



# **SWISS-DRG 2019**

**Veränderungen und Neuerungen**

November 2018



# Inhalt

<b>SwissDRG System 8.0 / 2019 .....</b>	<b>5</b>
<b>1 Zeitplan.....</b>	<b>5</b>
<b>2 DRG.....</b>	<b>5</b>
2.1 Wichtige Änderungen der SwissDRG Version 8.0 .....	5
2.1.1 Abbildung hochaufwendiger Fälle.....	5
2.1.2 Intensivmedizinische Komplexbehandlung.....	8
2.1.3 Umfassende Überarbeitung der MDCs 05, 08, 16, 20, 22 .....	9
2.1.4 Weitere MDC-Umbauten.....	11
2.2 CCL-Matrix für 2019 Version 8.0 .....	13
2.3 Neue Zusatzentgelte.....	16
2.4 Hochteure Medikamente.....	17
2.5 Fallabrechnung .....	18
2.6 Implizite und explizite Ein-Belegungstag-DRGs .....	18
2.7 DRGs mit erhöhtem Langlieger-Zuschlag .....	19
<b>3 Kodierrichtlinien.....</b>	<b>19</b>
3.1.1 Allgemeine Kodierrichtlinien für Krankheiten und Diagnosen.....	19
3.1.2 Allgemeine Kodierrichtlinien für Prozeduren .....	20
3.1.3 Spezielle Kodierrichtlinien.....	21
<b>4 ICD 10 .....</b>	<b>23</b>
4.1 Änderungen der ICD-10 2017.....	23
4.1.1 Statistik ICD-10 2017 .....	23
4.1.2 Änderungen in der Version 2017 .....	23
4.2 Änderungen der ICD-10 2018.....	25
4.2.1 Statistik ICD-10 2018 .....	25
4.2.2 Änderungen in der Version 2018 .....	25
<b>5 CHOP-Version 2019.....</b>	<b>27</b>
5.1 Statistik CHOP 2019 .....	27
5.2 Änderungen der CHOP-Codes 2019.....	27
<b>6 Impressum .....</b>	<b>30</b>



# SwissDRG System 8.0 / 2019

## 1 Zeitplan

Grouper	Version	Klassifikation
SwissDRG 8.0	2017/2019 Planungsversion	ICD-10-GM 2016/ CHOP-Version 2017
SwissDRG 8.0	2018/2019 Planungsversion	ICD-10-GM 2016/ CHOP-Version 2018
SwissDRG 8.0	2019/2019 Abrechnungsversion (Ab 30. November 2018)	ICD-10-GM 2018/ CHOP-Version 2019

[Quelle: Swiss DRG](#)

## 2 DRG

### 2.1 Wichtige Änderungen der SwissDRG Version 8.0

In der SwissDRG-Version 8.0 wurde ein besonderes Augenmerk auf die Abbildung der hochaufwendigen Fälle, die Überarbeitung der MDCs 05, 08, 16, 20 und 22 und die Weiterentwicklung im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin sowie die verbesserte Abbildung intensivmedizinischer Fälle auf einer IntermediateCare Unit (IMCU) und Intensivpflegestation (IPS) für Säuglinge, Kinder und Erwachsene gelegt.

#### 2.1.1 Abbildung hochaufwendiger Fälle

Mit dem Beginn jeder Systementwicklung werden zunächst die Defizitfälle analysiert. Dabei wiesen plausible Fälle häufig sehr hohe Aufwandspunkte für Int- / IMC-Komplexbehandlung oder Mehrfacheingriffe, teils in Verbindung mit komplexer Vakuumtherapie, sowie bestimmte hochaufwendige Konstellationen auf.

Aus dieser Analyse ergaben sich folgende Änderungen bei der Abbildung der Fälle.

##### Differenzierte Abbildung dieser Fälle:

- Sehr hohe Aufwandspunkte Int- / IMC-Komplexbehandlung

Sehr teure Fälle mit hoher Anzahl IntK-Aufwandspunkte streuen über mehrere Basis DRGs in der MDC 15. Eine sachgerechte Abbildung innerhalb dieser DRGs ist nicht möglich. Deshalb wurde eine neue DRG P37Z unabhängig vom Aufnahme- oder Geburtsgewicht etabliert. Bei Säuglingen mit einem Aufnahmegewicht kleiner 1500g zeigte sich, dass Fälle mit aufwendiger Intensivtherapie ähnlich teuer sind wie langzeitbeatmete Fälle. Innerhalb der Basis DRG P03 wurden Fälle mit hoher Anzahl IntK Aufwandspunkte unabhängig von der Beatmungsdauer aufgewertet. Ebenfalls wurden Fälle mit hochaufwendiger Intensivtherapie IntK / IMCK >5520 Aufwandspunkte in die DRG A06Z aufgewertet.

- Mehrzeitige Eingriffe

Zusätzlich zur bestehenden Funktion «Komplexe Vakuumbehandlung I und II» wurde eine neue Funktion «Vakuumbehandlung» etabliert unter Verwendung der Tabelle «Bestimmte OR-Prozeduren ohne mäßig komplexe Eingriffe» und der Bedingung «Mehrzeitige bestimmte Operationen an zwei Tagen».

Es erfolgte eine Aufwertung dieser Fälle in Verbindung mit großen Eingriffen in den DRGs F04Z, G38Z, H33Z, M37Z, N33Z, X33Z.

Vierzeitige bestimmte OR-Prozeduren mit IntK >1470 / 1380 Aufwandspunkte werden neu der DRG A11A zugeordnet. Vierzeitig komplexe OR-Prozeduren in Verbindung mit bestimmten Konstellationen wurden in die DRG A06Z aufgewertet, ebenso gelang eine verbesserte Abbildung der Fälle mit vierzeitig komplexe OR-Prozeduren in der MDC 01 (DRG B36B).

- Hochaufwendige Konstellationen

Häufig sind Fälle nicht mit einem Merkmal als Hochkostenfall abbildbar. In Anlehnung an die Funktion «komplizierende Prozeduren» konnte die Funktion «hochaufwendige Konstellationen» etabliert werden.

Die Kombination mehrerer Bedingungen, z.B. Transfusionen in sehr hoher Zahl und lang andauernde Dialysen oder die Notwendigkeit zur Organtransplantation mit Hochdringlichkeitsstufe (High Urgency), führt Hauptdiagnose-unabhängig zu einer Aufwertung der Fälle in die DRG A11A.

Diese und weitere Umbauten (siehe Abschnitte zur Intensivmedizin) führen zu einer deutlich differenzierten und leistungsgerechten Abbildung von aufwendigen Fällen in der Tarifstruktur Version 8.0 im Vergleich zur Version 7.0.

- Komplexe Vakuumtherapie

Zur besseren Abbildung lang andauernder Vakuumtherapien wurden in der Version 7.0 die Funktionen «Komplexe Vakuumtherapie (VAC I)» und «Hochkomplexe Vakuumtherapie (VAC II)» etabliert.

Weiterhin gab es jedoch plausible aufwendige Fälle, die von beiden Funktionen nicht erfasst wurden. Daher erfolgte eine systematische Überprüfung der Prä-MDC und der Organ-MDCs am Anfang der Systementwicklung zur Ermittlung weiterer defizitärer, aufwandsintensiver Fälle.

➤ Um diese identifizierten Fälle sachgerecht abbilden zu können, wurde die Funktion «Vakuumtherapie (VAC)» neu entwickelt.

➤ Grundlage der Logik ist die bestehende MDC übergreifende Tabelle «Bestimmte OR-Prozeduren ohne Bestrahlungen».

Die Funktion wird durch eine kontinuierliche Sogbehandlung bei Vakuumversiegelung an 2 Tagen und länger, mit der Anlage oder dem Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung und mehrzeitige bestimmte Operationen an zwei unterschiedlichen Tagen definiert.

Eine Etablierung erfolgte in den DRGs: F04Z, G38Z, H33Z, M37Z, N33Z, X33Z

- Stammzellen, autolog

Gemäß Anwenderantrag ist die Entnahme der Stammzellen zur autologen Stammzell-Transplantation defizitär. Die DRG A42A zeigt eine inhomogene Fallmenge.

➤ Es erfolgte ein Umbau der Basis DRG A42 «Knochenmark- oder Stammzellentnahme, autolog» mit Überarbeitung der Split-Kriterien. Fälle mit einer autologen STZ-Transplantation und einer Chemotherapie werden in die MDC 17 mit Zuordnung zur Basis DRG R60 «Akute myeloische Leukämie, mehr als ein Belegungstag oder autologe STZ-Entnahme oder Graft versus Host Disease» umgeleitet.

- Transplantation

Fälle mit Organtransplantationen und einer bestimmten Anzahl Beatmungsstunden oder intensivmedizinischen Aufwandspunkten waren nicht sachgerecht abgebildet. Die beschriebene Fallmenge war bisher den jeweiligen organbezogenen Transplantations-DRGs der PrämDC zugeordnet.

➤ Fälle mit Organtransplantation und >95 Beatmungsstunden oder IntK >196 / 552 Aufwandspunkten werden neu in die Basis DRG A11 gruppiert. Dies ermöglicht eine sachgerechte Vergütung und homogenere Abbildung dieser aufwendigen Fallmenge.

Transplantationsfälle mit einer bestimmten Anzahl an Beatmungsstunden oder IntK-Aufwandspunkten sind nicht aufwandsgerecht abgebildet.

➤ Transplantationen mit «> 95 Beatmungsstunden» oder «IntK > 196/552 Aufwandspunkten» werden neu in die DRG A11A aufgewertet.

Kinder mit Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates sind in der Basis DRG A60 nicht sachgerecht vergütet.

➤ Die Split-Bedingung in der DRG A60A konnte um die Logik «Alter < 16 Jahre» erweitert werden.

- Frührehabilitation

Im Zuge der Entwicklungsarbeit konnten bestimmte frührehabilitative Komplexbehandlungen identifiziert werden, die mit einem erhöhten Ressourcenverbrauch assoziiert waren.

Dies betraf Fälle mit bestimmten Beatmungsstunden und IntK-Aufwandspunkten, die über verschiedene Basis DRGs verteilt und nicht sachgerecht abgebildet waren.

➤ Die genannte Fallkonstellation mit den Merkmalen >95 Beatmungsstunden und IntK >392 / 552 Aufwandspunkten konnte in der Basis DRG A11 abgebildet werden, womit eine sachgerechte Vergütung erreicht werden konnte.

Die Neurologische Frührehabilitation Code 93.89.10 «*Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation, mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage*» war bisher in der DRG B90 nicht Erlös relevant. Die Fallgruppe zeigte sich jetzt aber ebenfalls als kostenintensiv:

➤ Aufnahme des Codes in die Basis der DRG B90

- Strahlentherapie

Fälle in der Basis DRG A93 «*Strahlentherapie, mehr als 8 Bestrahlungen*» mit IMCK/IntK Aufwandspunkten stellen sich in den Analysen als untervergütet dar.

➤ Die Split-Bedingung für die DRG A93A wurde erweitert um die Logik «*IMCK/IntK > 184 Aufwandspunkte*». Damit erfolgte eine sachgerechte Abbildung dieser Fälle.

Basis DRG A90 «*IMC Komplexbehandlung > 392/552 Aufwandspunkte, oder bestimmte IntK mit IMCK Aufwandspunkten oder Frührehabilitation ab 14 Behandlungstage, bei bestimmten Krankheiten*» weist zusätzlich Fälle aus, die ebenfalls eine Strahlentherapie erhalten haben und nicht adäquat vergütet werden.

➤ Erweiterung der Split-Bedingung für die DRG A90A um «*Strahlentherapie > 8 Bestrahlungen*» zur differenzierteren Abbildung dieser Fallmenge.

- Palliativmedizinische Komplexbehandlung

Im Zuge der Entwicklungsarbeiten konnten bestimmte palliative Komplexbehandlungen identifiziert werden, die mit einem erhöhten Ressourcenverbrauch assoziiert waren.

Dies betraf Fälle mit bestimmten Beatmungsstunden und IntK-Aufwandspunkten, die über verschiedene DRGs verteilt und nicht sachgerecht abgebildet waren.

➤ Die genannte Fallkonstellation mit den Merkmalen >95 Beatmungsstunden und IntK >392 / 552 Aufwandspunkten konnte in der Basis DRG A11 abgebildet werden, womit eine sachgerechte Vergütung erreicht werden konnte.

Mit den Daten aus dem Jahr 2016 wurden der SwissDRG AG zum zweiten Mal die Kosten- und Leistungsdaten für die «spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung» übermittelt. Eine erneute Analyse der Daten ergab, wie bereits im Jahr 2015, keine Untervergütung dieser Fälle in der Hauptdiagnosen-unabhängigen Basis DRG A97 im Vergleich zu der «*palliativmedizinischen Komplexbehandlung*».

➤ Beide Codes sind in der Tarifversion 8.0 wie bisher gleichgestellt und damit sachgerecht abgebildet. Die Analysen zeigten jedoch bei bestimmten Eingriffskombinationen eine Untervergütung.

➤ Spezialisierte oder palliativmedizinische Komplexbehandlungen in Verbindung mit intensivmedizinischen Therapien «> 95 Beatmungsstunden» oder «IntK > 392/552 Aufwandspunkten» werden in die Basis DRG A11 aufgewertet.

➤ Fälle mit einer «*spezialisierten / palliativmedizinischen Komplexbehandlung > 7 Behandlungstage*» und einer komplizierenden Prozedur gruppieren jetzt in die DRG A97B.

➤ Fälle mit «*spezialisierten / palliativmedizinischen Komplexbehandlung*» und weiteren Bedingungen sowie einer schweren motorischen Funktionsstörung oder einen mehrzeitigen Eingriff gelangen in die DRG A97A.

➤ Fälle mit einem zusätzlichen endoskopischen Eingriff während des Aufenthaltes werden innerhalb der Basis DRG A97 aufgewertet.

➤ Die Fallgruppe «*spezialisierte / palliativmedizinische Komplexbehandlung > 7 Behandlungstage*» mit einer Para- oder Tetraplegie sind in Version 8.0 in der DRG A97F sachgerecht vergütet.

- Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung

Geriatrische akutrehabilitative Fälle mit einem gleichzeitigen endoskopischen Eingriff sind in der Basis DRG A95 untervergütet.

➤ Es erfolgte eine Aufwertung dieser Fälle innerhalb der Basis DRG A95 «*Geriatrische Akutrehabilitation ohne bestimmte Prozedur*».

- Polytrauma

Über die bestehende Funktion «*Polytrauma*» werden weniger aufwendige Fälle als Polytrauma eingestuft und offensichtliche Polytrauma jedoch nicht.

➤ Es erfolgte eine Überarbeitung der Funktion. Zur Erfüllung der Logik sind jetzt eine Haupt- und zwei Nebendiagnosen aus verschiedenen Tabellen notwendig. Zusätzlich wurde eine Bereinigung der lokalisationsbezogenen Tabellen durchgeführt und diese Tabellen sind in der Logik nur noch als Nebendiagnosen relevant. Die Einstufung als Polytrauma ist damit geschärft worden und führt zu einer sachgerechten Abbildung.

## 2.1.2 Intensivmedizinische Komplexbehandlung

Bezüglich:

- Intensivpflegestation – IPS und
- der Intermediate Care Unit (IMCU) für Säuglinge, Kinder und Erwachsene

Systematisch wurde Hauptdiagnose-unabhängig in der PräMDC sowie in den Organ-MDCs geprüft, inwieweit Aufwandspunkte IPS oder IMCU als gruppierungsrelevantes Merkmal aufgewertet werden können.

So konnten sowohl Langzeitaufenthalte auf IPS / IMCU als auch Kurzzeiththerapien differenziert abgebildet werden.

In mehreren DRGs gelang eine bessere Kostendifferenzierung anhand der Aufwandspunkte IPS, unabhängig von der Beatmungsdauer (z.B. Aufwertung hochaufwendiger Intensivtherapie auf Intensivmedizinische Komplexbehandlung (IntK) / Komplexbehandlung in einer IntermediateCare Unit (IMCK) >5520 Aufwandspunkte in DRG A06Z, unabhängig von Beatmungsdauer).



Fälle mit mehr als 95 Beatmungsstunden sind der Basis DRG A13 zugeordnet, diese können jedoch auch die Logik der Basis DRGs A36, B36, F36, T36 erfüllen (abhängig von IntK Aufwandspunkten). Auch nach Weiterentwicklungen über die letzten SwissDRG Versionen, ist in bestimmten Konstellationen eine Mindervergütung bei Mehrleistung möglich. Es erfolgte deshalb eine komplexe Überarbeitung der Prä-MDC und Intensiv DRGs in den weiteren MDCs. Die Basis DRG A13 wurde gelöscht, eine Fallmenge mit Beatmung >95 Stunden und bestimmten aufwendigen Konstellation wurde der Basis DRG A11 zugeordnet. In den organbezogenen Intensiv DRGs wurden Fälle mit Beatmungsstunden >95 Stunden aufgewertet.

Komplexe, aufwendige Fälle werden damit im DRG-System der Version 8.0 besser abgebildet.

## 2.1.3 Umfassende Überarbeitung der MDCs 05, 08, 16, 20, 22

### Überblick, welche MDC überarbeitet wurden:

- MDC 05 «Herz-, Kreislauferkrankungen»
- MDC 08 «Erkrankungen des Bewegungssystems»
- MDC 16 «Erkrankungen des Blutes und des Immunsystems»
- MDC 20 «Suchterkrankungen»
- MDC 22 «Verbrennungen»

### Differenzierte Abbildung dieser MDC:

- MDC 05 «Herz-, Kreislauferkrankungen»

Die Differenzierung der Basis DRG F98 in F98A und F98B erfolgte bisher anhand Alter, komplexer Diagnosen oder bestimmter Eingriffe (TAVI).

Kombinationseingriffe waren nicht aufwandsgerecht vergütet. Deshalb wurde diese DRG überarbeitet und neue Split-Kriterien identifiziert:

- F98A: Klappenersatz mit Bypass oder IntK >196 / 360 Aufwandspunkte
- F98B: Klappenersatz mit Pacer oder aortalem Graft oder Alter <16 Jahre
- F98C: Klappenersatz

Die im letzten Jahr begonnene Überarbeitung der verschiedenen DRGs mit inhaltsähnlichen Fällen wurde fortgesetzt. Vergleichbare Fälle wurden der gleichen Basis DRG zugeordnet, die Split-Bedingungen wurden geprüft und bei Bedarf angepasst (Basis DRGs F08, F34, F51 und F38, F59).

Mit der Etablierung „Fallzahlstarker DRGs“ konnten ressourcenintensive Fallkonstellationen aufgewertet werden.

- MDC 08 «Erkrankungen des Bewegungssystems»

In der operativen Partition fanden umfangreiche Anpassungen statt. Einerseits wurden die Split-Kriterien geschärft und komplexe Fallkonstellationen aufgewertet, z.B. innerhalb der Basis DRG I32 (Etablierung einer reinen «Ein-Belegungstag DRG», Aufnahme der Codes 99.b6.22 bis -.24 «Komplexbehandlung der Hand, von 8 und mehr Tagen...», Aufwertung der Fälle mit komplexen Diagnosen «Arthritis, Polyarthritis od. Osteomyelitis, Weichteilschaden II. bis III. Grad»).

Innerhalb der DRGs zur Abbildung der Revisionen von Prothesenimplantaten bei Knie und Hüfte wurden komplette Prothesenwechsel aufgewertet.

In die Basis DRG I18 «Arthroskopie einschließlich Biopsie oder andere Eingriffe an Knochen oder Gelenken» gruppierten bisher Fälle mit Biopsien oder Arthroskopien unterschiedlichster Lokalisationen.

Zur Erhöhung der Systemgüte wurden die Eingriffe entsprechend ihrer Lokalisation verschoben, es fanden umfangreiche Tabellenbereinigungen statt. Weitreichende Umbauten wurden in der medizinischen Partition durchgeführt. Zur Abbildung aufwendiger Intensivfälle ohne operativen Eingriff wurde eine neue DRG I87Z

«Krankheiten und Störungen an Muskel-, Skelett- und Bindegewebe mit IntK/IMCK >196 / 184 Aufwandspunkte» etabliert.

Viele aufwandsgleiche und inhaltsähnliche Fälle sind bisher in verschiedenen DRGs abgebildet. So wurde die Fallmenge Femurfrakturen aus der Basis DRG I66 «Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag» in die Basis DRG I60 «Frakturen am Becken, Schenkelhals und Femur, mehr als ein Belegungstag» verschoben und die Split-Kriterien überarbeitet. Die Fallmenge in der Basis DRG I69 «Knochenkrankheiten und Arthropathien, mehr als ein Belegungstag» wurde erweitert um unspezifische Arthropathien. Aufgrund vieler Ein-Belegungstagfälle wurde eine neue Basis DRG I61 für diese Fälle geschaffen.

- MDC 16 «Erkrankungen des Blutes und des Immunsystems»

Die sachgerechte Abbildung der Fälle gestaltet sich schwierig in dieser MDC. Eine gute Kostendifferenzierung anhand der Diagnosen konnte bisher nicht erreicht werden. Mit der Schaffung einer neuen DRG Q37Z (Kurzaufenthalte auf IMC / IPS) können aufwendige Fälle gut abgebildet werden. Ebenso waren die Split-Kriterien in der Basis DRG Q61 nicht ausreichend kostendifferenzierend. Es erwies sich neu eine Differenzierung anhand äußerst schwerer Begleiterkrankungen in dieser Basis DRG als zielführend.

- MDC 20 «Suchterkrankungen»

Die Fälle in dieser MDC erwiesen sich als sehr kosten- und verweildauerinhomogen. Bei wenigen kodierten Prozeduren war eine Unterscheidung der Fälle nach Art des Substanzmissbrauchs primär nicht kostentrennend. Es erfolgte deshalb eine umfassende Überarbeitung der gesamten MDC.

So wurde eine neue DRG V01Z «Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen, IntK/IMCK >196 / 184 Aufwandspunkte» zur Abbildung aufwendiger Fälle mit Aufenthalt Intensiv bzw. IMC etabliert.

Die übrigen Fälle werden der neuen Basis DRG V02 «Abhängigkeit, Intoxikation, multiple Verhaltensstörungen», mit den Split-Kriterien «Demenz oder Delir und psychische Störungen aufgrund von Hirnfunktionsstörungen», «Mehrfachabhängigkeit oder komplizierende Diagnose», zugeordnet.

- MDC 22 «Verbrennungen»

In der Vorversion wurde eine weitreichende Überarbeitung der Verbrennungs-MDC durchgeführt. Systematisch wurden die Split-Bedingungen geschärft und Prozeduren-Tabellen angepasst.

Besonders aufwendige Konstellationen, z. B. Mehrfacheingriffe, Aufenthalte auf Intensivstation sowie aufwendige Hauttransplantationen, konnten aufgewertet werden.

Schwerste Verbrennungen gruppieren in Abhängigkeit von der Beatmungsdauer in die Basis DRGs Y01, A11, A18. Bestimmte Konstellationen waren bisher nicht kostendeckend abgebildet.

In Zusammenarbeit mit den Verbrennungszentren wurden Einzelfallprüfungen mit Korrekturen der fallbezogenen Kostenzuordnung und Leistungserfassung durchgeführt. Dabei wurden besonders aufwendige Fälle bei schwersten Verbrennungen (ab 40% KOF oder ab 20% 3. Grades) im Zusammenhang mit einer Sepsis oder Verbrennungen an mehreren Körperregionen und IntK >2058 / 1932 Aufwandspunkte oder Kinder < 18 Jahre identifiziert.

Diese Fälle werden neu der DRG A06Z zugeordnet.

Diese deutliche Aufwertung der Fälle führte jedoch dazu, dass nur noch eine sehr kleine Fallmenge mit schweren Verbrennungen in der DRG Y01Z verbleibt.

Deshalb wurde die DRG Y01Z aufgelöst, die restliche Fallmenge gruppiert in Abhängigkeit vom Alter in die DRGs A11A (Alter < 16 Jahre) oder A11B.

Diese Umbauten führten zu einer markanten Verbesserung der Abbildungsgüte, gleichzeitig wurden Fehlanreize in Bezug auf die Fallkodierung und –gruppierung minimiert.

## 2.1.4 Weitere MDC-Umbauten

In dem Bericht zur Entwicklung der Tarifstruktur 8.0 (Ergänzende Dokumente) der SwissDRG finden Sie die detaillierten Auflistungen über die Veränderungen und Umbauten der MDC.

- ➔ Dieser Link leitet Sie zu dem Bericht der Entwicklung der Tarifstruktur weiter.  
Innerhalb dieses Dokumentes finden Sie die ausführliche Beschreibung der Umbauten an den MDC.  
[Weitere MDC übergreifende Umbauten](#)

### Die übergreifenden Veränderungen an den MDC sind an dieser Stelle in Textform aufgeführt

- Fallgruppen mit einer umfangreichen «*Neurologischen Komplexdiagnostik*» in verschiedenen MDCs verursachen höhere Kosten:  
Berücksichtigung der Neurologischen Komplexdiagnostik in den DRGs B68A, B69C, B70B, B70E, B72B, B76D, B77A, D61A, D68A
- Deutliche Aufwertungen der Fälle, bei denen eine komplexe Diagnostik notwendig ist, erfolgen.  
In der Basis DRG E63 ist die Fallgruppe mit einer neurologischen Komplexdiagnostik oder einer invasiven kardiologischen Diagnostik in die DRG E63A aufgewertet.
- An den Adhäsioolyse-Codes erfolgte eine Gleichstellung über alle betreffenden MDC.
- Mehrere OR-Codes werden in weitere MDCs aufgenommen.  
Die Zuordnung der OR-Codes wurden in die Basis DRG 901 oder 902 angepasst.
- In verschiedenen DRGs erfolgte eine Schärfung der Split-Bedingungen durch das Heraufsetzen des PCCL von > 2 auf > 3. Das heißt, in einigen DRGs fallen PCCLs als Split-Kriterium weg.
- Die Logik wurde aus der Basis DRG A07 entfernt, somit gehen diese Fälle neu in die Basis DRG A11 «*Beatmung >249 Std., oder Beatmung > 95 Std. oder IntK >196/552 Pkt. mit best. Konstellationen, od. hochaufwendigen Konstellationen, od. schweren Verbrennungen*» und sind dort sachgerecht abgebildet.
- Aufgrund der Änderung der Sepsis-Definition und den Diagnosekriterien wurden auch hier Anpassungen vorgenommen.  
Es erfolgte die Entfernung der CHOP-Codes «*R65.-! Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom (SIRS)*» aus der CC-Matrix und aus allen zur Definition von MDCs oder DRGs verwendeten Tabellen, als gruppierungsrelevante Diagnosecodes.  
Die Codes der Diagnosen Tabelle «*Sepsis*» der MDC 18b wurden durch die Aufnahme in die Funktion «*Komplizierende Prozeduren*» und die Funktion «*Komplexe Prozeduren PräMDC*» aufgewertet.

Für die bessere Übersichtlichkeit der Veränderungen, Löschungen, Splittungen, Auf- oder Abwertungen der MDC wurden diese in tabellarischer Form verkürzt zusammengefasst.

#### Übersicht weiterer Umbauten an folgenden MDC:

MDC	Bereich	DRG	Anmerkung
MDC 01	Nervenerkrankungen	B21B, B22A , B22B, B22Z, B21C, B21D, B68, B68B, B67, B67A, B60Z, B17, B39, B86Z, B06	In diesen DRGs wurden umfassende Aufnahmen, Splittungen und Verschiebungen vorgenommen.
MDC 04	Krankheiten der Atmungsorgane	E63, E63A, E75, E75D, E75A, E77, E77A, E77B, E77C	In diesen DRGs wurden umfassende Aufwertungen, Alters-Splittungen und Anpassungen vorgenommen.
MDC 05	Krankheiten des Kreislaufsystems	F08, F51, F34, F98, F98A, F98B, F98C, F38, F59, F59A-G, F59F, F10, F21, F21A-C, F28, F28A, F67, F67C, F21B, F72, F72A-B, F02,	In diesen DRGs wurden Löschungen, Splittungen, Differenzierungen und Löschungen vorgenommen.
MDC 06	Krankheiten der Verdauungsorgane	G67, G67C/D, G26A, G48, G48A, G48D, G09B/G09C	In diesen DRGs wurden Splittungen, Erweiterungen, Aufnahmen und Zusammenführungen vorgenommen; Codes bei gleichzeitiger Durchführung eines anderen Eingriffs werden nicht mehr berücksichtigt (betrifft die CHOP-Codes 47.11 oder 47.19).
MDC 07	Krankheiten an hepatobiliärem System und Pankreas	H41A, H01A, H60, H60A, H63,	In diesen DRGs wurden Aufnahmen, Gleichstellungen, Splittungen und Aufwertungen vorgenommen.
MDC 08	Krankheiten an Muskel-Skelett-System	I02A, I95, I04, I06, I06A und I06B, I08B, I09, I09A, I06 und I09, I08, I11, I13, I18, I20 , I20C, I23, I27, I30, I29, I32, I32D, I46/ I46A, I03, I43 und I04, I43A, I04A, I61, I87Z, I60, I64, I65A, I66, I60, I68, I69, I74, I75	In diesen DRGs wurden Split-Erweiterungen, Aufnahmen, Tabellenbereinigungen Auf- und Abwertungen bzw. Verschiebungen vorgenommen.
MDC 09	MDC 09 Krankheiten an Haut und Mamma	J18Z, J18A, J24/ J24A, J04A / B → J04Z, J65A / B → J65Z,	In diesen DRGs wurden Aufwertungen, Neubewertungen und Abspeckungen vorgenommen.
MDC 11	Krankheiten der Harnorgane	L68A, L68, L63,	In diesen DRGs wurden Verschiebungen und Anpassungen vorgenommen.
MDC 14	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	O05, O02, O01B, O60C, O50, O40A, O40B, O40Z	In diesen DRGs wurden Löschungen und Umstrukturierungen vorgenommen.
MDC 15	Neugeborene	P05, P66	In diesen DRG wurden Aufwertungen vorgenommen; Neue Abbildung der P05 → Aufwertung

MDC 16	Krankheiten des Blutes, blutbildender Organe und des Immunsystems	Q37Z, Q61,	In diesen DRG wurden Differenzierungen und Splittungen vorgenommen.
MDC 17	Hämatologische und solide Neubildungen	A61Z, A61, A91, R60, R60A/B, R63C, R61D,	In diesen DRGs wurden Löschungen, Aufnahmen und Aufwertung vorgenommen
MDC 18B	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	A94, T60A, T60C, T62, T62D	In diesen DRGs wurden Aufwertungen, Erweiterungen und Neudefinitionen vorgenommen.
MDC 19	Psychische Krankheiten und Störungen	U01, U01B, U41, U41A, U42, U42B, U64A, U66, U66A,	In diesen DRGs wurden Splittungen, Alterssplittungen, Neudefinitionen und Erweiterungen vorgenommen
MDC 20	Alkohol- u. Drogengebrauch	V01Z, V02	Diese DRGs sind Neuaufnahmen mit Splittungen
MDC 21A	Polytrauma	A90, W36Z,	In diesen DRGs wurden Verschiebungen und Aufwertungen vorgenommen
MDC 21B	Verletzungen, Vergiftungen	X60, X60D	In diesen DRGs wurden Split Kriterien und Aufwertungen vorgenommen

[Quelle: Swiss DRG / Ergänzende Dokumente](#)

## 2.2 CCL-Matrix für 2019 Version 8.0

Im Rahmen der diesjährigen SwissDRG Weiterentwicklung für das Jahr 2019 Version 8.0 wurden in der CCL-Matrix mit den ICD-10-2014 folgende Änderungen durchgeführt.

	Anzahl
Neuaufnahmen	10
Aufwertungen von Diagnosen	17
Abwertungen von Diagnosen	23
aus der CCL-Matrix gestrichen	23

Stand: 29. März 2018

[Quelle: Swiss DRG / Ergänzende Dokumente](#)

Eine detaillierte Auflistung erfolgt in der unten aufgeführten Tabelle.

lfd. Nr.	ICD - Code 2014	ICD - Text 2014	Status
1	C77.0	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Lymphknoten des Kopfes, des Gesichtes und des Halses	Abwertung
2	C77.1	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Intrathorakale Lymphknoten	Abwertung
3	C77.2	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Intraabdominale Lymphknoten	Abwertung
4	C77.3	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Axilläre Lymphknoten und Lymphknoten der oberen Extremität	Abwertung
5	C77.4	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Inguinale Lymphknoten und Lymphknoten der unteren Extremität	Abwertung
6	C77.5	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Intrapelvine Lymphknoten	Abwertung
7	C77.8	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Lymphknoten mehrerer Regionen	Abwertung
8	C77.9	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Lymphknoten, nicht näher bezeichnet	entfernt
9	C78.5	Sekundäre bösartige Neubildung des Dickdarmes und des Rektums	Abwertung
10	C78.7	Sekundäre bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge	Abwertung
11	D76.1	Hämophagozytäre Lymphohistiozytose	entfernt
12	E22.2	Syndrom der inadäquaten Sekretion von Adiuretin	Abwertung
13	E44.1	Leichte Energie- und Eiweißmangelernährung	entfernt
14	E87.1	Hypoosmolalität und Hyponatriämie	Abwertung
15	F02.8	Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheitsbildern	Neuaufnahme
16	F04	Organisches amnestisches Syndrom, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt	Abwertung
17	F05.9	Delir, nicht näher bezeichnet	entfernt
18	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	entfernt
19	F10.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Schädlicher Gebrauch	entfernt
20	F10.9	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung	entfernt
21	F11.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Entzugssyndrom mit Delir	Aufwertung
22	F11.6	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Amnestisches Syndrom	Aufwertung
23	F12.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Entzugssyndrom mit Delir	Aufwertung
24	F12.6	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Amnestisches Syndrom	Aufwertung
25	F13.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Entzugssyndrom mit Delir	Aufwertung
26	F13.6	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Amnestisches Syndrom	Aufwertung
27	F14.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Entzugssyndrom mit Delir	Aufwertung
28	F14.6	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Amnestisches Syndrom	Aufwertung
29	F15.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Entzugssyndrom mit Delir	Aufwertung

30	F15.6	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Amnestisches Syndrom	Aufwertung
31	F16.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene: Entzugssyndrom mit Delir	Aufwertung
32	F16.6	Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene: Amnestisches Syndrom	Aufwertung
33	F18.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel: Entzugssyndrom mit Delir	Aufwertung
34	F18.6	Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel: Amnestisches Syndrom	Aufwertung
35	F19.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Entzugssyndrom mit Delir	Aufwertung
36	F19.6	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Amnestisches Syndrom	Aufwertung
37	F33.8	Sonstige rezidivierende depressive Störungen	entfernt
38	F33.9	Rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet	entfernt
39	F73.0	Schwerste Intelligenzminderung: Keine oder geringfügige Verhaltensstörung	Neuaufnahme
40	F73.1	Schwerste Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert	Neuaufnahme
41	F73.8	Schwerste Intelligenzminderung: Sonstige Verhaltensstörung	Neuaufnahme
42	F73.9	Schwerste Intelligenzminderung: Ohne Angabe einer Verhaltensstörung	Neuaufnahme
43	J98.1	Lungenkollaps	Abwertung
44	J98.2	Interstitielles Emphysem	Abwertung
45	N18.1	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 1	entfernt
46	N18.2	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 2	entfernt
47	N18.3	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 3	entfernt
48	Q65.0	Angeborene Luxation des Hüftgelenkes, einseitig	Abwertung
49	Q65.3	Angeborene Subluxation des Hüftgelenkes, einseitig	Abwertung
50	R18	Aszites	Aufwertung
51	R65.0	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiöser Genese ohne Organkomplikationen	entfernt
52	R65.1	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiöser Genese mit Organkomplikationen	entfernt
53	R65.2	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] nichtinfektiöser Genese ohne Organkomplikationen	entfernt
54	R65.3	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] nichtinfektiöser Genese mit Organkomplikationen	entfernt
55	R65.9	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS], nicht näher bezeichnet	entfernt
56	T79.3	Posttraumatische Wundinfektion, anderenorts nicht klassifiziert	entfernt
57	U50.50	Sehr schwere motorische Funktionseinschränkung: Barthel-Index: 0-15 Punkte	Neuaufnahme
58	U50.51	Sehr schwere motorische Funktionseinschränkung: Motorischer FIM: 13-30 Punkte	Neuaufnahme
59	U51.20	Schwere kognitive Funktionseinschränkung: Erweiterter Barthel-Index: 0-15 Punkte	Neuaufnahme
60	U51.21	Schwere kognitive Funktionseinschränkung: Kognitiver FIM: 5-10 Punkte	Neuaufnahme
61	U51.22	Schwere kognitive Funktionseinschränkung: MMSE: 0-16 Punkte	Neuaufnahme

62	U80.00	Staphylococcus aureus mit Resistenz gegen Oxacillin oder Methicillin [MRSA]	Abwertung
63	U80.01	Staphylococcus aureus mit Resistenz gegen Glykopeptid-Antibiotika, Chinolone, Streptogramine oder Oxazolidinone und ohne Resistenz gegen Oxacillin oder Methicillin	Abwertung
64	U80.10	Streptococcus pneumoniae mit Resistenz gegen Penicillin oder Oxacillin	Abwertung
65	U80.11	Streptococcus pneumoniae mit Resistenz gegen Makrolid-Antibiotika, Oxazolidinone oder Streptogramine und ohne Resistenz gegen Penicillin oder Oxacillin	Abwertung
66	U80.20	Enterococcus faecalis mit Resistenz gegen Glykopeptid-Antibiotika	Abwertung
67	U80.21	Enterococcus faecalis mit Resistenz gegen Oxazolidinone oder mit High-Level-Aminoglykosid-Resistenz und ohne Resistenz gegen Glykopeptid-Antibiotika	Abwertung
68	U80.30	Enterococcus faecium mit Resistenz gegen Glykopeptid-Antibiotika	entfernt
69	U80.31	Enterococcus faecium mit Resistenz gegen Oxazolidinone oder Streptogramine oder mit High-Level-Aminoglykosid-Resistenz und ohne Resistenz gegen Glykopeptid-Antibiotika	entfernt
70	U80.4	Escherichia, Klebsiella und Proteus mit Resistenz gegen Chinolone, Carbapeneme, Amikacin, oder mit nachgewiesener Resistenz gegen alle Beta-Laktam-Antibiotika [ESBL-Resistenz]	Abwertung
71	U80.5	Enterobacter, Citrobacter und Serratia mit Resistenz gegen Carbapeneme, Chinolone oder Amikacin	entfernt
72	U80.6	Pseudomonas aeruginosa und andere Nonfermenter mit Resistenz gegen Carbapeneme, Chinolone, Amikacin, Ceftazidim oder Piperacillin/Tazobactam	entfernt
73	U80.7	Burkholderia und Stenotrophomonas mit Resistenz gegen Chinolone, Amikacin, Ceftazidim, Piperacillin/Tazobactam oder Cotrimoxazol	entfernt

[Quelle: Swiss DRG / Ergänzende Dokumente](#)

## 2.3 Neue Zusatzentgelte

Zusatzentgelte betreffend der CHOP- oder ATC-Codes wurden neu definiert.

Diese neuen Zusatzentgelte sind in dem Bericht zur Entwicklung der Tarifstruktur 8.0 vermerkt. Unter dem Punkt 1.5 „Zusatzentgelte“

- ➔ Folgen Sie dem Link:  
[Neue Zusatzentgelte](#)

Nachfolgend haben wir Ihnen eine Auflistung zusammengestellt, welche Zusatzentgelte neu etabliert, differenziert bewertet wurden oder ausgeschieden sind. Des Weiteren gibt es neue Kinderdosenklassen.

### Neu etablierte Zusatzentgelte

- Endovaskulär implantierte Grafts an der Aorta thoracoabdominalis, ohne / mit Öffnungen
- Endovaskulär implantierte Grafts an der thorakalen Aorta, ohne / mit Öffnungen
- Endovaskulär implantierte Grafts an der Aorta abdominalis, aortal, mit Öffnungen
- Komplexe Rekonstruktion der Wirbelsäule (z.B.Skoliose) mittels Implantation von growing rods
- Von Willebrand-Faktor
- Palivizumab
- Decitabin
- Dabrafenib
- Sofosbuvir
- Sofosbuvir und Ledipasvir
- Ombitasvir, Paritaprevir und Ritonavir



- Vedolizumab
- Pomalidomid
- Carfilzomib

#### Differenziert bewertete Zusatzentgelte

- Blutgerinnungsfaktor IX, mittlere Halbwertszeit  $\geq 80$ h, (z.B. Alprolix<sup>®</sup>, Idelvion<sup>®</sup>)
- Blutgerinnungsfaktor IX, mittlere Halbwertszeit  $< 80$  Stunden (z.B. Benefix<sup>®</sup>, Berinin P<sup>®</sup>, Immunine STIM Plus<sup>®</sup>, Rixubis<sup>®</sup>)
- Ustekinumab, intravenös und subkutan
- Implantation eines herzkreislaufunterstützenden Systems intrakorporal, links-, rechtsventrikulär, biventrikulär in Take Home Set und Hospital Set
- Hämodialyse, Hämofiltration, Hämodiafiltration, intermittierend für Kinder (Alter  $< 12$  Jahre) und Erwachsene
- Peritonealdialyse, kontinuierlich, maschinell und nicht maschinell unterstützt

#### Ausgeschiedenes Zusatzentgelt

- Etanercept

#### Neu etablierte Kinderdosisklassen

- Amphotericin B
- Voriconazol oral
- Voriconazol intravenös

Bei dem Zusatzentgelt Bosentan wurden die Kinderdosisklassen angepasst, bei Voriconazol oral wurden die Kinderdosisklassen entfernt.

## 2.4 Hochteure Medikamente

Sie sehen in der nachfolgenden Tabelle einen Überblick über die Änderungen der erfassbaren Medikamente und Substanzen mit dem Stand vom 31.07.2018.

Anpassungen wurden an dem ATC-Code *B02BD08 - Blutgerinnungsfaktor VIIa* vorgenommen und der ATC *J05AP57 Glecaprevir und Pibrentasvir* wurde zusätzlich neu aufgenommen.

Bei dem ATC Code *L04AC05 - Ustekinumab* wurde eine Ergänzung hinzugefügt.

ATC Code	Medikament / Substanz	Zu codierende Zusatzangaben	Verabreichungsart	Einheit	Zu erfassen seit
B02BD08	Blutgerinnungsfaktor VIIa		IV	mg	01.01.2010
J05AP57	Glecaprevir und Pibrentasvir	Präparat	O	UD	01.01.2018
L04AC05	Ustekinumab		IV, SC	mg	01.01.2012

Quelle: Swiss-DRG/ Datenerhebung/ Medizinische Statistik

- Unter dem folgenden Link finden Sie den Verweis, um die komplette Tabelle der erfassbaren Medikamente und Substanzen anzusehen.

[Liste der in der Medizinischen Statistik erfassbaren Medikamente/Substanzen](#)

## 2.5 Fallabrechnung

Die Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung mit der Gültigkeit zum 01.01.2019 haben sich im Gegensatz zum Vorjahr kaum geändert.

Im Bereich der SwissDRG gab es eine Textanpassung (hier gelb dargestellt).

### SwissDRG

a) Grundsatz: Der Anwendungsbereich für SwissDRG-Fallgruppen umfasst die Vergütung aller stationären Akut-Aufenthalte in somatischen Akutspitälern, Akutabteilungen und Geburtshäusern sowie aller stationären Palliativbehandlungen.

~~b) Abweichungen vom Grundsatz (gültig bis 31.12.2018) Folgende Leistungserbringer fallen unter den Anwendungsbereich von SwissDRG-Fallgruppen, sofern die Tarifpartner eine Vergütung über die SwissDRG-Tarifstruktur vereinbart haben:~~

~~• Spitäler, die kein somatisches Akutspital sind und sich ausschliesslich auf Palliativbehandlungen spezialisiert haben~~

~~Für eine Vergütung über SwissDRG müssen folgende minimale Abgrenzungskriterien erfüllt sein:~~

~~• Bestehen eines expliziten Leistungsauftrags gemäss Spitalliste für Palliativbehandlungen~~

~~• Transparente Ausscheidung der Kosten und Leistungen~~

## 2.6 Implizite und explizite Ein-Belegungstag-DRGs

### Erläuterung zu den impliziten und expliziten Ein-Belegungstag-DRGs:

#### Implizite Ein-Belegungstag-DRGs

Die im SwissDRG-Fallpauschalenkatalog ausgewiesenen Abschlagsätze für Kurzlieger (Aufenthaltsdauer unterhalb der unteren Grenzverweildauer), werden in der Regel mit einem normativen Verfahren auf der Grundlage der Kostendaten der Normallieger (Inlier) ermittelt.

Wenn die untere Grenzverweildauer einer DRG zwei Tage beträgt und diese DRG eine bestimmte Anzahl von Ein-Tages-Fällen aufweist, wird der Abschlag anhand der Differenz zwischen den mittleren Kosten der Inlier und den mittleren Kosten der Kurzlieger berechnet.

De facto ergeben sich dadurch „implizite Ein-Belegungstag-DRGs“, da das effektive Kostengewicht der Kurzlieger den mittleren Kosten der Ein-Belegungstag-Fällen entspricht.

#### Explizite Ein-Belegungstag-DRGs

Alle Fälle in einer Fallgruppe weisen gemäss der Definition der DRGs eine Aufenthaltsdauer von einem Belegungstag auf. Die expliziten Ein-Belegungstag-DRGs sind im Fallpauschalenkatalog erkennbar (die mittlere Verweildauer dieser DRGs ist 1).

- Die Liste der Impliziten Ein-Belegungstag-DRG finden Sie unter dem folgendem Link

[Implizite Ein-Belegungstag-DRGs in SwissDRG Version 8.0 / 2019](#)

## 2.7 DRGs mit erhöhtem Langlieger-Zuschlag

### Erläuterung zu den Langliegerzuschlägen:

Bei Überschreitung einer oberen Liegedauergrenze wird je zusätzlichem Liegetag ein Zuschlag auf das Kostengewicht vergütet.

Würden Liegedauer und Kosten perfekt korrelieren, könnte dadurch das Problem der Hochkostenfälle gelöst werden. Da die Korrelation aber deutlich unter 1 liegt, bleiben erhebliche Diskrepanzen zwischen den Spitaltypen bestehen. Innerhalb von SwissDRG stieg die Anzahl DRG mit Langliegerzuschlägen seit Einführung 2012 kontinuierlich an.

→ Die Liste der DRGs mit erhöhtem Langlieger-Zuschlag finden Sie unter dem folgendem Link:  
[Liste der DRGs mit erhöhtem Langlieger-Zuschlag der SwissDRG Version 8.0 / 2019](#)

## 3 Kodierrichtlinien

Die Basis des medizinischen Kodierungshandbuches bildet die Klassifikationen ICD-10-GM 2018 und CHOP 2018.

Die allgemeinen Kodierrichtlinien für Krankheiten / Diagnosen und Prozeduren und die speziellen Kodierrichtlinien wurden überarbeitet. Diese Änderungen werden Ihnen zusammengefasst dargestellt und anhand von Beispielen veranschaulicht.

### 3.1.1 Allgemeine Kodierrichtlinien für Krankheiten und Diagnosen

→ In den allgemeinen Kodierrichtlinien für Krankheiten und Diagnosen wurden Änderungen in dem Bereich der Hauptdiagnose vorgenommen

#### G52h: Die Hauptdiagnose

Die Definition der Hauptdiagnose entspricht der Definition der WHO. Die Hauptdiagnose ist definiert als: **«Derjenige Zustand, der am Ende des Spitalaufenthaltes als Diagnose feststeht und der der Hauptanlass für die Behandlung und Untersuchung der Patientin bzw. des Patienten war».**

Die Analyse der Patientenakte bei Austritt der Patientin bzw. des Patienten erlaubt es, aus den Affektionen diejenige auszuwählen, die als Hauptdiagnose gelten soll (diejenige, die den Grund für die stationäre Aufnahme darstellt oder diejenige, die im Verlauf des stationären Aufenthaltes diagnostiziert wurde).

Die im Austrittsbericht als Hauptdiagnose erwähnte oder zuerst aufgeführte Diagnose stimmt nicht immer mit der zu codierenden Hauptdiagnose überein.

Dies bedeutet, dass erst am Ende des stationären Aufenthaltes die Erkrankung oder Beeinträchtigung festgestellt wird, die den größten medizinischen Aufwand während der stationären Behandlung verursacht hat. Die Eintrittsdiagnose (der Eintrittsgrund) stimmt nicht zwingend mit der Hauptdiagnose überein.

#### **Wahl der Hauptdiagnose bei zwei oder mehr Diagnosen, die die HD-Definition erfüllen**

Bei Vorhandensein von zwei oder mehr Zuständen, welche die obenstehende Definition der Hauptdiagnose erfüllen, ist derjenige als Hauptdiagnose auszuwählen, der den größten Aufwand an medizinischen Mitteln erforderte. Der größte Aufwand wird aufgrund der medizinischen Leistung (ärztliche, pflegerische Leistungen, Operationen, medizinische Produkte usw.) bestimmt und nicht aufgrund des Kostengewichtes (CW) der Fallpauschale, das noch von anderen Faktoren abhängt. Falls für die Codiererin bzw. den Codierer in der Wahl der Hauptdiagnose Zweifel bestehen, entscheidet die behandelnde Spitalärztin bzw. der behandelnde Spitalarzt, der seine Wahl anhand von medizinischen Leistungen und Produkten begründen und dokumentieren muss.

#### **Beispiel 1**

*Eine Patientin wird für eine Keratoplastik aufgenommen und operiert. Am zweiten Tag kommt sie auf die Intensivstation wegen eines Herzinfarktes und es wird eine Koronarangiographie mit Stenteinlage durchgeführt.*

Der größte Aufwand ist der Herzinfarkt und ist somit Hauptdiagnose.

#### **Beispiel 2**

*Patientin mit dekompensierter Herzinsuffizienz bei vorbestehendem Vorhofseptumdefekt und chronisch venöser Insuffizienz der unteren Extremitäten mit Ulzeration. Behandlung der Herzinsuffizienz, einwöchige VAC-Behandlung an den unteren Extremitäten. In der zweiten Woche wird ein Vorhofseptumverschluss perkutan mit Amplatzer vorgenommen.*

Wegen der Herzoperation mit Implantat wird hier der Vorhofseptumdefekt als Hauptdiagnose kodiert.

#### **Beispiel 3**

*Ein Patient wird zur Behandlung eines entgleisten Diabetes mellitus 12 Tage hospitalisiert. Ein Tag vor Austritt, Operation einer Phimose.*

Der Diabetes mellitus mit zwölf-tägigem Aufenthalt verursacht den größten Aufwand und ist somit die Hauptdiagnose (eine Operation bestimmt nicht automatisch die Hauptdiagnose).

#### **Beispiel 4**

*Hospitalisation wegen eines Magenulkus mit starker Blutung. Endoskopische Blutstillung im Magen. Bluttransfusionen wegen Blutungsanämie.*

Die Behandlung des Magenulkus mit Blutstillung ist der größte Aufwand und somit die Hauptdiagnose.

### **3.1.2 Allgemeine Kodierrichtlinien für Prozeduren**

→ In den allgemeinen Kodierrichtlinien für Prozeduren wurden Änderungen in dem Bereich der signifikanten Prozeduren, den Adhäsionen und im Bereich der Serosaverletzung mit Übernähung vorgenommen

#### **P01h Prozeduren**

Alle **signifikanten Prozeduren** während des Spitalaufenthaltes sind zu kodieren. Dies schließt diagnostische, therapeutische und pflegerische Prozeduren ein.

Die Definition einer signifikanten Prozedur ist, dass sie entweder:

- chirurgischer Natur ist
- ein Eingriffsrisiko birgt
- ein Anästhesierisiko birgt
- Spezialeinrichtungen, Großgeräte (z.B. MRI) oder spezielle Ausbildung erfordert.
- **Prozeduren, die nicht im direkten Zusammenhang** mit einer anderen Prozedur stehen, werden getrennt kodiert.

#### **Beispiel 1**

*Es wird eine präoperative Koronarangiographie vor einer aortokoronaren Bypassoperation unter Herz-Lungenmaschine gemacht.*

Hier wird die koronare Arteriographie in den Nebenbehandlungen kodiert.

- **Hinweis:** Adhäsionen und Serosaläsion sind unter P10, respektive P11, abgebildet.

#### **P10h Adhäsionen**

Die Lösung von abdominalen Adhäsionen kann eine «Hauptprozedur» sein oder im Rahmen einer anderen Operation als «Nebenprozedur» durchgeführt werden.

Wenn die Lösung der Adhäsionen die «Hauptprozedur» ist, sind ein Diagnosecode für die Adhäsionen (z.B. *K66.0 Peritoneale Adhäsionen*) und ein korrespondierenden Prozeduren-Code aus der CHOP anzugeben.

Wenn Adhäsionen im Verlauf einer anderen Bauchoperation gelöst werden, kann der Vorgang im Einzelfall **relevanten Aufwand** verursachen. In diesem Fall, wenn alle Adhäsionen zusammen einen Zeitaufwand von **>60 Minuten** im Rahmen einer Operation erfordern, sind die spezifischen Prozedurencodes (z.B. *54.5- Lösung von peritonealen Adhäsionen*) sowie die korrespondierenden ICD-10-GM Codes anzugeben.

Der ICD-10-GM Diagnosecode kann codiert werden, auch wenn die Angabe eines Prozedurcodes nicht möglich ist. Dies solange die Definition der Nebendiagnose G54 eingehalten wird.

### **P11h Serosaverletzung mit Übernähung**

Wird im Rahmen einer Operation die Serosa verletzt, die übernäht werden muss, ist der spezifische S-Code des verletzten Abschnittes zu codieren.

Die Übernähung selbst wird in diesem Fall nur mit einem spezifischen CHOP-Code abgebildet. Zum Beispiel *54.64.10 Naht am Peritoneum, Naht von Mesenterium, Omentum majus oder minus (nach Verletzung)*.

Für die Codierung einer Komplikation müssen die Regeln G40g *Dokumentation der Diagnosen und der Prozeduren* und D12c *Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Maßnahmen (Komplikationen)* beachtet werden.

- **Hinweis:** Die "Tunica muscularis" gehört zum Organ. Eine Verletzung der Tunica muscularis, die übernäht werden muss, wird mit dem Code des entsprechenden Organs (Harnblase, Uterus, Darm) und nicht mit einem Code zur Naht des Peritoneums abgebildet. Das gilt sowohl für die Diagnose als auch für die Prozedur.

## **3.1.3 Spezielle Kodierrichtlinien**

➔ In den speziellen Kodierrichtlinien wurden Änderungen in dem Bereich der Parkinsonstadien, des Herzstillstandes, der Adhäsionen, der Asphyxie unter der Geburt und im Bereich der Intrauterinen Hypoxie vorgenommen.

### **S0607h Kodierung der Parkinsonstadien (G20.-)**

Um eine einheitliche Codierung der Stadien der Parkinsonerkrankung zu erreichen, ohne negative Konsequenzen für die betroffenen Patienten, soll das aktuelle Stadium des Parkinsons unter Therapie (ON) bestimmt und codiert werden.

### **S0908h Herzstillstand**

Herzstillstand oder Herz- und Atemstillstand (*I46.- Herzstillstand*) sind **nur** zu codieren, wenn Wiederbelebensmaßnahmen in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Aufnahme oder während des stationären Aufenthaltes ergriffen werden, unabhängig vom Ergebnis für den Patienten.

Der Herzstillstand ist *nicht* als Hauptdiagnose anzugeben, wenn die zugrundeliegende Ursache bekannt ist.

Bei Reanimation im Rahmen eines Herzstillstandes ist außerdem der CHOP-Code für die Reanimation zu codieren.

- **Beachte:** Herzkreislaufstillstand unklarer Ursache mit Reanimation zu Hause wird nicht codiert, wenn kein weiterer Aufwand im Spital generiert wurde.

### **S1102d Adhäsionen**

Regel wurde gelöscht, siehe Codierung Adhäsionen unter P10.

## **S1610h Asphyxie unter der Geburt**

Wenn eine Diagnose aus dem Problembereich intrauterine Asphyxie oder Asphyxie unter der Geburt gestellt wird, kommen folgende Punkte zur Anwendung:

### **P21.0 Schwere Asphyxie unter der Geburt**

Bedingungen: Mindestens **drei** der untenstehenden Kriterien müssen erfüllt sein:

- APGAR  $\leq 5$  im Alter von 5 Minuten
- Schwere Azidose in der ersten Lebensstunde: pH  $\leq 7.00$  (in Nabelarterie, Nabelvene oder mittels arterieller oder kapillärer Blutentnahme)
- Basendefizit  $\leq -16$  mmol/L in im Nabelschnurblut oder während der ersten Lebensstunde
- Laktat  $\geq 12$  mmol/L im Nabelschnurblut oder während der ersten Lebensstunde
- Mittelschwere oder schwere Enzephalopathie (Sarnat Stadium II oder III)
- 

Kinder, die ohne Werte ins Spital kommen werden mit P20.9 codiert.

### **P21.1 Mäßige Asphyxie unter der Geburt (statt P21.1 Leichte oder mäßige Asphyxie unter der Geburt)**

Bedingungen: Mindestens **zwei** der untenstehenden Kriterien müssen erfüllt sein:

- APGAR  $\leq 7$  im Alter von 5 Minuten
- Mittelschwere Azidose in der ersten Lebensstunde: pH

Kinder, die ohne Werte ins Spital kommen werden mit P20.9 codiert.

### **P21.9 Leichte Asphyxie unter der Geburt ohne metabolische Korrelation (statt P21.9 Asphyxie unter der Geburt, nicht näher bezeichnet)**

Bedingungen: Beide Kriterien müssen zutreffen

- APGAR  $\leq 7$  im Alter von 5 Minuten
- Tiefster pH- Wert in der ersten Lebensstunde  $\geq 7.15$  (in Nabelarterie, Nabelvene oder mittels arterieller oder kapillärer Blutentnahme)

## **P20.- Intrauterine Hypoxie**

Eine metabolische Azidose ohne klinische Korrelation (Asphyxie) beim Neugeborenen wird unter der Kategorie *P20.- Intrauterine Hypoxie* codiert.

Die metabolische Azidose wird folgendermaßen definiert:

Beide Kriterien müssen zutreffen:

- APGAR  $> 7$  im Alter von 5 Minuten
- Mittelschwere Azidose in der ersten Lebensstunde: pH

### **Definition der Norm gemäss folgenden Werten:**

- APGAR  $> 7$  im Alter von 5 Minuten
- pH  $\geq 7.15$  (in Nabelarterie, Nabelvene oder mittels arterieller oder kapillärer Blutentnahme)

Die unter P20.- aufgeführte Befunde, wie z.B. „Distress“, „Gefahrenzustand“, „Mekonium im Fruchtwasser“ oder „Mekoniumabgang“, sind als Beobachtungen ohne Krankheitswert zu verstehen und werden nicht codiert.

Die Adaptationsstörungen werden unter P22.8 codiert.

Gemäss Regel G40a, ist der **behandelnde Arzt** für die **Diagnosestellung** und die Dokumentation aller Diagnosen während des gesamten Spitalaufenthaltes zuständig. Eine direkte Codierung durch Codierinnen und Codierer mit diesen Kriterien ist nicht erlaubt.

## 4 ICD 10

Die Version 2018 der ICD-10-GM wird in der Schweiz ab 1.1.2019 in Kraft treten.

Die Grundlage bildet die vom DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information) publizierte deutsche Version des systematischen Verzeichnisses der ICD-10-GM. Dort erscheinen Texte mit Bezug auf deutsche Gesetze, Kodierrichtlinien, Zusatzentgelte, Empfehlungen usw.

Diese können nicht eins zu eins im schweizerischen Kontext übernommen werden. Auszüge der ICD-10-GM wurden auf den Schweizer-Kontext angepasst.

Damit Sie sich einen Überblick verschaffen können, was sich in den ICD-10 in zwei Jahren verändert hat, haben wir für Sie eine Zusammenfassung der wichtigsten Änderungen erstellt.

### 4.1 Änderungen der ICD-10 2017

#### 4.1.1 Statistik ICD-10 2017

	Final	
<b>Gelöschte Codes:</b>	<b>13</b>	
<b>Neuaufgenommene Codes:</b>	<b>108</b>	
<b>Textänderungen bei Codes:</b>	<b>33</b>	
<b>Umcodierungen:</b>	<b>21</b>	[zzgl. 2 mit Textänderung]
<b>Code-Aufspreizungen:</b>	<b>13</b>	[zzgl. 2 mit Textänderung]
<b>Code-Zusammenfassungen:</b>	<b>0</b>	[zzgl. 0 mit Textänderung]
<b>Code-Umcodierungen:</b>	<b>8</b>	

#### 4.1.2 Änderungen in der Version 2017

- **Sekundäre bösartige Neubildung**

Einführung zusätzlicher 5. Stellen bei C79.8- zur lokalisationsbezogenen spezifischen Codierung

- **Adipositas**

Zusätzliche 5-Steller bei E66.- Adipositas eingeführt, um Adipositas und extreme Adipositas bei Kindern und Jugendlichen sowohl für epidemiologische Belange als auch im Hinblick auf eine bessere vergütungstechnische Abbildbarkeit spezifisch codieren zu können.

- **Lipomatose**

Unter E88.2 Lipomatose neue 5-Steller eingeführt, um eine spezifische, Stadien gerechte Codierung des Lipödems zu ermöglichen.

- **Vaskuläre Myelopathien**

Bei G95.1 Vaskuläre Myelopathien wurden für das G-DRG-System neue 5-Steller eingeführt, um nichttraumatische spinale Blutungen spezifisch codieren zu können.

- **Rechtsherzinsuffizienz**

Erweiterung I50.- Rechtsherzinsuffizienz auf 5. Stelle, um das Stadium der Rechtsherzinsuffizienz analog zur Linksherzinsuffizienz anhand der NYHA-Kriterien verschlüsseln zu können.

- **Erworbenen Lymphödems**

Neue 5-Steller bei den Schlüsselnummern für die Kodierung des erworbenen Lymphödems (I89.0, I97.2 und I97.8), die eine lokalisationsbezogene, stadiengerechte Codierung des Lymphödem erlauben.

- **Krankheiten des Ösophagus**

Bei den Schlüsselnummern K22.8 Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Ösophagus wurden neue 5. Stellen eingeführt, um eine Ösophagusfistel ohne Beteiligung des Atmungssystems von sonstigen näher bezeichneten Krankheiten des Ösophagus abgrenzen zu können.

- **Toxische veno-okklusive Leberkrankheit**

Neue 5. Stellen unter der Kategorie K71.8, um eine toxische veno-okklusive Leberkrankheit codieren zu können.

- **Aufnahme von Hinweistexten**

Im Sinne einer Klarstellung Aufnahme von Hinweistexten zur korrekten und einheitlichen Codierung der Stadien des akuten Nierenversagens.

- **Schwangerschaftscholestase**

O26.6, um eine 5. Stelle erweitert, um eine Schwangerschaftscholestase spezifisch codieren zu können.

- **Protrahierte Geburt**

Streichung der Exklusiva bei O63.- *Protrahierte Geburt* zur Klarstellung der Codierung als auch Angleichung an ICD-10-WHO.

- **Hereditäres Lymphödem**

Ebenfalls neue 5-Steller bei Q82.0 *Hereditäres Lymphödem* eingeführt zur lokalisationsbezogenen und stadiengerechte Codierung.

- **Verletzungen von Rückenmarkshäuten und spinalen Blutgefäßen**

5-Steller zur spezifischen Codierung von Verletzungen von Rückenmarkshäuten und spinalen Blutgefäßen bei S15.8, S19.8, S25.8, S29.8, S35.8 und S39.8-.

- **Chron. Resp. Insuffizienz**



Ergänzung von Codierhinweisen bei J96.- mit dem Ziel, den Behandlungsaufwand bei Patienten mit chron. Resp. Insuffizienz besser abbilden zu können.

- **Aspirator oder Respirator**

Anpassung der Klassentitel bei Z99.-, Z99.0 und Z99.1, um die Abhängigkeit von Aspirator oder Respirator im ambulanten Bereich früher erfassen zu können.

- **Nomenklatur KRINKO**

Umstrukturierung der Codebereiche U80.-! und U81! mit der Zielsetzung diese Codes an die geltende Nomenklatur KRINKO anzupassen. Die bisherige Einteilung mehrfach resistenter gramnegativer Keime entsprach nicht mehr der in Deutschland geltenden Nomenklatur der KRINKO-Empfehlungen (Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention).

- **Zika-Viruskrankheit**

Die seit 21.12.2015 gültige Anpassung der bis dahin nicht belegten ICD-10 Codes U60 und U06.9 für die Codierung der Zika-Viruskrankheit wurde in die ICD-10-GM 2017 übernommen.

## 4.2 Änderungen der ICD-10 2018

### 4.2.1 Statistik ICD-10 2018

	<b>Final</b>	
<b>Gelöschte Codes:</b>	<b>0</b>	
<b>Neuaufgenommene Codes:</b>	<b>86</b>	
<b>Textänderungen bei Codes:</b>	<b>6</b>	
<b>Umcodierungen:</b>	<b>19</b>	[zzgl. 0 mit Textänderung]
<b>Code-Aufspreizungen:</b>	<b>17</b>	[zzgl. 0 mit Textänderung]
<b>Code-Zusammenfassungen:</b>	<b>0</b>	[zzgl. 0 mit Textänderung]
<b>Code-Umkodierungen:</b>	<b>2</b>	

### 4.2.2 Änderungen in der Version 2018

- **Essstörungen**

Bei F50.0 Anorexia nervosa wurde eine Differenzierung nach der Verlaufsform dieser Erkrankung (aktiv/restriktiv) vorgenommen.

- **Enuresis**

Bei F98.0 Nichtorganische Enuresis erfolgte die Differenzierung nach dem Auftreten des Einnässens (in der Nacht und/oder am Tag).

- **Herzstillstand**

Bei I46.- Herzstillstand wurden Codierhinweise ergänzt im Hinblick auf die Verwendung der neu eingeführten Schlüsselnummer U69.13! Herz-Kreislauf-Stillstand vor Aufnahme in das Krankenhaus.

- **Darmvarizen**

Bei der I86.8 Varizen sonstiger näher bezeichneter Lokalisationen wurden 5-Steller eingeführt, um im Darm lokalisierte Varizen spezifisch verschlüsseln zu können.

- **Arthropathien**

Bei der M14.-\* Arthropathien bei sonstigen anderorts klassifizierten Krankheiten wurden 5-Steller zur lokalisationsbezogenen Codierung eingeführt, um eine sachgerechte Abbildung im G-DRG –System zu ermöglichen.

- **Fisteln des weiblichen Genitaltraktes**

Bei der Schlüsselnummer N82.8 Sonstige Fisteln des weiblichen Genitaltraktes wurden neue 5-Steller eingeführt, um Fisteln zwischen Vagina und Ersatzharnblase bzw. Rektumersatz spezifisch codieren zu können.

- **Hautnekrose**

Bei der R02 Gangrän, anderenorts nicht klassifiziert wurden 5-Steller zur spezifischen, lokalisationsbezogenen Codierung von Hautnekrosen eingeführt. Inklusiva und Exklusiva wurden ergänzt, um die Codierung zu erleichtern.

- **Mechanische Komplikationen durch eine Gelenkendoprothese/interne Osteosynthese Vorrichtung**

Bei den Schlüsselnummern für die Codierung von mechanischen Komplikationen durch eine Gelenkendoprothese (T84.0) bzw. durch eine interne Osteosynthese Vorrichtung (T84.1, T84.2) wurden neue 5-Steller eingeführt, die eine lokalisationsbezogene Codierung der jeweiligen Komplikation erlauben.

- **Infektion und Entzündung durch eine perkutan-endoskopische Gastrostomie-Sonde**

Unter der Kategorie T85.7- Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate wurde ein neuer 5-Steller eingeführt, um eine Infektion und Entzündung durch eine PEG-Sonde spezifisch codieren zu können.

- **Herz-Kreislauf-Stillstand vor Aufnahme in das Krankenhaus**

Bei der U69.1-! Sekundäre Schlüsselnummern für besondere administrative Zwecke ein neuer 5-stelliger Zusatzcode eingeführt, um einen Herz-Kreislauf-Stillstand, der vor Aufnahme in das Krankenhaus (präklinisch) aufgetreten ist, spezifisch erfassen zu können.

## 5 CHOP-Version 2019

Die Version 2019 der CHOP wird ab 1.1.2019 in Kraft treten, und die Anwendung ist für die Codierung der Prozeduren im Rahmen der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser verbindlich.

Die Schweizerische Operationsklassifikation enthält die sog. Prozedurencodes zur Abbildung spezifischer erbrachter medizinischer Leistungen.

Die CHOP wird jährlich aktualisiert.

### 5.1 Statistik CHOP 2019

Das BFS veröffentlichte die Kennzahlen für die CHOP in 2019.

	Final	
<b>Gelöschte Codes:</b>	<b>357</b>	
<b>Neuaufgenommene Codes:</b>	<b>855</b>	
<b>Textänderungen bei Codes:</b>	<b>502</b>	
<b>Umcodierungen:</b>	<b>96</b>	[zzgl. 5 mit Textänderung]
Code-Aufspreizungen:	<b>14</b>	[zzgl. 3 mit Textänderung]
Code-Zusammenfassungen:	<b>2</b>	[zzgl. 2 mit Textänderung]
Code-Umcodierungen:	<b>80</b>	

Fast 2/3 der Neuaufnahmen verteilen sich zum einen auf den 8-er Bereich innerhalb „(76 - 84) - Operationen an den Bewegungsorganen“ und den 9er Bereich innerhalb „(87-99) -Verschiedene diagnostische und therapeutische Maßnahmen“.

Das restliche gute Drittel der Neuaufnahmen fällt auf die beiden neuen Top-Level-Codebereiche „7A - Operationen an Knochen und Gelenken der Wirbelsäule“ und „(BA-BB) - Rehabilitation“.

### 5.2 Änderungen der CHOP-Codes 2019

Im Folgenden wird Ihnen ein kurzer Überblick über die wichtigsten Änderungen gegenüber der Vorversion gegeben.

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

##### Vorgenommene Änderungen in den Bereichen:

- Adjunktiv vaskuläre Massnahmen
- Intrakranielle vaskuläre Stents
- Patientenindividuelle Schablonen (Abbildung der Sonderprothesen)

#### → Kap. 1 Operationen am Nervensystem (01–05)

##### Vorgenommene Änderungen in den Bereichen:

- Operationen an Rückenmark und Strukturen des Spinalkanals

→ **Kap. 7 Operationen am kardiovaskulären System (35–39)**

**Vorgenommene Änderungen in den Bereichen:**

- Herzkreislauf- und lungenunterstützende Systeme
- Endovenektomie
- Resektion Aorta ascendens und Aortenbogen mit Ersatz
- Endovaskuläre Implantation eines Grafts
- Intraaneurysmaler Flow-Diverter
- Rotations- und Fräsatherektomie
- Selektive Embolisation von Gefäßen
- Periphere venöse Stents

→ **Kap. 11 Operationen an den männlichen Geschlechtsorganen (60–64)**

**Vorgenommene Änderungen in den Bereichen:**

- Operationen zur Geschlechtsumwandlung

→ **Kap. 14 Operationen an den Bewegungsorganen (76–84)**

**Vorgenommene Änderungen in den Bereichen:**

- Operationen an Knochen und Gelenken der Wirbelsäule
- Knochenimplantatentfernung
- Zusatzinformationen zur Reposition von Fraktur und Luxation
- Schulterprothese
- Sonderprothese
- Rekonstruktion an den Kreuzbändern
- Arthroplastik mit Implantat am Karpalgelenk
- Plastische Rekonstruktion am Kapselbandapparat der Schulter
- Sonstige Myektomie
- Knochenersatzmaterial
- Zusatzinformationen zu Operationen am Bewegungsapparat

→ **Kap. 16 Verschiedene diagnostische und therapeutische Massnahmen (87–99)**

**Vorgenommene Änderungen in den Bereichen:**

- Injektion, Instillation oder orale Gabe von Radioisotopen
- Berufs- und Arbeitsrehabilitation
- Paraplegiologische rehabilitative Komplexbehandlung
- Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation
- Geriatrische Akutrehabilitation
- Diagnostischer Hausbesuch als Teil einer akutrehabilitativen oder rehabilitativen Abklärung
- Palliativmedizin
- Hyperbare Oxygenation
- Dekompressionskammer
- Pneumologische Akutrehabilitation
- Mechanische Beatmung und Atmungsunterstützung
- Behandlung von Atemregulationsstörungen außerhalb Intensivstation
- Auf die Psyche bezogene Massnahmen
- Multiaxiale Diagnostik bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter
- Komplexbehandlung bei Anorexie in der Psychiatrie
- Mutter-Kind-Behandlung in der Erwachsenenpsychiatrie
- Kind-Eltern-Setting bei psychischen und psychosomatischen Störungen von Kindern und Jugendlichen
- Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker

- Thrombozytenkonzentrate
- Adsorption von Zytokinen
- Isolierung
- Leberkomplexbehandlung
- Entgiftungs- und -Entwöhnungsbehandlung im Neugeborenen- und Säuglingsalter
- Pflege-Komplexbehandlung

→ **Kap. 17 Messinstrumente (AA)**

**Vorgenommene Änderungen in dem Bereich:**



- Messinstrumente zur ADL

→ **Kap. 18 Rehabilitation (BA-BB)**

**Vorgenommene Änderungen in dem Bereich:**

- Basisleistungen in der Rehabilitation

## 6 Impressum

	ID Suisse AG, Oberstr. 222, CH-9014 St. Gallen
	<b>Tel. Zentrale:</b> +41 71 279 11 90 <b>Fax:</b> +41 71 274 51 49
	<b>Internet:</b> <a href="http://www.id-suisse-ag.ch">www.id-suisse-ag.ch</a> <b>E-Mail:</b> <a href="mailto:info@id-suisse-ag.ch">info@id-suisse-ag.ch</a>

Redaktion: **ID Suisse AG**

Diese Version des Dokuments wurde am 09.11.2018 aktualisiert.

### Urheberrechte

Sämtliche Daten, die Software sowie die Benutzerführung von ID DIACOS® sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ohne Zustimmung seitens der ID Suisse AG ist nicht zulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen sowie Einspeicherung und Verarbeitung in andere elektronische Medien, und zwar sowohl für ID DIACOS® als Ganzes als auch für Auszüge / Teilkomponenten aus ID DIACOS®.

### Haftung und Datenschutz

Die Erkenntnisse in der Medizin unterliegen laufendem Wandel durch Forschung und klinische Erfahrungen. Aktuelle gesundheitspolitische Entscheidungen entwickeln eine große Dynamik.

Hersteller, Autoren und die Redaktion haben große Sorgfalt darauf verwendet, dass die in ID DIACOS® und in den Publikationen der ID GmbH veröffentlichten Angaben dem derzeitigen Wissensstand entsprechen. Eine Haftung für die in ID DIACOS® bereitgestellten Inhalte ist jedoch ausgeschlossen.

Die vorliegende Software wurde mit größter Sorgfalt hergestellt und getestet. Nach dem aktuellen Stand der Technik ist es jedoch nahezu ausgeschlossen, Software so zu erstellen, dass sie mit allen Hard- und / Softwarekombinationen fehlerfrei arbeitet. Daher kann die ID Suisse AG keine Gewährleistung dafür übernehmen, dass das Programmsystem alle Anforderungen des Nutzers erfüllt, bzw. für Fehler oder Schäden infolge Nutzung dieses Programms haften.

### Hinweis für die Einbindung der Deutschen Kodierrichtlinien in ID DIACOS®

Trotz sorgfältiger Entwicklung und Qualitätssicherung des Programmsystems können Fehler nicht völlig ausgeschlossen werden.

ID Berlin übernimmt infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in ID DIACOS® enthaltenen Codierhinweise zu den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) und dem Infektionsschutzgesetz bzw. der dort enthaltenen Informationen oder Teilen davon entstehen.

Mit ID DIACOS® werden Hilfen und Hinweise bereitgestellt, die den praktischen Umgang mit den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) und dem Infektionsschutzgesetz erleichtern sollen. Die Verantwortung für die korrekte Anwendung der Codierhinweise und die Erfüllung der Meldepflichten bleibt beim Anwender.

Der Wortlaut der Originaltexte ist stets zu berücksichtigen.

### Copyright für die Deutschen Kodierrichtlinien

Das Copyright für das Gesamtwerk der „Allgemeinen Kodierrichtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren - Deutsche Kodierrichtlinien“ liegt bei den Organen der Selbstverwaltung – der DKG Deutschen Krankenhausgesellschaft, GKV – den Spitzenverbänden der Krankenkassen und PKV – den privaten Krankenversicherungen.