Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

Rundschreiben für Kodiererinnen und Kodierer: 2017 / N° 1

1. Allgemeines

1.1.

Zur Kodierung aller stationären Aufenthalte der Spitäler und Kliniken (einschliesslich Rehabilitations-, Psychiatrie- und Spezialkliniken) mit Austritt ab 1. Januar 2017 gelten:

- das Kodierungshandbuch Version 2017
- dieses Rundschreiben N°1 von 2017 mit Anhang

Die Kodierungsrichtlinien, die im Kodierungshandbuch Version 2017 veröffentlicht sind, müssen zwingend auf alle Daten angewendet werden, die die Krankenhäuser kodieren, bevor sie diese dem Bundesamt für Statistik für die Medizinische Statistik übermitteln.

Das BFS ist nach der Statistikverordnung vom 30. Juni 1993 verantwortlich, jedes Jahr die Richtlinien für alle an der Erhebung Beteiligten vorzugeben. Dies betrifft insbesondere das Kodierungshandbuch, sowie die gültigen Klassifikationen, die verwendet werden müssen, um die Diagnosen und die Behandlungen zu erfassen. Die an der Erhebung Beteiligten (d.h. die Spitäler) sind folglich gesetzlich verpflichtet, die nach den Richtlinien des BFS gültigen vorgegebenen Klassifikationen und das Kodierungshandbuch zu verwenden. Wenn das momentan noch nicht der Fall sein sollte, muss diese Praxis sofort geändert werden. Die Benutzung insbesondere anderer Kodierungshandbücher (z.B. deutsches Kodierungshandbuch oder auch spitalintern erstellte Kodierungshandbücher) haben keine Gültigkeit.

Neu: Auszug für die Psychiatrie aus dem Medizinischen Kodierungshandbuch Version 2017
Gemäss Artikel 49 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung, ist für die Abgeltung stationärer Leistungen der Psychiatrie ein nationales einheitliches Tarifsystem mit Leistungsbezug anzuwenden.

Die verbindliche Einführung der Tarifstruktur im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie ist für den 1. Januar 2018 geplant. Im Rahmen der Einführung des neuen Tarifsystems werden verschiedene Anpassungen der Kodierungsinstrumente (z.B. Klassifikationen und Kodierrichtlinien) vorgenommen. So wurden in diesem Kontext schon die HoNOS- und HoNOSCA-Einstufungen in der Schweizer Prozedurenklassifikation (CHOP) Version 2017 aufgenommen (Kodes 94.A- HoNOS und HoNOSCA).Ein «Auszug für die Psychiatrie aus dem Medizinischen Kodierungshandbuch Version 2017» wurde ebenso erstellt. Dieses Dokument besteht aus Auszügen von Regeln des aktuellen Medizinischen Kodierungshandbuchs 2017, die für die Kodierung der psychiatrischen Fälle besonders relevant sind. Konkrete Beispiele betreffend psychiatrische Diagnosen und Behandlungen wurden ebenso hinzugefügt. Die Regeln sind sonst dieselben, die in den offiziellen Kodierrichtlinien der Schweiz beschrieben sind.

1.2.

Die gültigen Klassifikationen ab 1. Januar 2017 sind die ICD-10-GM 2016 und die CHOP 2017. Es steht in der Verantwortung der Kodierer, den Inhalt der Klassifikationen zu kennen und Änderungen und Neuerungen der verschiedenen Versionen zu berücksichtigen.

Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
www.bfs.admin.ch

1.3.

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

1.4.

Informationen und Präzisierungen werden durch Rundschreiben veröffentlicht (Publikation 31. Dezember 2016 und gegebenenfalls 30. Juni 2017, anzuwenden bei Fällen mit Austrittsdatum ab 1. Januar 2017 und 1. Juli 2017). Diese Dokumente sind offizielle Informationen des BFS und müssen für weitere Kodierungen berücksichtigt werden.

Die Publikation von Informationen und Präzisierungen durch FAQ gibt es in dieser Form ab 2017 nicht mehr, sie werden nun für das laufende Jahr als Anhang des Rundschreibens publiziert. Die FAQ's der vorigen Jahre sind jeweils in PDF Format mit den Rundschreiben auf unserer Internetseite zu finden.

1.5.

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

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

Bei Anfragen ohne Dokumentation oder mit ungenügender Dokumentation werden wir keine Empfehlung mehr abgeben und es wird auch keine Rückmeldung gegeben.

2. Zusatzinformationen zum Kodierungshandbuch 2017

2.1. Regel D03 versus G52

Abklärung zum zweiten Abschnitt:
Diese Reihenfolge für die Ätiologie-/Manifestationsverschlüsselung gilt nur für das Kreuz†-Stern* System. Die Hauptdiagnosenregel G52 erfährt somit ausserhalb der Kreuz†-Stern* Systematik in Bezug auf die Reihenfolge von Ätiologie-/Manifestationskodes keine Einschränkung.

Da dieser Punkt der Regel nicht für alle klar verständlich war, geben wir hier zum besseren Verständnis 2 Beispiele zur Wahl der Hauptdiagnose ausserhalb dem Kreuz-Stern System, d.h. nach G52:

1) Chronische Rückenbeschwerden durch Mammahypertrophie. Hospitalisation zur Mammareduktionsplastik. Hier handelt es sich nicht um das Kreuz-Stern System.
HD Mammahypertrophie
ND Rückenschmerzen (nur wenn G54 erfüllt ist)
HB Mammareduktionsplastik

2) Obstruktive Schlafapnoesyndrom bei Tonsillenhyperplasie. Hospitalisation zur Tonsillektomie. Hier handelt es sich nicht um das Kreuz-Stern System.
HD Tonsillenhyperplasie
ND Schlafapnoesyndrom (nur wenn G54 erfüllt ist)
HB Tonsillektomie

2.2. Korrektur Regel S1001

Diese Regel gilt nur für heimbeatmete Patienten über Tracheostoma.

Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
www.bfs.admin.ch

- Für den Sonderfall von heimbeatmeten Patienten, die über ein Tracheostoma beatmet werden, ist analog zur Regelung zu intensivmedizinisch versorgten Patienten, bei denen die maschinelle Beatmung über Maskensysteme erfolgt, vorzugehen. Dies bedeutet, dass die Beatmungszeiten zu erfassen sind, wenn es sich im Einzelfall um einen «intensivmedizinisch versorgten» Patienten (anerkannte IPS) handelt.

Die Erwähnung von «Maske» wurde zurückgezogen.

2.3. Regel S1505

Unter «Spontane vaginale Entbindung eines Einlings» steht:
Jede spontane Geburt ist mit dem Kode *73.59 Sonstige manuell unterstützte Geburt* abzubilden.

Das Wort «spontane» bezieht sich auf die Geburt, nicht auf den Wehenbeginn/die Wehentätigkeit, welche spontan oder induziert sein kann. Also werden alle vaginalen Geburten ohne instrumentale Extraktion mit *73.59 Sonstige manuell unterstützte Geburt* abgebildet.

2.4. Regel S1604

Klarstellung zur Regel «Postexpositionsprophylaxe beim gesunden Neugeborenen»
Wenn ein gesundes Neugeborene nach der Geburt eine medikamentöse Prophylaxe erhält, wird gemäss Indikation der entsprechende *Z20.- Kontakt mit und Exposition gegenüber übertragbaren* Krankheiten abgebildet.

D.h. Aufwand > 0 wird kodiert. Bei einem Neugeborenen ohne Prophylaxe wird nichts abgebildet.

Als Beispiel Kodierung des Neugeborenen bei Strepto-B positiv der Mutter:

- ohne Aufwand > 0 : nichts kodieren
  Eine mehr oder weniger engmaschige Überwachung ist hier in der Routine des *Z38.- Lebendgeborene nach dem Geburtsort* inbegriffen.
- mit Aufwand > 0:
  - Postexpositions-Prophylaxe (Antibiotika) : *Z20.8 + B95.1*
  - Kind mit infektiöser Pathologie : die Pathologie + der Kode *P00.8 Schädigung des Feten und Neugeborenen durch sonstige Zustände der Mutter*, der besagt, dass die zuvor kodierte Pathologie durch einen Zustand der Mutter hervorgerufen wurde.

Zur Erinnerung, Kodierung der Mutter als Strepto-B Trägerin:

- Strepto-B ohne Aufwand > 0: nichts kodieren
- Strepto-B mit Aufwand > 0 (Antibiotika): *Z22.3 + B95.1*

3. Zusatzinformationen zur CHOP 2017

3.1. Analogiekodierung

- Mitralklappeninsuffizienz - Behandlung mit Cardioband
- Flow Diverter

Am 26.09.2016 wurde in Absprache mit dem BFS von SwissDRG eine Analogiekodierung publiziert. Diese Analogiekodierungen sind bis zum Zeitpunkt der Etablierung differenzierter Kodes über ein ordentliches Antragsverfahren verbindlich und einheitlich anzuwenden. Diese sind ab Veröffentlichung gültig und für allfällige Kodierrevisionen relevant.
http://www.swissdrg.org/de/Analogiekodierung/Analogiekodierung.asp?navid=38

3.2. Korrekturen in der Einleitung des systematischen Verzeichnisses CHOP 2017

Betrifft nur die deutsche Sprachversion.

Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
www.bfs.admin.ch

Kap. 9 Operationen am Verdauungstrakt, Magen (S. 7)
Folgender Satz ist zu ersetzen:
~~Unter der Subkategorie 43.42.- «Lokale Exzision von Läsion oder Gewebe am Magen», sowie unter der 3-stelligen Kategorie «Partielle Gastrektomie mit Anastomose zum Jejunum und Ileum» wurden die Tochterkodes differenziert nach den Zugängen offen chirurgisch und laparoskopisch.~~

Unter der Subkategorie 43.42.- «Lokale Exzision von Läsion oder Gewebe am Magen» wurden die Tochterkodes differenziert nach den Zugängen offen chirurgisch und laparoskopisch. Bei der 3-stelligen Kategorie 43.7- «Partielle Gastrektomie mit Anastomose zum Jejunum und Ileum» erfolgte die Unterteilung nach Grösse der Resektion (2/3 oder 4/5) und Art der Anastomose (zum Jejunum oder Ileum).

Im folgenden Satz fehlt der Kode der 3-stelligen Kategorie 44.5-:
Bei den Tochterkodes der 3-stelligen Kategorie 44.5- «Revision einer Magenanastomose» wurde präzisiert, was diese Revisionseingriffe beinhalten und bei Bedarf eine Differenzierung der Kodes, ob mit oder ohne Neuanlage, vorgenommen.

3.3. Patientenindividuell angepasste und gefertigte Implantate, Schablonen (00.9A.6-)

Betrifft nur die deutsche Sprachversion.
In den Titeln von 00.9A.60 und 00.9A.69 ist «und Schablonen» zu ergänzen.

00.9A.60 Verwendung von patientenindividuell angepassten und gefertigten Implantaten und Schablonen, n.n.bez.
09.9A.69 Verwendung von patientenindividuell angepassten und gefertigten Implantaten und Schablonen, sonstige

Die Titeländerung in 00.9A.63 betrifft alle drei Sprachversionen
«Schnittführung» ist durch «Navigation (Beinhaltet: Schnitt, Bohrung, Positionierung)» zu ersetzen.
Im «Beachte» wird «zur Fraktur-Rekonstruktion oder Osteosynthese» ergänzt.

00.9A.63 Intraoperative Anwendung von präoperativ mittels 3D-Bildgebung individuell gefertigter Schablonen zur Navigation (Beinhaltet: Schnitt, Bohrung, Positionierung)
Beachte:
Bei Osteotomien zur Korrektur von Fehlstellungen, zur Platzierung von Prothesen, zur Tumorresektion oder zur Fraktur-Rekonstruktion und Osteosynthese

3.4. Pulsgenerator eines peripheren Neurostimulators (04.95.13)

Betrifft nur die italienische Sprachversion. Siehe Circolare 2017/1.

3.5. Korrektur des «Kodiere ebenso» unter 37.35

Betrifft nur die französische Sprachversion. Siehe Circulaire 2017/1.

3.6. Korrektur der «Kodiere ebenso» unter 39.72.-

Betrifft alle drei Sprachversionen.
Das kodiere ebenso wird unter dem 4-Steller gestrichen und nur unter den spezifisch betroffenen 6-Steller abgebildet.

39.72 Endovaskuläre plastische Rekonstruktion oder Okklusion von Gefässen am Kopf und Hals
~~Kodiere ebenso: Anzahl Metallspiralen für selektive Embolisationen (00.4A)~~

39.72.11 Selektive Embolisation von intrakraniellen Gefässen mit Partikeln oder Metallspiralen
Kodiere ebenso: Anzahl verwendeter endovaskulärer Coils (00.4A.-)

Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
www.bfs.admin.ch

39.72.21 Selektive Embolisation von extrakraniellen Gefässen des Kopfes und des Halses mit Partikeln oder Metallspiralen
Kodiere ebenso: Anzahl verwendeter endovaskulärer Coils (00.4A.-)

3.7. Titelkorrektur 39.72.13

Betrifft alle drei Sprachversionen.
Im Titel vom 39.72.13 ist der Begriff «Stents» zu streichen. Der richtige Titel lautet neu:
39.72.13 Selektive Embolisation von intrakraniellen Gefässen durch Flow-Diverter

3.8. Sonstige intrathorakale Ösophagoenterostomie (42.54)

Betrifft die deutsche und französische Sprachversionen. Siehe auch Circulaire 2017/1.
Die ergänzende Beschreibung «Operation nach Roux-en-Y» unter 42.54 ist zu löschen.

42.54 Sonstige intrathorakale Ösophagoenterostomie
~~Operation nach Roux-en-Y *~~

3.9. Ileozäkale Resektion, offen chirurgisch (45.72.11)

Betrifft die französische und italienische Sprachversionen. Siehe Circulaire 2017/1 und Circolare 2017/1.

3.10. Dünndarm-Rektum-Anastomose 45.92.-

Betrifft nur die französische Version. Siehe Circulaire 2017/1.

3.11. Löschen der ergänzenden Beschreibung unter 45.94

Betrifft nur die deutsche Sprachversion.
Die ergänzende Beschreibung unter 45.94 ist zu löschen. Die kolorektale Anastomose wird mit dem Kode 45.96 «Dickdarm-Rektum-Anastomose» kodiert.
45.94 Dickdarm-Dickdarm-Anastomose
~~Kolorektale Anastomose *~~

3.12. Inzidente Appendektomie 47.12

Betrifft nur die französische Sprachversion. Siehe Circulaire 2017/1.

3.13. Titelkorrektur (53.89)

Betrifft alle drei Sprachversionen.
Im Titel ist «und thorakoabdominaler Zugang» zu ergänzen.

53.89 Operation einer Zwerchfellhernie, thorakaler und thorakoabdominaler Zugang, sonstige

3.14. Laparaskopische Biopsie am Ovar

Betrifft alle drei Sprachversionen.
Folgendes Exklusivum unter 65.29 ist zu streichen, da die laparoskopische Biopsie am Ovar mit dem Kode 65.13 kodiert wird.

65.29 Sonstige lokale Exzision oder Destruktion am Ovar
Exkl.: Biopsie am Ovar (65.11-65.13)
~~Laparaskopische Biopsie am Ovar (65.25)~~

Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
www.bfs.admin.ch

3.15. Sonstige plastische Rekonstruktion an Gesichtsschädelknochen (76.6-)

Betrifft alle drei Sprachversionen.
Bei den Kodes unter 76.6- kann das durchgeführte Osteosyntheseverfahren hinzu kodiert werden. Zur Verdeutlichung wird unter 76.6 folgendes «Kodiere ebenso» eingeführt:

76.6 Sonstige plastische Rekonstruktion an Gesichtsschädelknochen und orthognathische Chirurgie
Kodiere ebenso:
Osteosyntheseverfahren nach Osteotomie, bei Knochentransplantation oder Knochentransposition (78.50.2-)

Das Exklusivum unter 78 «Sonstige Operationen an Knochen, ausser Gesichtsschädelknochen», welches auf den 76.- Kodes weist ist zu streichen.

78 Sonstige Operationen an Knochen, ausser Gesichtsschädelknochen
~~Exkl. Operation an den Gesichtsschädelknochen (76.01-76.99)~~

3.16. Dubletten: Verlängerungs- oder Knochentransportsystem (78.50.2F, 78.50.2G)

Betrifft alle drei Sprachversionen.
Die Kodes 78.50.2F und 78.50.2G sind Dubletten mit den Kodes 84.53.10 und 84.53.11. Die Kodes 78.50.2F und 78.50.2G werden in CHOP 2018 gelöscht. Im Jahr 2017 sind die Kodes 78.50.2F und 78.50.2G nicht mehr zu verwenden. Die Kodes 84.53.10 «Implantation eines nicht motorisierten internen Verlängerungs- oder Knochentransportsystem» oder 84.53.11 «Implantation eines motorisierten internen Verlängerungs- oder Knochentransportsystem» sind an ihrer Stelle zu verwenden.

~~**78.50.2F Osteosynthese durch nicht motorisiertes internes Verlängerungs- oder Knochentransportsystem, nach Osteotomie, bei Knochentransplantation oder Knochentransposition**~~
~~**78.50.2G Osteosynthese durch motorisiertes internes Verlängerungs- oder Knochentransportsystem, nach Osteotomie, bei Knochentransplantation oder Knochentransposition**~~

Zusätzlich wird unter 78.3 folgendes «Kodiere ebenso» auf 84.53.- eingeführt.

78.3 Verlängerungsosteotomie von Extremitäten
Kodiere ebenso:
Implantation von interner Verlängerungsvorrichtung der Extremitäten mit kinetischer Traktion (84.53.-)

3.17. Dublette Tenosynovektomie Hand (80.74.11)

Betrifft alle drei Sprachversionen.
Der Kode 80.74.11 wird 2018 gelöscht, da es sich um eine Dublette zum Kode 82.33 handelt. Im Jahr 2017 ist der Kode 80.74.11 nicht mehr zu verwenden.

80.74 Synovektomie an Hand und Finger
~~**80.74.11 Synovektomie an Sehnen und Sehnenscheiden von Hand und Fingern**~~

82.33 Sonstige Tenonektomie an der Hand
Tenosynovektomie an der Hand

3.18. Korrektur des Verweises unter 81.52.5B

Betrifft nur die deutsche Sprachversion.
Das Exklusivum unter 81.52.5B ist wie folgt zu korrigieren.

Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
www.bfs.admin.ch

81.52.5B Implantation von Schaft, Kopf sowie Inlay einer Hüftendoprothese bei einem Wechsel
Exkl.: Implantation einer Duokopfprothese bei einem Prothesenwechsel (81.52.42)

3.19. Korrektur des Verweises unter 82.3

Betrifft die französische und italienische Sprachversion. Siehe Circulaire 2017/1 und Circolare 2017/1.

3.20. Chirurgisches Débridement in Regional- oder Allgemeinanästhesie (86.2A.-)

Betrifft alle drei Sprachversionen.
Ein Kode der Gruppe 86.2A.- darf nur verwendet werden, wenn das chirurgische Débridement in Anästhesie in einem Operationssaal, resp. in Anästhesie in einer SGI-anerkannten Intensivstation durchgeführt wird. Daher ist das Beachte mit folgendem Zusatz zu ergänzen:

86.2A Chirurgisches Débridement von Wunde, Infektion oder Verbrennung durch Exzision von erkranktem Gewebe in Regional- oder Allgemeinanästhesie
Beachte:
Die Kodes dieser Subkategorie können abgebildet werden bei einem chirurgischen Entfernen durch Exzision von devitalem Gewebe, Nekrose, Wundschorf von Haut und Subkutangewebe bis zum Bereich des vitalen Gewebes in Anästhesie (Allgemein- oder Regionalanästhesie).
Ein Kode der Subkategorie 86.2A.- darf nur verwendet werden, wenn das chirurgische Débridement in Anästhesie in einem Operationssaal, resp. in Anästhesie in einer durch die Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI) anerkannten Intensivstation, durchgeführt wird. Eine reine Oberflächenanästhesie ermöglicht nicht die Abbildung dieser Kodes. Bei einer neurologisch bedingten Analgesie (z.B. infolge Verbrennung) können diese Kodes ebenfalls abgebildet werden. Eine weitere Voraussetzung zur Abbildung dieser Kodes ist das Vorliegen einer Wunde (traumatisch oder nicht traumatisch bedingte Unterbrechung des Zusammenhangs von Körpergewebe mit oder ohne Substanzverlust). Ohne Wunde ist eine Exzision von erkranktem Gewebe zu kodieren.

3.21. Korrektur der Titel unter 86.2A.- und eines Exklusivums

Betrifft nur die französische Sprachversion. Siehe Circulaire 2017/1.

3.22. Operative Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung in Regional- oder Allgemeinanästhesie 86.88.I

Betrifft nur die französische Sprachversion. Siehe Circulaire 2017/1.

3.23. Anpassung der Mindestmerkmale unter 93.86.-

Betrifft alle drei Sprachversionen.
Das Mindestmerkmal, Punkt 4 vom 93.86.- «Fachübergreifende Frührehabilitation, nach Anzahl der Behandlungstage» ist wie folgt anzupassen:

Mindestmerkmal Punkt 4, Behandlungsteam:
Die Behandlung erfolgt im Rahmen einer multidisziplinären Organisationsstruktur unter Leitung eines mindestens 70% im leistungserbringenden Spital fest angestellten Facharztes der unten aufgeführten Bereiche: Physikalische Medizin und Rehabilitation (PMR), Neurologie, Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Pneumologie, Gastroenterologie, Pädiatrie, Neuropädiatrie, Rheumatologie, Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates oder Allgemeinchirurgie und Traumatologie. Der leitende Facharzt hat mindestens dreijährige Erfahrung in der Frührehabilitation.
~~Die Behandlung erfolgt im Rahmen einer multidisziplinären Organisationsstruktur unter Leitung eines fest angestellten Facharztes mit mindestens dreijähriger Erfahrung in der Frührehabilitation. Eine fachspezifische Vertretung ist jederzeit gewährleistet.~~

Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
www.bfs.admin.ch

Mindestens 50% des zum Behandlungsteams gehörenden Pflegepersonals ist diplomiert (Dipl. Pflegefachfrau/-mann HF oder äquivalente in- oder ausländische Ausbildung), inkl. der Schichtleitung, mindestens eine Pflegeperson pro Schicht hat die spezifische Erfahrung mit Tracheostoma oder aufwendig ableitender Systeme (beinhaltet regelmässige, dokumentierte interne Schulungen oder Fachausweis IMC / IPS / Anästhesie). Falls in der Pädiatrie tracheotomierte Patienten in der Frührehabilitation liegen, ist eine Pflegeperson pro Schicht mit spezifischer Erfahrung mit Tracheostoma aufzubieten.
Darüber hinaus beinhaltet das Frühreha-Behandlungsteam Therapeuten mit abgeschlossener Berufsausbildung entsprechend den Vorgaben der organspezifischen Frührehabilitation. Ein Fortbildungskonzept für das Frührehabilitationsteam mit geregelter rehabilitationsspezifischer Fortbildung von mind. 1 Stunde pro Woche liegt vor.

3.24. Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation, 93.89.1-

Betrifft alle drei Sprachversionen.
Der Punkt 3 der Mindestmerkmale des 93.89.1- ist wie folgt anzupassen:

Mindestmerkmal Punkt 3, Therapie

93.89.1 Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation, nach Anzahl der Behandlungstage
Mindestmerkmal Punkt 3, Therapie: Aktivierend- und begleitend-therapeutische Pflege (ABTP) durch besonders geschulte Pflegefachpersonen auf dem Gebiet der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation - Vorhandensein ~~und Einsatz~~ von folgenden Therapiebereichen: - Physiotherapie/Krankengymnastik, - Physikalische Therapie, - Ergotherapie, - Neuropsychologie, - Logopädie/fazioorale Therapie ~~und/oder~~ - therapeutische Pflege (Waschtraining, Anziehtraining, Esstraining, Kontinenztraining, Orientierungstraining, Schlucktraining, Tracheostomamanagement, isolierungspflichtige Massnahmen u.a.). Mindestens zwei der genannten Therapiebereiche werden eingesetzt. Der Einsatz der Therapiebereiche erfolgt in patientenbezogenen unterschiedlichen Kombinationen von mindestens 300 Minuten täglich (bei simultanem Einsatz von zwei oder mehr Mitarbeitern dürfen die Mitarbeiterminuten aufsummiert werden) im Durchschnitt der Behandlungsdauer der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation. Eine Ernährungsberatung und -therapie kann bei Bedarf zusätzlich durchgeführt werden.

3.25. Palliativmedizinische Komplexbehandlung (93.8A.2-) und Spezialisierte Palliative Care (93.8A.3-)

Betrifft alle drei Sprachversionen.
Die Mindestmerkmale unter 93.8A.2- sind wie folgt anzupassen:
93.8A.2- Palliativmedizinische Komplexbehandlung, nach Anzahl Behandlungstagen

Mindestmerkmal Punkt 1, Indikation: *Keine Änderungen*
Mindestmerkmal Punkt 2, Eintrittsabklärung, Assessment: *Keine Änderungen*
Mindestmerkmal Punkt 3, Behandlungsteam und Therapie:
a) Leitung des Behandlungsteams durch einen Facharzt mit spezifischer Weiterbildung in Palliativmedizin, mindestens 80 Stunden, oder unter der Leitung eines Facharztes mit Schwerpunkt Palliativmedizin.
~~b) Aktivierend- und begleitend-therapeutische Pflege (ABTP) durch besonders geschulte Pflegefachpersonen in diesem Bereich.~~
c) → b) Multidisziplinäres Behandlungsteam, bestehend aus Arzt, Pflege und folgenden Therapiebereichen: Sozialarbeit/-pädagogik, Psychologie, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Ernährungsberatung/-therapie, Seelsorge, Kunsttherapie.
Arzt, Pflege und mindestens zwei der oben genannten Therapiebereiche kommen insgesamt mindestens 6 Stunden pro Behandlungswoche (7 Kalendertage) zum Einsatz, zu deren Leistungen gehören auch dokumentierte Patienten-, Angehörigen- und Familiengespräche, die von allen hier aufgeführten Berufsgruppen erbracht werden können. Die erbrachten Leistungen erfolgen in patientenbezogenen, unterschiedlichen Kombinationen.
~~d) Unterstützung und Begleitung durch regelmässige dokumentierte Patienten-, Angehörigen- und Familien-gespräche, diese können von allen Berufsgruppen des hier aufgeführten Behandlungsteams durchgeführt wer-den. Gegebenenfalls entsprechende Massnahmen bei angehörigen Kindern.~~

Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
www.bfs.admin.ch

Mindestmerkmal Punkt 4, Therapieplanung und -kontrolle:
Erstellung eines individuellen interprofessionellen Behandlungsplanes.
~~Mindestens~~ wöchentliche interprofessionelle Teambesprechung mit Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele.

Mindestmerkmal Punkt 5, Austrittsplanung:
~~Gegebenenfalls~~ Austrittsplanung mit Organisation eines supportiven Netzwerkes.

Die definitiven Mindestmerkmale des 93.8A.2- «Palliativmedizinische Komplexbehandlung, nach Anzahl Behandlungstagen» sind somit:

93.8A.2- Palliativmedizinische Komplexbehandlung, nach Anzahl Behandlungstagen
Mindestmerkmal Punkt 1, Indikation:
Aktive, ganzheitliche Behandlung zur Symptomkontrolle und psychosozialen Stabilisierung von Patienten mit einer progredienten, fortgeschrittenen Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung in einem dem Gesamtzustand des Patienten gerechten Zimmer. Vorausschauende und situationsbezogene Entscheidungsfindung mit allfälligem Einbezug von Spezialisten.

Mindestmerkmal Punkt 2, Eintrittsabklärung, Assessment:
Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments.

Mindestmerkmal Punkt 3, Behandlungsteam und Therapie:
a) Leitung des Behandlungsteams durch einen Facharzt mit spezifischer Weiterbildung in Palliativmedizin, mindestens 80 Stunden, oder unter der Leitung eines Facharztes mit Schwerpunkt Palliativmedizin.
b) Multidisziplinäres Behandlungsteam, bestehend aus Arzt, Pflege und folgenden Therapiebereichen: Sozialarbeit/-pädagogik, Psychologie, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Ernährungsberatung/-therapie, Seelsorge, Kunsttherapie.
Arzt, Pflege und mindestens zwei der oben genannten Therapiebereiche kommen insgesamt mindestens 6 Stunden pro Behandlungswoche (7 Kalendertage) zum Einsatz, zu deren Leistungen gehören auch dokumentierte Patienten-, Angehörigen- und Familiengespräche, die von allen hier aufgeführten Berufsgruppen erbracht werden können. Die erbrachten Leistungen erfolgen in patientenbezogenen, unterschiedlichen Kombinationen.

Mindestmerkmal Punkt 4, Therapieplanung und -kontrolle:
Erstellung eines individuellen interprofessionellen Behandlungsplanes.
Wöchentliche interprofessionelle Teambesprechung mit Dokumentation bisheriger Behandlungs-ergebnisse und weiterer Behandlungsziele.

Mindestmerkmal Punkt 5, Austrittsplanung:
Austrittsplanung mit Organisation eines supportiven Netzwerkes.

Die Mindestmerkmale unter 93.8A.3- sind wie folgt anzupassen:
93.8A.3- Spezialisierte Palliative Care, nach Anzahl Behandlungstagen
Mindestmerkmal Punkt 0, Referenzdokumente: Präzise Mindestkriterien der Struktur und entsprechende Ausnahmen sind dem Dokument «Referenzdokument für stationäre spezialisierte Palliative Care», Version 3.0 vom 31.12.2016, zu entnehmen. Link: https://www.palliative.ch/de/fachbereich/ aktuell/grundlagendokumente/

Mindestmerkmal Punkt 1, Indikation: *Keine Änderungen*
Mindestmerkmal Punkt 2, Eintrittsabklärung, Assessment: *Keine Änderungen*

Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
www.bfs.admin.ch

Mindestmerkmal Punkt 3, Therapie: *Das ganze Mindestmerkmal Punkt 3 ist zu ersetzen durch:*
- 5/7 Tage interprofessionelle Visite
- Arzt, Pflege und mindestens zwei der unter Mindestmerkmal Punkt 4c aufgeführten Therapiebereiche kommen insgesamt mindestens 6 Stunden pro Behandlungswoche (7 Kalendertage) zum Einsatz, zu deren Leistungen gehören auch dokumentierte Patienten-, Angehörigen- und Familiengespräche, die von allen hier aufgeführten Berufsgruppen erbracht werden können. Die erbrachten Leistungen erfolgen in patientenbezogenen, unterschiedlichen Kombinationen.
- Aktiver Einbezug des familiären Umfeldes in Assessments, Behandlungsplan und Evaluation des Therapieverlaufs
- Unterstützung der Angehörigen bei der Trauerarbeit

Mindestmerkmal Punkt 4, Behandlungsteam: *Das ganze Mindestmerkmal Punkt 4 ist zu ersetzen durch:*
a) Teamzusammensetzung und Leitung: Multidisziplinäres/interprofessionelles, auf die besonders aufwendige und komplexe Palliativbehandlung spezialisiertes Team unter der Leitung eines Facharztes mit spezifischer Weiterbildung in Palliativmedizin, mindestens 80 Stunden, oder unter der Leitung eines Facharztes mit Schwerpunkt Palliativmedizin.
Die 24-stündige fachliche Behandlungsleitung kann durch Rufbereitschaft gewährleistet werden.
b) Pflege: Pflegerische Leitung mit Nachweis einer anerkannten Zusatzqualifikation für Palliative Care sowie mind. 6-monatiger Erfahrung in der Behandlung von Palliativpatienten.
c) Multidisziplinäres Behandlungsteam, in dem neben Arzt und Pflege folgende Therapiebereiche verfügbar sind: Sozialarbeit/-pädagogik, Psychologie, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Ernährungsberatung/-therapie, Seelsorge, Kunsttherapie.

Das Mindestmerkmal Punkt 5 ist zu streichen
~~Mindestmerkmal Punkt 5, Infrastruktur:~~
~~Folgende Raumtypen müssen gewährleistet sein: Mind. Angebot 5 Betten, 1- und/oder 2-Bett-Zimmer, Übernachtungsmöglichkeit und Aufenthaltsbereich für nahestehende Angehörige, Aufbahrungs-, Verabschiedungsraum.~~

Mindestmerkmal Punkt 6 → Punkt 5, Therapieplanung und -kontrolle:
- 5/7 Tage interprofessionelle Visite mit Dokumentation des Behandlungsverlaufs.
- ~~Mindestens~~ wöchentliche interprofessionelle Teambesprechung mit Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungs-ziele.

Mindestmerkmal Punkt 7 → Punkt 6, Austrittsplanung:
~~Ggf.~~ Austrittsplanung mit Organisation eines supportiven Netzwerkes

---

Die definitiven Mindestmerkmale des 93.8A.3- «Spezialisierte Palliative Care, nach Anzahl Behandlungstagen» sind somit:

93.8A.3- Spezialisierte Palliative Care, nach Anzahl Behandlungstagen
Mindestmerkmal Punkt 0, Referenzdokumente: Präzise Mindestkriterien der Struktur und entsprechende Ausnahmen sind dem Dokument «Referenzdokument für stationäre spezialisierte Palliative Care», Version 3.0 vom 31.12.2016, zu entnehmen. Link: https://www.palliative.ch/de/fachbereich/ aktuell/grundlagendokumente/

Mindestmerkmal Punkt 1, Indikation:
Kontinuierliche, 24-stündige Behandlung auf einer eigenständigen Palliativeinheit durch ein multidisziplinäres/interprofessionelles, auf die besonders aufwendige und komplexe Palliativbehandlung spezialisiertes Team. Aktive, ganzheitliche Behandlung zur Symptomkontrolle und psychosozialen Stabilisierung von Patienten mit einer progredienten, fortgeschrittenen Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung. Vorausschauende und situationsbezogene Entscheidungsfindung mit allfälligem Einbezug von Spezialisten.

Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
www.bfs.admin.ch

Mindestmerkmal Punkt 2, Eintrittsabklärung, Assessment:
- Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments inklusive Erfassung von Komplexität und Instabilität
- Erstellen eines individuellen, interprofessionellen Behandlungsplanes und Definition von patientenbasierten, priorisierten Outcomes (Advance Care Planning).

Mindestmerkmal Punkt 3, Therapie:
- 5/7 Tage interprofessionelle Visite
- Arzt, Pflege und mindestens zwei der unter Mindestmerkmal Punkt 4c aufgeführten Therapiebereiche kommen insgesamt mindestens 6 Stunden pro Behandlungswoche (7 Kalendertage) zum Einsatz, zu deren Leistungen gehören auch dokumentierte Patienten-, Angehörigen- und Familiengespräche, die von allen hier aufgeführten Berufsgruppen erbracht werden können. Die erbrachten Leistungen erfolgen in patientenbezogenen, unterschiedlichen Kombinationen.
- Aktiver Einbezug des familiären Umfeldes in Assessments, Behandlungsplan und Evaluation des Therapieverlaufs
- Unterstützung der Angehörigen bei der Trauerarbeit

Mindestmerkmal Punkt 4, Behandlungsteam:
a) Teamzusammensetzung und Leitung: Multidisziplinäres/interprofessionelles, auf die besonders aufwendige und komplexe Palliativbehandlung spezialisiertes Team unter der Leitung eines Facharztes mit spezifischer Weiterbildung in Palliativmedizin, mindestens 80 Stunden, oder unter der Leitung eines Facharztes mit Schwerpunkt Palliativmedizin.
Die 24-stündige fachliche Behandlungsleitung kann durch Rufbereitschaft gewährleistet werden.
b) Pflege: Pflegerische Leitung mit Nachweis einer anerkannten Zusatzqualifikation für Palliative Care sowie mind. 6-monatiger Erfahrung in der Behandlung von Palliativpatienten.
c) Multidisziplinäres Behandlungsteam, in dem neben Arzt und Pflege folgende Therapiebereiche verfügbar sind: Sozialarbeit/-pädagogik, Psychologie, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Ernährungsberatung/-therapie, Seelsorge, Kunsttherapie.

Mindestmerkmal Punkt 5, Therapieplanung und -kontrolle:
- 5/7 Tage interprofessionelle Visite mit Dokumentation des Behandlungsverlaufs.
- Wöchentliche interprofessionelle Teambesprechung mit Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungs-ziele.

Mindestmerkmal Punkt 6, Austrittsplanung:
Austrittsplanung mit Organisation eines supportiven Netzwerkes

---

Aufgliederung nach den Kriterien und Leistungen
Aufgrund mehrerer Fragen, möchten wir kurz am Beispiel des 93.8A.2- erklären wie das Verständnis der Verteilung der Leistungen auf der Zeitachse ist.

93.8A.2- Palliativmedizinische Komplexbehandlung, nach Anzahl Behandlungstagen

	Allgemein	Messbar
Mindestmerkmal Punkt 1, Indikation: Aktive, ganzheitliche Behandlung zur Symptomkontrolle und psychosozialen Stabilisierung von Patienten mit einer progredienten, fortgeschrittenen Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung in einem dem Gesamtzustand des Patienten gerechten Zimmer. Vorausschauende und situationsbezogene Entscheidungsfindung mit allfälligem Einbezug von Spezialisten.	Grundlage	

Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
www.bfs.admin.ch

Mindestmerkmal Punkt 2, Eintrittsabklärung, Assessment: Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments.	Grundlage	
Mindestmerkmal Punkt 3, Behandlungsteam und Therapie: a) Leitung des Behandlungsteams durch einen Facharzt mit spezifischer Weiterbildung in Palliativmedizin, mindestens 80 Stunden, oder unter der Leitung eines Facharztes mit Schwerpunkt Palliativmedizin. c) Multidisziplinäres Behandlungsteam, bestehend aus Arzt, Pflege und folgenden Therapiebereichen: Sozialarbeit/-pädagogik, Psychologie, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Ernährungsberatung/-therapie, Seelsorge, Kunsttherapie. Arzt, Pflege und mindestens zwei der oben genannten Therapiebereiche kommen insgesamt mindestens 6 Stunden pro Behandlungswoche (7 Kalendertage) zum Einsatz, zu deren Leistungen gehören auch dokumentierte Patienten-, Angehörigen- und Familiengespräche, die von allen hier aufgeführten Berufsgruppen erbracht werden können. Die erbrachten Leistungen erfolgen in patientenbezogenen, unterschiedlichen Kombinationen.	Leistung	6 Std / Woche
Mindestmerkmal Punkt 4, Therapieplanung und -kontrolle: Erstellung eines individuellen interprofessionellen Behandlungsplanes. Wöchentliche interprofessionelle Teambesprechung mit Dokumentation bisheriger Behandlungs-ergebnisse und weiterer Behandlungsziele.	Leistung	1 mal / Woche
Mindestmerkmal Punkt 5, Austrittsplanung: Austrittsplanung mit Organisation eines supportiven Netzwerkes.	Leistung	

Therapie:
Die Therapiebereichszeit wird auf 7 Tage betrachtet. D.h. im Durchschnitt sind 0.86 Std (51.6 Minuten) pro Tag zu leisten. Im Rahmen der Behandlung ist nicht die Prorata-Zeit je Tag zu leisten, sondern die entsprechenden Stunden über die Dauer. In jeder Behandlungswoche sind 6 Stunden zu leisten.
Beispiel 1: Bei einer Behandlungsdauer von 4 Tagen sind für die Abbildung der Kodes für diese Komplexbehandlung mindestens 3.4 Std (3 Std 24 min.) zu leisten. Dies können z.B. 2 Std am 2. Tag, 1 Std am 3. Tag und 24 min. am 4. Tag sein. Der Kode 93.8A.21 (Palliativmedizinische Komplexbehandlung, mindestens 2 bis höchstens 7 Behandlungstage) kann kodiert werden.

Beispiel 2: Bei einer Behandlungsdauer von 10 Tagen sind für die Abbildung der Kodes für diese Komplexbehandlung mindestens 9.4 Std (9 Std 24 min.) zu leisten. Davon 6.0 Stunden in der ersten Woche (d.h. die ersten 7 Behandlungstage) und 3.4 Stunden (3 Std 24 min.) in der zweiten angefangenen Woche (d.h. die 3 bleibenden Behandlungstage). Der Kode 93.8A.22 (Palliativmedizinische Komplexbehandlung, mindestens 8 bis höchstens 14 Behandlungstage) kann kodiert werden.

Berechnung über die Woche
1 Tag Aufenthalt: mindestens 0.9 Stunden (54 min.) insgesamt (Erst ab der 2. Woche)
2 Tage Aufenthalt: mindestens 1.7 Stunden (1 Std 42 min.) insgesamt
3 Tage Aufenthalt: mindestens 2.6 Stunden (2 Std 36 min.) insgesamt
4 Tage Aufenthalt: mindestens 3.4 Stunden (3 Std 24 min.) insgesamt
5 Tage Aufenthalt: mindestens 4.3 Stunden (4 Std 18 min.) insgesamt
6 Tage Aufenthalt: mindestens 5.1 Stunden (5 Std 6 min.) insgesamt
7 Tage Aufenthalt: mindestens 6.0 Stunden insgesamt

Auch wenn der Patient nur 2 Tage in stationärer Behandlung ist gilt: mindestens 2 Therapiebereiche.

3.26. HoNOS und HoNOSCA (94.A)

Betrifft alle drei Sprachversionen.

Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
www.bfs.admin.ch

Der Link auf die Referenzdokumente in den Mindestmerkmalen wurde wie folgt geändert:

94.A **HoNOS und HoNOSCA**
Mindestmerkmal Punkt 1, Referenzdokumente:
Dokumente zur genauen Definitionen und Vorgaben für die Erfassung von HoNOS und HoNOSCA sind unter dem folgenden Link verfügbar:
http://www.swissdrg.org/de/08_psychiatrie/ErfassungHoNOS.asp

3.27. Therapeutische Plasmapherese, Plasmaaustausch ausschliesslich mit FFP (99.71.13)

Betrifft alle drei Sprachversionen.
Das Inklusivum unter 99.71.13 ist zu streichen und gleichzeitig wird ein «Kodiere ebenso» auf 99.07.2- eingefügt.

99.71.13 **Therapeutische Plasmapherese, Plasmaaustausch ausschliesslich mit FFP (qFFP, piFFP)**
~~Inkl.: Restitution mit FFP~~
Kodiere ebenso: Transfusion von frisch gefrorenem Plasma (qFFP/qFGP) (99.07.2-)

3.28. Fehlende Angabe des Verweises im «Kodiere ebenso» unter 99.2

Betrifft nur die italienische Sprachversion. Siehe Circolare 2017/1.

3.29. Neurologische Komplexbehandlung des akuten Hirnschlags (99.BA.1- und 99.BA.2-)

Betrifft alle drei Sprachversionen.
Anpassungen der Mindestmerkmale unter 99.BA.1- Neurologische Komplexbehandlung des akuten Hirnschlags in Stroke Center (SC) wie folgt:

Kodiere ebenso: Falls durchgeführt – Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) (99.B7.1-, 99.B7.2-)

Exklusivum: Kode weglassen - Komplexbehandlung in einer Intermediate-Care Unit (IMCU), nach Aufwandspunkten (99.B8.1-, 99.B8.2-)

Beachte:
Besteht über die Therapiemöglichkeiten der vorhandenen Schlaganfalleinheit hinaus die Indikation zu einer Behandlung auf der SGI-anerkannten Intensivstation, kann, wenn die Mindestmerkmale dieses CHOP-Kodes erfüllt sind, die dortige Behandlungszeit auch für die Kodierung der neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls berücksichtigt werden, auch wenn auf der Intensivstation nicht ausschliesslich Patienten mit einem akuten Schlaganfall behandelt werden. Der entsprechende Kode der Intensivmedizinischen Komplexbehandlung (IPS) ist dann gleichzeitig zu erfassen.
Ein Kode der «Komplexbehandlung in einer Intermediate Care Unit (IMCU)» kann nicht gleichzeitig mit der neurologischen Komplexbehandlung des akuten Hirnschlags erfasst werden. Ein Patient mit akutem Hirnschlag kann in einem zertifizierten Spital die neurologische Komplexbehandlung auf der SGI-anerkannten Intermediate Care Unit erhalten. Kommt dies vor wird nur die neurologische Komplexbehandlung des akuten Hirnschlags kodiert, aber nicht die Komplexbehandlung in einer Intermediate Care Unit (IMCU).

Mindestmerkmal Punkt 3, Behandlung:
[…]
d) Therapiebereiche:
Beginn von Massnahmen der Physiotherapie oder mobilisierende Pflege innert 24 Stunden mit mindestens 1 Behandlungseinheit pro Tag (7/7) -

Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
www.bfs.admin.ch

Bei entsprechender Indikation ~~mindestens 1 weitere Therapieeinheit pro Tag (Mo-Fr) einer der~~ folgende~~n~~ Therapiemodalitäten: Ergotherapie, Logopädie, Neuropsychologie. Ernährungsberatung nur im Zusammenhang mit Schluckstörungen.

99.BA.13 Neurologische Komplexbehandlung des akuten Hirnschlags in Stroke Center (SC), mindestens 24 Stunden bis ~~unter~~ 48 Stunden
99.BA.14 Neurologische Komplexbehandlung des akuten Hirnschlags in Stroke Center (SC), mehr als 48 Stunden bis ~~unter~~ 72 Stunden
99.BA.15 Neurologische Komplexbehandlung des akuten Hirnschlags in Stroke Center (SC), mehr als 72 Stunden

Anpassungen der Mindestmerkmale unter 99.BA.2- Neurologische Komplexbehandlung des akuten Hirnschlags in einer Stroke Unit (SU) wie folgt:

Kodiere ebenso: Falls durchgeführt – Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) des Erwachsenen, nach Aufwandspunkten (99.B7.1-)

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

Beachte:
Besteht über die Therapiemöglichkeiten der vorhandenen Schlaganfalleinheit hinaus die Indikation zu einer Behandlung auf der SGI-anerkannten Intensivstation, kann, wenn die Mindestmerkmale dieses CHOP-Kodes erfüllt sind, die dortige Behandlungszeit auch für die Kodierung der neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls berücksichtigt werden, auch wenn auf der Intensivstation nicht ausschliesslich Patienten mit einem akuten Schlaganfall behandelt werden.Der entsprechende Kode der Intensivmedizinischen Komplexbehandlung (IPS) ist dann gleichzeitig zu erfassen.
Ein Kode der «Komplexbehandlung in einer Intermediate Care Unit (IMCU)» kann nicht gleichzeitig mit der neurologischen Komplexbehandlung des akuten Hirnschlags erfasst werden. Ein Patient mit akutem Hirnschlag kann in einem zertifizierten Spital die neurologische Komplexbehandlung auf der SGI-anerkannten Intermediate Care Unit erhalten. Kommt dies vor wird nur die neurologische Komplexbehandlung des akuten Hirnschlags kodiert, aber nicht die Komplexbehandlung in einer Intermediate Care Unit (IMCU).

Mindestmerkmal Punkt 3, Behandlung:
[…]
d) Therapiebereiche:
Beginn von Massnahmen der Physiotherapie oder mobilisierende Pflege innert 24 Stunden mit mindestens 1 Behandlungseinheit pro Tag (7/7). - Bei entsprechender Indikation ~~mindestens 1 zusätzliche Therapieeinheit pro 48 Std einer der~~ folgende~~n~~ Therapiemodalitäten: Ergotherapie, Logopädie, Neuropsychologie, Ernährungsberatung nur im Zusammenhang mit Schluckstörungen.

99.BA.23 Neurologische Komplexbehandlung des akuten Hirnschlags in einer Stroke Unit (SU), mindestens 24 Stunden bis ~~unter~~ 48 Stunden
99.BA.24 Neurologische Komplexbehandlung des akuten Hirnschlags in einer Stroke Unit (SU), mehr als 48 Stunden bis ~~unter~~ 72 Stunden
99.ba.25 Neurologische Komplexbehandlung des akuten Hirnschlags in einer Stroke Unit (SU), mehr als 72 Stunden

Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
www.bfs.admin.ch

3.30. Ergänzungen im Anhang zum 99.C1.- Pflege-Komplexbehandlung

Betrifft alle drei Sprachversionen.
In der Definition und Beschreibung der 6 Leistungsgruppen und deren Pflegeinterventionsprofile wurden Präzisierungen in Bezug auf das Alter der Patienten aufgenommen.

(Arbeits-) Kode	Leistungsgruppen/Pflegeinterventionsprofile			
1	Leistungsgruppe 1: Bewegung	Pflegeinterventionsprofil	Messkriterium / Mindestanforderung	Aufwandspunkte pro Tag
1.1	Deutlich erhöhter Pflegeaufwand für mindestens ein Pflegeinterventionsprofil der Leistungsgruppe Bewegung gegenüber den routinemässig erbrachten Leistungen.	Änderung der Körperposition/-lage und/oder Mobilisation (Dekubitus-, Kontrakturen-, Thrombose-, Pneumonieprophylaxe; therapeutische Lagerung usw.). Die Änderung der Körperposition/-lage und/oder Mobilisation kann nur zu Leistungen der Pflege-Komplexbehandlung gezählt werden bei Patienten mit einem Alter gleich oder ab 3 Jahren bei Spitaleintritt.	mindestens 12 x tägl.; davon maximal 4 Mikrolagerungen	1
1.2		Mobilisation aus dem Bett und - aufwendiges An-/Ausziehen von Hilfsmitteln (Gilet, Halskragen, Hüftschutz/-protektor, Korsett, Prothesen usw.) oder - Anwendung von Techniken zur Tonusregulierung und Bewegungs-/Haltungskontrolle	mindestens 2 x tägl.	1
1.3		Mobilisation aus dem Bett und - systematisches Gehtraining mit Einsatz von Geräten/Hilfsmitteln (Eulenburger, Gehstöcke, Gehwagen usw.) oder - systematisches Gehtraining unter Anwendung von Techniken zur Tonusregulierung und Bewegungs-/Haltungskontrolle oder - systematisches Gehtraining nach therapeutischen Standards/Konzepten	mindestens 2 x tägl.	1

Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
www.bfs.admin.ch

2	Leistungsgruppe 2: Körperpflege	Pflegeinterventionsprofil	Messkriterium / Mindestanforderung	Aufwandspunkte pro Tag
2.1	Deutlich erhöhter Pflegeaufwand für mindestens ein Pflegeinterventionsprofil der Leistungsgruppe Körperpflege gegenüber den routinemässig erbrachten Leistungen.	Mehrfache Übernahme der Körperpflege/-waschung Die Übernahme der Körperpflege/-waschung kann nur zu Leistungen der Pflege-Komplexbehandlung gezählt werden bei Patienten mit einem Alter gleich oder ab 6 Jahren bei Spitaleintritt.	mindestens 4 x tägl., davon mindestens 1 Ganzkörperwäsche	1
2.2		Systematisches Selbstversorgungs-/Waschtraining zur Erlangung grösstmöglicher Selbständigkeit bei der Körperpflege (baden, duschen; Körperteile oder den ganzen Körper waschen) Das Selbstversorgungs-/Waschtraining kann nur zu Leistungen der Pflege-Komplexbehandlung gezählt werden bei Patienten mit einem Alter gleich oder ab 6 Jahren bei Spitaleintritt.	mindestens 2 x 30 Min./tägl.	1

3	Leistungsgruppe 3: Ausscheidung	Pflegeinterventionsprofil	Messkriterium / Mindestanforderung	Aufwandspunkte pro Tag
3.1	Deutlich erhöhter Pflegeaufwand für mindestens ein Pflegeinterventionsprofil der Leistungsgruppe Ausscheidung gegenüber den routinemässig erbrachten Pflegeinterventionen.	Ausscheidungsunterstützung mit Transfer auf die Toilette/Toilettenstuhl, An-/Auskleiden, Hygienemassnahmen und/oder Ausscheidungsunterstützung im Bett mit aufwendiger Körperpositionierung/-lagerung, Hygienemassnahmen. Die Ausscheidungsunterstützung kann nur zu Leistungen der Pflege-Komplexbehandlung gezählt werden bei Patienten mit einem Alter gleich oder ab 5 Jahren bei Spitaleintritt.	mindestens 4 x tägl.	1
3.2		Unterstützung bei der Stuhlausscheidung im Bett mit aufwendiger Körperpositionierung/-lagerung, Hygienemassnahmen und Reinigungseinlauf oder Irrigation und/oder digitales rektales Ausräumen Dieser Leistungspunkt kann nur zu Leistungen der Pflege-Komplexbehandlung gezählt werden bei Patienten mit einem Alter gleich oder ab 3 Jahren bei Spitaleintritt.	mindestens 1 x tägl.	1

Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
www.bfs.admin.ch

4	Leistungsgruppe 4: Wundmanagement	Pflegeinterventionsprofil	Messkriterium / Mindestanforderung	Aufwandspunkte pro Tag
4.1	Deutlich erhöhter Pflegeaufwand für mindestens ein Pflegeinterventionsprofil der Leistungsgruppe Wundmanagement gegenüber den routinemässig erbrachten Pflegeinterventionen.	Systematisches Wundmanagement, bestehend aus: - Wunddiagnose und -klassifikation, Wunddauer , -lokalisation, -grösse, -rand, -umgebung, -grund, - exsudation, -geruch, Entzündungszeichen, Schmerzen - Wundbehandlung: Wundreinigung und/oder Wunddesinfektion und Wundauflagen und/oder Auflagenfixierung - systematischer Evaluation des Wundheilungsprozesses	mindestens 1 x tägl.; mindestens 3 septische Wunden (z.B. Dekubitus Grad 3) und/oder mindestens 1 grossflächige (grösser 40 cm²) Wunde und/oder mindestens 1 Fistel	1
5	Leistungsgruppe 5: Kommunikation und Sicherheit	Pflegeinterventionsprofil	Messkriterium / Mindestanforderung	Aufwandspunkte pro Tag
5.1	Deutlich erhöhter Pflegeaufwand für mindestens ein Pflegeinterventionsprofil der Leistungsgruppe Kommunikation und Sicherheit gegenüber den routinemässig erbrachten Pflegeinterventionen. Die Pflegeinterventionsprofile werden gesondert/getrennt von anderen Leistungen erbracht.	1: 1 Betreuung durchführen. Einen Patienten kontinuierlich über eine längere Zeitdauer in Präsenz betreuen. Die 1:1 Betreuung findet gesondert/getrennt von anderen Leistungen statt.	mindestens 1 x 60 oder 2 x 30 Min./tägl.	1
5.2		Beratungsgespräch, Anleitung oder Informationsgespräch zum Kompetenzerwerb des Patienten und/oder Angehörigen/Bezugspersonen und/oder der poststationären Nachsorgeeinrichtung.	mindestens 1 x 60 oder 2 x 30 Min./tägl.	1
5.3		Problemlösungsorientiertes Gespräch mit Patient und/oder Angehörigen/Bezugspersonen - zur Krisenbewältigung/zur sozialen Unterstützung oder - zum Pflege- und Behandlungsprozess/zur Vorbereitung auf die Entlassung oder - Gespräche mit Dolmetscher	mindestens 1 x 60 oder 2 x 30 Min./tägl.	1
6	Leistungsgruppe 6: Essen und Trinken	Pflegeinterventionsprofil	Messkriterium / Mindestanforderung	Aufwandspunkte pro Tag
6.1	Deutlich erhöhter Pflegeaufwand für mindestens ein Pflegeinterventionsprofil der Leistungsgruppe Essen und Trinken gegenüber den Routinemässig erbrachten Pflegeinterventionen. Die Pflegeinterventionsprofile werden gesondert/getrennt von anderen Leistungen erbracht.	Systematisches Ernährungsmanagement, bestehend aus: - Mahlzeit mundfertig vorbereiten nach Konsistenz und Grösse sowie Verwendung von Hilfsmitteln - Regelmässige Mundpflege - Essen und Trinken eingeben oder beim Essen assistieren Das Ernährungsmanagement kann nur zu Leistungen der Pflege-Komplexbehandlung gezählt werden bei Patienten mit einem Alter gleich oder ab 7 Jahren bei Spitaleintritt.	Mindestens 3x Haupt- und 2x Zwischenmahlzeiten tägl. und mindestens 6x Trinken eingeben tägl.	1
6.2		Ernährung über PEG oder Sonde, bestehend aus: - Einen Patienten intermittierend über eine längere Zeitdauer ernähren - Vor- und Nachbereitung, Dokumentation - Regelmässige Mundpflege - Mörsern und Verabreichung der Medikamente gemäss den Kompatibilitäten	Mindestens 5x tägl.	1

Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
www.bfs.admin.ch

4. Zusatzinformationen zur ICD-10-GM 2016

4.1. Titelkorrektur Alkoholische Fettleber (K70.0)

Betrifft nur die französische Sprachversion. Siehe Circulaire 2017/1

Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
www.bfs.admin.ch

5. ANHANG

5.1. Informationen und Präzisierungen (ehemalig FAQ genannt)

Die Publikation von Informationen und Präzisierungen durch FAQs gibt es ab 2017 nicht mehr, sie werden nun für das laufende Jahr als Anhang des Rundschreibens publiziert.

Beschreibung zur Nummerierung für eine chronologische Hierarchie
Um die Suche der monatlich aufgeschalteten Informationen zu erleichtern, haben wir eine Nummerierung eingeführt, die die Informationen chronologisch angibt, die Neuesten zuerst.
Diese Nummerierung beginnt mit 0999 für die erste Information am 1.1.2012 und geht abnehmend weiter.
Z.B.: 0999 1.1.2012
0998 1.1.2012
…
0988 1.2.2012, usw.

Obwohl das FAQ-System nicht mehr existiert, werden wir diese Nummerierung aus praktischen Gründen so beibehalten.

0860 01.01.2017 Roux-en-Y-Magenbypass
Im Jahr 2017, müssen aus Groupergründen bei der Durchführung eines Roux-en-Y-Magenbypass nicht die Kodes 44.31.41 (Roux-en-Y-Magenbypass, offen chirurgisch) bzw. 44.31.42 (Roux-en-Y-Magenbypass, laparoskopisch) abgebildet werden, sondern die Kodes 44.31.11 (Proximaler Magenbypass, offen chirurgisch) bzw. 44.31.12 (Proximaler Magenbypass, laparoskopisch) kodiert werden.

0861 01.01.2017 83.63 Plastische Rekonstruktion der Rotatorenmanschette
Es handelt sich nicht um eine neue Kodierregel, sondern um eine Klarstellung zur korrekten und einheitlichen Abbildung dieser Fälle:
Wenn nur eine Sehne repariert wird, ist es mit einem 6-stelligen Sehnenkode abzubilden, der Kode *83.63* wird bei 2, 3 oder 4 Sehnen kodiert.

0864 01.07.2016 Bebeutelung Neugeborene
Die Bebeutelung bei Neugeborenen mit Adaptationsstörungen wird nicht kodiert. Es wird kein Kode aus *93.9C.- Mechanische Beatmung und Atemunterstützung Neugeborener und Säuglinge* abgebildet.

0869 01.01.2016 Revisionseingriffe ohne Implantat-Wechsel
Werden bei Revisionseingriffen vorhandene Implantate explantiert (z.B. eine Aszitespumpe) und in gleicher Sitzung dieselben Implantate wieder eingebaut, dürfen keine Kodes für eine Implantation oder Wechsel eines Implantats kodiert werden (z.B. Kode *54.99.80 Einsetzen von Kathetern sowie automatischer, prgrammierbarer und wiederaufladbarer Pumpe zur kontinuierlichen Aszitesdrainage* ist nicht zu verwenden, sondern *54.99.81 Revision ohne Ersatz von Kathetern sowie automatischer, programmierbarer und wiederaufladbarer Pumpe zur kontinuierlichen Aszitesdrainage / 54.99.82 Behebung einer mechanischen Obstruktion von Kathetern einer automatischen, programmierbaren und wiederaufladbaren Pumpe zur kontinuierlichen Aszitesdrainage*).

Die Beispiele sind beliebig erweiterbar auf Defibrillator, Pacemaker, Mammaprothese, usw.

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.

Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
www.bfs.admin.ch

Beispiele für endovaskuläre Interventionen sind:
- Ballondilatation (PTA),
- Rotationsatherektomie,
- Einlage eines Endograft,
- Einlage eines Stents,
- Einbringen eines Stentgrafts.

0872 01.01.2016 J80 Atemnotsyndrom des Erwachsenen (ARDS)
Das ARDS beim Kind wird auch mit *J80* abgebildet, wenn folgende 2 Bedingungen erfüllt sind:
- der behandelnde Arzt hat das Krankheitsbild als Diagnose gestellt
- das Kind wurde im Laufe des Spitalaufenthaltes deswegen auf einer Intensivstation behandelt

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.

0881 01.07.2015 81.0- Spondylodese
Bei XLIF, DLIF und OLIF als Zugang im lumbalen Bereich wird der Kode *81.07 Lumbale und lumbosakrale Spondylodese, intratransversaler Zugang* kodiert.

0882 01.07.2015 84.80.- Einsetzen von interspinösen Implantaten
Wenn nur interspinöse Spreizer (*84.80.-*) implantiert werden, wird dies nicht zusätzlich mit einem Spondylodese-Kode abgebildet, auch wenn dies im Operationsbericht als «(dynamische) interspinöse Spondylodese» bezeichnet wird.

0889 01.01.2015 Präzisierung ECMO und Zusatzentgeld
Wird die Prozedur mit den Kodes *37.69.7-, 37.69.8-, 37.69.A-* während eines Aufenthaltes mehrfach durchgeführt, so dürfen diese Kodes einzeln (je nach Dauer der Behandlung) kodiert werden, wenn mindestens 24 Stunden zwischen der 1. und der Folgebehandlung vergangen sind. Diese Regel gilt nur in Verbindung mit einem durchgeführten Kanülenwechsel. Eine Neukodierung der ECMO-Verfahren ist damit nur dann möglich, wenn mit der Folgebehandlung eine Neuanlage der Kanülen erfolgte, sonst werden die Behandlungszeiten aufsummiert und über einen ECMO-Kode abgebildet.

Bei Anwendung verschiedener ECMO-Verfahren ist nur ein Kode abzubilden und zwar der des längsten Verfahrens. Die Behandlungszeiten der jeweiligen ECMO-Verfahren sind zu addieren und diese Gesamtdauer mit einem ECMO-Kode präzise abzubilden.

0891 01.01.2015 Hüftimpingement
Die Resektion der CAM-Pathologie wird kodiert mit:
80.85.10 Arthroskopische lokale Exzision oder Destruktion einer Gelenksläsion an der Hüfte
oder *80.85.99 Sonstige lokale Exzision oder Destruktion einer Gelenksläsion an der Hüfte, sonstige* für das offen chirurgische Verfahren.

Die Resektion der Pincer-Pathologie wird kodiert mit:
81.40.16 Knorpelglättung am Hüftgelenk, arthroskopisch
oder *81.40.17 Knorpelglättung am Hüftgelen, offen chirurgisch.*

NB: Die Labrum-Refixation wird mit *81.40.10 Refixation eines osteochondralen Fragmentes am Hüftgelenk, arthroskopisch oder 81.40.11 Refixation eines osteochondralen Fragmentes am Hüftgelenk, offen chirurgisch* abgebildet.

0892 01.01.2015 37.90.29 Transseptale Katheteruntersuchung des linken Herzens, sonstige

Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
www.bfs.admin.ch

Aus Grouper Gründen muss bei einer Ablation im linken Vorhof zum Kode *37.34.24 Lokalisationen bei Ablationsverfahren bei Tachyarrhythmien, linker Vorhof* der Kode *37.90.29 Transseptale Katheteruntersuchung des linken Herzens, sonstige* zusätzlich abgebildet werden.

0893 01.01.2015 03.09.1-, 03.09.2-, 03.09.3- Zugang zur Wirbelsäule bei OSME
Bei Osteosynthesematerial-Entfernung an der Wirbelsäule (z.B. nach Spondylodese) wird kein Zugangskode (*03.09.1-, 03.09.2-, 03.09.3-*) abgebildet.

0896 01.07.2014 S06.72! Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma, mehr als 24 Stunden, mit Rückkehr zum vorher bestehenden Bewusstseinsgrad S06.73! Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma, mehr als 24 Stunden, ohne Rückkehr zum vorher bestehenden Bewusstseinsgrad
Bei einem Schädel-Hirn-Trauma mit anschliessendem künstlichem Koma >24 Stunden werden obengenannte Kodes abgebildet.

0897 01.07.2014 80.76.10 Arthroskopische Synovektomie am Kniegelenk / 80.76.20 Offene Synovektomie am Kniegelenk
Die Resektion von Plica oder Hoffa-Fettkörper am Knie wird mit diesen Kodes abgebildet.

0900 01.07.2014 Arteria subclavia
Die Arteria subclavia ist keine präzerebrale Arterie. Interventionen an dieser werden nicht mit *39.76 Perkutane transluminale endovaskuläre Intervention an präzerebralem Gefäss* oder *00.64 Perkutanes Einsetzen von Stent an sonstigen präzerebralen Arterien* abgebildet.

0903 01.07.2014 51.99.00 - 51.99.14, 51.99.91, 51.99.99 Sonstige Operationen an den Gallenwegen
Diese Kodes sind nur für offen chirurgische oder laparoskopische Eingriffe abzubilden.

0905 01.01.2014 Geburt ausserhalb eines Spitals/Geburtshauses oder ausserhalb einer Behandlungseinheit des Spitals/Geburtshauses
Bei einer normalen Geburt zu Hause oder auf dem Weg ins Spital, ist bei der Mutter als HD *Z39.- Postpartale Betreuung und Untersuchung der Mutter* zu kodieren, auch wenn die komplikationslose Nachgeburt erst im Spital stattfindet.
Beim gesunden Kind ist *Z38.1* (*Z38.4/Z38.7*) zu kodieren. Es wird kein Neugeborenen-Datensatz ausgefüllt, sondern ein normaler Datensatz + Minimal-Datensatz-Kinder.
Bei beiden ist die Variable 1.2.V03 Eintrittsart 1 (Notfall).

0910 01.12.2013 93.57.11 / 93.57.12 Dauer VAC Verband
Die Behandlungstage von gleichzeitigen VAC Behandlungen an verschiedenen Lokalisationen werden nicht addiert, die Addition wird pro Lokalisation gemacht.

0911 01.12.2013 46.99.10 Dekompression des Darmes
Der Kode *46.99.10 Dekompression des Darmes* wird nur abgebildet, wenn der Darm zur Entlastung chirurgisch eröffnet wird.

0915 01.10.2013 Knochenersatzmaterial
- unter *78.0* : Knochen humaner oder tierischer Herkunft
- unter *84.55* : künstliches (synthetisches) Knochenersatzmaterial.

Für die Kodierung von Knochenersatzmaterialien ist folgendes zu beachten:
1) Der Kode *84.55 Einsetzen von Knochenersatzmaterial* wird, nebst den im Kleintext erwähnten Produkten, abgebildet, wenn es sich um Produkte handelt, welche voll künstlich, synthetisch, aus chemischen Komponenten hergestellt werden (= alloplastisches Material, unterschiedliche Granulate oder Partikel aus Trikalziumphosphaten in Kombination mit künstlich hergestelltem Hydroxyapatit, Kalziumsulfat in Zellulosematrix, Glaskeramik, Polymere, Silikon und Magnesium-Hydroxyapatit). Beispiele: Nanobone, Calcibone, Cerasorb, usw.

Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
www.bfs.admin.ch

2) Knochenersatzmaterialien, welche als Ausgangsbasis menschlichen oder tierischen Knochen haben, welcher durch spezielle firmeneigene Verfahren (Pyrolyse, Entfernen organischer Knochensubstanzen, Sterilisation, usw.) als Block, Paste oder Granulat aufbereitet sind, werden mit einem Kode aus *78.0- Knochentransplantation* kodiert.
Beispiele:
Tutoplast, Grafton, OrthOss, andere DFDBA/ DMB / DFBA Produkte.

Beachte:
1) Der Kode *78.49.89 Knochentransplantation und Verwendung von Knochenersatzmaterial an der Wirbelsäule, sonstige* bildet beide Kategorien ab.
2) Zusatzkode *00.90.- Art des Gewebetransplantats*, falls notwendig.

0939 01.01.2013 Kodierung von Spannungsblasen
Spannungsblasen sind ein Begriff aus dem Volksmund und keine dermatologische kodierbare Diagnose.
Diese Hautmanifestation muss vom behandelnden Arzt einer spezifischen Hauterkrankung zugeordnet werden, damit sie kodiert werden kann.
Z.B. Aufgetreten im Rahmen einer postoperativen Phase sind am häufigsten einem S- Kode zuzuordnen.
Z.B. Blasen im Rahmen eines Dekubitalleiden sind ein äussert kurzzeitige Manifestation im Übergang zu einer Erosion oder Dekubitus.
Zur Kodierung eines *L89.- Dekubitalgeschwür und Druckzone* muss die Pathogenese vom Arzt bestätigt werden.

0941 1.12.2012 ABO / AB0 Suchbegriff
Bei der informatischen Stichwortsuche nach Blutgruppen-assoziierten Kodes gibt es sprachliche Unterschiede:
- im Deutschen müsste die Blutgruppe immer mit 0 abgebildet sein,
- im Französischen mit O.

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

0944 01.11.2012 Zystadenom Ovar
Das Zystadenom Ovar muss mit *C56 Bösartige Neubildung des Ovars* oder *D27 Gutartige Neubildung des Ovars* gemäss präziser Histologie kodiert werden (der alphabetische Index gibt den Hinweis auf *C56*).

0952 01.10.2012 S06.- Schädelhirntrauma (SHT)
Wenn ein Schädelhirntrauma (alphabetischer Index *S06.9 Intrakranielle Verletzung, nicht näher bezeichnet*) ohne nachgewiesene intrakranielle Verletzung vorliegt, wird es nicht mit *S06.9* abgebildet, sondern mit *S06.0 Gehirnerschütterung*.

0955 01.09.2012 Osteophytenresektion bei Arthrodese
Die Osteophytenresektion ist bei einer Arthrodesen-Operation immer inkludiert (Fachgesellschaft Orthopädie).

0971 01.06.2012 84.6 Ersetzen von Discus vertebralis
Bei Einsetzen oder Ersetzen von Diskusprothesen werden die Anzahl Prothesen durch die Anzahl des Kodes abgebildet.
Z.B. bei 2 Diskusprothesen, 2mal den Kode *84.6- Ersetzen von Discus vertebralis* (+ Zugang *03.09.1 - 03.09.3*-).

0974 01.05.2012 37.90.21 Transseptale Katheterpunktion
Wird bei *37.34.1- Ablationsverfahren bei Tachyarrythmien* eine transseptale Punktion gemacht, ist diese mit *37.90.21 Kathetertechnische transseptale Punktion* zusätzlich zu kodieren.
Der SwissDRG Grouper wird dementsprechend adaptiert.

2010 92.24 Teleradiotherapie mit Photonen
92.24.1- …bildgestützte Einstellung sind Therapien **mit** und *92.24.2- … bildgestützte Einstellung* sind Therapien **ohne** bildgestützte Einstellung

Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
www.bfs.admin.ch

Das Stichwort «bildgestützte Einstellung» bzw. «bildgestützte Bestrahlung» (IGRT) bedeutet, dass man im Bestrahlungsraum am bereits positionierten Patienten Röntgen- oder Schnittbilder anfertigt.
Solche Anlagen können im Bestrahlungsraum (Röntgensystem, mobiles CT, Ultraschall) oder als Zusätze direkt an den Bestrahlungsgeräten angebracht sein.
Diese Bildgebung ist von der Bestrahlungsplanung unabhängig und erfordert entsprechende Gerätschaften.
Dadurch lassen sich die Patienten- und die Zielvolumenpositionierung mit den Aufnahmen aus der Bestrahlungsplanung vergleichen. Man kann hierdurch sofort Lagerungskorrekturen des Patienten vornehmen. Beispielsweise kann durch eine CT bei einem Patienten mit Prostatakarzinom die Füllung von Harnblase und Rektum kontrolliert und die daraus resultierende Position der Prostata bestimmt werden.

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

Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
www.bfs.admin.ch