



14 Gesundheit

Rundschreiben für Kodiererinnen und Kodierer 2025 Nr. 1

16. Dezember 2024

Neuchâtel, 2024

Herausgeber:	Bundesamt für Statistik (BFS)	Layoutkonzept:	Sektion PUB
Auskunft:	Kodierungssekretariat: codeinfo@bfs.admin.ch	Download:	www.statistik.ch
Redaktion:	Bereich Medizinische Klassifikationen	Copyright:	BFS, Neuchâtel 2024
Inhalt:	Bereich Medizinische Klassifikationen		Wiedergabe unter Angabe der Quelle für nichtkommerzielle Nutzung gestattet
Themenbereich:	14 Gesundheit		
Originaltext:	Deutsch		
Übersetzung:	Sprachdienste BFS		

1. Allgemeines

1.1. Gültige Kodierungsinstrumente

Ab 1. Januar 2025 gelten folgende Kodierungsinstrumente:

- Medizinisches Kodierungshandbuch: Der offizielle Leitfaden der Kodierrichtlinien in der Schweiz. Version 2025
- Rundschreiben für Kodiererinnen und Kodierer: 2025 Nr. 1 mit Anhang
- Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP): Systematisches Verzeichnis - Version 2025
- ICD-10-GM 2024 Systematisches Verzeichnis: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme - 10. Revision – German Modification
- ICD-10-GM 2024 Systematisches Verzeichnis, deutsche Version: Zusatzinformationen für den schweizerischen Kontext

Die Instrumente zur medizinischen Kodierung finden Sie unter www.statistik.ch → Grundlagen ~~und Erhebungen~~ → Nomenklaturen → Medizinische Kodierung und Klassifikationen → Instrumente zur medizinischen Kodierung → Gültige Instrumente zur medizinischen Kodierung je Jahr.

Die Dateien der ICD-10-GM in deutscher Sprache werden vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) erstellt und stehen auf der Internetseite www.bfarm.de zur Verfügung:
Kodiersysteme → Services → Downloads → ICD-10-GM

Die Medizinische Statistik der Krankenhäuser ist eine obligatorische Vollerhebung. Sie wird jährlich erhoben. Die Datenerhebung erfolgt ab 2025 gemeinsam mit der Fallkostenstatistik (FKS) sowie Teilen der Krankenhausstatistik (KS) einheitlich und dient der Weiterentwicklung der Datenerhebung. Ein einheitlicher Standarddatensatz soll als Grundlage für alle weiteren Datenbearbeitungen genutzt werden und die qualitativen Mindestanforderungen für eine Mehrfachverwendung der erhobenen Daten («Once-Only») definieren. Die damit verbundene Datenerfassung erfolgt ab dem 1. Januar 2024 (s. Projekt SpiGes (Erhebung Spitalstationäre Gesundheitsversorgung)).

Die obengenannten Kodierungsinstrumente gelten für die Kodierung aller stationärer Aufenthalte in Spitälern 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 ~~und die Rundschreiben~~ 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 Kodiererinnen und Kodierer 2025 Nr. 1 (Publikation Ende Dezember 2024): anzuwenden bei Fällen mit Austrittsdatum ab 1. Januar 2025.
- Rundschreiben für Kodiererinnen und Kodierer 2025 Nr. 2 (Publikation Ende Juni 2025): anzuwenden bei Fällen mit Austrittsdatum ab 1. Juli 2025.

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.swissdr.org → Akutsomatik / Psychiatrie / Rehabilitation → Abschnitt SwissDRG → Hinweis zur Leistungserfassung und Abrechnung

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

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

Pfad: www.swissdr.org → Akutsomatik → Abschnitt SwissDRG System 14.0/2025 → Analogiekodierung

[SwissDRG System 14.0/2025 :: SwissDRG](#)

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

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

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

Weitere Publikationen der SwissDRG AG sind unterjährig laufend zu beachten.

1.2. Anfragen zu Kodierungsrichtlinien und Klassifikationen

Für Anfragen zu Kodierungsrichtlinien und Klassifikationen gibt das BFS Präzisierungen und Klarstellungen ab.

1.3. Anfragen zur Einzelfallbeurteilung

1.3.1. Vorgehen

Zu spezifischen Einzelfällen gibt das BFS Empfehlungen ab ohne Präjudiz für weitere ähnliche Fälle.

Die gegebene Empfehlung ist rechtlich nicht bindend. Eine Haftung des BFS im Zusammenhang mit einer erteilten Empfehlung ist daher ausgeschlossen.

Es werden nur Kodierungsanfragen behandelt, welche in der Beilage **alle notwendigen klinischen Unterlagen zur Fallbeurteilung in anonymisierter Form** (Austrittsbericht, Operationsbericht, **Argumentation** und Kodierung **beider Parteien** etc.) enthalten. Sie sind **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.

1.3.2. Anonymisierung

Für die Anonymisierung der zugesendeten Dokumente sind die folgenden Angaben von Patientinnen / Patienten und Angehörigen zu entfernen:

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

BFS-Mitarbeiter unterstehen nur dem Statistikgeheimnis (gemäss Art. 14 des Bundesstatistikgesetzes), sowie der Geheimhaltungspflicht gemäss Datenschutzgesetz.

Achtung: Es reicht nicht, in Adobe Acrobat Pro den zu löschenden Text mit einem schwarzen oder weissen Rechteck abzudecken. Dieses lässt sich entfernen, sodass der Text darunter wieder sichtbar wird.

Um ein PDF mit Adobe Acrobat Pro ordnungsgemäss zu anonymisieren, muss das Werkzeug «Streichen» verwendet werden.

Die Anleitungen dazu finden Sie unter den folgenden Links:

<https://creativecloud.adobe.com/de-CH/learn/acrobat/web/redact-pdf>

https://helpx.adobe.com/ch_de/acrobat/kb/prevent-file-size-increase-after-sanitizing-pdf.html

Falls Sie nicht mit Adobe Acrobat Pro arbeiten, müssen Sie das zuvor anonymisierte Dokument scannen.

Anfragen, die nicht korrekt anonymisiert sind, werden von unserer Hotline nicht bearbeitet. Sie werden anschliessend per Mail über die Löschung informiert und gebeten, uns sämtliche Dokumente vollständig anonymisiert erneut zuzustellen.

2. Zusatzinformationen zum Kodierungshandbuch 2025

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

2.1. P06k Mehrfach durchgeführte Prozeduren

Betrifft alle Sprachversionen

Therapeutische Radiologie und Nuklearmedizin ~~92.2~~:

Bei ~~Strahlen- und~~ nuklearmedizinischer Therapie sind die Prozeduren so oft zu erfassen, wie sie durchgeführt wurden und es ist ein Kode pro Lokalisation abzubilden. ~~Wenn verschiedene Lokalisationen während einer Sitzung behandelt werden, ist ein Kode pro Lokalisation abzubilden.~~

Für die Radio-Onkologie verweisen wir auf die Erläuterungen der Einleitung der CHOP 2025.

Behandlung auf einer IPS und/oder IMC

Bemerkung zur Anpassung:

Im Rahmen der Anpassungen im CHOP-Kapitel 16 «Verschiedene diagnostische und therapeutische Massnahmen» zum Thema «Intensivmedizinische Komplexbehandlung und Komplexbehandlung in einer IMCU», wurde bei den Elementgruppen 99.B7.4- «Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur), nach Aufwandspunkten» und 99.B7.5- «[...] im Neugeborenenalter [...]» sowie 99.B8.4- «Komplexbehandlung im Kindesalter in einer Intermediate-Care Unit [IMCU], nach Aufwandspunkten» und 99.B8.5- «[...] im Neugeborenenalter [...]» die Angabe «Wert der Sterbewahrscheinlichkeit [Predicted Death Rate] in %» aufgenommen bzw. die bestehende Formulierung angepasst.

Effektive Anpassung:

Zur Bestimmung des zutreffenden CHOP-Kodes aus den entsprechenden Subkategorien 99.B7.- (Intensivmedizinische Komplexbehandlung) und 99.B8.- (Komplexbehandlung in einer Intermediate-Care Unit [IMCU]) wird wie folgt vorgegangen:

Die Anzahl der Aufwandspunkte errechnet sich aus SAPS II (oder PIM III, CRIB II (Predicted Death Rate in %)) + Summe der NEMS aller Schichten. Bei einer 8-Stunden Schichtdauer wird NEMS aufsummiert, bei einer 12-Stunden Schichtdauer wird die jeweils erhöhte Punktzahl für NEMS mit 1.5 multipliziert.

Für die Berechnung der Intensivmedizinischen Komplexbehandlung wird der Wert für die «predicted mortality» eingesetzt.

Fallbeispiel:

NEMS 386, PIM3 95.8%

Es muss zu den NEMS-Punkten die gemäss PIM3 erwartete Mortalität (predicted mortality) in % addiert werden:

$NEMS\ 386 + 96\ (PIM\ 3,\ Predicted\ Death\ Rate\ in\ \%) = 482.$

2.2. P07m Bilaterale Operationen

Betrifft alle Sprachversionen

Bilaterale Operationen in einer Sitzung werden nur einmal kodiert und erhalten das Kennzeichen bilateral in der Seitigkeitsvariable (Variable «behandlung_seitigkeit» usw.).

Dies gilt auch für Kodes, die die Bilateralität bereits beinhalten.

Beispiel 1

Implantation von Knie-Totalprothesen beidseits.

B 81.54.- Implantation einer Endoprothese des Kniegelenks

L 0

~~Beispiel 2~~

~~Bilaterale Adrenalektomie.~~

~~B 07.3 Beidseitige Adrenalektomie~~

~~L 0~~

2.3. P08n Revisionen eines Operationsgebietes/Reoperationen

Betrifft alle Sprachversionen

Bei der Wiedereröffnung eines Operationsgebietes zur

- Behandlung einer Komplikation,
- Durchführung einer Rezidivtherapie oder
- Durchführung einer Operation in einem bereits offen chirurgisch, thorakoskopisch und laparoskopisch voroperierten Gebiet oder bereits perkutan interventionell vorbehandelten oder bestrahlten Gebiet.

ist zunächst zu prüfen, ob die durchgeführte Operation mit Wiedereröffnung des Operationsgebietes in der CHOP durch einen spezifischen Code im betreffenden Organkapitel kodiert werden kann, wie z.B.:

28.7X.- Blutstillung nach Tonsillektomie und Adenoidektomie

39.41 Stillung einer Blutung nach vaskulärem Eingriff

Existiert kein solcher Reoperationscode, ist der Eingriff möglichst spezifisch abzubilden, gefolgt von

00.99.11 Reoperation in einem bereits offen chirurgisch, thorakoskopisch, laparoskopisch und arthroskopisch voroperierten Gebiet

oder

00.99.12 Operation in einem bereits perkutan interventionell vorbehandelten oder bestrahlten Gebiet

oder

00.99.19 Reoperation in einem bereits über sonstige Zugänge voroperierten Gebiet

Beachte: *00.99.11 Reoperation in einem bereits offen chirurgisch, thorakoskopisch, laparoskopisch und arthroskopisch voroperierten Gebiet* oder

00.99.12 Operation in einem bereits perkutan interventionell vorbehandelten oder bestrahlten Gebiet ist nicht abzubilden, wenn die Tatsache, dass es eine Revision/Reoperation ist, bereits im Code ersichtlich ist (z.B. Revision einer Knieprothese, Osteosynthesematerialentfernung, Verschluss einer Kolostomie etc.).

Bei Revisionseingriffen ist immer genau zu beachten, ob NUR eine Revision des Operationsgebietes allein oder ob die Revision kombiniert mit Ersatz/Wechsel eines Implantates durchgeführt wurde. Der entsprechende Code ist zu verwenden.

Revisionseingriffe ohne Implantat-Wechsel

Werden bei Revisionseingriffen vorhandene Implantate explantiert (z.B. Aszitespumpe) und in gleicher Sitzung dieselben Implantate wieder implantiert, dürfen keine Codes für eine Implantation oder Wechsel eines Implantats kodiert werden.

Z.B. Aszitespumpe

Der Code *54.99.80 Einsetzen von Kathetern sowie automatischer, programmierbarer und wiederaufladbarer Pumpe zur kontinuierlichen Aszitesdrainage* ist nicht zu verwenden.

Zur Anwendung kommen die Codes *54.99.81 Revision ohne Ersatz von Kathetern sowie automatischer, programmierbarer und wiederaufladbarer Pumpe zur kontinuierlichen Aszitesdrainage* und/oder *54.99.82 Behebung einer mechanischen Obstruktion von Kathetern einer automatischen, programmierbaren und wiederaufladbaren Pumpe zur kontinuierlichen Aszitesdrainage*.

Das Beispiel ist beliebig erweiterbar z.B. für Defibrillator, Pacemaker, Mammaprothese etc.

Sind bei einem Patienten bei einer stationären Behandlung mehrere Reoperationen notwendig, sind die Codes *00.99.11 Reoperation in einem bereits offen chirurgisch, thorakoskopisch, laparoskopisch und arthroskopisch voroperierten Gebiet* oder *00.99.12 Operation in einem bereits perkutan interventionell vorbehandelten oder bestrahlten Gebiet* sowie *00.99.19 Reoperation in einem bereits über sonstige Zugänge voroperierten Gebiet* nur einmal zur ersten Reoperation abzubilden.

Beispiel 1

Patientin kommt zur Sectio bei Status nach Sectio.

B 74.- Sectio caesarea und Extraktion des Fetus

B 00.99.11 Reoperation in einem bereits offen chirurgisch, thorakoskopisch, laparoskopisch und arthroskopisch voroperierten Gebiet

2.4. SD0102n Sepsis

Betrifft alle Sprachversionen

Bemerkung zur Anpassung:

Der **Phoenix Sepsis Score** ist ein neu entwickeltes Bewertungssystem, das speziell für die Diagnose und Bewertung der Schwere von Sepsis bei Kindern entwickelt wurde und ab 01.01.2025 in der Schweiz gültig ist. Dieser Score hilft dabei, das Ausmass des Organversagens bei Kindern mit Sepsis schnell und zuverlässig zu erfassen (<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2814297>)

Effektive Anpassung:

Bei Kindern **von der vollendeten 37. Woche post conceptionem (ausser bei Hospitalisationen direkt nach der Geburt) bis zum vollendeten 46-18. Lebensjahr** gelten aktuell die Organdysfunktionskriterien «Phoenix Sepsis Kriterien» gemäss «International Consensus Criteria for Pediatric Sepsis and Septic Shock» von Schlapbach et al. (JAMA. 2024;331(8):665-674).

Bei Kindern **vor der vollendeten 37. Woche post conceptionem (p.c.)** sowie bei Hospitalisationen direkt nach der Geburt gelten weiterhin die Organdysfunktionskriterien in Anlehnung an Goldstein et al. 2005 gemäss «International pediatric sepsis consensus conference: definitions for sepsis and organ dysfunction in pediatrics».

Bei Jugendlichen **vom vollendeten 16. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr** ist zudem weiterhin auch der SOFA-Score anwendbar.

Die betroffenen Fachgesellschaften haben sich für die Altersspannen, in welchen mehrere Scores anwendbar sind, auf die Anwendung abhängig vom Behandlungsort geeinigt:

- **Kinder <37. Woche p.c.:** Goldstein-Kriterien
- **Kinder ≥37. Woche p.c. bis vollendete 44. Woche p.c.:**
 - Neonatologieabteilungen: Goldstein-Kriterien
 - Ausserhalb Neonatologieabteilungen: Phoenix-Kriterien
- **Kinder ≥ 44. Woche bis <16 Jahre:** Phoenix-Kriterien
- **Jugendliche ≥ 16 Jahre bis <18 Jahre:**
 - Pädiatrische Stationen: Phoenix-Kriterien
 - Erwachsenen Stationen: SOFA-Score

Organsysfunktionskriterien nach Goldstein

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

Organsysfunktionskriterien nach Goldstein				
Kardiovaskulär Trotz isotonischer Infusion von $\geq 40\text{ml/kg}$ in einer Stunde	BD-Abfall (Hypotonie) < 5 . Perzentile altersabhängig oder systolischer BD < 2 Standardabweichungen unter dem altersabhängigen Normalwert	ODER Notwendigkeit vasoaktiver Medikation zur Aufrechterhaltung des BD im Normbereich (Adrenalin, Noradrenalin oder Dobutamin in jeder Dosierung; Dopamin $> 5\mu\text{g/kg/min}$)	ODER Zwei der folgenden Punkte: – unerklärte metabolische Azidose (Basen-Defizit $> 5\text{ mmol/l}$, Base Excess (BE) $< -5\text{ mmol/l}$) – erhöhtes Lactat arteriell > 2 -fach des oberen Grenzwertes – Oligurie: Urinmenge $< 0.5\text{ml/kg/h}$ – verzögerte Rekapillarisation $> 5\text{ Sek.}$ – Temperaturdifferenz Kerntemperatur/peripher $> 3^\circ\text{C}$	
Respiratorisch	$\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300\text{ mmHg}$ ($< 40\text{ kPa}$) in Abwesenheit zyanotischer Herzvitien oder präexistierender Lungenkrankheiten	ODER $\text{PaCO}_2 > 65\text{ mmHg}$ ($> 8.7\text{ kPa}$) oder $\geq 20\text{ mmHg}$ ($\geq 2.7\text{ kPa}$) über der Baseline- PaCO_2	ODER Bewiesener FiO_2 -Bedarf > 0.5 für eine $\text{SaO}_2 \geq 92\%$ (FiO_2 -Reduktionsversuch)	ODER Bedarf nichtelektiver invasiver oder nichtinvasiver mechanischer Beatmung
Neurologisch	Glasgow Coma Scale ≤ 11	ODER Akute Veränderung des Mentalstatus mit GCS-Abfall ≥ 3 Punkte bei abnormaler Baseline		
Hämatologisch	$\text{TC} < 80'000/\text{mm}^3$ oder Abfall von 50% des höchsten gemessenen Wertes innerhalb der letzten drei Tage (für chronisch hämatologische oder onkologische Patienten)	ODER $\text{INR} > 2$		
Renal	Serumkreatinin ≥ 2 -fach oberer, altersabhängiger Grenzwert oder ≥ 2 -fache Erhöhung der Baseline			
Hepatisch	Bilirubin total $\geq 4\text{mg/dl}$ ($\geq 68\mu\text{mol/l}$), nicht anwendbar bei Neugeborenen	ODER ALAT doppelt so hoch wie oberer, altersabhängiger Grenzwert		

Phoenix Sepsis Score¹

- Eine Sepsis wird diagnostiziert bei vermuteter Infektion und einem Phoenix Sepsis Score von ≥ 2 Punkten.
- Bei gleichzeitig ≥ 1 Punkt im Bereich Hämodynamik sind die Kriterien für einen septischen Schock erfüllt.

Wichtig in der Anwendung: Laut Empfehlung ist der Phoenix Score nicht für das "Screening" von Sepsis gedacht, sondern nur, falls diese bereits vermutet wird.

	0 Punkte	1 Punkt	2 Punkte	3 Punkte
(Be)Atmung (0-3 Punkte)	$\text{PaO}_2:\text{FiO}_2 \geq 400$ oder $\text{SpO}_2:\text{FiO}_2 \geq 292^2$	$\text{PaO}_2:\text{FiO}_2 < 400$ oder $\text{SpO}_2:\text{FiO}_2 < 292^2$	$\text{PaO}_2:\text{FiO}_2 100-200$ oder $\text{SpO}_2:\text{FiO}_2 148-220^2$	$\text{PaO}_2:\text{FiO}_2 < 100$ oder $\text{SpO}_2:\text{FiO}_2 < 148^2$
		unter jeglicher O_2 -Gabe oder Atemunterstützung (inkl. invasive Beatmung)	unter invasiver Beatmung	unter invasiver Beatmung
Hämodynamik (0-6 Punkte)	Keine vasoaktiven Medikamente ³ Laktat $< 5\text{mmol/L}^4$	1 vasoaktives Medikament ³ Laktat $5-10,9\text{mmol/L}^4$	≥ 2 vasoaktive Medikamente ³ Laktat $\geq 11\text{mmol/L}^4$	

Blutdruck MAP ⁵ , mmHg	<1 Mo: >30 1-11 Mo: >38 1- <2J: >43 2- <5J: >44 5- <12J: >48 12-17J: >51	<1 Mo: 17-30 1-11 Mo: 25-38 1- <2J: 31-43 2- <5J: 32-44 5- <12J: 36-48 12-17J: 38-51	<1 Mo: <17 1-11 Mo: <25 1- <2J: <31 2- <5J: <32 5- <12J: <36 12-17J: <38	
Gerinnung (0-2 Punkte)	Thrombozyten ≥100.000/μL INR ≤1,3 D-Dimer ≤2mg/L Fibrinogen ≥100 mg/dl	Thrombozyten <100.000/μL INR >1,3 D-Dimer >2mg/L Fibrinogen <100 mg/dl (jeweils 1 Punkt, max. 2)		
Neurologie (0-2 Punkte)	GCS >10, Pupillen lichtre- agibel	GCS ≤10	Pupillen beidseits lichtstarr	

¹ Der Score kann auch bei Fehlen von Variablen berechnet werden (wenn z.B. kein Laktatwert gemessen wurde und keine vasoaktiven Medikamente verwendet werden, kann der Score bezüglich Hämodynamik anhand des Blutdrucks ermittelt werden). Nicht gemessene Variablen tragen keine Punkte zum Score bei.

² Nur berechnet, falls SpO₂ ≤97%

³ Vasoaktive Medikamente inkl. Adrenalin, Noradrenalin, Dopamin, Dobutamin, Milrinon und Vasopressin

⁴ Laktat aus arteriellem oder venösem Blut

⁵ Vorzugsweise gemessener MAP (invasiv arteriell oder nicht invasiv oszillometrisch), alternativ kann der berechnete MAP verwendet werden ($1/3 \times \text{sysolischer BD} + 2/3 \times \text{diastolischer BD}$).

Septischer Schock

Ein septischer Schock wird mit R57.2 abgebildet.

Der Kode R57.2 *Septischer Schock* wird nicht als Hauptdiagnose erfasst, auch wenn eine Sepsis und ihre Folgen die Bedingungen der Kodierregel G52 «Die Hauptdiagnose» erfüllen, und wenn (in seltenen Fällen) die Behandlung des septischen Schocks (oder seiner Folgen) den Hauptaufwand des stationären Aufenthaltes darstellen.

Definition septischer Schock bei Anwendung von SOFA-Score oder Goldstein-Kriterien: Dieser liegt vor, wenn trotz adäquater Volumengabe ein mittlerer arterieller Druck von ≥65 mmHg (respektive > 5. Perzentile altersabhängig bei Kindern und Jugendlichen) nur mit Vasopressoren erreicht werden kann und ein Laktatwert >2 mmol/l vorliegt.

Definition septischer Schock bei Anwendung der Phoenix-Kriterien: Sepsis mit mindestens 1 Punkt bezüglich Hämodynamik im Phoenix Sepsis Score.

Benutze für vollstationär im Krankenhaus behandelte, erwachsene Personen (18 Jahre und älter) eine zusätzliche Schlüsselnummer (U69.83! - U69.85!), um den zeitlichen Bezug des septischen Schocks zur stationären Krankenhausaufnahme anzugeben.

Beispiel 4

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

4-jähriges Mädchen. Zuweisung mit der Ambulanz bei Somnolenz. Seit 4 Tagen Fieber bis 39.2 °C, seit zwei Tagen Erbrechen und Diarrhoe. Aktuell Verschlechterung des Allgemeinzustandes, deutlich schlapp, konnte kaum sitzen, somnolent. Beim Transport: tachypnoeisch, kühle Peripherie, initial ohne zusätzlichen Sauerstoff Spontansättigung 60%, unter 12 l/min O₂ Sättigung um 92%. GCS 11 (0 Pkt.), febril 39.6 °C. Verlegung auf die Abteilung Intensivmedizin zum weiteren Management bei respiratorischer Dekompensation und Somnolenz. Nach initialer Atemunterstützung am High-Flow mit 15 l/min und FiO₂ von 100% bei weiterhin stark tachydyspnoeischem Atemmuster Umstellung auf CPAP. Hierunter keine Stabilisation und deshalb bei respiratorischer Dekompensation im Rahmen einer kardiorespiratorischen Insuffizienz Intubation (PaO₂/FiO₂ 138 mmHg (2 Pkt.), akute hypoxische respiratorische Insuffizienz, ARDS). Bei septischem Schock mit Katecholaminbedarf (Noradrenalin (1 Pkt.) und einem Laktatwert von 9mmol/L (1 Pkt.) bei einem MAP von 52 mmHg (0 Pkt.) Beginn einer Steroidstosstherapie und einer empirischen antibiotischen Therapie mit Gefepime. Im Verlauf V.a. Toxic Shock Syndrom mit enoraler Schleimhautblutung und Nachweis eines gekammerten Aszites, deshalb Ausbau der Antibiotikatherapie zusätzliche Therapie mit Clindamycin. Eine meningale Beteiligung konnte bei unauffälligem

Liquor ausgeschlossen werden. Nach gutem Ansprechen der Therapie erfolgte am 4. Hospitalisationstag die Extubation. Nach erfreulichem Verlauf konnten die Steroide ausgeschlichen und das Kind in ordentlichem AZ auf die Normalstation verlegt werden.

Gesamtscore Phoenix	Atmung	Hämodynamik	Gerinnung	Neurologie
4	2	2	-	0

HD A40.0 Sepsis durch Streptokokken, Gruppe A
 ND R57.2 Septischer Schock
 ND A48.3 Syndrom des toxischen Schocks
 ND B99 Sonstige und n.n.bez. Infektionskrankheiten
 ND J80.05 Moderates akutes Atemnotsyndrom des Kindes und Jugendlichen [ARDS]
 ND J96.00 Akute respiratorische Insuffizienz Typ I [hypoxisch]
 ND R40.0 Somnolenz

Bemerkung zur Anpassung:

Beispiel 5 wurde inhaltlich nicht angepasst, da in diesem die Phoenix-Kriterien nicht anwendbar sind aufgrund des Alters < 37. Woche p.c. (zudem erfolgte die Hospitalisation unmittelbar nach der Geburt).

Beispiel 5

Eutrophes frühgeborenes Mädchen der 25 4/7 SSW, Geburtsgewicht 710g (Perzentile 30)
 Atemnotsyndrom bei Surfactantmangel, milde bronchopulmonale Dysplasie, Apnoe-Bradykardie-Syndrom des Frühgeborenen. V.a. neonatalen Infekt, V.a. late onset-Sepsis am 6. Lebenstag.
 Erstversorgung: Zyanotisches Kind mit insuffizienter Spontanatmung, Herzfrequenz 80/min. Orales Absaugen und Beginn mit Maskenbeatmung. Rasch normokard, Entwicklung einer Spontanatmung mit Einziehungen und expiratorischem Stöhnen. Intubation in der 45. Lebensminute. Verlegung auf die neonatologische Intensivstation. FiO2 maximal 0.25. Bei Frühgeburtslichkeit Gabe von Surfactant endotracheal. Durch Therapie Verbesserung der Atmungssituation mit Reduktion der Beatmungsparameter. Die Extubation erfolgte nach 17 Stunden mit anschließender CPAP-Atemunterstützung. Am 6. Lebenstag musste das Kind bei schwerer Apnoe im Rahmen der late onset Sepsis erneut intubiert werden. Eine antibiotische Therapie ~~mit Co-Amoxicillin und Amikacin~~ wurde begonnen. Nach 6 Tagen erfolgreiche Extubation. Die Blutkultur blieb ohne Wachstum. Die antibiotische Therapie wurde für insgesamt 7 Tage gegeben. Zusätzlicher Sauerstoffbedarf bestand bis zum 39. Hospitalisationstag bei einer milden bronchopulmonalen Dysplasie.

Gesamtanzahl Organsysteme mit erfüllten Organdysfunktionskriterien nach Goldstein	Kardio-vaskulär	Respiratorisch	Neurologisch	Hämatologisch	Renal	Hepatisch
1		erfüllt				

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

2.5. SD1804n Schmerzdiagnosen und Schmerzbehandlungsverfahren

Betrifft alle Sprachversionen

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
B	88.97.14	MRI-Übersicht und Teilstücke der Wirbelsäule
B	87.41.99 09	Computertomographie des Thorax, sonstige
B	88.01.10	Computertomographie gesamtes Abdomen
B	94.19	Psychiatrische Diagnostik, sonstige

2.6. SP0101k Berufsbezeichnungen in der CHOP

Betrifft alle Sprachversionen

Die in der CHOP genannten Gesundheitsberufe orientieren sich an dem Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe (Gesundheitsberufegesetz, GesBG)¹ und der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)².

Folgende Bezeichnungen der Gesundheitsberufe wurden in Anlehnung an oben angegebene Gesetzestexte in der CHOP harmonisiert :

- Ärztin/Arzt
- Ergotherapeutin/-therapeut
- Ernährungsberaterin/-berater
- Logopädin/Logopäde
- Osteopathin/Osteopath
- Pflegefachfrau/-mann
- Physiotherapeutin/-therapeut
- Neuropsychologin/Neuropsychologe
- psychologische Psychotherapeutin/psychologischer Psychotherapeut

Für die relevanten Bildungsabschlüsse wird auf die oben genannten Gesetze gewiesen.

2.7. SP0202n Paraplegiologische Rehabilitation

Betrifft alle Sprachversionen

Bemerkung zur Anpassung:

Aufgrund der Anpassung des CHOP - Kodes 93.89.D- «*Diagnostischer und therapeutischer Hausbesuch als Teil einer akutrehabilitativen oder rehabilitativen Abklärung, nach Dauer*» wurde das untenstehende Beispiel ergänzt.

Effektive Anpassung:

Beispiel 1

Ein 30-jähriger, ansonsten gesunder Patient ist mit dem Snowboard gestürzt. Direkt nach dem Sturz Verlust der Sensibilität und Motorik unterhalb des Halses.

Der Patient berichtete über keinen Bewusstseinsverlust und sein Erinnerungsvermögen ist nicht beeinträchtigt. Es wird eine instabile Wirbel-Fraktur auf Höhe des Wirbels C6 mit nachträglicher Verschiebung und Kompression des Rückenmarks diagnostiziert.

Im Akutspital erfolgte eine dorsale Stabilisierung C5 bis C7 mit gleichzeitiger Diskektomie C5-6 und C 6-7. Der Patient wird am 5. postoperativen Tag zur spezialisierten Erstrehabilitation in ein Paraplegiezentrum verlegt.

Bei Eintritt in das Paraplegiezentrum wurde eine schlaffe Querschnittlähmung C5 AIS B mit spinalem Schock, sowie neurogener Störung der Harnblasen-, Darm- und Sexualfunktionen diagnostiziert. Neurogene Harnblasenlähmung bei Schädigung des oberen Motoneurons (Typ UMNL). Die Atmung erfolgt spontan. Der Patient leidet bei vegetativer Dysregulation unter labilem Blutdruck (Blutdruckinstabilität). Er ist bei allen alltäglichen Tätigkeiten auf Hilfe angewiesen. Während des Rehabilitationsaufenthaltes entwickelte er subläsionale, neurogene Schmerzen sowie eine behindernde Spastik. Zusätzlich wurde die Behandlung durch eine akute psychotische Episode nach aktuellem Cannabiskonsum erschwert. Unter anderem wurden psychiatrische Interventionen dahingehend notwendig.

Er erhielt eine intensive Behandlung mit dem Ziel einer schnellen Rückkehr in das, durch zusätzliche Hilfe/Unterstützung ergänzte, häusliche Umfeld.

Zusätzlich erfolgte während des Rehabilitationsaufenthalts ein diagnostischer und therapeutischer Hausbesuch von 5 Stunden, zur Klärung der häuslichen Situation und zur Beurteilung weiterer Rehabilitationsziele/weiterer notwendiger Massnahmen.

In der rehabilitativen Grundpflege benötigte der Patient im Durchschnitt maximal 180 Minuten Pflege pro Tag. Zusätzlich erlernte er im Rahmen von therapeutischen Massnahmen (30 Minuten täglich) wieder neu die Aktivitäten des täglichen Lebens (z.B. selbständiges Umdrehen, Lagern, An- und Auskleiden, Körperpflege, eigenständige Positionierung, Prävention von Komplikationen etc.). Während seines 294-tägigen Aufenthalts erhielt der Patient insgesamt 30 Sitzungen Physio- und Ergotherapie pro Woche und wöchentliche psychologische Betreuung. Die funktionellen Einschränkungen werden als schwer eingestuft, kognitiv liegen keine Störungen vor. Das Gehen ist nicht möglich, der SCIM-Score steigt von 10 von 100 Punkten auf 27 von 100 Punkten.

Folgende Diagnosen liegen gemäss ärztlicher Austrittsdokumentation vor:

- *Inkomplette spastische Tetraplegie der Sensibilität und Motorik auf neurologischer Ebene C6 AIS C in Folge einer C6-Wirbelfraktur (initial C5 AIS B), stabilisiert.*
- *Neurogen bedingte Störung der Harnfunktionen und notwendige Anlage/Einsatz eines suprapubischen Katheters.*
- *Neurogen bedingte Störungen der Darmfunktionen mit rezidivierendem Subileus und Stuhlentleerung über Einläufe und abführende Medikamente.*
- *Neurogen bedingte Störungen der Sexualfunktionen mit erektiler Dysfunktion, Anorgasmie und Anejakulation.*
- *Mittlere Dysautonomie mit anhaltend labilem Blutdruck und Neigung zu Hypotonie, die medikamentös eingestellt wurde.*
- *Subläsionale neurogene Schmerzen, hauptsächlich auf der Höhe der rechten unteren Extremität bei behindernder Spastik.*

Die medizinische Dokumentation erlaubt zusätzlich die Kodierung einer komplexen Akutschmerzbehandlung für mehr als 21 Behandlungstage.

An 210 Aufenthaltstagen sind die Bedingungen für die Erfassung der Pflegekomplexbehandlung gemäss Dokumentation ebenfalls erfüllt.

HD	S14.13†	Sonstige inkomplette Querschnittverletzungen des zervikalen Rückenmarkes
ND	N51.8*	Sonstige Krankheiten der männlichen Genitalorgane bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
ND	S14.75!	Funktionale Höhe einer Verletzung des zervikalen Rückenmarkes, C5
ND	G95.80	Harnblasenlähmung bei Schädigung des oberen motorischen Neurons [UMNL]
ND	G95.82	Harnblasenfunktionsstörung durch spinalen Schock
ND	G90.88	Sonstige Krankheiten des autonomen Nervensystems
ND	I98.8*	Sonstige näher bezeichnete Störungen des Kreislaufsystems bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
ND	I95.8	Sonstige Hypotonie
ND	F12.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide, Psychotische Störung
ND	K59.2	Neurogene Darmstörung, anderenorts nicht klassifiziert
ND	R25.2	Krämpfe und Spasmen der Muskulatur
B	93.87.D4	Paraplegiologische rehabilitative Komplexbehandlung, mindestens 280 bis zu 307 Behandlungstage, mit durchschnittlich 30 Therapieeinheiten pro Woche
B	AA.33.-	Spinal Cord Independence Measure [SCIM] - bei Eintritt entsprechend der Score-Erhebung
B	AA.33.-	Spinal Cord Independence Measure [SCIM] - bei Austritt entsprechend der Score-Erhebung
B	99.C2.1Y	Pflege-Komplexbehandlung bei Erwachsenen, 601 bis 700 Aufwandspunkte
B	93.89.D2	<i>Diagnostischer und therapeutischer Hausbesuch als Teil einer akutrehabilitativen oder rehabilitativen Abklärung, Dauer von mehr als 4 Stunden bis 6 Stunden</i>
B	93.A3.34	Komplexe Akutschmerzbehandlung, von 21 und mehr Behandlungstage
B		Psychiatrische und andere Interventionen gemäss med. Dokumentation
B	57.17	Perkutane suprapubische Zystostomie

2.8. Kodierrichtlinien Rehabilitation

Betrifft alle Sprachversionen

Bemerkung zur Anpassung:

Aufgrund der Anpassung unter Punkt 3.6 des Rundschreiben 2025 Nr.1, ist der diagnostische Hausbesuch aus den untenstehenden Beispielen zu streichen, weil dessen Therapieminuten bereits zu den Therapieminuten pro Woche gezählt werden.

Wenn in einem CHOP-Code der Rehabilitation (BA.-) eine Therapieform bereits enthalten ist, wird diese nicht separat (zusätzlich) kodiert. Dies bedeutet, dass bei der Erfassung von Codes der Rehabilitation (BA.-) die Codes der Elementegruppe 93.89.D- für denselben Zeitraum nicht erfasst werden.

Effektive Anpassungen:

Beispiele je Rehabilitationsart

Beispiel 1 Neurologische Rehabilitation

Ein Patient wird zur stationären Rehabilitation verlegt mit Status nach Hirninfarkt im Mediastromgebiet und mit schlaffer Halbseitenlähmung. Nebendiagnostisch besteht eine koronare Herzkrankheit zweier Gefässe, die medikamentös behandelt wird.

Pflegerisch benötigt der Patient einen über die Basisleistung hinausgehenden dokumentierten Zusatzaufwand von 73 Aufwandspunkten. Zusätzlich erhält er über 4 Wochen durchschnittlich 700 Minuten pro Woche Logopädie und Ergotherapie. Ausserdem erfolgt während der Rehabilitation ein Hausbesuch zur Abklärung der häuslichen Situation sowie der weiteren Rehabilitationsziele und Massnahmen.

Kodierung:

HD I63.4 Hirninfarkt nach Embolie zerebraler Arterien

L

ND G81.0 Schlanfe Hemiparese und Hemiplegie

L

ND I25.12 Atherosklerotische Herzkrankheit: Zwei-Gefäss-Erkrankung

ND U50.- Motorische Funktionseinschränkung

ND U51.- Kognitive Funktionseinschränkung

B BA.1 Neurologische Rehabilitation

B AA.1- Messung der Activity of Daily Living [ADL]

~~B 93.89.D2 Diagnostischer Hausbesuch als Teil einer akutrehabilitativen oder rehabilitativen Abklärung, Dauer von mehr als 4 Stunden bis 6 Stunden~~

Beispiel 8 Geriatrische Rehabilitation

Ein multimorbider Patient tritt im Anschluss an die Behandlung im Akutspital zur Rehabilitation ein. Er leidet an Rückenschmerzen aufgrund Spinalkanalstenose begleitet von radikulären schmerzhaften Ausstrahlungen und Lähmungserscheinungen.

Alle im Beispiel aufgeführten akutsomatischen Diagnosen liegen gemäss ärztlicher Dokumentation weiterhin vor und benötigen für die Kodierung einen Aufwand > 0 gemäss Kodierregel G 54. Andere Kodierregeln und Hinweise im Medizinischen Kodierungshandbuch sind zu beachten.

Während der Rehabilitation erfolgt ein **diagnostisch und therapeutischer Hausbesuch** zur Abklärung der häuslichen Situation und zum Festlegen von weiteren Rehabilitationszielen und notwendigen Massnahmen.

Kodierung:

HD M48.06 Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich

ND G55.3* Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (M45 - M46†, M48.-†, M53 - M54†)

ND E03.9 Hypothyreose, nicht näher bezeichnet

ND I50.13 Linksherzinsuffizienz mit Beschwerden bei leichter Belastung

ND E11.72† Diabetes mellitus Typ 2, mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet

ND G63.2* Diabetische Polyneuropathie

ND N08.3* Glomeruläre Krankheiten bei Diabetes mellitus

ND N18.3 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 3

ND I10.00 Benigne essentielle Hypertonie: ohne Angabe einer hypertensiven Krise

ND E44.1 Leichte Energie- und Eiweissmangelernährung

ND E55.9 Vitamin-D-Mangel, nicht näher bezeichnet

ND U50.- Motorische Funktionseinschränkung

ND U51.- Kognitive Funktionseinschränkung

B BA.8 Geriatrische Rehabilitation

B AA.1- Messung der Activity of Daily Living [ADL]

~~B 93.89.D2 Diagnostischer Hausbesuch als Teil einer akutrehabilitativen oder rehabilitativen Abklärung, Dauer von mehr als 4 Stunden bis 6 Stunden~~

3. Zusatzinformationen zur CHOP 2025

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

3.1. Korrekturen in der Einleitung des systematischen Verzeichnisses der CHOP 2025

3.1.1. Abschnitt «Sprachen, Formate, Verfügbarkeit»

Betrifft nur die deutsche Sprachversion

Seit September 2024 hat sich das Layout der Internetseite des BFS geändert.

Die Instrumente zur medizinischen Kodierung finden Sie unter www.statistik.ch → Grundlagen **und Erhebungen** → **Nomenklaturen** → Medizinische Kodierung und Klassifikationen → Instrumente zur medizinischen Kodierung → Gültige Instrumente zur medizinischen Kodierung je Jahr.

3.1.2. Abschnitt «Inhaltliche Änderungen in der CHOP 2025»

Betrifft nur die deutsche Sprachversion

Folgende Fehler sind in der Einleitung zu korrigieren.

Kap. 0 Massnahmen und Interventionen nicht anderswo klassifizierbar (00)

[...]

Reoperation

Titel und «Beachte» der Zusatzcodes 00.99.11 «Reoperation in einem bereits offen chirurgisch, thorakoskopisch, laparoskopisch und arthroskopisch voroperierten Gebiet» und 00.99.12 «Operation in einem bereits perkutan interventionell vorbehandelten oder bestrahlten Gebiet» wurden gemäss Punkt 3.1 des Rundschreibens **2025 2024** Nr. 2 angepasst. Wie angekündigt, wurde die Resteklasse 00.99.19 «Reoperation in einem bereits über sonstige Zugänge voroperierten Gebiet» ergänzt.

[...]

Kap. 3 Operationen an den Augen (08–16)

Destruktion von Läsion oder Gewebe an Retina und Chorioidea

Durch die Revision der «Radio-Onkologie und Strahlentherapie» sind die radiotherapeutischen Verfahren mittels Codes der 3-stelligen Kategorie 92.5- zu erfassen. Die Codes 14.26 «Destruktion einer chorioretinalen Läsion durch Radiotherapie» und 14.27 «Destruktion einer chorioretinalen Läsion durch Implantation einer Strahlenquelle» wurden somit gestrichen. Mehrere **«Kodierte ebenso»** **«Exklusiva»** unter 14.2 weisen auf die zutreffenden Codes unter 92.5-. [...]

[...]

Kap. 14 Operationen am Bewegungsapparat (76–84)

[...]

Injektion von Anästhetikum, Analgetikum und sonstigen Substanzen an Ligamenten und Muskulatur

[...]

Der Kode 83.98 «Injektion eines Lokaltherapeutikums in andere Weichteile» wurde aufgegliedert. Die Subkategorie **83.89– 83.98.-** beinhaltet eine Resteklasse «sonstige» und drei Codes in der Elementegruppe 83.98.1- «Injektion von Anästhetikum, Analgetikum und sonstigen Substanzen an Ligamenten und Muskulatur, zur Schmerztherapie oder Kontrakturbehandlung». Die Codes 83.98.11 «Injektion von Anästhetikum und Analgetikum an Ligamenten und Muskulatur, zur Schmerztherapie, ohne bildgebende Verfahren [BV]» und 83.98.12 «[...] mit bildgebenden Verfahren [BV]» wurden von der gestrichenen Elementegruppe 81.92.4- übernommen. Der Kode 83.98.13 «Injektion von Substanzen an Ligamenten und Muskulatur, zur Kontrakturbehandlung» ist der neu beantragte Kode. Dieser wurde mit der ergänzenden Beschreibung «Intramuskuläre Injektion von Botulinumtoxin zur Kontrakturlösung» aufgenommen. Ein «Exklusivum – Kode weglassen» «Falls nur Injektion von Substanzen an Ligamenten und Muskulatur, zur Kontrakturbehandlung (83.98.13)» wurde unter dem Zusatzkode 00.9E «Einzeitige Mehrfacheingriffe an Muskeln und Sehnen an Arm und Bein bei Kontrakturen» **aufgenommen**.

3.1.3. Abschnitt «Sprachliche Richtlinien» - «Berufsbezeichnungen»

Betrifft nur die französische und italienische Sprachversionen

3.2. 39.78.6- Anzahl der implantierten aortalen Stent-Grafts [Stent-Prothesen]

Betrifft alle Sprachversionen

Das «Beachte» der Elementegruppe 39.78.6- ist wie folgt zu korrigieren.

39.78.6- Anzahl der implantierten aortalen Stent-Grafts [Stent-Prothesen]
Beachte: Summe der insgesamt implantierten Stent-Grafts [Stent-Prothesen] in die **Aorta ascendens, den Arcus aortae, die Aorta thoracica, thoracoabdominalis und abdominalis.**

3.3. 54.99.50 und 54.99.51 Temporärer Bauchwandverschluss

Betrifft alle Sprachversionen

Die bestehenden «Kodierte ebenso» unter den Codes 54.99.50, 54.99.51 und 54.99.52 sind mit «Falls durchgeführt» zu ergänzen. Unter dem Code 86.88.13 sind drei reziproke «Kodierte ebenso» anzugeben. Das Eröffnen eines temporären Bauchwandverschlusses ist nicht als Laparotomie zu betrachten. Ein «Exklusivum – Kode weglassen» ist unter der 3-stelligen Kategorie 54.1- aufzunehmen. Unter der 3-stelligen Kategorie 54.6- ist ein Exklusivum auf den Code 86.88.13 einzutragen. Unter dem Code 96.B2 sind zwei Exklusiva auf die Codes 54.99.50 und 54.99.51 anzugeben.

54.1- Laparotomie
EXKL. ~~Anlegen eines temporären Bauchwandverschlusses (54.99.50)~~
Kode weglassen - Eröffnen und Wiederanlegen eines temporären Bauchwandverschlusses (54.99.51)

[...]

54.6- Naht an Bauchwand und Peritoneum
EXKL. Anlegen eines temporären Bauchwandverschlusses (54.99.50)
Eröffnen und Wiederanlegen eines temporären Bauchwandverschlusses (54.99.51)
Operative Anlage einer externen Vorrichtung zur Bauchdeckentraktion, mit definierbarer Krafteinstellung (54.99.52)
Operative Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung in Regional- oder Allgemeinanästhesie, am offenen Abdomen (86.88.13)

[...]

54.99.50 Anlegen eines temporären Bauchwandverschlusses
Kod. eb.: Falls durchgeführt - Operative Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung in Regional- oder Allgemeinanästhesie, am offenen Abdomen (86.88.13)

54.99.51 Eröffnen und Wiederanlegen eines temporären Bauchwandverschlusses
Kod. eb.: Falls durchgeführt - Operative Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung in Regional- oder Allgemeinanästhesie, am offenen Abdomen (86.88.13)

54.99.52 Operative Anlage einer externen Vorrichtung zur Faszientraktion am Abdomen [Bauchdeckentraktion], mit definierbarer Krafteinstellung
Kod. eb.: Dauer der Anwendung einer externen Vorrichtung zur Faszientraktion am Abdomen [Bauchdeckentraktion], mit definierbarer Krafteinstellung, nach Anzahl Behandlungstage (93.5A.1-)
Falls durchgeführt - Operative Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung in Regional- oder Allgemeinanästhesie, am offenen Abdomen (86.88.13)

[...]

86.88.13 Operative Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung in Regional- oder Allgemeinanästhesie, am offenen Abdomen
Kod. eb.: Anlegen eines temporären Bauchwandverschlusses (54.99.50)
Eröffnen und Wiederanlegen eines temporären Bauchwandverschlusses (54.99.51)
Falls durchgeführt - Operative Anlage einer externen Vorrichtung zur Faszientraktion am Abdomen [Bauchdeckentraktion], mit definierbarer Krafteinstellung (54.99.52)

[...]

- 96.B2 Nicht-operative Behandlung am offenen Abdomen
 Beachte: Dieser Eingriff, zur Spülung und zum Tücherwechsel, wird unter sterilen Bedingungen, in einem Operationssaal oder auf der Intensivstation, sowie unter Vollnarkose durchgeführt.
 EXKL. Operative Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung in Regional- oder Allgemeinanästhesie, am offenen Abdomen (86.88.I3)
 Anlegen eines temporären Bauchwandverschlusses (54.99.50)
 Eröffnen und Wiederanlegen eines temporären Bauchwandverschlusses (54.99.51)

3.4. 80.05.16 Entfernen einer Totalendoprothese des Hüftgelenks, Sonderprothese

Betrifft alle Sprachversionen

Der Begriff «Langschaftprothese» ist aus dem Inklusivum unter dem Kode 80.05.16 zu streichen.

- 80.05.16 Entfernen einer Totalendoprothese des Hüftgelenks, Sonderprothese
 INKL. Tumorprothese, modulare Prothese, ~~Langschaftprothese~~

3.5. Neuropsychologische Behandlung, nach Dauer der Behandlung und Neurologische Rehabilitation

Betrifft alle Sprachversionen

Die Neuropsychologie zählt zu den Therapiebereichen der neurologischen, pädiatrischen und geriatrischen Rehabilitationen, entsprechende «Exklusiva – Kode weglassen» sind unter der Elementegruppe 89.15.8- aufzunehmen. Das «Kodierte ebenso» unter der 3-stelligen Kategorie BA.1- ist zu streichen.

- 89.15.8- Neuropsychologische Behandlung, nach Dauer der Behandlung
 EXKL. Kode weglassen – Neurologische Rehabilitation (BA.1-)
 Kode weglassen – Pädiatrische Rehabilitation (BA.7-)
 Kode weglassen – Geriatrische Rehabilitation (BA.8-)

[...]

- BA.1- Neurologische Rehabilitation
~~Kod. ob.: Falls durchgeführt – Neuropsychologische Behandlung, nach Dauer der Behandlung (89.15.8-)~~

[...]

3.6. 93.89.D- Erfassung der Kodes für den diagnostischen und therapeutischen Hausbesuch zusammen mit den BA-Kodes in der Rehabilitation

Betrifft alle Sprachversionen

Um das Anwendungsspektrum der Kodes der Elementegruppe 93.89.D- «Diagnostischer und therapeutischer Hausbesuch als Teil einer akutrehabilitativen oder rehabilitativen Abklärung, nach Dauer» für die Rehabilitation abzugrenzen, wird ein «Exklusivum - Kode Weglassen - Rehabilitation (BA.-)» eingeführt. Dies bedeutet, dass bei der Erfassung von Kodes der Rehabilitation (BA.-) die Kodes der Elementegruppe 93.89.D- für denselben Zeitraum nicht eingegeben werden.

- 93.89.D- Diagnostischer und therapeutischer Hausbesuch als Teil einer akutrehabilitativen oder rehabilitativen Abklärung, nach Dauer
 EXKL. Kode Weglassen - Rehabilitation (BA.-)
 [...]

3.7. 93.8C.1- Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation, nach Anzahl Behandlungstage

Betrifft alle Sprachversionen

Fragen zur Interpretation des Satzes «Funktionstherapie im Durchschnitt der Behandlungsdauer von 2 Std./Tag an mindestens 5 von 7 Tagen» beim früheren Punkt 2. des «Mindestmerkmal Punkt 3, Therapie» führten zur Umformulierung der früheren Punkte 1, 2 und 3.

93.8C.1- Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation, nach Anzahl Behandlungstage
Beachte: [...]

Mindestmerkmal Punkt 3, Therapie:

~~1. Rehabilitationspflege (fördernde und unterstützende Pflege, z. B. Waschraining, Anziehtraining, Ess-
training, Kontinenztraining, Orientierungstraining, Schlucktraining, Tracheostomamanagement, isolie-
rungspflichtige Massnahmen u.a.) für mindestens 2 Std./Tag an 7/7 Tagen.
2. Funktionstherapie im Durchschnitt der Behandlungsdauer von 2 Std./Tag an mindestens 5 von 7 Ta-
gen, häufig durch mehrere Therapeutinnen / Therapeuten gemeinsam (Doppelbehandlungen) mit Ein-
satz von mindestens 2 der unter 4.2 aufgelisteten Therapiebereiche.
3. Grund- und Rehabilitationspflege und Funktionstherapie gesamthaft für mind. 5 Std. pro Tag an 7/7
Tagen, wobei die Therapie-/Pflegezeiten bei simultanem Einsatz mehrerer Therapeutinnen / Therapeuten
und Pflegefachfrauen / Pflegefachmänner aufsummiert werden können. Bei Kindern und Jugendlichen
können 2 Std./Tag an heil- und sonderpädagogische Förderung zu der Rehabilitationspflege und Funkti-
onstherapie angerechnet werden. Abweichungen davon sind nur aus patientenspezifischen Gründen
möglich, diese müssen dokumentiert sein.~~

1. Grund- und Rehabilitationspflege sowie Funktionstherapie:

Pflege (Grund- und Rehabilitationspflege) sowie Funktionstherapie: durchschnittlich über die gesamte neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation mindestens 2100 Therapieminuten pro Woche (7 aufeinanderfolgende Kalendertage). Abweichungen davon sind nur aus patientenspezifischen Gründen möglich, diese müssen dokumentiert sein. s. Punkte 1a, 1b und 1c zur Gliederung und Verteilung der Mindest-Therapieminuten.

1a. Rehabilitationspflege (fördernde und unterstützende Pflege, z. B. Waschraining, Anziehtraining, Esstraining, Kontinenztraining, Orientierungstraining, Schlucktraining, Tracheostomamanagement, isolierungspflichtige Massnahmen u.a.): durchschnittlich über die gesamte neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation mindestens 840 Therapieminuten pro Woche. Die Rehabilitationspflege wird an 7 von 7 Tagen erbracht.

1b. Funktionstherapie: durchschnittlich über die gesamte neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation mindestens 600 Therapieminuten pro Woche. Die Funktionstherapie wird an mindestens 5 von 7 Tagen erbracht. Die Funktionstherapie wird häufig durch mehrere Therapeutinnen / Therapeuten gemeinsam (Doppelbehandlungen) durchgeführt. Mindestens 2 der unter 4.2 aufgelisteten Therapiebereiche kommen pro Woche zum Einsatz.

1c. Bei Kindern und Jugendlichen können 840 Minuten pro Woche an heil- und sonderpädagogische Förderung zur Rehabilitationspflege und Funktionstherapie angerechnet werden.

1d. Die Therapie-/Pflegezeiten bei simultanem Einsatz mehrerer Therapeutinnen / Therapeuten und Pflegefachfrauen / Pflegefachmänner können aufsummiert werden.

~~4.~~ 2. Ärztliche Visiten an mindestens 5 von 7 Tagen.

~~5.~~ 3. Verschiedene andere Fachbereiche wie: Ernährungsberatung/therapie, Orthoptik, etc. können bei Bedarf zusätzlich durchgeführt werden.
[...]

3.8. 93.8A.2- und 93.8B.- Palliativmedizin

Betrifft alle Sprachversionen

Aufgrund diverser Anfragen zur Erfassung der Codes der Elementegruppen 93.8A.2-, 93.8B.1- und 93.8B.2- erfolgten Abklärungen mit Experten und Interessensvertretern.

- Die Titel der Codes der Elementegruppe 93.8A.2- und der Subkategorie 93.8B.- wurden angepasst, um den Behandlungs-ort zu verdeutlichen.
- Die Definition der Palliativmedizin wurde in den Beachte «Mindestmerkmal Punkt 1, Indikation» der Elementegruppe 93.8A.2- und der Subkategorie 93.8B.- harmonisiert und dem akutstationären Kontext angepasst.
- Die «interprofessionelle Visite» erschien in den Mindestmerkmalen der Subkategorie 93.8B.- doppelt. Sie wurde aus dem «Mindestmerkmal Punkt 5, Therapieplanung und -kontrolle» gestrichen.
- Die pro rata Berechnung wurde für die Codes «mindestens 4 bis 6 Behandlungstage» erläutert.
- Die Codes der Elementegruppe 93.8B.2- wurden als Zusatzcodes gekennzeichnet und deren Erfassung präzisiert.

Diese Anpassungen haben ebenfalls Auswirkungen auf die Präzisierung 0755 «Informationen und Präzisierungen zur Palliative Care» im Anhang des Rundschreibens. Zwei Beispiele erläutern zudem die Erfassung der Zusatzcodes der Elementegruppe 93.8B.2-.

93.8A.2- Palliativmedizinische Komplexbehandlung (ausserhalb einer eigenständigen spezialisierten Palliative Care Station), nach Anzahl Behandlungstage

Beachte: Mindestmerkmal Punkt 1, Indikation:

Die akutstationäre Palliativmedizin beinhaltet eine aktive, ganzheitliche Behandlung ~~zur Symptomkontrolle und psychosozialen Stabilisierung~~ von Patientinnen / Patienten mit einer progredienten (voranschreitenden), weit fortgeschrittenen Erkrankung ~~und~~ sowie einer begrenzten Lebenserwartung zum Zeitpunkt, in der die Erkrankung nicht mehr auf eine kurative Behandlung anspricht oder keine kurative Behandlung mehr durchgeführt werden kann. Die Beherrschung von Schmerzen und anderen Krankheitsbeschwerden sowie psychologischen, sozialen und spirituellen Problemen, hat höchste Priorität. Die palliativmedizinische Komplexbehandlung erfolgt in einem dem Gesamtzustand der Patientin / des Patienten gerechten Zimmer. Vorausschauende und situationsbezogene Entscheidungsfindung mit allfälligem Einbezug von Spezialistinnen / Spezialisten.

Mindestmerkmal Punkt 2, Eintrittsabklärung, Assessment:

Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments [PBA]. Erst nach der Durchführung des palliativmedizinischen Basisassessments [PBA] zählen die Behandlungstage. Lässt der Zustand der Patientin / des Patienten die abschliessende Erhebung des PBA nicht zu, ist dies zu dokumentieren.

Mindestmerkmal Punkt 3, Behandlungsteam und Therapie:

a) Leitung des Behandlungsteams durch eine Fachärztin / einen Facharzt mit spezifischer Weiterbildung in Palliativmedizin, mindestens 80 Stunden, oder unter der Leitung einer Fachärztin / eines Facharztes mit Schwerpunkt Palliativmedizin.

b) Multidisziplinäres Behandlungsteam, bestehend aus Ärztin / Arzt, Pflegepersonal sowie Therapeutinnen / Therapeuten aus folgenden Therapiebereichen: Sozialarbeit/-pädagogik, Psychologie, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Ernährungsberatung/therapie, Seelsorge, Kunsttherapie.

c) Ärztliche Leistung, Pflege sowie 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.

In jeder Behandlungswoche kommen Ärztin / Arzt, Pflege sowie mindestens zwei therapeutische Berufsgruppen (Sozialarbeiter/in und Seelsorger/in zählen ebenfalls zu den therapeutischen Berufsgruppen) zum Einsatz.

Mindestmerkmal Punkt 4, Therapieplanung und -kontrolle:

- a) Erstellung eines individuellen interprofessionellen Behandlungsplanes.
- b) Wöchentliche interprofessionelle Teambesprechung mit Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele.

Mindestmerkmal Punkt 5, Austrittsplanung:

Austrittsplanung mit Organisation eines supportiven Netzwerkes.

Kod. eb.: Falls durchgeführt - Pflege-Komplexbehandlung (99.C-)

Exkl. Kode weglassen - Behandlung auf einer eigenständigen spezialisierten Palliative Care Station (93.8B.-)

93.8A.2B Palliativmedizinische Komplexbehandlung (ausserhalb einer eigenständigen spezialisierten Palliative Care Station), bis 3 Behandlungstage

93.8A.2C Palliativmedizinische Komplexbehandlung (ausserhalb einer eigenständigen spezialisierten Palliative Care Station), mindestens 4 bis 6 Behandlungstage

Beachte: Dieser Kode gilt für eigenständige Kurzaufenthalte.

Unter «Mindestmerkmal Punkt 3, Behandlungsteam und Therapie» wird angegeben: «Ärztliche Leistung, Pflege sowie mindestens zwei der oben genannten Therapiebereiche kommen insgesamt mindestens 6 Stunden pro Behandlungswoche (7 Kalendertage) zum Einsatz.».

Dies bedeutet, dass zur Erfassung des Kodes 93.8A.2C, gemäss pro rata Berechnung, mindestens [0.86 Stunden (51.6 Minuten) pro Tag] x 4 Behandlungstage = 3.44 Stunden (206 Minuten) geleistet werden müssen. Die 0.86 Stunden sind nicht strikt pro Tag zu leisten, sondern im Durchschnitt über die vier Tage (z. B. Tag 1: 1 Stunde, Tag 2: 0.5 Stunden, Tag 3: 2 Stunden und Tag 4: 0 Stunden = 0.875/Tag im Durchschnitt). Mindestens eine ärztliche Leistung, eine Pflege sowie zwei der genannten Therapiebereiche kommen zum Einsatz.

Die pro rata Zählung ist nur für diesen «Kurzaufenthalt»-Kode zu berücksichtigen.

93.8A.2D Palliativmedizinische Komplexbehandlung (ausserhalb einer eigenständigen spezialisierten Palliative Care Station), mindestens 7 bis 13 Behandlungstage

93.8A.2E Palliativmedizinische Komplexbehandlung (ausserhalb einer eigenständigen spezialisierten Palliative Care Station), mindestens 14 bis 20 Behandlungstage

93.8A.2F Palliativmedizinische Komplexbehandlung (ausserhalb einer eigenständigen spezialisierten Palliative Care Station), mindestens 21 bis 27 Behandlungstage

93.8A.2G Palliativmedizinische Komplexbehandlung (ausserhalb einer eigenständigen spezialisierten Palliative Care Station), 28 und mehr Behandlungstage

93.8B.- Behandlung auf einer eigenständigen spezialisierten Palliative Care Station

Beachte: Mindestmerkmal Punkt 0, Referenzdokument und Zertifizierung:

Referenzdokument: Präzise Mindestkriterien der Struktur und entsprechende Ausnahmen sind dem Dokument «Referenzdokument für stationäre spezialisierte Palliative Care», Version 3.3 gültig ab 01.01.2021 zu entnehmen. Link: <https://www.palliative.ch/de/was-wir-tun/arbeitsgruppen/qualitaet>

Zertifizierung: Zur Erfassung von Kodes der Elementgruppen 93.8B.1- und 93.8B.2- muss die behandelnde Einheit (Station oder Klinik) das Qualitätslabel «Spezialisierte Palliative Care» haben. ~~Die Institution ist «Mobil & Stationär – Spezialisierte Palliative Care» oder «Palliative Station – Spezialisierte Palliative Care» zertifiziert.~~

Mindestmerkmal Punkt 1, Indikation:

Kontinuierliche, 24-stündige Behandlung auf einer eigenständigen Palliativeinheit (Station oder Klinik) durch ein multidisziplinäres/interprofessionelles, auf die besonders aufwändige und komplexe Palliativbehandlung spezialisiertes Team. Die akutstationäre Palliativmedizin beinhaltet eine aktive, ganzheitliche Behandlung zur Symptomkontrolle und psychosozialen Stabilisierung von Patientinnen / Patienten mit einer fortgeschrittenen, chronischen/unheilbaren progredienten (voranschreitenden), weit fortge-

schrittenen Erkrankung ~~und~~ sowie einer begrenzten Lebenserwartung zum Zeitpunkt, in der die Erkrankung nicht mehr auf eine kurative Behandlung anspricht oder keine kurative Behandlung mehr durchgeführt werden kann. Die Beherrschung von Schmerzen und anderen Krankheitsbeschwerden sowie psychologischen, sozialen und spirituellen Problemen, hat höchste Priorität. Vorausschauende und situationsbezogene Entscheidungsfindung mit allfälligem Einbezug von Spezialistinnen / Spezialisten.

Mindestmerkmal Punkt 2, Eintrittsabklärung, Assessment:

- a) Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments [PBA] inklusive Erfassung von Komplexität und Instabilität. Erst nach der Durchführung des palliativmedizinischen Basisassessments [PBA] zählen die Behandlungstage. Lässt der Zustand der Patientin / des Patienten die abschliessende Erhebung des PBA nicht zu, ist dies zu dokumentieren.
- b) Erstellen eines individuellen, interprofessionellen Behandlungsplanes und Definition von patientenbasierten, priorisierten Outcomes [Advance Care Planning].

Mindestmerkmal Punkt 3, Therapie:

- a) 5/7 Tage interprofessionelle Visite
- b) für die jeweils zutreffenden Spezifizierungen siehe unter den Elementegruppen 93.8B.1- oder 93.8B.2-
- c) Aktiver Einbezug des familiären Umfeldes in Assessments, Behandlungsplan und Evaluation des Therapieverlaufs
- d) Unterstützung der Angehörigen bei der Trauerarbeit.

Mindestmerkmal Punkt 4, Behandlungsteam:

- a) Teamzusammensetzung und Leitung: Multidisziplinäres/interprofessionelles, auf die besonders aufwändige und komplexe Palliativbehandlung spezialisiertes Team unter der Leitung einer Fachärztin / eines Facharztes mit Nachweis des abgeschlossenen Weiterbildungsganges Interdisziplinären Schwerpunkt Palliativmedizin. Die 24-stündige fachliche Behandlungsleitung kann durch Rufbereitschaft gewährleistet werden.
- b) Pflegepersonal: Pflegerische Leitung mit Nachweis einer anerkannten Zusatzqualifikation für Palliative Care sowie mind. zweijähriger Erfahrung in der Behandlung von Palliativpatientinnen / Palliativpatienten.
- c) Multidisziplinäres Behandlungsteam, in dem neben Ärztin / Arzt sowie Pflegepersonal, Therapeutinnen / Therapeuten aus folgenden Therapiebereichen verfügbar sind: Sozialarbeit/-pädagogik, Psychologie, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Ernährungsberatung/therapie, Seelsorge, Kunsttherapie.

Mindestmerkmal Punkt 5, Therapieplanung und -kontrolle:

- ~~a) 5/7 Tage interprofessionelle Visite mit Dokumentation des Behandlungsverlaufs.~~
- b) Wöchentliche interprofessionelle Teambesprechung mit Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele.

Mindestmerkmal Punkt 6, Austrittsplanung:

Austrittsplanung mit Organisation eines supportiven Netzwerkes.

Mindestmerkmal Punkt 7, Erfassung:

Die Elementegruppe 93.8B.1- stellt den ~~die Basisleistung «Spezialisierte Palliative Care», nach Anzahl Behandlungstage~~ «Aufenthalt auf einer eigenständigen spezialisierten Palliative Care Station, nach Anzahl Behandlungstage» dar. ~~Die Elementegruppe 93.8B.2- die «Spezialisierte Palliative Care mit zusätzlicher Leistung von Therapien».~~ Falls die Mindestmerkmale unter 93.8B.- sowie unter 93.8B.1- erfüllt sind, ist der entsprechende Code unter 93.8B.1- für die gesamte Behandlungsdauer auf der spezialisierten Palliative Care Station zu erfassen. ~~Werden zusätzlich für eine gewisse Zeit die Mindestmerkmale des 93.8B.2- erfüllt, so ist zusätzlich ein entsprechender Code unter 93.8B.2- zu erfassen.~~ Falls in einer oder mehreren Behandlungswochen parallel zum Aufenthalt auf einer eigenständigen spezialisierten Palliative Care Station spezialisierte Palliative Care Zusatzleistungen erbracht werden, kann der entsprechende Code der Elementegruppe 93.8B.2- «Zusatzleistung auf einer eigenständigen spezialisierten Palliative Care Station, nach Anzahl Behandlungstage» erfasst werden.

Kod. eb.: Falls durchgeführt - Pflege-Komplexbehandlung (99.C-)

Exkl. Kode weglassen - Palliativmedizinische Komplexbehandlung (~~ausserhalb einer eigenständigen spezialisierten Palliative Care Station~~), nach Anzahl Behandlungstage (93.8A.2-)

Kode weglassen - Rehabilitation (BA.-)

Kode weglassen - Zusätze für die Rehabilitation (BB.-)

93.8B.1- ~~Basisleistung «Spezialisierte Palliative Care»~~ Aufenthalt auf einer eigenständigen spezialisierten Palliative Care Station, nach Anzahl Behandlungstage

Beachte: Mindestmerkmal Punkt 3, Therapie:

Zusätzlich zum «Mindestmerkmal Punkt 3, Therapie» unter der Subkategorie 93.8B.-

b) Ärztliche Leistung, Pflege und bei Bedarf kommen die unter Mindestmerkmal Punkt 4c aufgeführten Therapiebereiche zum Einsatz.

Kod. eb.: ~~Spezialisierte Palliative Care mit zusätzlicher Leistung von Therapien~~ Zusatzleistung auf einer eigenständigen spezialisierten Palliative Care Station (93.8B.2-)

93.8B.16 ~~Basisleistung «Spezialisierte Palliative Care»~~ Aufenthalt auf einer eigenständigen spezialisierten Palliative Care Station, bis 3 Behandlungstage

Beachte: Dieser Kode gilt für eigenständige Kurzaufenthalte.

Unter «Mindestmerkmal Punkt 3, Therapie» unter der Subkategorie 93.8B.- wird angegeben: «a) 5/7 Tage interprofessionelle Visite». Zur Erfassung des Kodes 93.8B.16 muss mindestens 1 interprofessionelle Visite stattgefunden haben.

93.8B.17 ~~Basisleistung «Spezialisierte Palliative Care»~~ Aufenthalt auf einer eigenständigen spezialisierten Palliative Care Station, mindestens 4 bis 6 Behandlungstage

Beachte: Dieser Kode gilt für eigenständige Kurzaufenthalte.

Unter «Mindestmerkmal Punkt 3, Therapie» unter der Subkategorie 93.8B.- wird angegeben: «a) 5/7 Tage interprofessionelle Visite». Zur Erfassung des Kodes 93.8B.17 müssen mindestens 3 interprofessionelle Visiten stattgefunden haben.

93.8B.18 ~~Basisleistung «Spezialisierte Palliative Care»~~ Aufenthalt auf einer eigenständigen spezialisierten Palliative Care Station, mindestens 7 bis 13 Behandlungstage

93.8B.1A ~~Basisleistung «Spezialisierte Palliative Care»~~ Aufenthalt auf einer eigenständigen spezialisierten Palliative Care Station, mindestens 14 bis 20 Behandlungstage

93.8B.1B ~~Basisleistung «Spezialisierte Palliative Care»~~ Aufenthalt auf einer eigenständigen spezialisierten Palliative Care Station, mindestens 21 bis 27 Behandlungstage

93.8B.1C ~~Basisleistung «Spezialisierte Palliative Care»~~ Aufenthalt auf einer eigenständigen spezialisierten Palliative Care Station, 28 und mehr Behandlungstage

93.8B.2- ~~Spezialisierte Palliative Care mit zusätzlicher Leistung von Therapien~~ Zusatzleistung auf einer eigenständigen spezialisierten Palliative Care Station, nach Anzahl Behandlungstage

Beachte: Folgende Kodes sind Zusatzkodes. Der zutreffende Kode der Elementgruppe 93.8B.1- «Aufenthalt auf einer eigenständigen spezialisierten Palliative Care Station, nach Anzahl Behandlungstage» ist zusätzlich zu erfassen. Trifft kein Kode der Elementgruppe 93.8B.1- «Aufenthalt auf einer eigenständigen spezialisierten Palliative Care Station, nach Anzahl Behandlungstage» zu, darf keine «Zusatzleistung auf einer eigenständigen spezialisierten Palliative Care Station, nach Anzahl Behandlungstage» erfasst werden.

Mindestmerkmal Punkt 3, Therapie:

Zusätzlich zum «Mindestmerkmal Punkt 3, Therapie» unter der Subkategorie 93.8B.-

b) Ärztliche Leistung, Pflege sowie 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.
In jeder Behandlungswoche mit zusätzlicher Leistung von Therapien kommen Arzt, Pflege sowie mindestens zwei therapeutische Berufsgruppen (Sozialarbeiter/in und Seelsorger/in zählen ebenfalls zu den therapeutischen Berufsgruppen) zum Einsatz.

- 93.8B.26 ~~Spezialisierte Palliative Care mit zusätzlicher Leistung von Therapien~~ Zusatzleistung auf einer eigenständigen spezialisierten Palliative Care Station, bis 3 Behandlungstage
- 93.8B.27 ~~Spezialisierte Palliative Care mit zusätzlicher Leistung von Therapien~~ Zusatzleistung auf einer eigenständigen spezialisierten Palliative Care Station, mindestens 4 bis 6 Behandlungstage

Beachte: Dieser Code gilt für eigenständige Kurzaufenthalte.

Unter «Mindestmerkmal Punkt 3, Therapie» der Elementegruppe 93.8B.2- wird angegeben: «b) Ärztliche Leistung, Pflege sowie mindestens zwei der unter Mindestmerkmal Punkt 4c aufgeführten Therapiebereiche kommen insgesamt mindestens 6 Stunden pro Behandlungswoche (7 Kalendertage) zum Einsatz.». Dies bedeutet, dass zur Erfassung des Kodes 93.8B.27, gemäss pro rata Berechnung, mindestens

[0.86 Stunden (51.6 Minuten) pro Tag] x 4 Behandlungstage = 3.44 Stunden (206 Minuten) geleistet werden müssen. Die 0.86 Stunden sind nicht strikt pro Tag zu leisten, sondern im Durchschnitt über die vier Tage (z. B. Tag 1: 1 Stunde, Tag 2: 0.5 Stunden, Tag 3: 2 Stunden und Tag 4: 0 Stunden = 0.875/Tag im Durchschnitt). Mindestens eine ärztliche Leistung, eine Pflege sowie zwei der genannten Therapiebereiche kommen zum Einsatz.

Die pro rata Zählung ist nur für diesen «Kurzaufenthalt»-Code zu berücksichtigen.

- 93.8B.28 ~~Spezialisierte Palliative Care mit zusätzlicher Leistung von Therapien~~ Zusatzleistung auf einer eigenständigen spezialisierten Palliative Care Station, mindestens 7 bis 13 Behandlungstage
- 93.8B.2A ~~Spezialisierte Palliative Care mit zusätzlicher Leistung von Therapien~~ Zusatzleistung auf einer eigenständigen spezialisierten Palliative Care Station, mindestens 14 bis 20 Behandlungstage
- 93.8B.2B ~~Spezialisierte Palliative Care mit zusätzlicher Leistung von Therapien~~ Zusatzleistung auf einer eigenständigen spezialisierten Palliative Care Station, mindestens 21 bis 27 Behandlungstage
- 93.8B.2C ~~Spezialisierte Palliative Care mit zusätzlicher Leistung von Therapien~~ Zusatzleistung auf einer eigenständigen spezialisierten Palliative Care Station, 28 und mehr Behandlungstage

Folgende «Exklusiva – Kode weglassen» sind aufgrund der Titeländerungen anzupassen.

- 93.89.9- Geriatrische Akutrehabilitation, nach Anzahl Behandlungstage
[...]
EXKL. Kode weglassen - Palliativmedizinische Komplexbehandlung (ausserhalb einer eigenständigen spezialisierten Palliative Care Station) (93.8A.2-)
Kode weglassen - Behandlung auf einer eigenständigen spezialisierten Palliative Care Station (93.8B.-)
- [...]
93.8A.1- Palliativmedizinisches Assessment
[...]
EXKL. Kode weglassen - Palliativmedizinische Komplexbehandlung (ausserhalb einer eigenständigen spezialisierten Palliative Care Station) (93.8A.2-)
Kode weglassen - Behandlung auf einer eigenständigen spezialisierten Palliative Care Station (93.8B.-)
- [...]

3.9. 94.3D.- / 94.3E.- 1:1-Betreuung bei psychischen und psychosomatischen Störungen

Betrifft alle Sprachversionen

Bei den Subkategorien 94.3D.- «1:1-Betreuung bei psychischen und psychosomatischen Störungen in der Erwachsenenpsychiatrie» und 94.3E.- «1:1-Betreuung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie», ist folgendes «Beachte» anzupassen:

Mindestmerkmal Punkt 5, Erfassung:

[...]

Bei Einzelbetreuung durch mehr als 1 Person (z. B. 2:1) sind die Zeiten für jede Person ~~aufzurechnen~~ zu berechnen. Diese sind dann zu addieren.

[...]

3.10. BB.4- Exklusivum Kode Weglassen – Pädiatrische Rehabilitation (BA.7-)

Betrifft alle Sprachversionen

In Ermangelung eines formellen Gegenarguments zur Erfassung von Überwachungsrehabilitationskodes für pädiatrische Rehabilitationspatienten wird das «Exklusivum - Kode weglassen» «Pädiatrische Rehabilitation (BA.7)» unter der dreistelligen Kategorie BB.4- «Überwachung in der Rehabilitation» gestrichen.

BB.4- Überwachung in der Rehabilitation

Kod. eb.: Falls durchgeführt - 1:1-Betreuung in der Rehabilitation (BB.31.-)

Falls durchgeführt - Wundmanagement in der Rehabilitation, mindestens 60 Min. pro Tag (BB.32)

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

[...]

~~Kode weglassen – Pädiatrische Rehabilitation (BA.7-)~~

[...]

[...]

4. Zusatzinformationen zur ICD-10-GM 2024

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

5. Anhang

5.1. Informationen und Präzisierungen

Das aktuelle Rundschreiben enthält alle, ab 1. Januar 2025 gültigen «Informationen und Präzisierungen».

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

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
 [...] ~~0997~~
 0852 01.07.2017 usw.

0755 01.01.2025 Informationen und Präzisierungen zur Palliative Care

Folgende Präzisierungen betreffen die Elementgruppe 93.8A.2- «**Palliativmedizinische Komplexbehandlung (ausserhalb einer eigenständigen spezialisierten Palliative Care Station), nach Anzahl Behandlungstage**» und die Subkategorie 93.8B.- «**Behandlung auf einer eigenständigen spezialisierten Palliative Care Station**».

0755/1 Standardisiertes palliativmedizinisches Basisassessment

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: Symptommanagement, Entscheidungsfindung/ End of Life Vorbereitung, Netzwerk-Organisation, Support der Angehörigen. SENS integriert alle Themenbereiche der gängigen Ziele, Definitionen und Modelle. Somit ist auch ein dokumentiertes SENS-Assessment als standardisiertes palliativmedizinisches Basisassessment für die Codes 93.8A.2- und 93.8B.- 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 biologischen, psychologischen, sozialen und spirituellen Dimensionen berücksichtigt werden.

0755/2 Therapiebereiche

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

[...]

b) Multidisziplinäres Behandlungsteam, bestehend aus Ärztin/Arzt, Pflegepersonal sowie Therapeutinnen/Therapeuten aus folgenden Therapiebereichen: Sozialarbeit/-pädagogik, Psychologie, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Ernährungsberatung/therapie, Seelsorge, Kunsttherapie.

c) Ärztliche Leistung, Pflege sowie 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.

In jeder Behandlungswoche kommen Ärztin / Arzt, Pflege sowie mindestens zwei therapeutische Berufsgruppen (Sozialarbeiter/in und Seelsorger/in zählen ebenfalls zu den therapeutischen Berufsgruppen) zum Einsatz.

93.8B.-: Mindestmerkmal Punkt 3, Therapie:

[...]

b) für die jeweils zutreffenden Spezifizierungen siehe unter den Elementegruppen 93.8B.1- oder 93.8B.2-

[...]

Mindestmerkmal Punkt 4, Behandlungsteam:

[...]

c) Multidisziplinäres Behandlungsteam, in dem neben Ärztin/Arzt und Pflegepersonal, Therapeutinnen/Therapeuten aus folgenden Therapiebereichen verfügbar sind: Sozialarbeit/-pädagogik, Psychologie, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Ernährungsberatung/therapie, Seelsorge, Kunsttherapie.

93.8B.1-: **Aufenthalt auf einer eigenständigen spezialisierten Palliative Care Station, nach Anzahl Behandlungstage**

Mindestmerkmal Punkt 3, Therapie:

Zusätzlich zum «Mindestmerkmal Punkt 3, Therapie» unter der Subkategorie 93.8B.-

b) Ärztliche Leistung, Pflege und bei Bedarf kommen die unter Mindestmerkmal Punkt 4c aufgeführten Therapiebereiche zum Einsatz.

93.8B.2-: **Zusatzleistung auf einer eigenständigen spezialisierten Palliative Care Station, nach Anzahl Behandlungstage**

Mindestmerkmal Punkt 3, Therapie:

Zusätzlich zum «Mindestmerkmal Punkt 3, Therapie» unter der Subkategorie 93.8B.-

b) Ärztliche Leistung, Pflege sowie 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.

In jeder Behandlungswoche mit zusätzlicher Leistung von Therapien kommen Arzt, Pflege sowie mindestens zwei therapeutische Berufsgruppen (Sozialarbeiter/in und Seelsorger/in zählen ebenfalls zu den therapeutischen Berufsgruppen) zum Einsatz.

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 0755/3, und Wegzeiten werden nicht zu den 6 Stunden gezählt.
3. Die «interprofessionellen Visiten» (Mindestmerkmal Punkt 3, Therapie, a) der Subkategorie 93.8B.-) werden nicht zu den 6 Stunden gezählt.
4. 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.
5. Die dokumentierten und spezifischen Koordinationsaufgaben in direktem Zusammenhang mit dem Behandlungs- und Beratungsprozess sowie die Patienten-, Angehörigen- und Familiengespräche werden den 6 Stunden angerechnet.
6. Es gibt keine Festlegung für die Mindesttherapiedauer einer Therapieeinheit.
7. 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.

0755/3 Teambesprechung

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

[...]

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

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

Wöchentliche interprofessionelle Teambesprechung mit Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele.

Was ist unter wöchentlicher interprofessioneller Teambesprechung zu verstehen?

Die wöchentliche interprofessionelle Teambesprechung bei der palliativmedizinischen Komplexbehandlung (ausserhalb einer eigenständigen spezialisierten Palliative Care Station) und der Behandlung auf einer eigenständigen spezialisierten Palliative Care Station 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.

0755/4 Interprofessionell

Unter **«interprofessionell»** ist zu verstehen, dass im Minimum Arzt, Pflege und eine weitere Berufsgruppe teilnehmen. Dies gilt für die interprofessionelle Teambesprechung sowie für die interprofessionelle Visite.

0755/5 Fallzusammenführung und PBA

Bei einer Fallzusammenführung mit palliativmedizinischer Komplexbehandlung im ersten Fall ist nach der Rückkehr der Patientin / des Patienten das PBA zu aktualisieren (d.h. nicht, dass es vollständig erneut durchgeführt werden muss. Es kann auch nur dokumentiert werden, dass die Werte des vorherigen PBAs weiter gelten.).

0755/6 Erfassung der Zusatzcodes der Elementgruppe 93.8B.2- «Zusatzleistung auf einer eigenständigen spezialisierten Palliative Care Station, nach Anzahl Behandlungstage»

93.8B.-: Mindestmerkmal Punkt 7, Erfassung:

Die Elementgruppe 93.8B.1- stellt den «Aufenthalt auf einer eigenständigen spezialisierten Palliative Care Station, nach Anzahl Behandlungstage» dar. Falls die Mindestmerkmale unter 93.8B.- sowie unter 93.8B.1- erfüllt sind, ist der entsprechende Code unter 93.8B.1- für die gesamte Behandlungsdauer auf der spezialisierten Palliative Care Station zu erfassen. Falls in einer oder mehreren Behandlungswochen parallel zum Aufenthalt auf einer eigenständigen spezialisierten Palliative Care Station spezialisierte Palliative Care Zusatzleistungen erbracht werden, kann der entsprechende Code der Elementgruppe 93.8B.2- «Zusatzleistung auf einer eigenständigen spezialisierten Palliative Care Station, nach Anzahl Behandlungstage» erfasst werden.

Folgende zwei Beispiele veranschaulichen die gemeinte Erfassungsweise der Zusatzcodes der Elementgruppe 93.8B.2- «Zusatzleistung auf einer eigenständigen spezialisierten Palliative Care Station, nach Anzahl Behandlungstage».

Diese Zählweise gilt ab dem 1. Januar 2025.

Beispiel 1

		Beispiel 1: Behandlung auf der spezialisierten Palliative Care Station 22 Behandlungstage mit erfassbarer Zusatzleistung																					
		1. Behandlungswoche z. B. Donnerstag bis Mittwoch							2. Behandlungswoche							3. Behandlungswoche							
Behandlungstage		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
PBA ist abgeschlossen																							
Mindestmerkmale 93.8B.- und 93.8B.1- sind erfüllt																							
Kodierung der Basisleistung		93.8B.1B «Aufenthalt auf einer eigenständigen spezialisierten Palliative Care Station, mindestens 21 bis 27 Behandlungstage»																					
Zusätzliche Leistung pro Tag in Stunden				1	1.5	3	0.5				1			1		2		2		2			
Ärztin / Arzt + Pflege + 2 Therapeutinnen / Therapeuten = 4 Berufsgruppen im Einsatz		4							4							4							
Sind die Mindestmerkmale für 93.8B.2- erfüllt? Mind. 6 Stunden / Woche Mind. 4 Berufsgruppen im Einsatz (Ärztin / Arzt + Pflege + 2 Therapeutinnen / Therapeuten)		Ja, 6 Stunden in der Behandlungswoche, erbracht durch die 4 verlangten Berufsgruppen.							Nein, nur 2 Stunden in der Behandlungswoche.							Ja, 6 Stunden in der Behandlungswoche, erbracht durch die 4 verlangten Berufsgruppen.							
Kodierung der zusätzlichen Leistung		93.8B.2A «Zusatzleistung auf einer eigenständigen spezialisierten Palliative Care Station, mindestens 14 bis 20 Behandlungstage»																					

Beispiel 2

		Beispiel 2: Behandlung auf der spezialisierten Palliative Care Station 22 Behandlungstage ohne erfassbare Zusatzleistung																					
		1. Behandlungswoche z. B. Donnerstag bis Mittwoch							2. Behandlungswoche							3. Behandlungswoche							
Behandlungstage		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
PBA ist abgeschlossen																							
Mindestmerkmale 93.8B.- und 93.8B.1- sind erfüllt																							
Kodierung der Basisleistung		93.8B.1B «Aufenthalt auf einer eigenständigen spezialisierten Palliative Care Station, mindestens 21 bis 27 Behandlungstage»																					
Zusätzliche Leistung pro Tag in Stunden				1			0.5	1.5	1	2													
Ärztin / Arzt + Pflege + 2 Therapeutinnen / Therapeuten = 4 Berufsgruppen im Einsatz für die zusätzliche Leistung		4							4														
Sind die Mindestmerkmale für 93.8B.2- erfüllt? Mind. 6 Stunden / Woche Mind. 4 Berufsgruppen im Einsatz (Ärztin / Arzt + Pflege + 2 Therapeutinnen / Therapeuten)		Nein, nur 3 Stunden in der Behandlungswoche.							Nein, nur 3 Stunden in der Behandlungswoche.							Keine zusätzliche Leistung in dieser Behandlungswoche							
Kodierung der zusätzlichen Leistung		Die Kriterien zur Erfassung eines Codes von 93.8B.2- «Zusatzleistung auf einer eigenständigen spezialisierten Palliative Care Station, nach Anzahl Behandlungstage» sind nicht erfüllt. Die 6 Stunden werden über sieben Tage erbracht, aber nicht im Rhythmus der Behandlungswochen, der durch die Basisleistung gegeben ist.																					

~~0756 01.07.2024 «Exklusivum – Kode weglassen» bei Komplexbehandlungen~~

Die Präzisierung 0756 wurde im Anhang des Rundschreibens 2025 Nr. 1 gestrichen, weil sie in der Einleitung der CHOP 2025 übernommen wurde.

~~0757 01.07.2024 Informationen und Präzisierungen zur Palliative Care~~

Die Präzisierung 0757 wurde im Anhang des Rundschreibens 2025 Nr. 1 ersetzt durch die Präzisierung 0755.

0758 01.07.2024 93.59.5- «Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multiresistenten Erregern, nach Anzahl Behandlungstage»

0758/1 Berechnung der Aufenthaltstage für Codes der Elementegruppe 93.59.5-

Zur Berechnung der Behandlungstage unter den CHOP-Kodes 93.59.50 bis 93.59.53 «Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multiresistenten Erregern, nach Anzahl Behandlungstage» darf bei Erfüllung der Mindestmerkmale der Eintritts- sowie Austrittstag nur als ein Behandlungstag angerechnet werden.

0758/2 Abgrenzung 93.59.5- und 99.84.1-, 99.84.2-, 99.84.3-

Unter den Elementegruppen 99.84.1- «Kontaktisolierung, nach Anzahl Behandlungstage», 99.84.2- «Tröpfchenisolierung, [...]» und 99.84.3- «Aerosolisolierung, [...]» ist folgendes «Exklusivum – Kode weglassen» angegeben:

EXKL. «Kode weglassen - Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multiresistenten Erregern, nach Anzahl Behandlungstage (93.59.5-)».

Dies bedeutet, dass die zeitgleiche Kodierung von 93.59.5- und 99.84.1-, 99.84.2-, 99.84.3- nicht gestattet ist. Werden 99.84.1-, 99.84.2-, 99.84.3- zeitlich versetzt erbracht zur 93.59.5- können die Codes im gleichen Fall erfasst werden. Die Erfassung von 99.84.1-, 99.84.2-, 99.84.3- darf nie für das gleiche Zeitintervall wie 93.59.5- erfolgen.

0759 01.07.2024 Lateralitätsmarkierung

Die Angabe der Lateralität ist nur bei paarigen Organen ein Muss (entsprechende Kennzeichnung in der CHOP mit «[L]» in der PDF-Datei oder «Lateral» in der CSV-Datei). Bei nicht paarigen Organen oder Körperteilen «kann» die Lateralität erfasst werden, «muss» aber nicht.

0760 01.07.2024 99.C- Pflege-Komplexbehandlung – Zuordnung einer Pflegeintervention nur zu einer Leistungsgruppe

Pflegeinterventionen könnten theoretisch mehreren Leistungsgruppen zugeordnet werden. In der Pflege-Komplexbehandlung darf eine geleistete Pflegeintervention jedoch nur einer Leistungsgruppe zugeordnet werden. Dies bedeutet nicht, dass sie zwingend der Leistungsgruppe zugeordnet wird in der bereits Aufwandspunkte für diesen Tag erfasst wurden.

Beispiel 1: Ein «Transfer auf die Toilette» könnte im Rahmen des Pflegeinterventionsprofils 1.1 der Leistungsgruppe 1 «Bewegung» oder im Rahmen des Pflegeinterventionsprofils 3.1 der Leistungsgruppe 3 «Ausscheidung» geleistet werden. Wenn die Aktivität unter der Leistungsgruppe 1 erfasst wird, darf sie nicht zusätzlich bei der Leistungsgruppe 3 erfasst werden, oder umgekehrt. Die Aktivität darf nur einem der zwei Pflegeinterventionsprofile zugeordnet werden.

Beispiel 2: Eine «Hygienemassnahme» könnte im Rahmen des Pflegeinterventionsprofils 2.1 der Leistungsgruppe 2 «Körperpflege» oder im Rahmen des Pflegeinterventionsprofils 3.1 der Leistungsgruppe 3 «Ausscheidung» geleistet werden. Wenn die Aktivität unter der Leistungsgruppe 2 erfasst wird, darf sie nicht zusätzlich bei der Leistungsgruppe 3 erfasst werden, oder umgekehrt. Die Aktivität darf nur einem der zwei Pflegeinterventionsprofile zugeordnet werden.

0761 01.07.2024 Auflistung von Massnahmen in den Komplexbehandlungen oder Komplexdiagnostiken

In den Beachte zu den Komplexbehandlungen oder Komplexdiagnostiken angegebene Auflistungen, die auf Sätze folgen im Sinne von «Einsatz von mindestens x Therapiebereichen» oder «Mindestens x der folgenden Massnahmen», bedeuten, dass mindestens x verschiedene der aufgelisteten Therapiebereiche oder Massnahmen zum Einsatz kommen. Der Einsatz / die Durchführung von x-mal der gleichen Massnahme / des gleichen Therapiebereichs erfüllt die Mindestanforderungen nicht.

Beispiel: Unter 99.A6.- «Neurologische Komplexdiagnostik» wird im «Beachte» folgende Auflistung aufgeführt:

Beachte:

[...]

mind. 3 der folgenden Massnahmen:

- LP (Liquorentnahme über Lumbalpunktion),
- craniale und spinale MRI,
- funktionelle Bildgebung (z. B. PET, SPECT),
- Diffusion Imaging, Perfusion Imaging
- volumetrische und morphometrische Bildanalyse,
- elektrophysiologische (neurophysiologische) Diagnostik,
- neurosonologische/psychologische/psychiatrische Diagnostik,
- neuropsychologische Diagnostik,
- Elektroenzephalographie [EEG] (mobiles Langzeit-EEG über mindestens 24 Stunden oder mehr und polygraphisches Nachtschlaf-EEG und video- und radiotelemetriertes elektroenzephalographisches Monitoring über mindestens 4 Stunden und Orthostase-EEG)

Wird dreimal ein EEG durchgeführt ohne zwei weitere der aufgelisteten Massnahmen sind die Mindestmerkmale nicht erfüllt und ein Kode der Subkategorie 99.A6.- kann nicht erfasst werden.

Werden hingegen ein craniales MRI, eine neurophysiologische Diagnostik sowie ein mobiles Langzeit-EEG über mindestens 24 Stunden durchgeführt mit Erfüllen der anderen Mindestmerkmale, kann ein Kode der Subkategorie 99.A6.- erfasst werden.

0762 01.01.2024 Berücksichtigte Therapiedauer

Bei einer Gruppentherapie ist die gesamte Therapiedauer zu zählen, an der die Patientin / der Patient anwesend ist. Z. B. wenn fünf Patient/innen an einer Stunde Gruppentherapie teilgenommen haben, werden bei jeder Patientin/jedem Patienten 60 Minuten Therapiedauer angerechnet.

Wird bei einer Gruppen- oder Einzeltherapie die gleiche Therapieart / Therapieleistung durch zwei oder mehr Therapeuten / Pflegefachpersonen erbracht, ist die erbrachte Therapiezeit einmal zu zählen. Es gilt unabhängig von der Anzahl der Therapeuten, die Therapiezeit am/an den Patienten.

Ausnahme: Es bestehen CHOP-Kodes, bei denen im Beachte angegeben ist, dass die gleiche Therapieart / Therapieleistung, die durch zwei oder mehr Therapeutinnen / Therapeuten / Pflegefachpersonen erbracht wird, die Zeit pro Therapeutin / Therapeut / Pflegefachperson zu zählen ist.

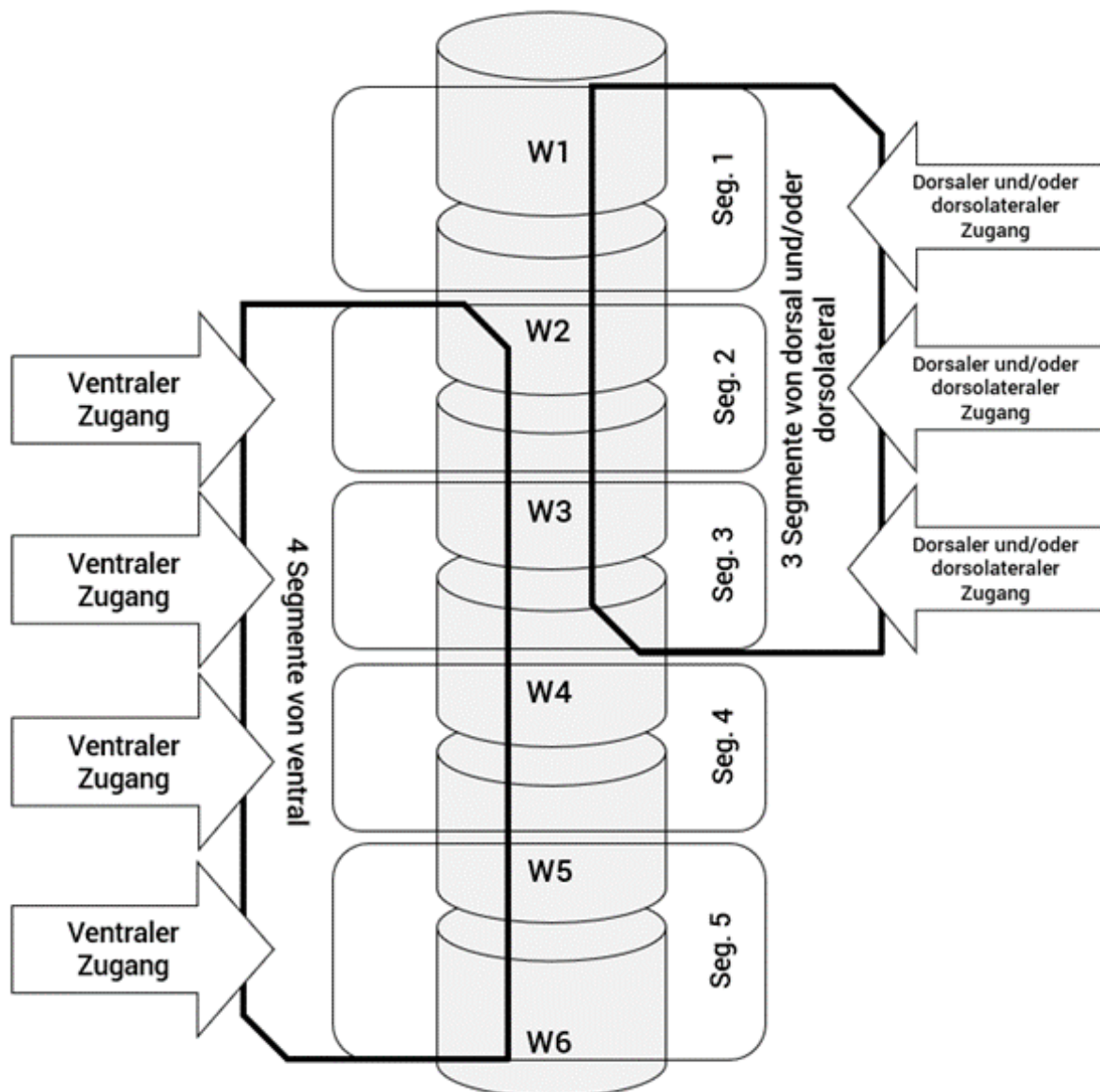
0765 01.01.2024 ~~Alleiniger Schaft- oder Kopfwechsel bei einer (inversen) Schultergelenk-Endoprothese~~

Die Präzisierung 0765 wurde im Anhang des Rundschreibens 2025 Nr. 1 gestrichen, weil die Abbildung des Wechsels von Komponenten einer Totalendoprothese des Schultergelenks in der CHOP 2025 überarbeitet wurde (s. Elementgruppen 80.01.4- «Entfernen von Komponenten einer Totalendoprothese des Schultergelenks, nach Anzahl der Komponenten» und 81.81.3- «Implantation von Komponenten einer Totalendoprothese des Schultergelenks, bei einem Wechsel von Komponenten, nach Anzahl der Komponenten»).

0766 01.01.2024 7A.7- Stabilisierung der Wirbelsäule und Stellungskorrektur – Zugang dorsal und/oder dorsolateral

Für die Subkategorien 7A.71.- bis 7A.74.- erfolgte die Aufgliederung in 5. Stelle für den Zugang «dorsal und dorsolateral», bzw. «ventral», in 6. Stelle nach der Anzahl behandelter Segmente (aufgegliedert bis 14 und mehr). Das «und» ist gemäss CHOP-Konventionen als «und/oder» zu verstehen. Das «Beachte» unter 7A.7- «Stabilisierung der Wirbelsäule und Stellungskorrektur» lautet: «Erfolgt der Zugang für gewisse Segmente von dorsal sowie von ventral, so ist für das gesamte Eingriffsgebiet die gesamte Anzahl der Segmente die von dorsal operiert wurden mit einem Kode anzugeben, sowie die gesamte Anzahl der Segmente, die von ventral operiert wurden mit einem anderen Kode. Zusätzlich wird der Zusatzcode der gesamten Anzahl operierter Segmente angegeben.» Die dorsolateralen Zugänge zählen zu den dorsalen Zugängen. Sprich das Segment wird nicht doppelt gezählt, wenn es von dorsal sowie dorsolateral operiert wird.

Im Beispiel der folgenden Abbildung erfolgte eine Spondylodese über sechs Wirbeln, d.h. über fünf Segmente. Drei Segmente werden von dorsal und/oder dorsolateral operiert, 4 Segmente von ventral. Es werden somit ein Code für drei Segmente «dorsal und dorsolateral» sowie ein Code für vier Segmente «ventral» erfasst. Zusätzlich wird der entsprechende Code der Subkategorie 7A.B4.- «Summe der operierten Segmente der Wirbelsäule» für fünf Segmente kodiert.



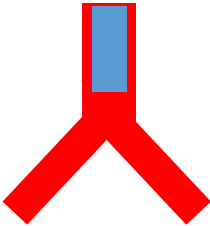
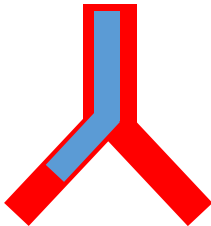
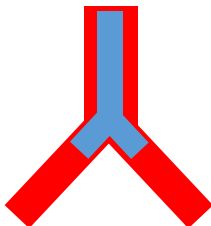
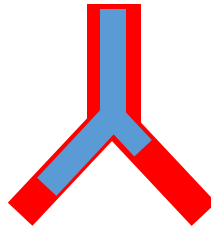
0767 01.01.2024 Erfassen des 39.78.5- «Ende der untersten Stent-Grafts [Stent-Prothesen]»

Bei den Codes der Subkategorie 39.71.- «Endovaskuläre Implantation eines Stent-Grafts [Stent-Prothesen] an der abdominalen Aorta» und der Elementgruppe 39.73.4- «Endovaskuläre Implantation von Stent-Grafts [Stent-Prothesen] in die Aorta thoracoabdominalis» ist mit den Zusatzcodes 39.78.5- «Ende der untersten Stent-Grafts [Stent-Prothesen]» anzugeben, wie der Stent-Graft endet.

Die Elementgruppe 39.78.5- umfasst drei Zusatzcodes:

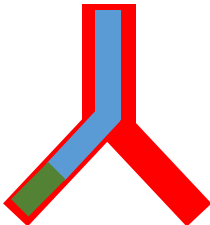
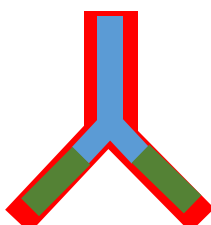
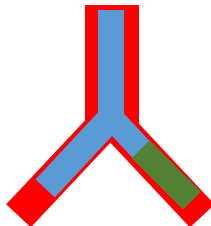
- 39.78.51 «Ende des untersten Stent-Grafts [Stent-Prothese], aortal»
- 39.78.52 «Ende des untersten Stent-Grafts [Stent-Prothese], aortomonoiliakal»
- 39.78.53 «Ende der untersten Stent-Grafts [Stent-Prothesen], aortobiiliakal»

In der folgenden Tabelle wurde die Bedeutung des jeweiligen Zusatzcodes für den Hauptkörper (blau) graphisch dargestellt.

39.78.51 «aortal»	39.78.52 «aortomonoiliakal»	39.78.53 «aortobiiliakal»
		
		

Die aortomonoiliakal oder aortobiiliakal endenden Stent-Grafts (Hauptkörper (blau)) können mit Stent-Grafts in der linken und/oder rechten A. iliaca communis verlängert werden (weitere Stent-Grafts werden dann anmodelliert, grün). Die entsprechenden Codes der Elementegruppen 39.7A.1- «Endovaskuläre Implantation in Beckenarterien von Stent-Grafts [Stent-Prothesen], iliakal, ohne Seitenarm, nach Anzahl Stent-Prothesen» und 39.7A.2- «Endovaskuläre Implantation in Beckenarterien von Stent-Grafts [Stent-Prothesen], iliakal mit Versorgung von Seitenast» sind in diesem Fall zusätzlich zu kodieren.

Folgende Tabelle illustriert die verschiedenen Situationen:

39.78.52 «aortomonoiliakal»	39.78.53 «aortobiiliakal»
	
Kodierung: - Ein Kode aus 39.71.- oder 39.73.4- 39.78.52 - Ein Kode aus 39.7A.1- oder 39.7A.2- falls Öffnung (Öffnung nicht eingezeichnet)	Kodierung: - Ein Kode aus 39.71.- oder 39.73.4- (nur ein Ast der Y-Prothese gilt als Öffnung) 39.78.53 - Zwei Codes aus 39.7A.1- und/oder 39.7A.2- falls Öffnung (Öffnung nicht eingezeichnet)
	39.78.53 «aortobiiliakal»
	

	Kodierung: • Ein Kode aus 39.71.- oder 39.73.4- (nur ein Ast der Y-Prothese gilt als Öffnung) • 39.78.53 • Ein Kode aus 39.7A.1- oder 39.7A.2- falls Öffnung (Öffnung nicht eingezeichnet)
--	---

0768 01.01.2024 Gefäßverschlusskörper vs. Embolie-Protektionssysteme

In der CHOP existieren Codes für gefäßverschliessende Operationen/Interventionen, die s.g. Embolisationen mit Coils, Plugs, Schirmen usw., 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» usw.

Des Weiteren stehen die Zusatzcodes aus der Subkategorie 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. selektive Embolisationen) als Zusatzcodes. Die Codes unter 00.4G.- sind für Embolie-Protektionssysteme nicht zu verwenden.

Der Zusatzcode 39.E1 «Verwendung eines Embolie-Protektionssystems» ermöglicht die Erfassung von periinterventionellen Embolie-Protektionssystemen.

Die Codes 38.7X.11 «Einsetzen eines Embolie-Protektionssystems in die Vena cava, offen chirurgisch», 38.7X.21 «Einsetzen eines Embolie-Protektionssystems in die Vena cava, perkutan-transluminal», 39.75.13 «Perkutan-transluminale Gefäßintervention, sonstige Gefässe, Embolie-Protektionssystem (periphere oder viszerale Gefässe)» stellen permanente Systeme dar.

0769 01.01.2024 Perkutan-transluminale Thrombektomie an Lungengefässen mittels Thrombusentfernungssystem

Eine perkutan-transluminale Thrombektomie an Lungengefässen mittels Thrombusentfernungssystem lässt sich anhand von einem Kode und zwei Zusatzcodes erfassen:

- 39.75.17 «Perkutan-transluminale Thrombektomie, sonstige Gefässe»
- 00.4B.13 «PTKI an Lungengefässen»
- Zutreffende Zusatzcodes der Elementgruppe 00.4F.2- «Einsatz von kathetergeführten Thrombus- und Fremdkörperentfernungssystemen, nach Anzahl Systeme»

(Je nach Fall sind weitere CHOP-Kodes zu berücksichtigen.)

0771 01.01.2024 BA.X0 Art der Rehabilitation, mit weniger als 300 Therapieminuten pro Woche

Bei Aufenthalt in der Rehabilitation von weniger als sieben Tagen mit weniger als 300 Minuten ist der absolute Minuten-Wert zu berücksichtigen und nicht die potentielle pro rata Hochrechnung auf sieben Tage. Die Codes BA.x0 «[...] mit weniger als 300 Therapieminuten pro Woche» stehen für diese Fälle zur Verfügung.

0775 01.01.2023 Peritoneallavage

Die diagnostische oder therapeutische Peritoneallavage mittels Punktion ist mit dem Kode 54.91 «Perkutane abdominale Drainage (Punktion)» zu erfassen. Das Exklusivum «Peritoneallavage (54.25)» unter dem Kode 54.91 ist somit zu ignorieren. Das Exklusivum «Diagnostische Aszitespunktion (54.26)» unter dem Kode 54.91 gilt weiterhin.

Die diagnostische oder therapeutische Peritoneallavage per Laparoskopie oder per Laparotomie (offen chirurgisch) ist mit dem Kode 54.25 «Peritoneallavage» zu erfassen. Bei einer laparoskopisch durchgeführten Peritoneallavage ist der Kode 54.21.20 «Laparoskopie, Zugangsweg für chirurgische (therapeutische) Interventionen» zusätzlich zu kodieren.

0780 01.07.2022 Kodierung der CHOP Subkategorien 94.3D.- «1:1-Betreuung bei psychischen und psychosomatischen Störungen in der Erwachsenenpsychiatrie» und 94.3E.- «[...] in der Kinder- und Jugendpsychiatrie»

Das Mindestmerkmal Punkt 3 «Therapie», der Subkategorien 94.3D.- und 94.3E.- spezifiziert: «1:1-Betreuung bedeutet, dass eine ausgebildete Fachperson des unter Mindestmerkmal Punkt 4 genannten Behandlungsteams eine einzelne Patientin / einen einzelnen Patienten individuell über einen Zeitraum von mindestens 2 Stunden ohne Unterbrechung fortlaufend betreut».

Die CHOP erfordert keine physische Anwesenheit im selben Raum. So kann eine kontinuierliche Einzelbetreuung durch eine Scheibe oder einen Bildschirm als 1:1-Betreuung berücksichtigt werden, sofern die anderen Mindestmerkmale eingehalten werden.

0782 01.07.2022 Komplexbehandlungen - Kode «[...] bis 6 Behandlungstage»

Die Codes «[...] bis 6 Behandlungstage» werden in Fällen erfasst, bei denen während des stationären Aufenthalts an maximal 6 Behandlungstagen die jeweils genannte Komplexbehandlung durchgeführt wurde. Diese Codes beinhalten keine Mindestanzahl Behandlungstage. D. h. bei diesen Codes entfallen die Mindestmerkmale, die sich auf eine Woche oder bestimmte Anzahl Behandlungstage beziehen. Mindestmerkmale, wie Indikationen, Assessments, Behandlungsinfrastruktur (z. B. Zertifizierung) und Qualifikationen sind einzuhalten.

0785 01.07.2022 Hydronephrose und Infektion

Die ICD-10-GM-Kodes der 4-stelligen Subkategorie N13.6- «Pyonephrose» werden nur bei einer dokumentierten Infektion der Niere verschlüsselt. Dies betrifft auch den endständigen Kode N13.68 «Sonstige und nicht näher bezeichnete Pyonephrose».

Eine Hydronephrose durch Ureterstein mit Harnwegsinfektion nicht näher bezeichneter Lokalisation wird mit N13.21 «Hydronephrose bei Obstruktion durch Ureterstein» und N39.0 «Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet» verschlüsselt.

0786 01.01.2022 93.8C.1- Referenzdokument

In der CHOP 2022 wurde die «Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation, nach Anzahl Behandlungstage» von der Kode-Nummer 93.89.1- auf 93.8C.1- verschoben. Im «Mindestmerkmal Punkt 0, Definition und Referenzdokument» der Elementengruppe 93.8C.1- wird im Titel des Referenzdokuments weiterhin die alte Kode-Nummer genannt. Der Inhalt des Referenzdokuments gilt dennoch für die neue Kode-Nummer 93.8C.1-.

0788 01.01.2022 Spondylodese: Zählung der Segmente bei Stabwechsel und bei Verlängerung

Die Segmente, bei denen anlässlich eines Revisionseingriffs an der Wirbelsäule nur die Stäbe entfernt (und diese z. B. durch längere Stäbe ersetzt werden bei Anschlusssegment-Pathologie) und bei denen sonst keine operativen Massnahmen an den Wirbelkörpern vorgenommen werden, wie z. B. Einsetzen neuer Pedikelschrauben oder eines Cages, Dekortizierung der Facettengelenke, Anlage von lokalem Knochen oder Knochenersatzmaterial, fliessen nicht in die Zählung der operierten Segmente mit ein.

Ad Zählen der Segmente bei Überbrückung:

Bei z. B. vorbestehender Spondylodese L2 – L4 und aktuell Neufusion der Segmente L1/L2 und L4/L5 wird dies mit dem zutreffenden CHOP-Kode für 2 Segmente abgebildet, falls wie oben erwähnt, an den Wirbelkörpern L2 – L4 ausser der Stabanlage keine weiteren Massnahmen durchgeführt wurden.

0789 01.01.2022 Erfassen von nicht-vaskulären Stents/Prothesen

Folgende Codes haben eine Unterteilung nach Anzahl der implantierten Stents/Prothesen. Es gibt für diese Stent-/Prothesen-Typen keine Summen-Kodes über den gesamten Aufenthalt.

- 42.81.- Einsetzen eines permanenten Tubus in den Ösophagus
- 51.87.- Endoskopische Einlage oder Wechsel von Stent in den Gallengang
- 51.9A.- Einlage oder Wechsel von Stent in den Gallengang

Je Eingriff ist der Kode mit der entsprechenden Anzahl von eingesetzten Stents/Prothesen auszuwählen und einmal pro Eingriff zu erfassen.

Beispiel: Am Tag X werden zwei selbstexpandierende Prothesen in den Ösophagus eingesetzt. Am Tag Y wird eine selbstexpandierende Prothese ausgewechselt.

Kodierung

Tag X: 42.81.41 «Einsetzen und Wechsel von zwei selbstexpandierenden Prothesen (permanenter Tubus) in den Ösophagus, endoskopisch»

Tag Y: 42.81.40 «Einsetzen und Wechsel einer selbstexpandierenden Prothese (permanenter Tubus) in den Ösophagus, endoskopisch»

Folgende Codes geben jeweils nur «eines Stents» oder «Stent», bzw. «einer Prothese» an. Es gibt für diese Stent-/Prothesen-Typen keine Summen-Kodes über den gesamten Aufenthalt.

- 09.83 Konjunktivozystorhinostomie mit Einsetzen von Tubus oder Stent
- 31.93 Ersetzen eines Larynx- oder Trachea-Stents
- 31.96 Einsetzen eines Larynx- oder Trachea-Stents
- 33.91.2- Bronchusdilatation, endoskopisch, mit Einlegen oder Wechsel eines Stents/Stent-Grafts
- 44.99.5- Einlegen oder Wechsel einer nicht selbstexpandierenden Prothese am Magen
- 44.99.6- Einlegen oder Wechsel einer selbstexpandierenden Prothese am Magen
- 46.99.5- Einlegen oder Wechsel einer nicht selbstexpandierenden Prothese am Darm
- 46.99.6- Einlegen oder Wechsel einer selbstexpandierenden Prothese am Darm
- 48.99.50 Einlegen oder Wechsel einer nicht selbstexpandierenden Prothese im Rektum

- 48.99.60 Einlegen oder Wechsel einer selbstexpandierenden Prothese im Rektum
- 52.93.- Endoskopische Einlage, Wechsel oder Entfernen von Stent [Prothese] in den Ductus pancreaticus
- 52.95.4- Einlage oder Wechsel eines nicht selbstexpandierenden Stents [Prothese] in den Pankreasgang, offen chirurgisch oder laparoskopisch
- 52.95.5- Einlage oder Wechsel eines selbstexpandierenden Stents [Prothese] in den Pankreasgang, offen chirurgisch oder laparoskopisch
- 58.99.10 Sonstige Operationen an Urethra und Periurethralgewebe, Einlegen und Wechsel eines Stents in die Urethra
- 60.99.31 Einlegen eines Stents in die prostatiche Harnröhre

Je Eingriff ist der Kode so oft zu kodieren, wie Stents/Prothesen implantiert wurden.

Beispiel: Am Tag X werden zwei nicht selbstexpandierende Prothesen am Darm eingelegt. Am Tag Y werden beide entfernt und durch eine selbstexpandierende Prothese ersetzt.

Kodierung:

- Tag X: 46.99.51 «Einlegen oder Wechsel einer nicht selbstexpandierenden Prothese am Darm, offen chirurgisch» wird **zweimal** kodiert.
- Tag Y: 46.99.71 «Entfernen einer Prothese am Darm, offen chirurgisch» wird **zweimal** kodiert.
46.99.61 «Einlegen oder Wechsel einer selbstexpandierenden Prothese am Darm, offen chirurgisch» wird **einmal** erfasst.

0793 01.01.2022 Kodierung Ulcus hypertonicum (Martorell)

Beim Ulcus (cruris) hypertonicum handelt es sich um eine spezielle Form des Ulcus cruris, die vorwiegend am laterodorsalen Unterschenkel oder über der Achillessehne auftritt. Die meisten Betroffenen weisen einen markanten, langfristig bestehenden Hypertonus auf, in ca. 60% der Fälle kombiniert mit einem Diabetes mellitus Typ 2.

Zur Ätiologie des Ulcus hypertonicum gibt es drei Erklärungsansätze: die ischämisierende Arteriosklerose, die Mediakalkinose der pathologischen Arteriolen und die lokalen Entzündungsvorgänge.

Die Arteriosklerose in der Subkutis steht für die Pathogenese der Hautnekrose dabei im Vordergrund.

Auch wenn die Erkrankung pathogenetisch auf eine Arteriosklerose zurückzuführen ist, ist die eigentliche Grundursache die Hypertonie.

Einen spezifischen ICD-10-GM-Kode zur Verschlüsselung eines Ulcus hypertonicum (Martorell) gibt es nicht.

Für das Ulcus hypertonicum (Martorell) empfehlen wir deshalb folgende Kodekombination:

L97 «Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert» zusammen mit der Kreuz-Stern-Kombination aus dem zutreffenden Kode I10.-† bis I15.-† und L99.8* «Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Haut und der Unterhaut bei anderenorts klassifizierten Krankheiten».

Durch diese Erfassung kann das Ulcus hypertonicum von anderen Ulcus cruris-Arten unterschieden werden.

0801 01.07.2021 Kodierung transileosakrale Verschraubung einer Os sacrum-Fraktur

Bei einfachen transalaren Sakrumfrakturen (z. B. im Rahmen einer osteoporotischen Fraktur) mit stabiler Wirbelsäule ist der Kode 7A.49 «Osteosynthese einzelner Wirbel, Kyphoplastie oder Vertebroplastie, sonstige» gefolgt von 81.29.10 «Arthrodese am Iliosakralgelenk» zu kodieren.

Bei Os sacrum-Frakturen, die zu einer Instabilität der Wirbelsäule führen (meist im Rahmen eines Polytraumas auftretend), ist bei dorsalem/dorsolateralem (inkl. perkutanem) Zugang der 7A.73.11 «Nicht-dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule durch Osteosynthese ohne Fusion der Wirbel, Zugang dorsal und dorsolateral, 1 Segment» gefolgt von 81.29.10 «Arthrodese am Iliosakralgelenk» zu kodieren.

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. Explantation 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».

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 viszerale 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, bzw. 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 Aorta ascendens, dem Aortenbogen, 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 «Kodierte 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 ascendens, den Aortenbogen, die Aorta thoracica, thoraco-abdominalis und abdominalis werden summiert und der entsprechende Zusatzcode der Elementengruppe 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 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 ascendens, den Aortenbogen, die Aorta thoracica, thoraco-abdominalis und abdominalis werden summiert. Der entsprechende Zusatzcode der Elementengruppe 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 Code 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 Zusatzcode 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 viszerale 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 Codes unter 39.7A.1- «Endovaskuläre Implantation in Beckenarterien von Stent-Grafts [Stent-Prothesen], iliakal, ohne Öffnung, nach Anzahl Stent-Prothesen» sind pro Eingriffsdatum zu erfassen.

Bei den Codes für Stent-Grafts in die tiefen Venen und in anderen abdominalen und viszerale 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 Öffnung» 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 Öffnung» 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 Öffnung» 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 eines Stent-Grafts [Stent-Prothese] 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 eines Stent-Grafts [Stent-Prothese] 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 Kode 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 in Koronararterien, 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 eines Eingriffs/einer Intervention in mehrere Koronararterien implantiert, ist der Kode mit der Angabe «in mehrere Koronararterien» zu wählen und so oft zu kodieren wie Stents von diesem Typ implantiert wurden.

Es gibt keinen spezifischen Kode 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 Kode 36.08.21 «Implantation perkutan-transluminal von Stents mit Medikamentenfreisetzung, in einer Koronararterie» ist einmal zu erfassen.

Der Kode 36.03.51 «Endarteriektomie von Koronararterien, offen chirurgisch, mit Implantation von Stents mit Medikamentenfreisetzung, 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 Kode 36.08.23 «Implantation perkutan-transluminal von selbstexpandierenden Stents mit Medikamentenfreisetzung, 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 Kode 36.08.22 «Implantation perkutan-transluminal von Stents mit Medikamentenfreisetzung, in mehreren Koronararterien» ist viermal zu erfassen.

Fallbeispiel 4

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

Zu erfassen sind:

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

Für RCA zweimal 36.08.11 «Implantation perkutan-transluminal von Stents ohne Medikamentenfreisetzung, in einer Koronararterie» und einmal den Zusatzkode 39.C2.12 «Bare metal Stent»

Für RCX einmal 36.08.23 «Implantation perkutan-transluminal von selbstexpandierenden Stents mit Medikamentenfreisetzung, 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 Zusatzkode 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 Medikamentenfreisetzung, in mehreren Koronararterien»

Der angebrachte Kode der Subkategorie 39.75.- «Perkutan-transluminale Gefäßintervention, sonstige Gefäße»

Einmal der Kode 39.B1.G1 «(Perkutan-)transluminale Implantation von Stents ohne Medikamentenfreisetzung, 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 Code 36.08.22 «Implantation perkutan-transluminal von Stents mit Medikamentenfreisetzung, in mehreren Koronararterien»

Zu erfassen sind am Tag Y:

Der angebrachte Code der Subkategorie 39.75.- «Perkutan-transluminale Gefäßintervention, sonstige Gefäße»

Einmal der Code 39.B1.G1 «(Perkutan-)transluminale Implantation von Stents ohne Medikamentenfreisetzung, Arterien vom Oberschenkel» und der Code 39.C1.11 «1 implantierter Stent»

Grund für die Angabe der Gesamtanzahl der im Rahmen eines stationären Aufenthaltes implantierten Stents, bzw. 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, bzw. peripheren Stents.

0818 01.07.2020 Zusatzcode 00.9C.- «Einzeitige Eingriffe an ~~Hand oder Fuss~~ Mittelhand- und Fingerstrahlen oder Mittelfuss- und Zehenstrahlen»

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	Kode des Eingriffs vom Typ A	Einseitig Links	Kein Kode		
	Eingriff vom Typ B am Mittelhandknochen des 3. Strahls der linken Hand	Kode des Eingriffs vom Typ B	Einseitig Links	Kein Kode		
	Eingriff vom Typ C an den Fingern des 3. und 4. Strahls der linken Hand	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	Kode des Eingriffs vom Typ A	Einseitig Links	00.9C.11	Einzeitige Mehrfacheingriffe an 2 Mittelhand- und Fingerstrahlen	Einseitig Links
	Eingriff vom Typ B an den Fingern des 2. und 3. Strahls der rechten Hand	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	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 2. Strahls der rechten Hand	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 nichtintravenöse Konsum von Kokain mit dem Kode U69.36! «Nichtintravenöser Konsum sonstiger Stimulanzien, ausser Koffein» zusätzlich zum zutreffenden Kode aus F14.- «Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain» abgebildet.

0826 01.01.2020 Einweggebrauch-VAC-Pumpensysteme

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

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».

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.

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.

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.

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

Die Präzisierung 0897 wurde im Anhang des Rundschreibens 2025 Nr. 1 gestrichen, weil entsprechende «ergänzende Beschreibungen» unter den genannten Kodes in der CHOP 2025 aufgenommen wurden.

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

Diese Kodes sind nur für offen chirurgische oder laparoskopische Eingriffe abzubilden.

~~**0941 01.12.2012 ABO/AB0 Suchbegriff**~~

Die Präzisierung 0941 wurde im Anhang des Rundschreibens 2025 Nr. 1 gestrichen.

~~**2010 92.24 Teleradiotherapie mit Photonen**~~

Die Präzisierung 2010 wurde im Anhang des Rundschreibens 2025 Nr. 1 gestrichen, weil die Radio-Onkologie und die Strahlentherapie in der CHOP 2025 überarbeitet wurden.