Link: www.sgi-ssmi.ch -> Ressorts -> Qualitätsmanagement -> Datensatz (MDSi) -> [«MDSi-Konzept_Version29»](#) [«MDSiV29_de»](#).
- Spezielle intensivmedizinische Prozeduren, wie Transfusion von Plasma und Plasmabestandteilen, Plasmapherese und Immunadsorption, Massnahmen im Rahmen der Reanimation, systemische Hypothermie u.a. sind gesondert zu kodieren. Dieser Kode gilt für Patienten, die bei stationärer Aufnahme jünger oder gleich 28 Tage alt sind.

99.B8.1- Komplexbehandlung des Erwachsenen in einer Intermediate-Care Unit (IMCU), nach Aufwandspunkten

[...]

Beachte: [...]

Mindestmerkmal Punkt 3, Berechnung und Erfassung:

Die Anzahl der Aufwandspunkte errechnet sich als SAPS II + Summe von NEMS. SAPS II wird einmal in den ersten 24 Stunden des Aufenthaltes in der IMCU erhoben. NEMS wird einmal pro Pflegeschicht erhoben. Bei 8-Stunden Schichten wird NEMS einfach aufsummiert, bei 12-Stunden Schichten wird die jeweils erhobene Punktzahl für NEMS mit 1.5 multipliziert. Die genauen Definitionen von SAPS II (simplified acute physiology score) und NEMS (nine equivalent of nursing manpower use score) sind im Dokument «Minimaler Datensatz der SGI MDSi V.29d_2019» enthalten und abrufbar unter folgendem Link: www.sgi-ssmi.ch -> Ressorts -> Qualitätsmanagement -> Datensatz (MDSi) -> [«MDSi-Konzept_Version29»](#) [«MDSiV29_de»](#).

Spezielle Prozeduren, wie Transfusion von Plasma und Plasmabestandteilen, Plasmapherese und Immunadsorption, Massnahmen im Rahmen der Reanimation u.a. sowie zusätzliche Komplexbehandlungen sind gesondert zu codieren. Für die Dauer des Aufenthaltes in der IMCU kann jedoch nicht gleichzeitig eine intensivmedizinische Komplexbehandlung kodiert werden.

99.B8.2- Komplexbehandlung im Kindesalter in einer Intermediate-Care Unit (IMCU), nach Aufwandspunkten

[...]

Beachte: [...]

Mindestmerkmal Punkt 3, Berechnung und Erfassung:

Die Anzahl der Aufwandspunkte errechnet sich als Sterbenswahrscheinlichkeit gemäss PIM 2 + Summe von NEMS. PIM 2 wird einmal in den ersten 24 Stunden des Aufenthaltes in der IMCU erhoben. NEMS wird einmal pro Pflegeschicht erhoben. Bei 8-Stunden Schichten wird NEMS einfach aufsummiert, bei 12-Stunden Schichten wird die jeweils erhobene Punktzahl für NEMS mit 1.5 multipliziert. Die genauen Definitionen von PIM 2 (pediatric index of mortality) und NEMS (nine equivalent of nursing manpower use score) sind im Dokument «Minimaler Datensatz der SGI MDSi V.29d_2019» enthalten und abrufbar unter folgendem Link: www.sgi-ssmi.ch -> Ressorts -> Qualitätsmanagement -> Datensatz (MDSi) -> ~~«MDSi Konzept_Version29»~~ «MDSiV29_de».

Spezielle Prozeduren, wie Transfusion von Plasma und Plasmabestandteilen, Plasmapherese und Immunadsorption, Massnahmen im Rahmen der Reanimation u.a. sowie zusätzliche Komplexbehandlungen sind gesondert zu codieren. Für die Dauer des Aufenthaltes in der IMCU kann jedoch nicht gleichzeitig eine Intensivmedizinische Komplexbehandlung kodiert werden.

99.B8.3- Komplexbehandlung im Neugeborenenalter in einer Intermediate-Care Unit (IMCU), nach Aufwandspunkten

Beachte: [...]

Mindestmerkmal Punkt 3, Berechnung und Erfassung:

Die Anzahl der Aufwandspunkte errechnet sich als Sterbenswahrscheinlichkeit gemäss PIM 2 oder CRIB 2 + Summe von NEMS. PIM 2 oder CRIB 2 wird (fakultativ, abhängig von erfüllbaren Kriterien Reife/Gewicht) einmal in den ersten 24 Stunden des Aufenthaltes in der IMCU erhoben. NEMS wird einmal pro Pflegeschicht erhoben. Bei 8-Stunden Schichten wird NEMS einfach aufsummiert, bei 12-Stunden Schichten wird die jeweils erhobene Punktzahl für NEMS mit 1.5 multipliziert.

Die genauen Definitionen von PIM 2 (pediatric index of mortality), CRIB 2 und NEMS (nine equivalent of nursing manpower use score) finden sich im Dokument «Minimaler Datensatz der SGI MDSi V. 29d_2019» abrufbar unter folgendem Link: www.sgi-ssmi.ch -> Ressorts -> Qualitätsmanagement -> Datensatz (MDSi) -> ~~«MDSi Konzept_Version29»~~ «MDSiV29_de».

Spezielle Prozeduren, wie Transfusion von Plasma und Plasmabestandteilen, Plasmapherese und Immunadsorption, Massnahmen im Rahmen der Reanimation, systemische Hypothermie u.a. sowie zusätzliche Komplexbehandlungen sind gesondert zu kodieren. Für die Dauer des Aufenthaltes in der IMCU kann für einen Behandlungszeitraum jedoch nicht gleichzeitig eine Intensivmedizinische Komplexbehandlung kodiert werden.

3.17. BA.- Basisleistung in der Rehabilitation – Korrektur im Mindestmerkmal Punkt 3

Betrifft alle Sprachversionen

In den Mindestmerkmalen der Basisleistung jeder Rehabilitationsart wird eine durchschnittliche Mindest-Therapiedauer pro Woche verlangt. Der Durchschnitt der Therapiedauer pro Woche über den Aufenthalt beinhaltet/erlaubt allfällige Schwankungen. Der Satz «Abweichungen davon können nur aus patientenspezifischen Gründen (schwankende Belastbarkeit des Patienten) erfolgen und müssen dokumentiert sein.» ist somit aus dem «Mindestmerkmal Punkt 3, Therapie» der Kategorie BA.- «Basisleistung in der Rehabilitation» zu streichen.

BA.- Basisleistung in der Rehabilitation

Beachte: [...]

Mindestmerkmal Punkt 3, Therapie:

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

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

Selbsttraining unter Aufsicht des entsprechenden Therapeuten entspricht einer Therapie.

3.18. BA.- «Basisleistung in der Rehabilitation» und BB.2.- «Zusatzleistung der Therapie in der Rehabilitation» - Präzisierung in den Mindestmerkmalen

Betrifft alle Sprachversionen

In den Mindestmerkmalen «Therapie und Schulung» der 3-stelligen Kategorien der Kategorie BA.- «Basisleistung in der Rehabilitation» werden einige Therapien und Schulungen unter Sätzen vom Typ «Zusätzlich bei entsprechender Indikation», «Zusätzlich nach patientenbezogenen Indikationen», «Zusätzlich Schulung/Beratung nach patientenbezogenen Indikationen». Diese Sätze führten zu Fragen, ob die genannten Therapien und Schulungen zur Therapiedauer zählten. Dies ist der Fall. Die Mindestmerkmale «Therapie und Schulung» der Subkategorien der 3-stelligen Kategorie BB.2.- «Zusatzleistung der Therapie in der Rehabilitation, nach durchschnittlichen Therapieminuten pro Woche» sind analog zu verstehen. Um diesen Aspekt zu präzisieren, sind die betroffenen Mindestmerkmale wie folgt anzupassen.

In den Mindestmerkmalen des Kodes BA.2 «Psychosomatische Rehabilitation» und der Subkategorie BB.22.- «Psychosomatische Rehabilitation, Zusatzleistung der Therapie, nach durchschnittlichen Therapieminuten pro Woche» ist zusätzlich die «Sozialberatung» zu ergänzen.

BA.1 Neurologische Rehabilitation

Beachte: [...]

Mindestmerkmal Punkt 3, Therapie und Schulung:

Therapiedauer pro Woche mind. 540 Min. Die zeitliche Vorgabe für die wöchentlichen Therapie- und Schulungsleistungen sind als Durchschnitt pro Woche auf den gesamten Reha-Aufenthalt bezogen.

Folgende Therapien kommen dabei entsprechend der Defizite zum Einsatz.

Obligatorisch: sind Physiotherapie, in patientenbezogenen Kombinationen mit:

- Physikalischer Therapie
- Logopädie
- Ergotherapie
- Neuropsychologie
- Ernährungsberatung

~~Zusätzlich~~ Nicht obligatorisch, aber bei entsprechender Indikation eingesetzt und zur Therapiedauer zählend:

- Sozialberatung
- Raucherstopp-Beratung
- Diabetesberatung

[...]

BA.2 Psychosomatische Rehabilitation

Beachte: [...]

Mindestmerkmal Punkt 2, Therapie und Schulung:

Therapiedauer pro Woche mind. 450 Minuten. Die zeitliche Vorgabe für die wöchentlichen Therapie- und Schulungsleistungen ist als Durchschnitt pro Woche auf den gesamten Reha-Aufenthalt bezogen.

Obligatorisch sind Psychotherapie,

kombiniert mit:

- Physiotherapie
- Ergotherapie
- Psychosoziale Milieuthherapie durch dipl. Pflegepersonal

~~Zusätzlich~~ Nicht obligatorisch, aber bei entsprechender Indikation eingesetzt und zur Therapiedauer zählend:

- Ernährungsberatung

- Diabetesberatung

- Sozialberatung

[...]

BA.3 Pulmonale Rehabilitation

Beachte: [...]

Mindestmerkmal Punkt 2, Therapie und Schulung:

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

a) obligatorisch Physiotherapie als Ausdauertraining

sowie in patientenbezogener Kombination Therapien aus folgenden Bereichen:

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

sowie

b) mind. 3 Patientenschulungen pro Woche zu unterschiedlichen Themen

~~Zusätzlich nach patientenbezogenen~~ Nicht obligatorisch, aber bei entsprechender Indikation eingesetzt und zur Therapiedauer zählend:

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

- Sozialberatung

[...]

BA.4 Kardiale Rehabilitation

Beachte: [...]

Mindestmerkmal Punkt 2, Therapie und Schulung:

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

a) Obligatorische Therapien pro Woche:

- Aktive Physiotherapie (Ausdauer, Kraft und Beweglichkeit, Entspannung)

In patientenbezogenen Kombinationen mit:

- Ernährungsberatung
- Diabetesberatung
- Psychologische Beratung
- Ergotherapie
- Logopädie

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

~~Zusätzlich~~ Nicht obligatorisch, aber bei entsprechender Indikation eingesetzt und zur Therapiedauer zählend:

- Sozialberatung
- [...]

BA.5 Muskuloskelettale Rehabilitation

Beachte: [...]

Mindestmerkmal Punkt 1, Therapie und Schulung:

Therapiedauer pro Woche mind. 450 Min. Die zeitliche Vorgabe für die wöchentlichen Therapie- und Schulungsleistungen ist als Durchschnitt pro Woche auf den gesamten Reha-Aufenthalt bezogen.

Integraler Bestandteil einer muskuloskelettalen Rehabilitation ist die aktive Physiotherapie.

Obligatorisch pro Woche ist die aktive Physiotherapie kombiniert mit mindestens 2 der folgenden Leistungsbereiche:

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

~~Zusätzlich nach patientenbezogenen~~ Nicht obligatorisch, aber bei entsprechender Indikation eingesetzt und zur Therapiedauer zählend:

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

BA.6 Internistische ~~oder~~ und onkologische Rehabilitation

Beachte: [...]

Mindestmerkmal Punkt 1, Therapie und Schulung:

Therapiedauer pro Woche mind. 450 Min. Die zeitliche Vorgabe für die wöchentlichen Therapie- und Schulungsleistungen ist als Durchschnitt pro Woche auf den gesamten Reha-Aufenthalt bezogen.

Die Therapie erfolgt in patientenbezogenen Kombinationen.

Dabei sind folgende Therapiebereiche obligatorisch:

- Physiotherapie
- Ergotherapie
- Medizinische Trainingstherapie

Diese sind zielorientiert mit folgenden Leistungsbereichen zu kombinieren:

- Physikalische Therapie
- Ernährungsberatung und -therapie
- Psycho- und Gesprächstherapie
- Psychoonkologie
- Diabetesberatung und -therapie
- Stoma- und Kontinenzberatung
- Logopädie

~~Zusätzlich~~ Nicht obligatorisch, aber bei entsprechender Indikation eingesetzt und zur Therapiedauer zählend:

- Sozialberatung

BA.7 Pädiatrische Rehabilitation

Beachte: [...]

Mindestmerkmal Punkt 3, Therapie und Schulung:

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

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

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

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

~~Zusätzlich~~ Bei entsprechender Indikation **eingesetzt und zur Therapiedauer zählend:**

- Sozialberatung
- [...]

BA.8 Geriatrische Rehabilitation

Beachte: [...]

Mindestmerkmal Punkt 2, Therapie und Schulung:

Therapiedauer pro Woche mind. 300 min. Die zeitliche Vorgabe für die wöchentlichen Therapie- und Schulungsleistungen sind als Durchschnitt pro Woche auf den gesamten Reha-Aufenthalt bezogen.

In patientenbezogener Kombination der folgenden Therapien:

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

~~Zusätzlich Schulung/Beratung nach patientenbezogenen~~ Bei entsprechender Indikation ~~en~~ **eingesetzt und zur Therapiedauer zählend:**

- Sozialberatung
 - Orthopädietechnik
- [...]

[...]

BB.21.- Neurologische Rehabilitation, Zusatzleistung der Therapie, nach durchschnittlichen Therapieminuten pro Woche

Beachte:

Therapie und Schulungen:

Folgende Therapien kommen entsprechend der Defizite zum Einsatz:

Obligatorisch: **sind** Physiotherapie, in patientenbezogenen Kombinationen mit:

- Physikalischer Therapie
- Logopädie
- Ergotherapie
- Neuropsychologie
- Ernährungsberatung

~~Zusätzlich~~ **Nicht obligatorisch, aber** bei entsprechender Indikation **eingesetzt und zur Therapiedauer zählend:**

- Sozialberatung
- Raucherstopp-Beratung
- Diabetesberatung

[...]

BB.22.- Psychosomatische Rehabilitation, Zusatzleistung der Therapie, nach durchschnittlichen Therapieminuten pro Woche

Beachte:

Therapie und Schulungen:

Obligatorisch sind Psychotherapie,

kombiniert mit:

- Physiotherapie
- Ergotherapie
- Psychosoziale Milieuthherapie durch dipl. Pflegepersonal

~~Zusätzlich~~ Nicht obligatorisch, aber bei entsprechender Indikation eingesetzt und zur Therapiedauer zählend:

- Ernährungsberatung
- Diabetesberatung
- Sozialberatung

[...]

BB.23.- Pulmonale Rehabilitation, Zusatzleistung der Therapie, nach durchschnittlichen Therapieminuten pro Woche

Beachte:

Therapie und Schulungen:

a) obligatorisch Physiotherapie als Ausdauertraining

sowie in patientenbezogener Kombination Therapien aus folgenden Bereichen:

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

b) Patientenschulungen zu unterschiedlichen Themen

~~Zusätzlich nach patientenbezogenen~~ Nicht obligatorisch, aber bei entsprechender Indikation eingesetzt und zur Therapiedauer zählend:

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

[...]

BB.24.- Kardiale Rehabilitation, Zusatzleistung der Therapie, nach durchschnittlichen Therapieminuten pro Woche

Beachte:

Therapie und Schulungen:

a) Obligatorische Therapien:

- Aktive Physiotherapie (Ausdauer, Kraft und Beweglichkeit, Entspannung)

In patientenbezogenen Kombinationen mit:

- Ernährungsberatung
 - Diabetesberatung
 - Psychologische Beratung
 - Ergotherapie
 - Logopädie
 - Physikalischer Therapie
- b) Schulung zur Prävention zu unterschiedlichen Themen.

~~Zusätzlich~~ Nicht obligatorisch, aber bei entsprechender Indikation eingesetzt und zur Therapiedauer zählend:

- Sozialberatung

[...]

BB.25.- Muskuloskeletale Rehabilitation, Zusatzleistung der Therapie, nach durchschnittlichen Therapieminuten pro Woche

Beachte:

Therapie und Schulungen:

Obligatorisch ist die aktive Physiotherapie kombiniert mit mindestens 2 der folgenden Leistungsbereiche:

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

~~Zusätzlich nach patientenbezogenen~~ Nicht obligatorisch, aber bei entsprechender Indikation ~~en~~ eingesetzt und zur Therapiedauer zählend:

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

[...]

BB.26.- Internistische ~~oder~~ und onkologische Rehabilitation, Zusatzleistung der Therapie, nach durchschnittlichen Therapieminuten pro Woche

Beachte:

Therapie und Schulungen:

Folgende Therapiebereiche sind obligatorisch:

- Physiotherapie
- Ergotherapie
- Medizinische Trainingstherapie

Diese sind zielorientiert mit folgenden Leistungsbereichen zu kombinieren:

- Physikalische Therapie
- Ernährungsberatung und -therapie
- Psycho- und Gesprächstherapie
- Psychoonkologie
- Diabetesberatung und -therapie
- Stoma- und Kontinenzberatung
- Logopädie

~~Zusätzlich~~ Nicht obligatorisch, aber bei entsprechender Indikation eingesetzt und zur Therapiedauer zählend:

- Sozialberatung

[...]

BB.27.- Pädiatrische Rehabilitation, Zusatzleistung der Therapie, nach durchschnittlichen Therapieminuten pro Woche

Beachte:

Therapie und Schulungen:

Die Therapie ist eine Kombination aus den unten aufgeführten Therapiebereichen.

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

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

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

~~Zusätzlich~~ Bei entsprechender Indikation eingesetzt und zur Therapiedauer zählend:

- Sozialberatung

[...]

BB.28.- Geriatrische Rehabilitation, Zusatzleistung der Therapie, nach durchschnittlichen Therapieminuten pro Woche

Beachte:

Therapie und Schulungen:

In patientenbezogener Kombination folgende Therapien:

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

~~Zusätzlich Schulung/Beratung nach patientenbezogenen~~ Bei entsprechender Indikation ~~en~~ eingesetzt und zur Therapiedauer zählend:

- Sozialberatung
- Orthopädietechnik

[...]

3.19. BB.1- Zusatzaufwand in der Rehabilitation - Korrektur im Anhang

Betrifft nur die französische und italienische Sprachversionen (s. circulaire 2021 n° 1 und circolare 2021 n. 1)

3.20. BB.2- Zusatzleistung der Therapie in der Rehabilitation – Präzisierung der Mindestmerkmale

Betrifft alle Sprachversionen

«Mindestmerkmal Punkt 4, Berechnung der durchschnittlichen Wochenminuten» der 3-stelligen Kategorie BB.2- «Zusatzleistung der Therapie in der Rehabilitation, nach durchschnittlichen Therapieminuten pro Woche» ist wie folgt zu ergänzen. Entsprechende Fallbeispiele befinden sich im medizinischen Kodierungshandbuch im Kapitel «Kodierrichtlinien Rehabilitation».

BB.2- Zusatzleistung der Therapie in der Rehabilitation, nach durchschnittlichen Therapieminuten pro Woche

Beachte: [...]

Mindestmerkmal Punkt 4, Berechnung der durchschnittlichen Wochenminuten:

~~Präzisierungen folgen im Rundschreiben 2021 Nr. 1~~

Die zeitliche Vorgabe für die wöchentlichen Therapie- und Schulungsleistungen sind als Durchschnitt pro Woche auf den gesamten Reha-Aufenthalt bezogen. Der zugehörige CHOP-Kode BB.2- wird anhand der Gesamtsumme der durchschnittlichen Therapieminuten pro Woche ermittelt. Die Therapieminuten im zugehörigen BA.- Kode werden von der Gesamtsumme nicht abgezogen. Pro Aufenthalt in einer Reha-Art wird dafür nur ein Kode kodiert.

4. Anhang

4.1. Informationen und Präzisierungen (ehemalig FAQ genannt)

Das aktuelle Rundschreiben enthält **alle**, ab 1. Januar 2021 gültigen «Informationen und Präzisierungen».

Beschreibung der Nummerierung

Die «Informationen und Präzisierungen» sind aufsteigend aufgelistet, wobei die neuesten oder aktualisierten Informationen die tiefste Nummer tragen.

Z.B.: 0999 (Nummer) 01.01.2012 (gültig seit/ab)
 0998 01.01.2012
 ...
 0852 01.07.2017 usw.

0807 01.01.2021 Devices zur Embolisation vs. Embolie-Protektion

In der CHOP 2021 existieren Kodekategorien für **gefäßverschliessende** Operationen/Interventionen, die s.g. Embolisationen mit Coils, Plugs, Schirmen etc., z.B. 39.79.2- *Coil-Embolisation oder -Verschluss von sonstigen Gefässen*, 39.79.5- *Selektive Embolisation von sonstigen Gefässen mit Schirmen* oder 39.79.A- *Selektive Embolisation von sonstigen Gefässen mit Plugs* etc.

Des Weiteren stehen die Zusatzcodes aus der Kategorie 00.4A.- *Anzahl verwendeter endovaskulärer Coils* und 00.4G.- *Einsetzen von Gefäßverschlusskörpern* zur Verfügung.

Die Zusatzcodes der Elementgruppen von 00.4G.2- bis 00.4G.6- *Eingesetzte vaskuläre Schirme in [...], nach Anzahl*, gelten nur für die Abbildung der verwendeten Devices im Kontext von gefäßverschliessenden Operationen/Interventionen (z.B. Embolisationen) als Zusatzcodes.

Um dennoch die Anzahl der verwendeten «Filter (Schirme)» als Embolie-Protektionssysteme abbilden zu können, werden folgende Codes so oft wie eingesetzt, erfasst. Die Codes sind mit dem Datum der Intervention, bei dem Embolie-Protektionssysteme verwendet werden, zu kodieren.

38.7X.11 *Einsetzen eines Embolie-Protektionssystems in die Vena cava, offen chirurgisch*

38.7X.21 *Implantation eines Embolie-Protektionssystems in die Vena cava, perkutan transluminal*

39.75.13 *Perkutan-transluminale Gefässintervention, sonstige Gefässe, Embolie-Protektionssystem (periphere oder viszerale Gefässe)*

39.C5 *Verwendung eines Embolie-Protektionssystems*

Die Codes unter 00.4G.- sind für Embolie-Protektionssysteme **nicht** zu verwenden.

In Fällen von Eingriffen mit Embolisationen und Anwendung von Embolie-Protektionssystemen, wird die Anzahl der Devices zur Embolisation mit dem entsprechenden Code aus den Subkategorien 00.4A.- und 00.4G.- erfasst (die Anzahl ist im Code angegeben).

Die Codes zur Embolie-Protektion werden zusätzlich erfasst.

0808 01.01.2021 Wechsel einer Knieendoprothese und Implantation weiterer/anderer Komponenten

Wird eine bestehende Knieendoprothese, unabhängig vom Typ, durch eine andere Knieendoprothese ersetzt, ist für die Implantation der Kode mit der Bezeichnung «bei einem Prothesenwechsel» zu wählen. Z.B. Implantation einer Hemiendoprothese und Implantation einer Totalendoprothese am gleichen Knie: für die Implantation muss der Kode 81.54.31 «Implantation einer Standard-Totalendoprothese des Kniegelenks bei einem Prothesenwechsel» erfasst werden und **nicht** der Kode 81.54.21 «Erstimplantation einer Standard-Totalendoprothese des Kniegelenks».

Wird bei einem Wechsel einer Knieendoprothese zum ersten Mal ein Patella-Rückflächenersatz eingesetzt, muss der Kode 81.54.42 «Implantation eines Patella-Rückflächenersatz bei einem Wechsel» erfasst werden und **nicht** der Kode 81.54.27 «Erstimplantation eines Patella-Rückflächenersatzes».

0809 01.01.2021 «Mindestmerkmal Punkt 4, Austrittsplanung» des Kodes 93.59.5- «Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multiresistenten Erregern, nach Anzahl Behandlungstage»

Stirbt eine Patientin/ein Patient während der «Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multiresistenten Erregern», entfällt das Mindestmerkmal Punkt 4 «Austrittsplanung».

Bei der Verlegung in eine andere Einheit (z.B. Spital, Rehabilitationseinrichtung, usw.) mit weiterhin strikter Isolation entfällt das Mindestmerkmal Punkt 4 «Austrittsplanung» für die verlegende Einheit ebenfalls.

0810 01.01.2021 Erfassen der Anzahl implantierter Stents und Stent-Grafts

Diese Präzisierung ist wie folgt gegliedert:

- Erfassen der Anzahl der aortalen Stent-Grafts
- Erfassen der Anzahl der in die A. iliaca, den tiefen Venen, abdominalen und viszeralen Gefäßen implantierten Stent-Grafts
- Erfassen der Anzahl der (perkutan-) transluminal implantierten Stents
- Erfassen der Anzahl der in den Koronararterien implantierten Stents
- Erfassen der Anzahl von Stents falls im stationären Fall Stents sowohl in die Koronararterien als auch in andere Gefäße implantiert werden
- Grund für die Angabe der Gesamtanzahl der im Rahmen eines stationären Aufenthaltes implantierten Stents, resp. Stent-Grafts

Die Angabe der Codes in den Fallbeispielen bezieht sich auf die implantierten Stents und Stent-Grafts. Dem stationären Fall entsprechend ist die Kodierung zu vervollständigen.

Erfassen der Anzahl der aortalen Stent-Grafts

Die aortalen Stent-Grafts sind unter den Subkategorien 39.71.- «Endovaskuläre Implantation eines Stent-Grafts (Stent-Prothesen) an der abdominalen Aorta» und 39.73.- «Endovaskuläre Implantation eines Stent-Grafts (Stent-Prothesen) an der thorakalen und thorako-abdominalen Aorta» abgebildet.

Unter beiden Subkategorien gibt es folgendes «Beachte»:

« Falls mehrere Stent-Grafts (Stent-Prothesen) an der [...] Aorta implantiert werden, ist jedes Implantat gesondert zu kodieren ».

Und folgendes «Kodiere ebenso»:

« Anzahl der implantierten aortalen Stent-Grafts (Stent-Prothesen) (39.78.6-) »

Fallbeispiel 1

Fall: Zwei Stent-Grafts mit je einer Öffnung werden in die abdominale Aorta während einer Intervention innerhalb eines stationären Aufenthaltes implantiert.

Kodierung:

Der Code 39.71.22 «Endovaskuläre Implantation in die Aorta abdominalis von Stent-Grafts (Stent-Prothesen), mit 1 Öffnung» ist zweimal zu erfassen.

Die über den Aufenthalt implantierten aortalen Stent-Grafts in die Aorta thoracica, thoracoabdominalis und abdominalis werden summiert und der entsprechende Zusatzcode der Elementegruppe 39.78.6- mit dem Datum des ersten Interventionstages erfasst, in diesem Fall der 39.78.61 «2 implantierte aortale Stent-Grafts».

Fallbeispiel 2

Fall: Ein Stent-Graft ohne Öffnung wird während einer ersten Intervention am Tag X in die abdominale Aorta implantiert. Während einer zweiten Intervention am Tag Y, wird ein Stent-Graft mit einer Öffnung in die abdominale Aorta implantiert. Beide Interventionen finden in einem stationären Aufenthalt statt.

Kodierung:

Der Code 39.71.21 «Endovaskuläre Implantation in die Aorta abdominalis von Stent-Grafts (Stent-Prothesen), ohne Öffnung» ist einmal für den Tag X zu erfassen.

Der Code 39.71.22 «Endovaskuläre ist Implantation in die Aorta abdominalis von Stent-Grafts (Stent-Prothesen), mit 1 Öffnung» ist einmal für Tag Y zu erfassen.

Die über den Aufenthalt implantierten aortalen Stent-Grafts in die Aorta thoracica, thoracoabdominalis und abdominalis werden summiert. Der entsprechende Zusatzcode der Elementegruppe 39.78.6- wird mit dem Datum des ersten Interventionstages erfasst, in diesem Fall der 39.78.61 «2 implantierte aortale Stent-Grafts».

Fallbeispiel 3

Fall: Ein Stent-Graft mit 2 Öffnungen wird in die Aorta thoracoabdominalis implantiert.

Kodierung:

Der Kode 39.73.43 «Endovaskuläre Implantation in die Aorta thoracoabdominalis von Stent-Grafts (Stent-Prothesen), mit 2 Öffnungen» ist einmal zu erfassen.

Über den gesamten stationären Aufenthalt wurde nur ein aortaler Stent-Graft implantiert. Es ist somit kein Zusatzkode der Elementengruppe 39.78.6- «Anzahl der implantierten aortalen Stent-Grafts (Stent-Prothesen)» zu erfassen.

Fallbeispiel 4

Fall: An einem Eingriffsdatum werden ein Stent-Graft mit einer Öffnung in die Aorta thoracica und ein weiterer Stent-Graft ohne Öffnung in die Aorta abdominalis implantiert. Beide Stent-Grafts stehen nicht in Verbindung.

Kodierung:

Der Kode 39.73.32 «Endovaskuläre Implantation in die Aorta thoracica von Stent-Grafts (Stent-Prothesen), mit 1 Öffnung» wird am Eingriffsdatum einmal erfasst.

Der Kode 39.71.21 «Endovaskuläre Implantation in die Aorta abdominalis von Stent-Grafts (Stent-Prothesen), ohne Öffnung» wird am Eingriffsdatum einmal erfasst.

Der Zusatzkode 39.78.61 «2 implantierte aortale Stent-Grafts» wird mit dem Datum des ersten Interventionstages erfasst.

Erfassen der Anzahl der in die A. iliaca, den tiefen Venen, abdominalen und viszeralen Gefäßen implantierten Stent-Grafts

Bei den iliakalen Stent-Grafts ohne Seitenarme ist die Anzahl der implantierten Stent-Grafts im selben Kode wie der Eingriff und das Material kombiniert (siehe Fallbeispiele 1, 2 und 3). Die Kodes unter 39.7A.1- «Endovaskuläre Implantation in Beckenarterien von Stent-Grafts (Stent-Prothesen), iliakal, ohne Seitenarm, nach Anzahl Stent-Prothesen» sind pro Eingriffsdatum zu erfassen.

Bei den Kodes für Stent-Grafts in die tiefen Venen und in anderen abdominalen und viszeralen Gefäßen, wird die Anzahl nicht bereits im Kode angegeben, d.h. falls mehrere Stent-Grafts implantiert werden, ist jedes Implantat einzeln zu kodieren (siehe Fallbeispiele 4 und 5).

Ein Kode zur Angabe der gesamt implantierten Stent-Grafts in die A. iliaca und andere Gefäße ausser der Aorta gibt es nicht.

Fallbeispiel 1

Werden während einer Intervention drei Stent-Grafts ohne Seitenarme in die A. iliaca implantiert, so ist der Kode 39.7A.13 «Endovaskuläre Implantation, iliakal, 3 Stent-Prothesen, ohne Seitenarm» einmal für das Interventionsdatum zu kodieren.

Fallbeispiel 2

Wird in einem stationären Aufenthalt in einer ersten Intervention am Tag X ein Stent-Graft ohne Seitenarm in die A. iliaca implantiert und in einer zweiten Intervention am Tag Y ein weiterer Stent-Graft ohne Seitenarm in die A. iliaca, so ist der Kode 39.7A.11 «Endovaskuläre Implantation, iliakal, 1 Stent-Prothese, ohne Seitenarm» einmal am Tag X und einmal am Tag Y zu erfassen.

Fallbeispiel 3

Werden in einer Intervention in die linke A. iliaca interna ein Stent-Graft (Stent-Prothese) und in derselben Intervention in die rechte A. iliaca interna ein Stent-Graft implantiert, so ist der Kode 39.7A.11 «Endovaskuläre Implantation, iliakal, 1 Stent-Prothese, ohne Seitenarm» zweimal zu erfassen, einmal mit der Lateralitätsmarkierung links und einmal mit der Lateralitätsmarkierung rechts.

Fallbeispiel 4

Werden an einem Interventionsdatum zwei Stent-Grafts in die V. cava implantiert, ist zweimal der Kode 39.7A.31 «Endovaskuläre Implantation von Stent-Grafts (Stent-Prothesen) in die V. cava» zu erfassen.

Fallbeispiel 5

Werden an einem Interventionsdatum X und an einem weiteren Interventionsdatum Y jeweils ein Stent-Graft in die V. cava implantiert, ist pro Interventionsdatum einmal der Kode 39.7A.31 «Endovaskuläre Implantation von Stent-Grafts (Stent-Prothesen) in die V. cava» zu erfassen.

Erfassen der Anzahl der (perkutan-) transluminal implantierten Stents

Bei den Codes unter 39.B- « (Perkutan-) transluminale Implantation von Stents in Blutgefäße » wird jeder implantierte Stent einzeln kodiert. Werden z.B. drei Stents ohne Medikamenten-Freisetzung in Arterien des Oberschenkels und zwei Stents ohne Medikamenten-Freisetzung in Arterien des Unterschenkels implantiert, wird der 39.B1.G1 dreimal kodiert und der 39.B1.H1 zweimal. Die Gesamtsumme, der über den Aufenthalt implantierten Stents, wird berechnet und mit einem Code unter 39.C1.- «Anzahl der implantierten Stents», am Datum des ersten Interventionstages erfasst. Im vorherigen Beispiel 5 Stents, 39.C1.15 «5 implantierte Stents ».

Erfassen der Anzahl der in den Koronararterien implantierten Stents

Die Implantation von Stents in die Koronararterien ist unter den Subkategorien 36.03.- «Koronarangioplastik am offenen Thorax» und 36.08.- «Implantation von Stents an Herzkranzarterien, perkutan-transluminal» abgebildet.

Die Codes sind pro Eingriff/Intervention, so oft wie implantiert, für den jeweiligen Stent-Typ zu erfassen.

Wurden z.B. medikamentenfreisetzende Stents während einem Eingriff/einer Intervention in mehrere Koronararterien implantiert, ist der Code mit der Angabe «in mehrere Koronararterien» zu wählen und so oft zu kodieren wie Stents von diesem Typ implantiert wurden.

Es gibt keinen spezifischen Code für die gesamte Summe der implantierten Stents in die Koronararterien.

Fallbeispiel 1

Fall: Am Tag X wird ein medikamentenfreisetzender Stent, perkutan-transluminal in eine Koronararterie implantiert. Am Tag Y werden zwei medikamentenfreisetzende Stents, offen chirurgisch in eine Koronararterie implantiert.

Kodierung:

Der Code 36.08.21 «Implantation perkutan-transluminal von Stents mit Medikamenten-Freisetzung, in einer Koronararterie» ist einmal zu erfassen.

Der Code 36.03.51 «Endarteriektomie von Koronararterien, offen chirurgisch, mit Implantation von Stents mit Medikamenten-Freisetzung, in einer Koronararterie» ist zweimal zu erfassen.

Fallbeispiel 2

Fall: Am Tag X wird ein selbstexpandierender Stent in eine Koronararterie implantiert. Am Tag Y wird ein selbstexpandierender Stent in eine andere Koronararterie implantiert.

Kodierung:

Der Code 36.08.23 «Implantation perkutan-transluminal von selbstexpandierenden Stents mit Medikamenten-Freisetzung, in einer Koronararterie» wird zweimal erfasst mit unterschiedlichen Interventionsdaten.

Fallbeispiel 3

Fall: Koronare PTCA mit 4 Stents (alle medikamentenfreisetzend) (2 RIVA (ramus interventricularis anterior (RIVA)), 1 RCX (ramus circumflex artery), 1 RCA (right coronary artery)) in einem Eingriff

Kodierung:

Der Code 36.08.22 «Implantation perkutan-transluminal von Stents mit Medikamenten-Freisetzung, in mehreren Koronararterien» ist viermal zu erfassen.

Fallbeispiel 4

Fall: Koronare PTCA mit 4 Stents (RIVA 1 medikamentenfreisetzender, RCA 2 BMS (bare metal stents), RCX selbstexpandierend medikamentenfreisetzend) in einem Eingriff.

Zu erfassen sind:

Für RIVA einmal 36.08.21 «Implantation perkutan-transluminal von Stents mit Medikamenten-Freisetzung, in einer Koronararterie»

Für RCA zweimal 36.08.13 «Implantation perkutan-transluminal von selbstexpandierenden Stents ohne Medikamenten-Freisetzung, in einer Koronararterie» und einmal den Zusatzcode 39.C2.12 «Bare metal Stent»

Für RCX einmal 36.08.23 «Implantation perkutan-transluminal von selbstexpandierenden Stents mit Medikamenten-Freisetzung, in einer Koronararterie»

Erfassen der Anzahl von Stents falls im stationären Fall Stents sowohl in die Koronararterien als auch in andere Gefäße implantiert werden

Es ist nicht zulässig die Anzahl der implantierten Koronararterienstents mit der Anzahl der peripher implantierten Blutgefäßstents zu addieren.

Ein Zusatzcode der Subkategorie 39.C1.- «Anzahl der implantierten Stents» ist nur zu erfassen für die Summe der insgesamt implantierten peripheren Gefäßstents im Gesamtfall.

Fallbeispiel 1

In einer ersten Intervention am Tag X: Koronare PTCA mit 4 Stents (alle medikamentenfreisetzend) (2 RIVA, 1 RCX, 1 RCA)

In einer zweiten Intervention am Tag X: PTA und 1 Stent (nicht medikamentenfreisetzend) A. femoralis

Zu erfassen sind am Tag X:

Viermal der Kode 36.08.22 «Implantation perkutan-transluminal von Stents mit Medikamenten-Freisetzung, in mehreren Koronararterien»

Der angebrachte Kode der Subkategorie 39.50.- «Angioplastik oder Atherektomie an sonstigem(n) Nicht-Herzkranzgefäß(en)»

Einmal der Kode 39.B1.G1 «(Perkutan-)transluminale Implantation von Stents ohne Medikamenten-Freisetzung, Arterien vom Oberschenkel»

Und der Kode 39.C1.11 «1 implantierter Stent»

Fallbeispiel 2

In einer ersten Operation am Tag X: Koronare PTCA mit 4 Stents (alle medikamentenfreisetzend) (2 RIVA, 1 RCX, 1 RCA)

In einer zweiten Operation am Tag Y: PTA und 1 Stent (nicht medikamentenfreisetzend) A. femoralis

Zu erfassen sind am Tag X:

Viermal der Kode 36.08.22 «Implantation perkutan-transluminal von Stents mit Medikamenten-Freisetzung, in mehreren Koronararterien»

Der angebrachte Kode der Subkategorie 39.50.- «Angioplastik oder Atherektomie an sonstigem(n) Nicht-Herzkranzgefäß(en)»

Zu erfassen sind am Tag Y:

Einmal der Kode 39.B1.G1 «(Perkutan-)transluminale Implantation von Stents ohne Medikamenten-Freisetzung, Arterien vom Oberschenkel»

und der Kode 39.C1.11 «1 implantierter Stent»

Grund für die Angabe der Gesamtanzahl der im Rahmen eines stationären Aufenthaltes implantierten Stents, resp. Stent-Grafts

Analog der Logik bei den Bypass-Anastomosen zur Revaskularisation (s. 36.1C.- «Bypass-Anastomose zur Myokard-Revaskularisation, nach gesamter Anzahl»), dienen die Codes unter der Elementegruppe 39.78.6- «Anzahl der implantierten aortalen Stent-Grafts (Stent-Prothesen)» und der Subkategorie 39.C1.- «Anzahl der implantierten Stents» als Identifikatoren von Fällen mit der Implantation von mehreren aortalen Stent-Grafts, resp. peripheren Stents.

0811 01.07.2020 Interpretation der «Exklusiva - Kode weglassen» unter 93.89.1- «Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation, nach Anzahl Behandlungstage»

Unter der Elementegruppe 93.89.1- «Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation, nach Anzahl Behandlungstage» gibt es folgende «Exklusiva – Kode weglassen»:

Exklusivum Kode weglassen - Basisleistung in der Rehabilitation (BA.-)

Exklusivum Kode weglassen - Fachübergreifende Frührehabilitation, nach Anzahl der Behandlungstage (93.86.-)

Exklusivum Kode weglassen - Geriatrische Akutrehabilitation (93.89.9-)

Exklusivum Kode weglassen - Paraplegiologische rehabilitative Komplexbehandlung (93.87.-)

Exklusivum Kode weglassen - Zusatzaufwand in der Rehabilitation (BB.-)

Auszug aus den Konventionen der CHOP:

EXKL.: Exklusivum: Diese Eingriffe sind unter dem angegebenen Kode zu klassifizieren.

Kode weglassen: Diese Eingriffe sind bereits in einem anderen Kode inbegriffen.

Das bedeutet z.B. für die Elementegruppe 93.89.1-:

Während der Zeitspanne, in der eine 93.89.1- «Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation» erbracht wird, dürfen die unter der Elementegruppe aufgelisteten Kodes in den «Exklusiva – Kode weglassen» nicht zusätzlich kodiert werden.

Frage 1: Darf zum Zeitpunkt/während einer Zeitspanne zusätzlich zur neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation (93.89.1-) die Basisleistung (BA.-) und der Zusatzaufwand in der Rehabilitation (BB.-) kodiert werden?

Antwort 1: Nein, es handelt sich bei der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation, um eine intensive Frührehabilitation und nicht um eine Rehabilitation im Sinne der BA.- und BB.-. Nach Abschluss der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation ist der Wechsel auf z.B. eine neurologische Rehabilitation (BA.1) möglich und damit die Kodierung von der BA.1 (resp. falls zutreffend auch ein Kode aus der 3-stelligen Kategorie BB.1-) ab diesem Zeitpunkt gestattet.

Zeitachse	→					
Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation						
Neurologische Rehabilitation						

Frage 2: Ist es gestattet, die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (93.89.1-) und die geriatrische Akutrehabilitation (93.89.9-) während einer Zeitspanne gemeinsam zu kodieren?

Antwort 2: Nein, es handelt sich um zwei verschiedene Akut-/Frührehabilitationsarten mit entsprechend verschiedenen zur Verfügung stehenden CHOP-Kodes. Entweder wird die eine oder die andere Leistung während einer Zeitspanne erbracht.

0812 01.07.2020 Embolieprotektionssystem und TAVI

Der Kode 39.C5 «Verwendung eines Embolie-Protektionssystems» kann im Kontext einer TAVI (Transcatheter Aortic Valve Implantation) kodiert werden, obwohl der Kode unter der 3-stelligen Kategorie 39.C- «Zusatzinformationen zu den implantierten Stents» eingeordnet ist.

~~0813 01.07.2020 Erfassen der Anzahl implantierter Stents und Stent-Grafts~~

Die Präzisierung 0813 wurde durch die Präzisierung 0810 ersetzt.

0814 01.07.2020 Erfassen von gecoverten Koronararterien-Stents

Aktuell gibt es keine spezifische Abbildung der gecoverten Koronararterien-Stents. Die Resteklassen 36.03.09 Koronarangioplastik am offenen Thorax, sonstige
36.08.09 Implantation von Stents an Herzkranzarterien, perkutan-transluminal, sonstige
müssen somit verwendet werden.

0815 01.07.2020 Kodierung von 00.44 «Massnahme auf Gefäßbifurkation» mit Kodes unter 36.03.- und 36.08.-

Der Kode 00.44 «Massnahme auf Gefäßbifurkation» kann zusammen mit den Kodes unter 36.03.- und 36.08.- kodiert werden.

0816 01.07.2020 Kodierung beschichteter Koronararterien-Stents mit Medikamenten-Freisetzung

Für beschichtete Koronararterien-Stents mit Medikamenten-Freisetzung sind die entsprechenden Kodes mit der Angabe «mit Medikamenten-Freisetzung» auszuwählen.

Für die offen chirurgischen Eingriffe sind dies:

- 36.03.51 Endarteriektomie von Koronararterien, offen chirurgisch, mit Implantation von Stents mit Medikamenten-Freisetzung, in einer Koronararterie
- 36.03.52 Endarteriektomie von Koronararterien, offen chirurgisch, mit Implantation von Stents mit Medikamenten-Freisetzung, in mehreren Koronararterien

Für die perkutan-transluminalen Eingriffe sind dies:

- 36.08.21 Implantation perkutan-transluminal von Stents mit Medikamenten-Freisetzung, in einer Koronararterie
- 36.08.22 Implantation perkutan-transluminal von Stents mit Medikamenten-Freisetzung, in mehreren Koronararterien

0817 01.07.2020 Erfassen des 39.78.5- «Ende der untersten Stent-Graft (Stent-Prothesen)»

Falls ein Stent-Graft an einem Stück eingesetzt wird, ist wie folgt zu kodieren:

- 39.71.- UND 39.78.5-
ODER
- 39.73.4- UND 39.78.5-

Falls ein aortaler Stent-Graft (der aortal, monoiliakal oder biliakal enden kann) und zusätzliche(r) Stent-Graft(s) iliakal eingesetzt wird/werden und diese unterschiedlichen Stent-Grafts nicht verbunden sind, resp. intraluminal überbrückend anmodelliert werden, ist wie folgt zu kodieren:

- 39.71.- UND 39.78.5- (Ende des aortalen Stent-Grafts, nicht des anmodellierten iliakalen Stent-Grafts) UND je nach Stent-Graft-Typ 39.7A.1- oder 39.7A.2-
ODER
- 39.73.4- UND 39.78.5- (Ende des aortalen Stent-Grafts, nicht des anmodellierten iliakalen Stent-Grafts) UND je nach Stent-Graft-Typ 39.7A.1- oder 39.7A.2-

Bei einer biliakalen Gefäß-Prothese, die aus einer monoiliakalen aortalen Gefäß-Prothese und einem anmodellierten iliakalen Schenkel besteht, wird für diesen anmodellierten Stent-Graft, der Code 39.7A.1- oder 39.7A.2- nicht hinzukodiert. Es ist wie folgt zu kodieren:

- 39.71.- UND 39.78.53
ODER
- 39.73.4- UND 39.78.53

Werden weitere iliakale Stent-Grafts zusätzlich implantiert, sind diese hinzuzukodieren.

0818 01.07.2020 Zusatzcode 00.9C.- «Einzeitige Eingriffe an Hand oder Fuss»

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

Einzeitige Mehrfacheingriffe an der Hand - Beispiel						
		Eingriff		00.9C.1 Einzeitige Mehrfacheingriffe an Mittelhand- und Fingerstrahlen		
Fall	Beschreibung	Eingriffskode	Lateralität	Zusatzcode	Titel	Lateralität
Fall 1	Eingriff vom Typ A am Finger des 2. Strahls der linken Hand	Kode des Eingriffs vom Typ A	Einseitig Links	Kein Kode		
Fall 2	Eingriff vom Typ A am Finger des 2. Strahls der linken Hand	Kode des Eingriffs vom Typ A	Einseitig Links	Kein Kode		
	Eingriff vom Typ B am Finger des 3. Strahls der rechten Hand	Kode des Eingriffs vom Typ B	Einseitig Rechts			
Fall 3	Eingriff vom Typ A am Finger des 2. Strahls der linken Hand	Kode des Eingriffs vom Typ A	Einseitig Links	Kein Kode		
	Eingriff vom Typ B an der Mittelhand, 2. Strahl der linken Hand	Kode des Eingriffs vom Typ B	Einseitig Links			
Fall 4	Eingriff vom Typ A an Fingern des 2. und 3. Strahls der linken Hand	Kode des Eingriffs vom Typ A	Einseitig Links	00.9C.11	Einzeitige Mehrfacheingriffe an 2 Mittelhand- und Fingerstrahlen	Einseitig Links
	Eingriff vom Typ B am Finger, des 3. Strahls der linken Hand	Kode des Eingriffs vom Typ B	Einseitig Links	Kein Kode		

Fall 5	Eingriff vom Typ A an den Fingern der 2., 3. und 4. Strahlen der linken Hand	Kode des Eingriffs vom Typ A	Einseitig Links	00.9C.12	Einzeitige Mehrfacheingriffe an 3 Mittelhand- und Fingerstrahlen	Einseitig Links
Fall 6	Eingriff vom Typ A an den Fingern der 2., 3. und 4. Strahlen der linken Hand, sowie an den Fingern der 4. und 5. Strahlen der rechten Hand	Kode des Eingriffs vom Typ A	Beidseitig	00.9C.12	Einzeitige Mehrfacheingriffe an 3 Mittelhand- und Fingerstrahlen	Einseitig Links
				00.9C.11	Einzeitige Mehrfacheingriffe an 2 Mittelhand- und Fingerstrahlen	Einseitig Rechts
Fall 7	Eingriff vom Typ A am Finger des 2. Strahls der linken Hand Eingriff vom Typ B am Mittelhandknochen des 3. Strahls der linken Hand Eingriff vom Typ C an den Fingern des 3. und 4. Strahls der linken Hand	Kode des Eingriffs vom Typ A	Einseitig Links	Kein Kode		
		Kode des Eingriffs vom Typ B	Einseitig Links	Kein Kode		
		Kode des Eingriffs vom Typ C	Einseitig Links	00.9C.11	Einzeitige Mehrfacheingriffe an 2 Mittelhand- und Fingerstrahlen	Einseitig Links
Fall 8	Eingriff vom Typ A an den Fingern des 2. und 3. Strahls der linken Hand Eingriff vom Typ B an den Fingern des 2. und 3. Strahls der rechten Hand	Kode des Eingriffs vom Typ A	Einseitig Links	00.9C.11	Einzeitige Mehrfacheingriffe an 2 Mittelhand- und Fingerstrahlen	Einseitig Links
		Kode des Eingriffs vom Typ B	Einseitig Rechts	00.9C.11	Einzeitige Mehrfacheingriffe an 2 Mittelhand- und Fingerstrahlen	Einseitig Rechts
Fall 9	Eingriff vom Typ A an den Fingern des 2. und 3. Strahls der linken Hand Eingriff vom Typ B am Finger des 2. Strahls der rechten Hand	Kode des Eingriffs vom Typ A	Einseitig Links	00.9C.11	Einzeitige Mehrfacheingriffe an 2 Mittelhand- und Fingerstrahlen	Einseitig Links
		Kode des Eingriffs vom Typ B	Einseitig Rechts	Kein Kode		

0819 01.01.2020 7A.A2 Growing rod – Zusatzkode – Segmente beim spezifischen Eingriff

Der Kode 7A.A2 «Implantation von mitwachsenden oder expandierenden Systemen, Wirbelsäule» ist ein Zusatzkode und kann daher nicht alleine kodiert werden. Beim Eingriff handelt es sich um eine dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule. Zur Zählung der behandelten Segmente werden nur die Segmente an denen das System befestigt wird berücksichtigt. 7A.72.12 «Dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule, Zugang dorsal und dorsolateral, 2 Segmente» bildet den Eingriff ab.

0820 01.01.2020 Verwendung der Zusatzkodes U69.3-! «Sekundäre Schlüsselnummern für die Art des Konsums psychotroper Substanzen bei durch diese verursachten psychischen und Verhaltensstörungen»

Grundsätzlich sind die Hinweise bei den entsprechenden Schlüsselnummern F10 – F19 «Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen» in der ICD-10-GM zu beachten.

Ergänzend dazu wird der nichtintraenöse Konsum von Kokain mit dem Kode U69.36! «Nichtintraenöser Konsum sonstiger Stimulanzien, ausser Koffein» zusätzlich zum zutreffenden Kode aus F14.- «Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain» abgebildet.

0822 01.01.2020 Nabelschnur-Stammzellenentnahme bei der Geburt

Die Präzisierung 0822 wurde ab dem 01.01.2021 ersetzt durch den Punkt 2.10 «S1505j Spezielle Kodierregeln für die Geburt» des Abschnitts «Zusatzinformationen zum Kodierungshandbuch 2021» des Rundschreibens 2021 Nr. 1.

~~0823 01.01.2020 Alkoholabusus vs. Alkoholabhängigkeit - Wie wird ein dokumentierter Alkoholabusus kodiert?~~

Die Präzisierung 0823 wurde unter der Kodierregel S0501j im Kodierungshandbuch 2021 aufgenommen.

0824 01.01.2020 Primäre und sekundäre Sectio

Dies ist keine neue Definition, sondern eine Präzisierung der bereits bestehenden Definition der sekundären Sectio:

Eine sekundäre Sectio caesarea (inkl. Notfallsectio) wird definiert als eine Sectio, die aufgrund einer Notfallsituation oder des Geburtsverlaufs aus mütterlicher oder kindlicher Indikation (z.B. HELLP-Syndrom, Geburtsstillstand, fetaler Distress) erforderlich war, auch wenn diese primär geplant war.

Eine sekundäre Sectio liegt also vor, wenn sie aufgrund eines Gefahrenzustandes, sei dies für die werdende Mutter oder für das Kind, zwingend ist.

0826 01.01.2020 Einweggebrauch-VAC-Pumpensysteme

Einweggebrauch-VAC-Pumpensysteme werden neu mit dem Kode 93.57.21 «Applikation eines epikutanen (Vakuum)-Verbandes» kodiert.

0827 01.01.2020 Informationen und Präzisierungen zur Palliative Care

Folgende Präzisierungen betreffen die Elementgruppen 93.8A.2- «Palliativmedizinische Komplexbehandlung, nach Anzahl Behandlungstagen» und 93.8B.- «Spezialisierte Palliative Care». Sie wurden in einer intensiven Zusammenarbeit zwischen der «Arbeitsgruppe Tarife Palliative Care» (AG Tarife) von palliative.ch und den Versicherer Vertretern tarifsuisse ag und curafutura erarbeitet. Weiterführende Informationen zur Palliativmedizin finden Sie auf der Internetseite der Schweizerischen Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung, www.palliative.ch.

0827/1: Palliativmedizinische Basisassessments

93.8A.2-: Mindestmerkmal Punkt 2, Eintrittsabklärung, Assessment:

Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA). [...]

93.8B.-: Mindestmerkmal Punkt 2, Eintrittsabklärung, Assessment:

a) Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) inklusive Erfassung von Komplexität und Instabilität. [...]

Ist SENS ebenfalls ein standardisiertes palliativmedizinisches Basisassessment (PBA)?

Mit dem SENS-Assessment werden folgende Bereiche der Palliativversorgung abgedeckt: Symptomanagement, Entscheidungsfindung/ End of Life Vorbereitung, Netzwerk-Organisation, Support der Angehörigen. SENS integriert alle Themenbereiche der gängigen Ziele, Definitionen und Modelle. Somit ist auch ein dokumentiertes SENS-Assessment als standardisiertes palliativmedizinisches Basisassessment für die Codes 93.8A.2- und 93.8B.- anzuerkennen.

Kann ein einzelnes Assessmentinstrument als palliativmedizinisches Basisassessment zählen?

Die alleinige Durchführung eines Assessmentinstrumentes (z.B. ESAS) zur Erfassung der körperlichen Dimension ist nicht als vollständiges PBA anzuerkennen. In einem PBA müssen die biologische, psychologische, soziale und spirituelle Dimension berücksichtigt werden.

0827/2: Therapiebereiche

93.8A.2-: Mindestmerkmal Punkt 3, Behandlungsteam und Therapie:

[...]

c) Arzt, Pflege und mindestens zwei der oben genannten Therapiebereiche kommen insgesamt mindestens 6 Stunden pro Behandlungswoche (7 Kalendertage) zum Einsatz, zu deren Leistungen gehören auch dokumentierte Patienten-, Angehörigen- und Familiengespräche, die von allen hier aufgeführten Berufsgruppen erbracht werden können. Die erbrachten Leistungen erfolgen in patientenbezogenen, unterschiedlichen Kombinationen.

93.8B.2: Spezialisierte Palliative Care mit zusätzlicher Leistung von Therapien, nach Anzahl Behandlungstage

Mindestmerkmal Punkt 3, Therapie:

[...]

b) Arzt, Pflege und mindestens zwei der unter Mindestmerkmal Punkt 4c aufgeführten Therapiebereiche kommen insgesamt mindestens 6 Stunden pro Behandlungswoche (7 Kalendertage) zum Einsatz. Zu deren Leistungen gehören auch dokumentierte Patienten-, Angehörigen- und Familiengespräche, die von allen hier aufgeführten Berufsgruppen erbracht werden können. Die erbrachten Leistungen erfolgen in patientenbezogenen, unterschiedlichen Kombinationen.

[...]

Welche Therapiebereiche gibt es und was wird zu den 6 Stunden gezählt?

1. Die Aufzählung der Therapiebereiche (Sozialarbeit/-pädagogik, Psychologie, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Ernährungsberatung/-therapie, Seelsorge, Kunsttherapie) ist sowohl für 93.8A.2- als für 93.8B.- abschliessend.
2. Interprofessionelle Teambesprechungen, gemäss 0827/3, und Wegzeiten werden nicht zu den 6 Stunden gezählt.
3. Die dokumentierten Patienten-, Angehörigen- und Familiengespräche können von allen aufgeführten Berufsgruppen (Arzt, Pflege, Sozialarbeit/-pädagogik, Psychologie, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Ernährungsberatung/-therapie, Seelsorge, Kunsttherapie) erbracht werden. Zu diesen gehört ebenfalls die Information des Patienten und dessen Angehörigen im Rahmen der Therapie.
4. Die dokumentierten und spezifischen Koordinationsaufgaben in direktem Zusammenhang mit dem Behandlungs- und Beratungsprozess sowie die Patienten-, Angehörigen- und Familiengespräche werden den 6 Stunden angerechnet.
5. Es gibt keine Festlegung für die Mindesttherapiedauer einer Therapieeinheit.
6. Grundvoraussetzung für die Kodierung ist die Dokumentation der Gespräche und Therapien. Die Art der Therapie, deren Dauer und das Datum der Durchführung müssen von allen beteiligten Berufsgruppen nachvollziehbar dokumentiert sein.

0827/3: Teambesprechung

93.8A.2-: Mindestmerkmal Punkt 4, Therapieplanung und -kontrolle:

[...]

b) Wöchentliche interprofessionelle Teambesprechung mit Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele.

93.8B.2-: Mindestmerkmal Punkt 5, Therapieplanung und -kontrolle:

[...]

b) Wöchentliche interprofessionelle Teambesprechung mit Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele.

Was ist unter wöchentlicher interprofessioneller Teambesprechung zu verstehen?

Die wöchentliche interprofessionelle Teambesprechung bei der palliativmedizinischen Komplexbehandlung und der spezialisierten Palliative Care ist wie folgt zu verstehen: **«wöchentlich»** ist struktur- und nicht patientenbezogen. Das bedeutet, dass im klinischen Betrieb mindestens einmal pro Woche eine interprofessionelle Teambesprechung stattfindet.

Beispiel:

Der Patient ist 10 Tage hospitalisiert (von Montag der Woche 1 bis Mittwoch der Woche 2). Der Patient tritt am Mittwoch der 2. Woche aus oder verstirbt. Die Teambesprechungen finden jeweils donnerstags statt. Für die 2. Woche ist das strukturbezogene Mindestmerkmal ebenfalls erfüllt.

Unter **«interprofessionell»** ist zu verstehen, dass im Minimum Arzt, Pflege und eine weitere Berufsgruppe an der Teambesprechung teilnehmen.

~~0830 — 01.07.2019 — Metallischer Knorpelersatz – Miniprothese~~

Eine entsprechende ergänzende Beschreibung wurde unter den Codes 81.47.26 und 81.47.2A der CHOP 2021 aufgenommen.

~~0831 — 01.07.2019 — Hämorrhagische Diathese durch Antikoagulanzen~~

Die Präzisierung 0831 wurde unter der Kodierregel S1909j im Kodierungshandbuch 2021 aufgenommen.

~~0833 — 01.07.2019 — Prophylaxe von Entzugssymptomen — Kann F10.3 kodiert werden, wenn ein Alkoholiker prophylaktisch Valium erhält?~~

Die Präzisierung 0823 wurde unter der Kodierregel S0501j im Kodierungshandbuch 2021 aufgenommen.

0834 01.07.2019 Lithiumintoxikation

Wie wird eine Lithiumintoxikation abgebildet?

Lithium wird in Kombination mit Antidepressiva bei schweren Depressionen, die auf die üblichen Behandlungen nicht ansprechen, verwendet. Lithium wird, aber auch bei der Behandlung akuter Phasen und der Langzeitprophylaxe manisch-depressiver Erkrankungen verwendet. Lithium gehört zur Kategorie der **Stimmungsstabilisatoren**. Bei einer Lithiumintoxikation in diesem Zusammenhang ist der Kode T43.8 «Vergiftung durch psychotrope Substanzen, anderenorts nicht klassifiziert, sonstige psychotrope Substanzen, anderenorts nicht klassifiziert» zu erfassen und **nicht** der Kode T43.2 «Vergiftung durch psychotrope Substanzen, anderenorts nicht klassifiziert, sonstige und nicht näher bezeichnete Antidepressiva».

~~0835 — 01.07.2019 — Erfassung der Dauer der Behandlung mit einem herzkreislauf- und lungenunterstützenden Systems~~

Die Präzisierung 0835 wurde unter der Kodierregel S0910j im Kodierungshandbuch 2021 aufgenommen.

~~0836 — 01.01.2019 — Dauer der Behandlung mit einem Herzkreislaufunterstützenden Systems~~

Die Präzisierung 0836 wurde unter der Kodierregel S0910j im Kodierungshandbuch 2021 aufgenommen.

~~0837 — 01.01.2019 — Bebeutelung Neugeborene~~

Die Präzisierung 0837 wurde unter der Kodierregel S1002j im Kodierungshandbuch 2021 aufgenommen.

~~0838 — 01.01.2019 — Rotatorenmanschette~~

Die Abbildung der plastischen Rekonstruktion der Rotatorenmanschette wurde in der CHOP 2021 revidiert, s. 81.82.35, 81.82.45, 81.82.46, 81.82.47.

~~0840 — 01.01.2019 — Geriatrische Akutrehabilitation, nach Anzahl Behandlungstage 93.89.9-~~

Die Präzisierung 0840 wurde in der CHOP 2021 übernommen.

0841 01.01.2019 Geschlechtsumwandlung

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

~~0844 — 01.07.2018 — 93.57.13 / 93.57.14 Dauer VAC Verband~~

Die Präzisierung 0822 wurde ab dem 01.01.2021 ersetzt durch den Punkt 2.5.1 «Vakuumversiegelungstherapie» des Abschnitts «Zusatzinformationen zum Kodierungshandbuch 2021» des Rundschreibens 2021 Nr. 1.

0845 01.01.2018 Kollagenmatrix zur autologen Chondrozytentransplantation oder als azelluläres Implantat

Wird bei einer subchondralen Knocheneröffnung eines Gelenks eine native Kollagenmatrix (d.h. ohne autologe kultivierte Chondrozyten) eingebracht, ist, in Abhängigkeit vom Zugang, der Eingriff mit dem Kode «Subchondrale Knocheneröffnung am ...Gelenk mit Einbringen eines azellulären Implantats, arthroskopisch» oder mit dem Kode «Subchondrale Knocheneröffnung am ...Gelenk mit Einbringen eines azellulären Implantats, offen chirurgisch» abzubilden. Die Codes der Elementgruppen 81.9A.3- «Autogene matrixinduzierte Chondrozytentransplantation an Gelenken, arthroskopisch» bzw. 81.9A.4- «Autogene matrixinduzierte Chondrozytentransplantation an Gelenken, offen chirurgisch» dürfen in diesem Fall nicht kodiert werden.

Zum Beispiel bedeutet dies für das Kniegelenk, dass bei einer subchondralen Knocheneröffnung mit Einbringen einer nativen Kollagenmatrix der 81.47.25 «Subchondrale Knocheneröffnung am Kniegelenk mit Einbringen eines azellulären Implantats, arthroskopisch» oder 81.47.28 «Subchondrale Knocheneröffnung am Kniegelenk mit Einbringen eines azellulären Implantats, offen chirurgisch» zu verwenden ist. Die Codes 81.9A.3C «Autogene matrixinduzierte Chondrozytentransplantation an Gelenken, Kniegelenk, arthroskopisch» bzw. 81.9A.4C «Autogene matrixinduzierte Chondrozytentransplantation an Gelenken, Kniegelenk, offen chirurgisch» sind in diesem Fall nicht zu verwenden.

~~0848 — 01.01.2018 — Kodierung der Assessments in der Rehabilitation~~

Die Präzisierung 0848 wurde unter den Kodierrichtlinien Rehabilitation im Kodierungshandbuch 2021 aufgenommen.

~~0852~~ ~~01.07.2017~~ ~~Beachte zur Regel D07 Geplante Folgeeingriffe~~

Die Präzisierung 0852 wurde unter der Kodierregel S1907j im Kodierungshandbuch 2021 aufgenommen.

~~0853~~ ~~01.07.2017~~ ~~Transseptale Katheterpunktion~~

Ein «kodierte ebenso» auf 37.90.21 wurde unter 37.34.1- in der CHOP 2021 aufgenommen.

0855 01.07.2017 54.98.- Peritonealdialyse

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

~~0869~~ ~~01.01.2016~~ ~~Revisionseingriffe ohne Implantat-Wechsel~~

Die Präzisierung 0869 wurde unter der Kodierregel P08j im Kodierungshandbuch 2021 aufgenommen.

0871 01.01.2016 CHOP: Definition «endovaskulär»

Endovaskuläre Interventionen sind Eingriffe innerhalb eines Blutgefäßes, wobei dieses am Zielort der Behandlung nicht eröffnet wird. Inhaltlich ähnlich ist der Begriff interventionelles Verfahren.

Mit einem Katheter gelangt der Arzt nach Punktion einer Arterie (meistens in der Leiste) unter Bildgebung an die erkrankte Stelle. Dort kann die erkrankte Arterie mit speziellen Kathetern behandelt werden.

Beispiele für endovaskuläre Interventionen sind:

- Ballondilatation (PTA)
- Rotationsatherektomie
- Einlage eines Endograft
- Einlage eines Stents
- Einbringen eines Stentgrafts

0879 01.07.2015 39.99.21 Operationen bei kongenitaler Anomalie des Aortenisthmus (Stenose) oder bei unterbrochenem Aortenbogen

Eine offene Operation einer kongenitalen Aortenisthmusstenose wird je nach Methode mit einem präzisen Kode aus Kapitel 7 abgebildet. Gibt es einen präzisen Kode, wird 39.99.21 nicht kodiert.

~~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~~

Die Präzisierung 0896 wurde unter der Kodierregel S1904j im Kodierungshandbuch 2021 aufgenommen.

0897 01.07.2014 80.76.10 Arthroskopische Synovektomie am Kniegelenk / 80.76.20 Offene Synovektomie am Kniegelenk

Die Resektion von Plica oder Hoffa-Fettkörper am Knie wird mit diesen Codes abgebildet.

0900 01.07.2014 Arteria subclavia

Die Arteria subclavia ist keine präzerebrale Arterie. Interventionen an dieser werden nicht mit 39.76 *Perkutane transluminale endovaskuläre Intervention an präzerebralem Gefäß* oder 00.64 *Perkutanes Einsetzen von Stent an sonstigen präzerebralen Arterien* abgebildet.

0903 01.07.2014 51.99.00 - 51.99.14, 51.99.91, 51.99.99 Sonstige Operationen an den Gallenwegen

Diese Codes sind nur für offene chirurgische oder laparoskopische Eingriffe abzubilden.

~~0939~~ ~~01.01.2013~~ ~~Kodierung von Spannungsblasen~~

Die Präzisierung 0939 wurde unter der Kodierregel S1202j im Kodierungshandbuch 2021 aufgenommen.

0941 01.12.2012 ABO / ABO Suchbegriff

Bei der informatischen Stichwortsuche nach Blutgruppen-assoziierten Kodes gibt es sprachliche Unterschiede:

- im Deutschen müsste die Blutgruppe immer mit 0 abgebildet sein,
- im Französischen mit O.

Es muss zurzeit unter O wie «Otto» und 0 «Null» gesucht werden, um alle Kodes zu finden.

~~0944 01.11.2012 Zystadenom Ovar~~

Die Präzisierung 0944 wurde unter der Kodierregel S0200 im Kodierungshandbuch 2021 aufgenommen.

~~0952 01.10.2012 S06.- Schädelhirntrauma (SHT)~~

Die Präzisierung 0952 wurde unter der Kodierregel S1904j im Kodierungshandbuch 2021 aufgenommen.

~~0955 01.09.2012 Osteophytenresektion bei Arthrodese~~

Die Präzisierung 0955 wurde in der Form von «Beachte» unter den betroffenen Kodes in der CHOP 2021 aufgenommen.

2010 92.24 Teleradiotherapie mit Photonen

92.24.1- ...*bildgestützte Einstellung* sind Therapien **mit** und 92.24.2- ... *bildgestützte Einstellung* sind Therapien **ohne** bildgestützte Einstellung

Das Stichwort «bildgestützte Einstellung» bzw. «bildgestützte Bestrahlung» (IGRT) bedeutet, dass man im Bestrahlungsraum am bereits positionierten Patienten Röntgen- oder Schnittbilder anfertigt.

Solche Anlagen können im Bestrahlungsraum (Röntgensystem, mobiles CT, Ultraschall) oder als Zusätze direkt an den Bestrahlungsgeräten angebracht sein.

Diese Bildgebung ist von der Bestrahlungsplanung unabhängig und erfordert entsprechende Gerätschaften. Dadurch lassen sich die Patienten- und die Zielvolumenpositionierung mit den Aufnahmen aus der Bestrahlungsplanung vergleichen. Man kann hierdurch sofort Lagerungskorrekturen des Patienten vornehmen. Beispielsweise kann durch eine CT bei einem Patienten mit Prostatakarzinom die Füllung von Harnblase und Rektum kontrolliert und die daraus resultierende Position der Prostata bestimmt werden.

Durch eine kontinuierliche Erfassung der Patienten- oder Organbewegungen ist es auch möglich, eine Nachjustierung des Strahls während der Bestrahlung selbst vorzunehmen («adaptive Radiotherapie»).