



14 Gesundheit

Rundschreiben für Kodiererinnen und Kodierer 2025 Nr. 2

30. Juni 2025

Neuchâtel, 2025

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 2025
Inhalt:	Bereich Medizinische Klassifikationen		Wiedergabe unter Angabe der Quelle
Themenbereich:	14 Gesundheit		für nichtkommerzielle Nutzung gestattet
Originaltext:	Deutsch		

1. Allgemeines

1.1. Gültige Kodierungsinstrumente

Ab 1. Juli 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**
- Rundschreiben für Kodiererinnen und Kodierer: 2025 Nr. 2 **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 → 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

Keine Änderungen im Vergleich zum Rundschreiben 2025 Nr.1

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.

Die in diesem Rundschreiben aufgeführten Neuerungen, Korrekturen sowie sonstigen Anpassungen treten jeweils mit dem angegebenen Gültigkeitszeitpunkt in Kraft. Eine rückwirkende Gültigkeit ist ausgeschlossen.

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

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

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

Pfad: www.swissdrg.org → Akutsomatik → Abschnitt SwissDRG System 14.0/2025 → Analogiekodierung
[SwissDRG System 14.0/2025 :: SwissDRG](#)

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 (< 1 Jahr))
- 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~~

Die Zusatzinformationen zum Kodierungshandbuch 2025, aus dem Rundschreiben 2025 Nr.1, sind weiterhin gültig.

2.1. SD2200n Schlüsselnummern für besondere Zwecke

Betrifft alle Sprachversionen

[...]

Wenn der Barthel-Index ausserhalb der geriatrischen Akutrehabilitation, der fachübergreifenden Frührehabilitation, der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation, der palliativmedizinischen Komplexbehandlung, der Rehabilitation oder der Psychiatrie, abgebildet wird, muss die Erfassung des Barthel-Index ~~innerhalb von~~ **frühestens am** 3. bis spätestens **am** 5. Tag~~en~~ wiederholt werden. Es ist der höchste Punktwert zu verschlüsseln.

[...]

2.2. Kodierrichtlinien Rehabilitation - Mindestmerkmale, die für einen Zeitraum von 7 Tagen definiert sind

Betrifft nur die französische Sprachversion

3. Zusatzinformationen zur CHOP 2025

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

Die Zusatzinformationen zur CHOP 2025, aus dem Rundschreiben 2025 Nr. 1, sind weiterhin gültig. Zusätzliche neue Korrekturen sind hier aufgeführt:

3.1. 39.7- Stent-Grafts – Beachte, die das Zählen der Öffnungen erläutern

Betrifft alle Sprachversionen

Die «Beachte» der Subkategorien 39.71.- «Endovaskuläre Implantation eines Stent-Grafts [Stent-Prothesen] an der abdominalen Aorta und 39.73.- «[...] an der Aorta ascendens, dem Aortenbogen, der thorakalen und thorakoabdominalen Aorta», die das Zählen der Öffnungen der Stent-Grafts erläutern, sind wie folgt anzupassen.

39.71.- Endovaskuläre Implantation eines Stent-Grafts [Stent-Prothesen] an der abdominalen Aorta

Beachte: [...]

Zu den Öffnungen zählen die Seitenarme und die Fenestrierungen.

~~Die~~ Alle Foramina ~~an beiden~~ am proximalen und an den distalen Enden ~~der Prothese~~ des Stent-Grafts [Stent-Prothese] sowie die Scallops zählen nicht zu den Öffnungen.

Je Seitenarm ist der entsprechende gecoverte Stent [Stent-Graft] zusätzlich zu kodieren.

Die Y-Verzweigung an der Hauptprothese wird nicht als Seitenarm kodiert. Nur weitere an den Schenkeln der Y-Prothese anmodellierte Stent-Grafts [Stent-Prothesen] sind zusätzlich zu kodieren.

Die Information, dass es sich um eine Y-Prothese handelt, wird mit dem Zusatzkode 39.78.53 «Ende der untersten Stent-Grafts [Stent-Prothesen], aortobiliakal» angegeben.

[...]

39.73.- Endovaskuläre Implantation von Stent-Grafts [Stent-Prothesen] an der Aorta ascendens, dem Aortenbogen, der thorakalen und thorakoabdominalen Aorta

Beachte: [...]

Zu den Öffnungen zählen die Seitenarme und die Fenestrierungen.

~~Die~~ Alle Foramina ~~an beiden~~ am proximalen und an den distalen Enden ~~der Prothese~~ des Stent-Grafts [Stent-Prothese] sowie die Scallops zählen nicht zu den Öffnungen.

Je Seitenarm ist der entsprechende gecoverte Stent [Stent-Graft] zusätzlich zu kodieren.

Die Y-Verzweigung an der Hauptprothese wird nicht als Seitenarm kodiert. Nur weitere an den Schenkeln der Y-Prothese anmodellierte Stent-Grafts [Stent-Prothesen] sind zusätzlich zu kodieren.

Die Information, dass es sich um eine Y-Prothese handelt, wird mit dem Zusatzkode 39.78.53 «Ende der untersten Stent-Grafts [Stent-Prothesen], aortobiliakal» angegeben.

3.2. 44.99.A1 und 44.99.A2 Bilden und Verschluss von einer Gastrogastrostomie oder Gastroenterostomie mittels anastomosebildendem Stent

Betrifft alle Sprachversionen

Das Inklusivum «Anastomose zwischen Magen und Pankreaszyste mittels Stenteinlage» unter dem Kode 44.99.A1 «Gastrogastrostomie oder Gastroenterostomie mittels ultraschallgesteuerter Stenteinlage, endoskopisch» sowie das Inklusivum «Verschluss einer Anastomose zwischen Magen und Pankreaszyste mit Entfernung vom anastomosebildenden Stent» unter 44.99.A2 «Verschluss von der Gastrogastrostomie oder Gastroenterostomie mit Entfernung vom anastomosebildenden Stent, endoskopisch» sind zu streichen. Die Codes 44.99.A1 und 44.99.A2 stellen nur Anastomososen zwischen Magen-Magen oder Magen-Darm, die mittels eines Stents (z. B. LAMS) erstellt werden, dar. Weitere Einlagen von Stents sind nicht inbegriffen und falls durchgeführt zusätzlich zu kodieren.

44.99.A1 Gastrogastrostomie oder Gastroenterostomie mittels ultraschallgesteuerter Stenteinlage, endoskopisch

Gastrojejunostomie mittels Stenteinlage nach Magenbypass

INKL. ~~Anastomose zwischen Magen und Pankreaszyste mittels Stenteinlage~~

Lumen-apposing metal stent [LAMS]

Kod. eb.: Falls durchgeführt - weitere Einlagen von Stents

[...]

44.99.A2 Verschluss von der Gastrogastrostomie oder Gastroenterostomie mit Entfernung vom anastomosebildenden Stent, endoskopisch

~~INKL. Verschluss einer Anastomose zwischen Magen und Pankreaszyste mit Entfernung vom anastomosebildenden Stent~~

3.3. 7A.71.- «Fusion von Wirbeln mit Stabilisierung der Wirbelsäule» und 7A.73.- «Nicht-dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule durch Osteosynthese bei Frakturen»

Betrifft alle Sprachversionen

Titel, ergänzende Beschreibungen, Exklusiva und «Beachte» der Subkategorien 7A.71.- «Fusion von Wirbeln mit Stabilisierung der Wirbelsäule» und 7A.73.- «Nicht-dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule durch Osteosynthese bei Frakturen» sind zur deutlicheren Abgrenzung der beiden Subkategorien wie folgt anzupassen.

Zusätzlich ist eine ergänzende Beschreibung unter der Subkategorie 7A.42.- «Osteosynthese einzelner Wirbel» aufzunehmen.

7A.42.- Osteosynthese einzelner Wirbel

Offene Reposition einer Wirbelfraktur

Geschlossene Reposition einer Wirbelfraktur

INKL. Entfernen von Knochensplintern vom Spinalkanal

Kod. eb.: Verwendetes Osteosynthesematerial, Wirbelsäule (7A.A4.-)

Beachte: Dieser Code bildet die Osteosynthese einzelner Wirbel ab. Erfolgt die Osteosynthese überbrückend über mehrere Wirbel im Kontext einer nicht-dynamischen Stabilisierung der Wirbelsäule, ist dieser Code nicht zu verwenden.

[...]

7A.71.- Fusion von Wirbeln mit Stabilisierung der Wirbelsäule

Spondylodese

INKL. Osteotomie an der Wirbelsäule, Grad I und II

Kod. eb.: Falls durchgeführt - Osteotomie an der Wirbelsäule, Grad III bis Grad VI (7A.28.31 - 7A.28.61)

EXKL. Nicht-dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule durch Osteosynthese bei Frakturen (7A.73.-)

Beachte: Eine Fusion ist eine nicht-bewegungserhaltende Versteifungsoperation, bei der zwei oder mehrere benachbarte Wirbel miteinander verbunden werden mit dem Ziel einer irreversiblen knöchernen Verbindung. ~~Die Fusion kann knöchern und instrumentiert sein.~~ Die Fusion ist instrumentiert mit oder ohne Anlagerung von knöchernem Gewebe, Knochenersatzmaterial oder Knochentransplantat.

[...]

7A.73.- Nicht-dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule durch Osteosynthese ~~ohne Fusion der Wirbel~~ bei Frakturen

~~Stabilisierung der Wirbelsäule bei Frakturen~~

INKL. Osteotomie an der Wirbelsäule, Grad I und II

EXKL. Fusion von Wirbeln mit Stabilisierung der Wirbelsäule (7A.71.-)

Beachte: Eine nicht-dynamische Stabilisierung ~~ohne Fusion~~ der Wirbelsäule ist eine (potenziell) bewegungserhaltende Wirbelsäulenoperation unter Einsatz von Implantaten. Die ~~Instrumentalisierung~~ Osteosynthese erfolgt mit dem Ziel der Ruhigstellung zur Heilung. ~~Es erfolgt keine Knochenanlagerung an den Gelenken der Wirbelsäule, eine Fusion wird nicht angestrebt.~~

7A.73.1- Nicht-dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule durch Osteosynthese ~~ohne Fusion der Wirbel~~ bei Frakturen, Zugang dorsal und dorsolateral

7A.73.11 Nicht-dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule durch Osteosynthese ~~ohne Fusion der Wirbel~~ bei Frakturen, Zugang dorsal und dorsolateral, 1 Segment

7A.73.12 Nicht-dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule durch Osteosynthese ~~ohne Fusion der Wirbel~~ bei Frakturen, Zugang dorsal und dorsolateral, 2 Segmente

7A.73.13 Nicht-dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule durch Osteosynthese ~~ohne Fusion der Wirbel~~ bei Frakturen, Zugang dorsal und dorsolateral, 3 Segmente

- 7A.73.14 Nicht-dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule durch Osteosynthese ~~ohne Fusion der Wirbel~~ bei Frakturen, Zugang dorsal und dorsolateral, 4 Segmente
- 7A.73.15 Nicht-dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule durch Osteosynthese ~~ohne Fusion der Wirbel~~ bei Frakturen, Zugang dorsal und dorsolateral, 5 Segmente
- 7A.73.16 Nicht-dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule durch Osteosynthese ~~ohne Fusion der Wirbel~~ bei Frakturen, Zugang dorsal und dorsolateral, 6 Segmente
- 7A.73.17 Nicht-dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule durch Osteosynthese ~~ohne Fusion der Wirbel~~ bei Frakturen, Zugang dorsal und dorsolateral, 7 Segmente
- 7A.73.18 Nicht-dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule durch Osteosynthese ~~ohne Fusion der Wirbel~~ bei Frakturen, Zugang dorsal und dorsolateral, 8 Segmente
- 7A.73.1A Nicht-dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule durch Osteosynthese ~~ohne Fusion der Wirbel~~ bei Frakturen, Zugang dorsal und dorsolateral, 9 Segmente
- 7A.73.1B Nicht-dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule durch Osteosynthese ~~ohne Fusion der Wirbel~~ bei Frakturen, Zugang dorsal und dorsolateral, 10 Segmente
- 7A.73.1C Nicht-dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule durch Osteosynthese ~~ohne Fusion der Wirbel~~ bei Frakturen, Zugang dorsal und dorsolateral, 11 Segmente
- 7A.73.1D Nicht-dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule durch Osteosynthese ~~ohne Fusion der Wirbel~~ bei Frakturen, Zugang dorsal und dorsolateral, 12 Segmente
- 7A.73.1E Nicht-dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule durch Osteosynthese ~~ohne Fusion der Wirbel~~ bei Frakturen, Zugang dorsal und dorsolateral, 13 Segmente
- 7A.73.1F Nicht-dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule durch Osteosynthese ~~ohne Fusion der Wirbel~~ bei Frakturen, Zugang dorsal und dorsolateral, 14 und mehr Segmente
- 7A.73.2- Nicht-dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule durch Osteosynthese ~~ohne Fusion der Wirbel~~ bei Frakturen, Zugang ventral
- 7A.73.21 Nicht-dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule durch Osteosynthese ~~ohne Fusion der Wirbel~~ bei Frakturen, Zugang ventral, 1 Segment
- 7A.73.22 Nicht-dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule durch Osteosynthese ~~ohne Fusion der Wirbel~~ bei Frakturen, Zugang ventral, 2 Segmente
- 7A.73.23 Nicht-dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule durch Osteosynthese ~~ohne Fusion der Wirbel~~ bei Frakturen, Zugang ventral, 3 Segmente
- 7A.73.24 Nicht-dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule durch Osteosynthese ~~ohne Fusion der Wirbel~~ bei Frakturen, Zugang ventral, 4 Segmente
- 7A.73.25 Nicht-dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule durch Osteosynthese ~~ohne Fusion der Wirbel~~ bei Frakturen, Zugang ventral, 5 Segmente
- 7A.73.26 Nicht-dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule durch Osteosynthese ~~ohne Fusion der Wirbel~~ bei Frakturen, Zugang ventral, 6 Segmente
- 7A.73.27 Nicht-dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule durch Osteosynthese ~~ohne Fusion der Wirbel~~ bei Frakturen, Zugang ventral, 7 Segmente
- 7A.73.28 Nicht-dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule durch Osteosynthese ~~ohne Fusion der Wirbel~~ bei Frakturen, Zugang ventral, 8 Segmente
- 7A.73.2A Nicht-dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule durch Osteosynthese ~~ohne Fusion der Wirbel~~ bei Frakturen, Zugang ventral, 9 Segmente
- 7A.73.2B Nicht-dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule durch Osteosynthese ~~ohne Fusion der Wirbel~~ bei Frakturen, Zugang ventral, 10 Segmente
- 7A.73.2C Nicht-dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule durch Osteosynthese ~~ohne Fusion der Wirbel~~ bei Frakturen, Zugang ventral, 11 Segmente
- 7A.73.2D Nicht-dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule durch Osteosynthese ~~ohne Fusion der Wirbel~~ bei Frakturen, Zugang ventral, 12 Segmente
- 7A.73.2E Nicht-dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule durch Osteosynthese ~~ohne Fusion der Wirbel~~ bei Frakturen, Zugang ventral, 13 Segmente
- 7A.73.2F Nicht-dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule durch Osteosynthese ~~ohne Fusion der Wirbel~~ bei Frakturen, Zugang ventral, 14 und mehr Segmente

3.4. Teilgekoppelte, teilachsengeführte Knieendoprothesen und Langschaftprothesen

Betrifft alle Sprachversionen

Unter den Codes für Eingriffe mit achsengeführten Totalendoprothesen des Kniegelenks sind «Inklusiva» für die teilgekoppelten und teilachsengeführten Totalendoprothesen aufzunehmen bzw. die bestehenden «Inklusiva» mit «(teil-)» zu ergänzen.

Unter den Codes für die Implantation von Gelenkprothesen bei denen eine Langschaftprothese in Frage kommt, ist ein «Kodierte ebenso», das auf den Zusatzkode «Landschaftprothese (81.A1.13)» weist, aufzunehmen.

80.06.13	Entfernen einer achsengeführten Totalendoprothese des Kniegelenks INKL. Teilgekoppelte und teilachsengeführte Totalendoprothese des Kniegelenks
[...]	
80.06.18	Entfernen des Inlays einer Knieendoprothese INKL. Entfernen des Verbindungsbolzens bei (teil-)achsengeführten Totalprothesen
[...]	
80.06.1B	Entfernen der Tibia- oder Femurkomponenten, sowie des Inlays einer Sonder-Totalendoprothese oder einer achsengeführten Totalendoprothese des Knies INKL. Teilgekoppelte und teilachsengeführte Totalendoprothese des Kniegelenks
[...]	
81.51.11	Erstimplantation einer Totalendoprothese des Hüftgelenks Kod. eb. Falls zutreffend – Landschaftprothese (81.A1.13)
[...]	
81.51.21	Implantation einer Totalendoprothese des Hüftgelenks bei einem Prothesenwechsel Kod. eb. Falls zutreffend – Landschaftprothese (81.A1.13)
[...]	
81.52.5A	Implantation von Schaft sowie Kopf einer Hüftendoprothese bei einem Wechsel Kod. eb. Falls zutreffend – Landschaftprothese (81.A1.13)
[...]	
81.52.5B	Implantation von Schaft, Kopf sowie Inlay einer Hüftendoprothese bei einem Wechsel Kod. eb. Falls zutreffend – Landschaftprothese (81.A1.13)
[...]	
81.54.21	Erstimplantation einer Standard-Totalendoprothese des Kniegelenks Erstimplantation einer bikondylären Oberflächenersatzprothese am Kniegelenk Kod. eb. Falls zutreffend – Landschaftprothese (81.A1.13)
[...]	
81.54.23	Erstimplantation einer achsengeführten Totalendoprothese des Kniegelenks Erstimplantation einer Scharnierprothese des Kniegelenks INKL. Teilgekoppelte und teilachsengeführte Totalendoprothese des Kniegelenks
[...]	
81.54.31	Implantation einer Standard-Totalendoprothese des Kniegelenks bei einem Prothesenwechsel Implantation einer bikondylären Oberflächenersatzprothese bei einem Prothesenwechsel Kod. eb. Falls zutreffend – Landschaftprothese (81.A1.13)
[...]	
81.54.33	Implantation einer achsengeführten Totalendoprothese des Kniegelenks bei einem Prothesenwechsel INKL. Teilgekoppelte und teilachsengeführte Totalendoprothese des Kniegelenks
[...]	
81.54.43	Implantation des Inlays einer Knieendoprothese bei einem Wechsel INKL. Implantation des Verbindungsbolzens von (teil-)achsengeführten Totalprothesen bei einem Wechsel
[...]	
81.54.45	Implantation der Tibia- oder Femurkomponenten, sowie des Inlays einer Sonder-Totalendoprothese oder einer achsengeführten Totalendoprothese des Knies, bei einem Wechsel INKL. Teilgekoppelte und teilachsengeführte Totalendoprothese des Kniegelenks
[...]	

- 81.80.11 Erstimplantation Totalendoprothese Schultergelenk, anatomisch**
 Erstimplantation Kurzschaft-Totalendoprothese Schultergelenk, anatomisch
 Kod. eb. Falls zutreffend – Langschaftprothese (81.A1.13)
 [...]
- 81.80.12 Erstimplantation Totalendoprothese Schultergelenk, invers**
 Kod. eb. Falls zutreffend – Langschaftprothese (81.A1.13)
 [...]
- 81.80.21 Implantation Totalendoprothese Schultergelenk, anatomisch, bei Prothesenwechsel**
 Implantation Kurzschaft-Totalendoprothese Schultergelenk, anatomisch
 Kod. eb. Falls zutreffend – Langschaftprothese (81.A1.13)
- 81.80.22 Implantation Totalendoprothese Schultergelenk, invers, bei Prothesenwechsel**
 Kod. eb. Falls zutreffend – Langschaftprothese (81.A1.13)
 [...]
- 81.84 Totalprothese des Ellenbogens**
 Kod. eb. Falls zutreffend – Langschaftprothese (81.A1.13)

3.5. 93.9E.- «Nicht invasive Beatmung ausserhalb Intensivstation»

Betrifft alle Sprachversionen

Die Angaben des Referenzdokumentes und des Links sind wie folgt anzupassen:

93.9E Nicht invasive Beatmung ausserhalb Intensivstation

NIV-Beatmung

Beachte: Mindestmerkmal Punkt 0, Referenzdokumente: Details zu den Mindestmerkmalen sind dem Dokument «Ausführungen zu den Mindestmerkmalen «Nicht invasive Beatmung ausserhalb Intensivstationen» (CHOP-93.9E-2016-de 93.9E), Version vom 01.07.2016» der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie zu entnehmen. Verfügbar unter: <http://www.pneumo.ch/de/fachpersonen.html> <https://pneumo.ch/recommendations/>

[...]

3.6. 94.A1.- und 94.A2.- HoNOS bzw. HoNOSCA - Referenzdokument

Betrifft alle Sprachversionen

Bei den «Mindestmerkmal Punkt 0, Referenzdokument» und «Mindestmerkmal Punkt 1, Erfassung» der Subkategorien 94.A1.- «HoNOS [Health of the Nation Outcome Scales]» und 94.A2.- «HoNOSCA [Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents]» sind folgende Anpassungen vorzunehmen.

94.A1.- HoNOS [Health of the Nation Outcome Scales]

Beachte: A. HoNOS ist ein Instrument zur Abbildung des Schweregrads der psychischen Erkrankung und Störung.

Mindestmerkmal Punkt 0, Referenzdokument:

Zur Erfassung des HoNOS ist die Version des Dokuments «Vorgaben zur Erfassung des HoNOS für die Tarifstruktur TARPSY» gültig, die zum Zeitpunkt der Gültigkeit dieser CHOP-Version gilt. «Vorgaben zur Erfassung des HoNOS für die Tarifstruktur TARPSY: Skala, Glossar und Ratingkonventionen. Version 1.2 / 29.11.2019.» unter <https://www.swissdrg.org/de/psychiatrie/datenerhebung/medizinische-statistik>

Bei alterspsychiatrischen Patientinnen / Patienten gilt analog die Version des Dokuments: «Vorgaben zur Erfassung des HoNOS 65+ für die Tarifstruktur TARPSY: Skala, Glossar und Ratingkonventionen. Version 1.2 / 29.11.2019» unter <https://www.swissdrg.org/de/psychiatrie/datenerhebung/medizinische-statistik>

Die Dokumente sind zu finden unter dem entsprechenden Datenjahr:

<https://www.swissdrg.org/de/psychiatrie/datenerhebung>

Mindestmerkmal Punkt 1, Erfassung:

Folgende Kodes werden nur erfasst bei stationären Patientinnen / Patienten einer Abteilung für Erwachsenenpsychiatrie. Die Kodes sind bei Eintritt, d.h. innerhalb von 3 Tagen, sowie bei Austritt, d.h. frühestens 3 Tage vor Aus-

tritt, der Patientin / des Patienten zu erfassen. Sollte HoNOS nach Austritt erfasst werden, ist in der Patientendokumentation das effektive Datum anzugeben, ~~in der medizinischen Statistik~~ im Rahmen der Erhebung Spitalstationäre Gesundheitsversorgung (SpiGes) hingegen das Datum des Austritts.

Jedes Kriterium ist unterteilt in 5 Schweregrade, wobei 0 «kein Problem» und 4 «schwerwiegendes Problem» bedeutet. Die Stufen sind genau nach den Definitionen der HoNOS abzubilden.

[...]

94.A2.- HoNOSCA [Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents]

Beachte: A. HoNOSCA ist ein Instrument zur Abbildung des Schweregrads der psychischen Erkrankung und Störung.

Mindestmerkmal Punkt 0, Referenzdokument:

Zur Erfassung des HoNOSCA ist die Version des Dokuments «Vorgaben zur Erfassung des HoNOSCA für die Tarifstruktur TARPSY: ~~Skala, Glossar und Ratingkonventionen. Version 1.2 / 29.11.2019~~» gültig, die zum Zeitpunkt der Gültigkeit dieser CHOP-Version gilt.

<https://www.swissdr.org/de/psychiatrie/datenerhebung/medizinische-statistik>

Das Dokument ist zu finden unter dem entsprechenden Datenjahr:

<https://www.swissdr.org/de/psychiatrie/datenerhebung>

Mindestmerkmal Punkt 1, Erfassung:

Folgende Codes werden nur erfasst bei stationären Patientinnen / Patienten einer Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Codes sind bei Eintritt, d.h. innerhalb von 14 Tagen, sowie bei Austritt, d.h. frühestens 7 Tage vor Austritt, der Patientin / des Patienten zu erfassen. Sollte HoNOSCA nach Austritt erfasst werden, ist in der Patientendokumentation das effektive Datum anzugeben, ~~in der medizinischen Statistik~~ im Rahmen der Erhebung Spitalstationäre Gesundheitsversorgung (SpiGes) hingegen das Datum des Austritts.

Jedes Kriterium ist unterteilt in 5 Schweregrade, wobei 0 «kein Problem» und 4 «schwerwiegendes bis sehr schweres Problem» bedeutet. Die Stufen sind genau nach den Definitionen der HoNOSCA abzubilden.

3.7. AA.- Messinstrumente und Messungen – Beachte zu den Referenzdokumenten und der Erfassung

Betrifft alle Sprachversionen

Der Punkt 0 «Referenzdokument» der «Beachte» unter den Subkategorien AA.21.- «Cumulative Illness Rating Scale [CIRS]» und AA.31.- «6-Minuten-Gehtest» ist zur Angabe der aktuellen Version bzw. des Links wie folgt anzupassen.

Der Punkt 1 «Anwendung» der «Beachte» unter der Subkategorie AA.21.- ist wie folgt zu präzisieren, um Fragen bezüglich des Obligatoriums oder nicht der Erfassung des CIRS zu beantworten.

Der Punkt 3 «Erfassung» der «Beachte» unter den Subkategorien AA.13.- «Items des ADL-Scores», AA.21.- «Cumulative Illness Rating Scale [CIRS]», AA.31.- «6-Minuten-Gehtest» und AA.33.- «Spinal Cord Independence Measure [SCIM]» ist zur Kohärenz der Angabe zwischen CHOP und Dokumenten des ANQs wie folgt anzupassen. «Innerhalb von 3 Arbeitstagen» ist im Kodierungshandbuch 2025 unter «Kodierrichtlinien Rehabilitation» «Assessments – CHOP AA» definiert: «um die drei Arbeitstage berechnen zu können, gilt es zu beachten, dass nur ~~die~~ Sonntage und gesetzliche Feiertage als Feiertage gelten. Samstagstage gelten als Arbeitstage.».

AA.13.- Items des ADL-Scores

Beachte: [...]

Punkt 3, Erfassung:

Die Codes sind bei Eintritt, d.h. innerhalb von 3 ~~Tagen~~ Arbeitstagen, sowie bei Austritt, d.h. frühestens 3 ~~Tag~~ Arbeitstage vor Austritt, zu erfassen.

Die Scores sind nach den Erhebungsvorgaben des ANQ abzubilden.

[...]

AA.21.- Cumulative Illness Rating Scale [CIRS]

Beachte: Punkt 0, Referenzdokument:

Für die Erfassung des CIRS gelten die Vorgaben des ANQ zur Version 10/2016 «CIRS - Cumulative Illness Rating Scale». www.anq.ch → Downloads → Rehabilitation → Messung Rehabilitation | Messinstrumente

[...]

Punkt 1, Anwendung:

Folgende Codes werden nur erfasst bei stationären Patientinnen / Patienten einer Abteilung für Rehabilitation.

Die Erfassung des CIRS ist nur im Kontext der ANQ-Qualitätsmessung obligatorisch.

Wurde bei einem Rehabilitationsfall kein Code der Subkategorie AA.21.- erfasst, gilt der Fall trotzdem als Rehabilitationsfall.

[...]

Punkt 3, Erfassung:

Der Kode ist bei Eintritt innerhalb von 3 ~~Tagen~~ Arbeitstagen zu erfassen.

Der Totalscore errechnet sich aus der Summe der Bewertung der 14 einzelnen Kriterien, welche in 5 Schweregrade unterteilt sind, wobei 0 «kein Problem» und 4 «Extrem schweres Problem» bedeuten.

Die Stufen sind genau nach den Definitionen des CIRS abzubilden.

[...]

AA.31.- 6-Minuten-Gehtest

Beachte: Punkt 0, Referenzdokument:

Für die Erfassung des 6-Minuten-Gehtest gilt der Abschnitt 6 «6-Minuten-Gehtest» vom Dokument des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken [ANQ] «Nationaler Messplan Rehabilitation Verfahrenshandbuch». ~~Verbindlich ist die Dokumentenversion, die zum Zeitpunkt der Gültigkeit dieser CHOP-Version gilt. Version 10.0, 01/2024~~ Link: <https://www.anq.ch/de/downloads/>

Der genannte Abschnitt 6 enthält den Hinweis auf den Abschnitt 2.7 in welchem auf das Formular vom ANQ «6-Minuten-Gehtest» Version 2016/01 gewiesen wird. Link: https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2017/12/ANQ_Modul_3_6-Minuten-Gehtest.pdf

[...]

Punkt 3, Erfassung:

Der Kode ist bei Eintritt innerhalb von 3 ~~Tagen~~ Arbeitstagen sowie bei Austritt, d.h. frühestens 3 ~~Tage~~ Arbeitstage vor Austritt, zu erfassen.

Bei jeder Erfassung ist ein Kode von den 10 zur Verfügung stehenden Kodes zu erfassen.

Die zurückgelegte Strecke in Meter ist gemäss Definition des 6-Minuten-Gehtest in das entsprechende Intervall zu übersetzen.

[...]

AA.33.- Spinal Cord Independence Measure [SCIM]

Beachte: [...]

Punkt 3, Erfassung:

Die Kodes sind bei Eintritt innerhalb von 3 ~~Tagen~~ Arbeitstagen sowie bei Austritt, d.h. frühestens 3 ~~Tage~~ Arbeitstage vor Austritt, zu erfassen.

Jedes Kriterium ist unterteilt zwischen 3 und 9 Schweregrade, wobei 0 «höchste Abhängigkeit» bedeutet.

Die Stufen sind genau nach den Definitionen des SCIM III abzubilden.

3.8. BA.- Rehabilitation – Kombination der Therapieformen über den Aufenthalt

Betrifft alle Sprachversionen

Das «Beachte» «Mindestmerkmal Punkt 3, Therapie und Schulung» der Kategorie BA.- «Rehabilitation» ist wie folgt zu präzisieren.

BA.- Rehabilitation

Beachte: [...]

Mindestmerkmal Punkt 3, Therapie und Schulung:

~~Zeitliche~~ Die Vorgaben der ~~Therapieminuten~~ für die wöchentlichen Therapie- und Schulungsleistungen sind als Durchschnitt pro Woche auf den gesamten Reha-Aufenthalt bezogen. Die ~~Therapieeinheiten und die Edukation (Schulung)~~ Therapien und Schulungen erfolgen in Einzel- oder Gruppentherapie je nach Indikation und in Abhängigkeit der Bedürfnisse und Ressourcen der Patientin / des Patienten.

Für alle Arten der Rehabilitation mit Ausnahme der psychosomatischen Rehabilitation ist die Physiotherapie obligatorisch (BA.1- und BA.3- bis BA.8-). Für die psychosomatische Rehabilitation (BA.2-) ist die Psychotherapie obligatorisch. ~~Die je Rehabilitationsart obligatorische Therapieform wird mindestens einmal während dem Reha-Aufenthalt geleistet.~~

Die «Kombination», die in den Sätzen «Die Therapie beinhaltet eine patientenbezogene Kombination des obligatorischen Bestandteils mit mindestens einem der unten aufgeführten Therapiebereiche» beim «Mindestmerkmal Punkt, Therapie und Schulung» der 3-stelligen Kategorien BA.x- der spezifischen Arten der Rehabilitation verlangt wird, bezieht sich auf den Reha-Aufenthalt (die Kombination ist nicht pro Woche zu leisten). Bei Reha-Aufenthalten von weniger als 7 Tagen kann eine Kombination erfolgen, sie ist aber nicht zwingend.

3.9. BA.3- Pulmonale Rehabilitation

Betrifft alle Sprachversionen

Das «Mindestmerkmal Punkt 3, Austrittsassessment» der 3-stelligen Kategorie BA.3- «Pulmonale Rehabilitation» ist wie folgt anzupassen. Die zwingenden Eintritts- und Austrittsabklärungen sind somit identisch.

BA.3- Pulmonale Rehabilitation

Beachte: [...]

Mindestmerkmal Punkt 1, Eintrittsabklärung:

- Messung der aktuellen körperlichen Leistungsfähigkeit.
- Krankheitsspezifischer Fragebogen

[...]

Mindestmerkmal Punkt 3, Austrittsassessment:

- Messung der aktuellen körperlichen Leistungsfähigkeit.
- Krankheitsspezifischer Fragebogen

~~- Lungenfunktionsdiagnostik~~

Zusätzlich bei Bedarf:

- Lungenfunktionsdiagnostik
- Messung des Kohlenmonoxides oder Cotininmessung im Urin

4. Zusatzinformationen zur ICD-10-GM 2024

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

Weder im Rundschreiben 2025 Nr. 1 noch im Rundschreiben 2025 Nr. 2 gibt es Zusatzinformationen zur ICD-10-GM 2024.

5. Anhang

5.1. Informationen und Präzisierungen

Das aktuelle Rundschreiben enthält alle, ab 1. Juli 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
 [...]
 0852 01.07.2017 usw.

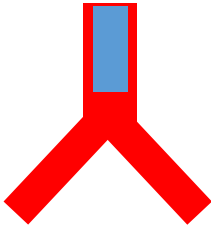
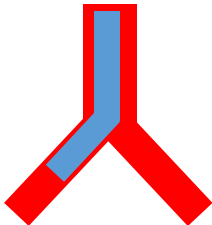
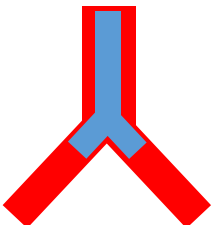
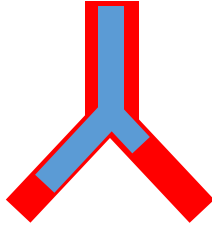
0752 01.07.2025 Erfassen des 39.78.5- «Ende der untersten Stent-Grafts [Stent-Prothesen]»

Bei den Codes der Subkategorie 39.71.- «Endovaskuläre Implantation eines Stent-Grafts [Stent-Prothesen] an der abdominalen Aorta» und der Elementengruppe 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 Elementengruppe 39.78.5- umfasst drei Zusatzcodes:

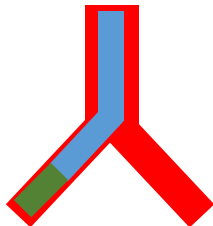
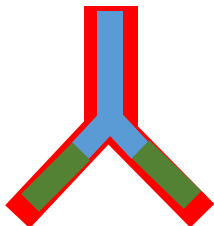
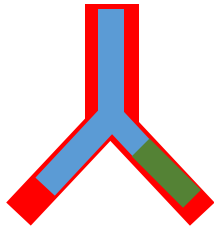
- 39.78.51 «Ende des untersten Stent-Grafts [Stent-Prothese], aortal»
- 39.78.52 «Ende des untersten Stent-Grafts [Stent-Prothese], aortomonoiliakal»
- 39.78.53 «Ende der untersten Stent-Grafts [Stent-Prothesen], aortobiiliakal»

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 Elementengruppen 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:~~ Folgende Tabelle illustriert die verschiedenen Situationen einer abdominalen Hauptprothese ohne Öffnungen (blau im Schema):

39.78.52 «aortomonoiliakal»	39.78.53 «aortobiiliakal»
	
Kodierung: • Ein Kode aus 39.71.- oder 39.73.4- • 39.71.21 Alle Foramina am proximalen und an den distalen Enden des Stent-Grafts [Stent-Prothese] sowie die Scallops zählen nicht zu den Öffnungen. • 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) • 39.71.21 Alle Foramina am proximalen und an den distalen Enden des Stent-Grafts [Stent-Prothese] sowie die Scallops zählen nicht zu den Öffnungen. • 39.78.53 • Zwei Kodes 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) • 39.71.21 Alle Foramina am proximalen und an den distalen Enden des Stent-Grafts [Stent-Prothese] sowie die Scallops zählen nicht zu den Öffnungen. • 39.78.53 • Ein Kode aus 39.7A.1- oder 39.7A.2- falls Öffnung (Öffnung nicht eingezeichnet)

0753 01.07.2025 Reha-Aufenthalte von weniger als sieben Tagen

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

Bei Reha-Aufenthalten unter 7 Tagen ist der Kode BA.x0 «[...] Rehabilitation, mit weniger als 300 Therapieminuten» zu kodieren, dies unabhängig von den geleisteten Therapieminuten oder dem Austrittsgrund. Es erfolgt keine Hochrechnung der Therapieminuten auf die Woche zur Erfassung eines anderen BA.xx. Die Angabe «mit weniger als 300 Therapieminuten» im Titel der Kodes BA.x0 sowie der Satz «Diese Rehabilitationsaufenthalte werden auf Grund einer akuten medizinischen Indikation abgebrochen.» im «Beachte» sind zu ignorieren.

Der Entscheid für den Austritt ist mit der Variable «austrittsentscheid» der Variablenliste SpiGes-Erhebung zu erfassen.

0754 01.07.2025 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».

0754/1 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: Symptomanagement, Entscheidungsfindung/ End of Life Vorbereitung, Netzwerk-Organisation, Support der Angehörigen. SENS integriert alle Themenbereiche der gängigen Ziele, Definitionen und Modelle. Somit ist auch ein dokumentiertes SENS-Assessment als standardisiertes palliativmedizinisches Basisassessment für die Codes 93.8A.2- und 93.8B.- anzuerkennen.

Kann ein einzelnes Assessmentinstrument als palliativmedizinisches Basisassessment zählen?

Die alleinige Durchführung eines Assessmentinstrumentes (z. B. ESAS) zur Erfassung der körperlichen Dimension ist nicht als vollständiges PBA anzuerkennen. In einem PBA müssen die biologischen, psychologischen, sozialen und spirituellen Dimensionen berücksichtigt werden.

0754/2 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 Elementgruppen 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.

0754/3 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.

0754/4 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.~~

Bei der «wöchentlichen interprofessionellen Teambesprechung» ist unter **«interprofessionell»** zu verstehen, dass im Minimum Arzt, Pflege und eine weitere Berufsgruppe teilnehmen.

Bei der «interprofessionellen Visite» ist unter **«interprofessionell»** zu verstehen, dass im Minimum Arzt und Pflege teilnehmen.

0754/5 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.).

0754/6 Erfassung der Zusatzkodes der Elementegruppe 93.8B.2- «Zusatzleistung auf einer eigenständigen spezialisierten Palliative Care Station, nach Anzahl Behandlungstage»

93.8B.-: Mindestmerkmal Punkt 7, Erfassung:

Die Elementegruppe 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 Kode 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 Kode der Elementegruppe 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 Elementegruppe 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.																					

~~0755~~ ~~01.01.2025~~ ~~Informationen und Präzisierungen zur Palliative Care~~

Die Präzisierung 0755 wurde im Anhang des Rundschreibens 2025 Nr. 2 ersetzt durch die Präzisierung 0754.

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

0758/1 Berechnung der Aufenthaltstage für Kodes der Elementgruppe 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 Elementgruppen 99.84.1- «Kontaktisolation, nach Anzahl Behandlungstage», 99.84.2- «Tröpfchenisolation, [...]» und 99.84.3- «Aerosolisolation, [...]» 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 Kodes 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.

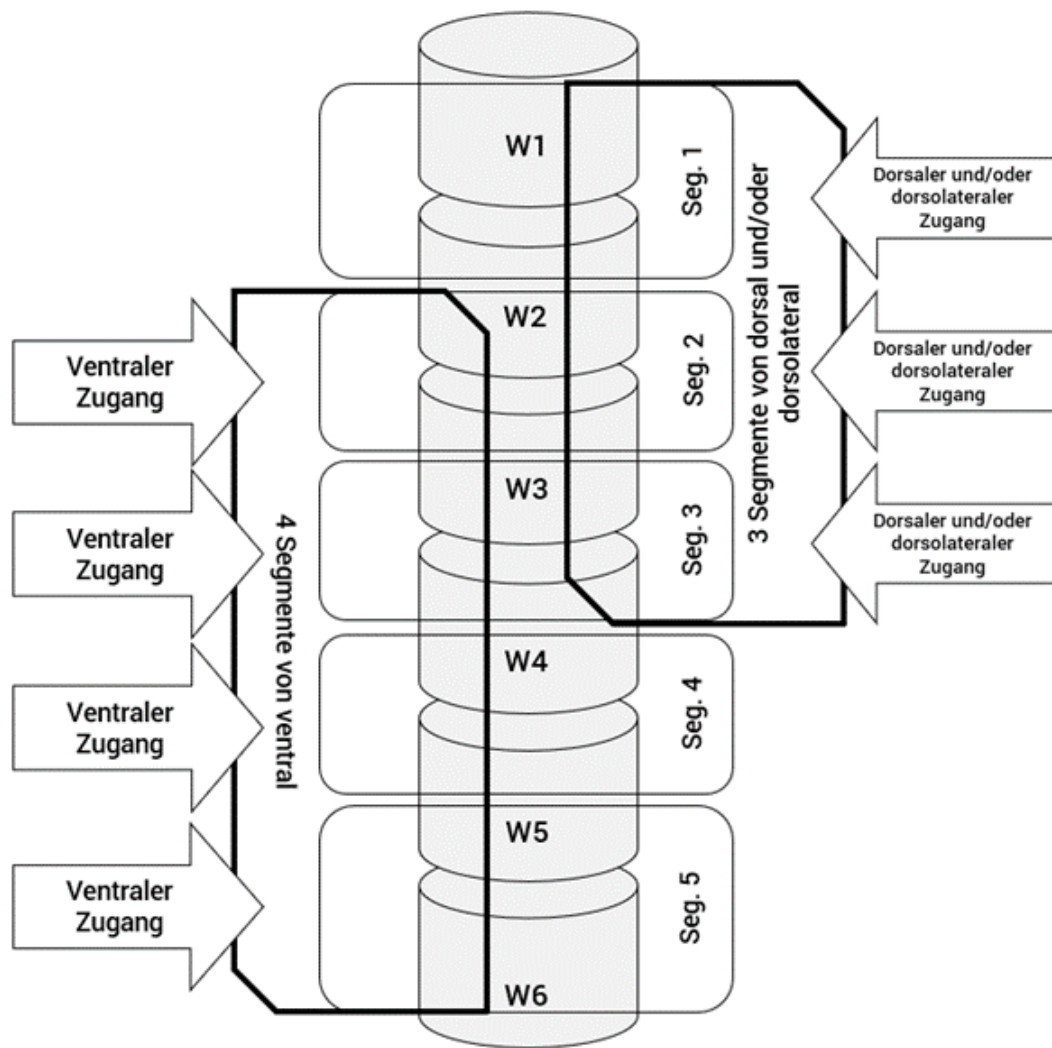
0766 01.01.2024 7A.7- Stabilisierung der Wirbelsäule und Stellungskorrektur – Zugang dorsal und/oder dorsolateral

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 Zusatzkode 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 Kode für drei Segmente «dorsal und dorsolateral» sowie ein Kode für vier Segmente «ventral» erfasst. Zusätzlich wird der entsprechende Kode 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]»

Die Präzisierung 0767 wurde im Anhang des Rundschreibens 2025 Nr. 2 ersetzt durch die Präzisierung 0752.

0768 01.01.2024 Gefäßverschlusskörper vs. Embolie-Protektionssysteme

In der CHOP existieren Codes für gefäßverschliessende Operationen/Interventionen, die s.g. Embolisierungen 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 Embolisierungen) 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 Zusatzkodes erfassen:

- 39.75.17 «Perkutan-transluminale Thrombektomie, sonstige Gefäße»
- 00.4B.13 «PTKI an Lungengefäßen»
- Zutreffende Zusatzkodes der Elementegruppe 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**~~

Die Präzisierung 0771 wurde im Anhang des Rundschreibens 2025 Nr. 2 ersetzt durch die Präzisierung 0753.

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 Elementegruppe 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 Code 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 ausgetauscht.

Kodierung

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

Tag Y: 42.81.40 «Einsetzen und Wechsel einer selbstexpandierenden Prothese (permanenten 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 Konjunktivostomomie 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 prostatistische Harnröhre

Je Eingriff ist der Code 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-Code 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 Code 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 Code 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 Code 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 Code 81.54.31 «Implantation einer Standard-Totalendoprothese des Kniegelenks bei einem Prothesenwechsel» erfasst werden und **nicht** der Code 81.54.21 «Erstimplantation einer Standard-Totalendoprothese des Kniegelenks».

Wird bei einem Wechsel einer Knieendoprothese zum ersten Mal ein Patella-Rückflächenersatz eingesetzt, muss der Code 81.54.42 «Implantation eines Patella-Rückflächenersatz bei einem Wechsel» erfasst werden und **nicht** der Code 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, thoracoabdominalis und abdominalis werden summiert und der entsprechende Zusatzkode der Elementegruppe 39.78.6- mit dem Datum des ersten Interventionstages erfasst, in diesem Fall der 39.78.61 «2 implantierte aortale Stent-Grafts».

Fallbeispiel 2

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

Kodierung:

Der Kode 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 Kode 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, thoracoabdominalis und abdominalis werden summiert. Der entsprechende Zusatzkode der Elementegruppe 39.78.6- wird mit dem Datum des ersten Interventionstages erfasst, in diesem Fall der 39.78.61 «2 implantierte aortale Stent-Grafts».

Fallbeispiel 3

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

Kodierung:

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

Über den gesamten stationären Aufenthalt wurde nur ein aortaler Stent-Graft implantiert. Es ist somit kein Zusatzkode der Elementegruppe 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 Code 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 Code 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 Code 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 Code unter 39.C1.- «Anzahl der implantierten Stents», am Datum des ersten Interventionstages erfasst. Im vorherigen Beispiel 5 Stents, 39.C1.15 «5 implantierte Stents».

Erfassen der Anzahl der in den Koronararterien implantierten Stents

Die Implantation von Stents in die Koronararterien ist unter den Subkategorien 36.03.- «Koronarangioplastik am offenen Thorax» und 36.08.- «Implantation von Stents 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 Code mit der Angabe «in mehrere Koronararterien» zu wählen und so oft zu kodieren, wie Stents von diesem Typ implantiert wurden.

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

Fallbeispiel 1

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

Kodierung:

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

Der Code 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 Code 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 Code 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 Zusatzcode 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 Blutgefäßsstents zu addieren.

Ein Zusatzcode der Subkategorie 39.C1.- «Anzahl der implantierten Stents» ist nur zu erfassen für die Summe der insgesamt implantierten peripheren Gefäßsstents 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 Code 36.08.22 «Implantation perkutan-transluminal von Stents mit Medikamentenfreisetzung, in mehreren Koronararterien»

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»

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 Zusatzkode 00.9C.- «Einzeitige Eingriffe an Mittelhand- und Fingerstrahlen oder Mittelfuss- und Zehenstrahlen»

Folgende Tabelle präzisiert die Kodierung von Eingriffskode und Zusatzkode 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	Zusatzkode	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.

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

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