

2021



14

Gesundheit

Neuchâtel 2020

Medizinisches Kodierungshandbuch

Der offizielle Leitfaden der Kodierrichtlinien in der Schweiz

Vorabversion 2021



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Statistik BFS

Themenbereich «Gesundheit»

Aktuelle themenverwandte Publikationen

Fast alle vom BFS publizierten Dokumente werden auf dem Portal www.statistik.ch gratis in elektronischer Form zur Verfügung gestellt. Gedruckte Publikationen können bestellt werden unter der Telefonnummer 058 463 60 60 oder per Mail an order@bfs.admin.ch.

Gesundheit – Taschenstatistik 2019

Bundesamt für Statistik, Neuchâtel 2020
BFS-Nummer: 1540-1900, 44 Seiten

Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP)

Systematisches Verzeichnis – Version 2020

Bundesamt für Statistik, Neuchâtel 2019
BFS-Nummer: 659-2000, 442 Seiten

Medizinische Statistik der Krankenhäuser

Standardtabellen 2018

Bundesamt für Statistik, Neuchâtel 2019
BFS-Nummer: su-b-14.04.01.02-MKS-2018

Todesursachenstatistik

Sterblichkeit und deren Hauptursachen in der Schweiz 2016

Bundesamt für Statistik, Neuchâtel 2019
BFS-Nummer: 1257-1600, 4 Seiten

Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017

Standardtabellen

Bundesamt für Statistik, Neuchâtel 2019
Medienmitteilung, 3 Seiten

Entbindungen und Gesundheit der Mütter im Jahr 2017

Bundesamt für Statistik, Neuchâtel 2019
BFS-Nummer: 1920-1700-05, 8 Seiten

Personen in Alters- und Pflegeheimen 2017

Bundesamt für Statistik, Neuchâtel 2019
BFS-Nummer: 1904-1700-05, 8 Seiten

Statistik der Arztpraxen und ambulanten Zentren (MAS)

Arztpraxen und ambulante Zentren 2015

Bundesamt für Statistik, Neuchâtel 2018
BFS-Nummer: 1803-1500, 8 Seiten

Statistiken der Spitalbetriebe im Jahr 2018

Kosten stagnieren im stationären Spitalbereich
Bundesamt für Statistik, Neuchâtel 2019
Medienmitteilung, 3 Seiten

Themenbereich «Gesundheit» im Internet

www.statistik.ch → Statistiken finden → 14 – Gesundheit
oder www.health-stat.admin.ch

Medizinisches Kodierungshandbuch

Der offizielle Leitfaden der Kodierrichtlinien
in der Schweiz

Vorabversion 2021

Redaktion
Herausgeber

Bereich Medizinische Klassifikationen
Bundesamt für Statistik (BFS)

Neuchâtel 2020

Herausgeber: Bundesamt für Statistik (BFS)

Auskunft: Kodierungssekretariat BFS
codeinfo@bfs.admin.ch

Redaktion: Bereich Medizinische Klassifikationen

Reihe: Statistik der Schweiz

Themenbereich: 14 Gesundheit

Layout: Sektion DIAM, Prepress/Print

Online www.statistik.ch

Print: www.statistik.ch
Bundesamt für Statistik, CH-2010 Neuchâtel,
order@bfs.admin.ch, Tel. 058 463 60 60
Druck in der Schweiz

Copyright: BFS, Neuchâtel 2020
Wiedergabe unter Angabe der Quelle
für nichtkommerzielle Nutzung gestattet

BFS-Nummer: 543-2101-05

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	7	Allgemeine Kodierrichtlinien für Krankheiten/Diagnosen D00 – D16	35
Einleitung Version 2021	9	D00g Abnorme Befunde	35
Abkürzungen des Kodierungshandbuches	10	D01g Symptome	36
Grundlagen G00 – G56	11	D02c Unilaterale und bilaterale Diagnosen Diagnosen multipler Lokalisationen	37
G00a Medizinische Statistik und medizinische Kodierung	11	D03i Kreuz †-Stern*-Kodes	38
G01a Geschichte	11	D04c Kodes mit Ausrufezeichen («! »)	40
G02a Organisation	12	D05g Status nach/Vorhandensein von/Fehlen von	41
G03g Gesetzliche Grundlagen	12	D06c Folgezustände	42
G04a Ziele der Medizinischen Statistik	13	D07g Geplante Folgeeingriffe	43
G05a Anonymisierung der Daten	13	D08a Sich anbahnende oder drohende Krankheit	44
G06a Der medizinische Datensatz, Definitionen und Variablen	14	D09g Verdachtsdiagnosen	45
G 10i Medizinische Statistik, die Patientenklassifikationssysteme SwissDRG und TARPSY	15	D10g Chronische Krankheiten mit akutem Schub	46
G 20a Die Klassifikationen (ICD-10-GM und CHOP)	16	D11i Kombinationskodes	47
G21a ICD-10-GM	16	D12j Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen (Komplikationen)	48
G22j Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP)	22	D13a Syndrome	55
G 30a Der Weg zur korrekten Kodierung	26	D14g Aufnahme zur Operation/Prozedur nicht durchgeführt	56
G 40g Dokumentation der Diagnosen und der Prozeduren	27	D15j Verlegungen	57
G 50g Definitionen	28	D16i Wahl der Hauptdiagnose bei Rehospitalisationen innerhalb von 18 Tagen wegen Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen	61
G51g Der Behandlungsfall	28		
G52h Die Hauptdiagnose	29		
G53g Der Zusatz zur Hauptdiagnose	31		
G54g Die Nebendiagnosen	32		
G55a Die Hauptbehandlung	34		
G56a Die Nebenbehandlungen	34		

Allgemeine Kodierrichtlinien für Prozeduren P00 – P11	63	S0400 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	106
P00g Erfassung der Prozedur im medizinischen Datensatz	63	S0401c Allgemeines	106
P01i Prozeduren, die kodiert werden müssen	64	S0402a Regeln zur Kodierung des Diabetes mellitus	107
P02g Prozeduren, die nicht kodiert werden	65	S0403a Spezifische Komplikationen des Diabetes mellitus	110
P03c Endoskopie und endoskopische Eingriffe	66	S0404a Metabolisches Syndrom	112
P04i Kombinationseingriffe/Komplexe Operationen	67	S0405a Störungen der inneren Sekretion des Pankreas	112
P05a Unvollständig durchgeführte Eingriffe	68	S0406a Zystische Fibrose	113
P06j Mehrfach durchgeführte Prozeduren	69	S0407e Mangelernährung bei Erwachsenen	113
P07a Bilaterale Operationen	71	S0408e Mangelernährung bei Kindern	114
P08j Revisionen eines Operationsgebietes/ Reoperationen	72	S0500 Psychische und Verhaltensstörungen	115
P09i Organentnahme und Transplantation	73	S0501j Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Alkohol, Drogen, Medikamente und Nikotin)	115
P10j Adhäsiolyse	76	S0600 Krankheiten des Nervensystems	116
P11h Serosaverletzung mit Übernähung	79	S0601a Akuter Schlaganfall	116
Spezielle Kodierrichtlinien S0100 – S2100	81	S0602c «Alter» Schlaganfall	116
S0100 Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	81	S0603a Paraplegie und Tetraplegie, nicht traumatisch	117
S0101a Bakteriämie	81	S0604i Bewusstseinsstörungen	118
S0102i Sepsis	82	S0605e Aufnahme zur Implantation eines Neurostimulators / (Test)Elektroden	119
S0103j SIRS	89	S0606e Aufnahme zur Entfernung eines Neurostimulators / (Test)Elektroden	119
S0104d HIV / AIDS	90	S0607h Kodierung der Parkinsonstadien (G20.-)	119
S0105a Echter Krupp – Pseudokrupp – Kruppsyndrom	93	S0700 Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	120
S0200 Neubildungen	95	S0701a Versagen oder Abstoßung eines Kornea-Transplantates	120
S0202j Auswahl und Reihenfolge der Diagnosen	96	S0800 Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	121
S0203a Nachresektion im Tumorgebiet	100	S0801a Schwerhörigkeit und Taubheit	121
S0204a Tumornachweis nur in der Biopsie	100	S0802d Anpassung/Handhabung eines implantierten Hörgerätes	121
S0205j Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen	100	S0900 Krankheiten des Kreislaufsystems	122
S0206a Verdacht auf Tumor oder Metastasen	100	S0901a Hypertonie und Krankheiten bei Hypertonie	122
S0207a Nachuntersuchung	101	S0902e Ischämische Herzkrankheit	123
S0208a Rezidive	101	S0903i Thrombose resp. Verschluss von koronarem Stent resp. Bypass	125
S0209a Tumore mit endokriner Aktivität	101	S0904d Erkrankungen der Herzklappen	127
S0210e Multiple Lokalisationen	102	S0905a Schrittmacher/Defibrillator	128
S0211a Überlappende Lokalisation	102	S0906a Nachuntersuchung nach Herztransplantation	128
S0212a Remission bei malignen immunoproliferativen Erkrankungen und Leukämie	103	S0907a Akutes Lungenödem	128
S0213a Lymphangiosis carcinomatosa	103	S0908i Herzstillstand	128
S0214g Lymphom	104	S0910j Erfassung der Behandlungsdauer mit einem herzkreislauf- und lungenunterstützenden System	129
S0215a Chemo- und Radiotherapie	104	S1000 Krankheiten des Atmungssystems	130
S0216b Prophylaktische Operationen wegen Risikofaktoren	104	S1001j Maschinelle Beatmung	130
S0217j Palliativbehandlung	105	S1002j Respiratorische Insuffizienz	134
		S1100 Krankheiten des Verdauungssystems	135
		S1101j Appendizitis als klinische Diagnose	135
		S1103a Magenulkus mit Gastritis	135

S1104i	Gastrointestinale Blutung	135	S1806e	Aufnahme zur Entfernung eines Neurostimulators/(Test)Elektroden bei Schmerzbehandlung	158
S1105a	Dehydratation bei Gastroenteritis	136			
S1200	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	137			
S1201g	Plastische Chirurgie	137	S1900	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äusserer Ursachen	159
S1202j	Spannungsblasen	137	S1901a	Oberflächliche Verletzungen	159
S1400	Krankheiten des Urogenitalsystems	138	S1902a	Fraktur und Luxation	159
S1401d	Dialyse	138	S1903c	Offene Wunden/Verletzungen	160
S1402a	Anogenitale Warzen	138	S1904j	Bewusstlosigkeit	162
S1404g	Niereninsuffizienz	138	S1905c	Verletzung des Rückenmarks (mit traumatischer Paraplegie und Tetraplegie)	163
S1405d	Aufnahme zur Anlage eines Peritonealkatheters zur Dialyse	139	S1906a	Mehrfachverletzungen	165
S1406d	Aufnahme zur Entfernung eines Peritonealkatheters zur Dialyse	139	S1907j	Verbrennungen und Verätzungen	166
S1407d	Aufnahme zur Anlage einer AV-Fistel oder eines AV-Shunts zur Dialyse	139	S1908b	Vergiftung durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen	167
S1408a	Aufnahme zum Verschluss einer AV-Fistel oder zum Entfernen eines AV-Shunts	139	S1909j	Unerwünschte Nebenwirkungen von Arzneimitteln (bei Einnahme gemäss Verordnung)	168
			S1910b	Unerwünschte Nebenwirkungen/Vergiftung von zwei oder mehr in Verbindung eingenommenen Substanzen (bei Einnahme entgegen einer Verordnung)	170
S1500	Geburtshilfe	140	S2000	Äussere Ursachen von Morbidität und Mortalität	171
S1501b	Definitionen	140			
S1502a	Vorzeitige Beendigung einer Schwangerschaft	141	S2100	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	172
S1503j	Krankheiten in der Schwangerschaft	143			
S1504e	Komplikationen der Schwangerschaft, Mutter oder Kind betreffend	145			
S1505j	Spezielle Kodierregeln für die Geburt	146			
S1600	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	151			
S1601a	Medizinischer Datensatz	151	Kodierrichtlinien Rehabilitation		185
S1602a	Definitionen	151			
S1603i	Neugeborene	151	Kodierrichtlinien		186
S1604g	Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	152	Diagnosen - ICD-10-GM		186
S1605a	Totgeborene	154			
S1606j	Besondere Massnahmen für das (kranke) Neugeborene	154	Anhang		195
S1607c	Atemnotsyndrom bei hyaliner Membranenkrankheit / Surfactantmangel	154			
S1608c	Atemnotsyndrom bei massivem Aspirationssyndrom, Wet lung oder transitorische Tachypnoe beim Neugeborenen	154	Entgleister Diabetes mellitus		195
S1609j	Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie (HIE)	155			
S1610h	Asphyxie unter der Geburt	155	HIV/AIDS: CDC-Klassifikation (1993)		198
S1611j	Respiratorisches Versagen beim Neugeborenen	156	Die Laborkategorien 1 bis 3:		198
			Die klinischen Kategorien A bis C:		198
S1800	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	157	Mangelernährung		200
S1801a	Inkontinenz	157	Definition der Stadien der Mangelernährung bei Erwachsenen		200
S1802a	Dysphagie	157	Definition der Stadien der Mangelernährung bei Kindern		201
S1803a	Fieberkrämpfe	157			
S1804f	Schmerzdiagnosen und Schmerzbehandlungsverfahren	157	Alphabetisches Verzeichnis		203
S1805e	Aufnahme zur Implantation eines Neurostimulators/(Test)Elektroden bei Schmerzbehandlung	158			

Danksagung

Dieses Handbuch ist das Ergebnis intensiver und sorgfältiger Arbeit von Expertinnen und Experten und der engen Zusammenarbeit zwischen Personen, die auf dem Gebiet der Kodierung in der Schweiz aktiv sind. Ihnen allen dankt das Bundesamt für Statistik ganz herzlich für das wertvolle Engagement. Im Rahmen der Einführung des fallpauschalenbasierten Abrechnungssystems SwissDRG ist insbesondere auch die Mitarbeit der SwissDRG AG hoch geschätzt.

Ein spezieller Dank gilt auch der Expertengruppe für Klassifikationen des Bundesamtes für Statistik.

Massgeblich unterstützt wurden die Aktualisierungen der Kodierrichtlinien, die Prüfung der Kompatibilität zum SwissDRG-Fallpauschalensystem und die Redaktion der Vorabversion 2021 durch die Expertinnen und Experten der Arbeitsgruppe Medizinisches Kodierungshandbuch und durch den Bereich Medizinische Klassifikationen.

Einleitung Version 2021

Das vorliegende Handbuch richtet sich an alle Personen, die sich im Rahmen der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser und des Fallpauschalensystems SwissDRG mit der Kodierung der Diagnosen und Behandlungen der stationären Fälle befassen. Dies gilt für alle akutsomatischen Betriebe, sowie psychiatrischen Kliniken, Rehabilitationskliniken, diversen Spezialkliniken. 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. Abweichende Richtlinien anderer Kodierungshandbücher (z.B. Kodierungshandbuch aus Deutschland oder auch spitalintern erstellte Kodierungshandbücher) haben keine Gültigkeit.

Da die Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser seit 2012 in der ganzen Schweiz einheitlich im Rahmen des Fallpauschalensystems SwissDRG verwendet werden, mussten die Kodierrichtlinien aktualisiert werden. Diese Kodierrichtlinien entsprechen den epidemiologischen Bedürfnissen der Medizinischen Statistik, sowie den Erfordernissen des fallpauschalenbasierten Abrechnungssystems SwissDRG.

Gemäss Artikel 49 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung ist für die Abgeltung stationärer Leistungen ein nationales einheitliches Tarifsysteem mit Leistungsbezug anzuwenden. Die SwissDRG AG wurde beauftragt, für die Abgeltung stationärer Leistungen der Psychiatrie ein nationales einheitliches Tarifsysteem mit Leistungsbezug zu entwickeln (Projekt TARPSY). Die Tarifstruktur für die Erwachsenenpsychiatrie wurde am 1. Januar 2018 eingeführt. In diesem Rahmen wurden verschiedene Anpassungen der Kodierungsinstrumente (z.B. Klassifikationen und Kodierrichtlinien) vorgenommen. So wurden die HoNOS- und HoNOSCA-Einstufungen bereits in die Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP) Version 2017 aufgenommen (Kodes 94.A- HoNOS und HoNOSCA). Konkrete Beispiele betreffend psychiatrischer Diagnosen und Behandlungen wurden ebenso hinzugefügt.

Das Handbuch enthält neben den Kodierrichtlinien auch Informationen bezüglich der wichtigsten Variablen der Medizinischen Statistik, die im Datensatz verwendet werden, sowie einen kurzen Abriss über die Geschichte der Klassifikation ICD-10. Auch wenn die Kodierung heute oft mithilfe von Informatikprogrammen durchgeführt wird, ist es wesentlich, auf die Struktur der in der Schweiz verwendeten CHOP-Klassifikation einzugehen.

Die Kodierrichtlinien gliedern sich in folgende Teile:

- Grundlagen: Kapitel G
- Allgemeine Kodierrichtlinien: D für Diagnosen und P für Prozeduren
- Spezielle Kodierrichtlinien: Kapitel S

Die Kapitel der speziellen Kodierrichtlinien folgen in der Nummerierung der Einteilung der ICD-10. In den speziellen Kodierrichtlinien werden besondere Fallkonstellationen beschrieben, die entweder der konkreten Festlegung dienen oder bei denen aus Gründen der DRG-Logik von den allgemeinen Kodierrichtlinien abgewichen werden muss.

Die speziellen Kodierrichtlinien haben Vorrang vor den allgemeinen Kodierrichtlinien. Die Abrechnungsregeln stehen sowohl über den allgemeinen, als auch über den speziellen Kodierrichtlinien. Für den Fall, dass zwischen den Hinweisen zur Benutzung der ICD-10 bzw. der CHOP und den Kodierrichtlinien Widersprüche bestehen, haben die Kodierrichtlinien Vorrang.

Alle Kodierrichtlinien haben eine alphanumerische Kennzeichnung (z.B. D01, S0103), gefolgt von einem kleinen Buchstaben zur Bezeichnung der jeweiligen Version. Die Kodierrichtlinien der Version 2012 haben das Kennzeichen «a», geänderte Kodierrichtlinien der Version 2013 das Kennzeichen «b», der Version 2014 das Kennzeichen «c»...usw. **Inhaltliche Änderungen jeweiliger Kodierrichtlinien für 2021 sind durch ein Kennzeichen «j» bezeichnet und der betroffene Paragraph grün markiert.** Sonstige Änderungen sind auch grün markiert, orthographische Korrekturen und Layoutkorrekturen sind nicht markiert.

Die in diesem Kodierungshandbuch aufgeführten Beispiele dienen der Erläuterung der vorgegebenen Kodierrichtlinien. Die in den Beispielen aufgeführten Kodierungen sind korrekt, erheben aber nicht den Anspruch auf Vollständigkeit in der Kodierung des im Beispiel erläuterten medizinischen Falles.

Die in diesem Handbuch publizierten Kodierrichtlinien sind verbindlich für alle kodierten Daten der Spitäler, die für die Medizinische Statistik an das Bundesamt für Statistik und im Rahmen des Fallpauschalensystems SwissDRG abgegeben werden.

Das medizinische Kodierungshandbuch 2021 ist ab dem 1.1.2021 gültig und ersetzt alle früheren Versionen.

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

Bei Unterschieden in den verschiedenen Sprachversionen des Kodierungshandbuches und der Klassifikationen sind die originalen deutschsprachigen Versionen massgebend.

Die Publikation durch FAQ gibt es ab 2017 nicht mehr, die bisherigen FAQ's wurden in PDF-Format auf unserer Internetseite aufgeschaltet. Im Laufe des Jahres werden Informationen und Präzisierungen durch Rundschreiben veröffentlicht. Dies sind offizielle Kodierungsmittel des BFS und müssen für Fälle mit Austritt ab 1. des folgenden Monats der Publikation berücksichtigt werden (**1.1.2021**, gegebenenfalls **1.7.2021**).

Abkürzungen des Kodierungshandbuches

D	Kodierrichtlinien der Diagnosen
G	Grundlagen
HB	Hauptbehandlung
HD	Hauptdiagnose
L	Lateralität/Seitigkeit
NB	Nebenbehandlung
ND	Nebendiagnose
P	Kodierrichtlinien der Prozeduren
S	Spezielle Kodierrichtlinien
ZHD	Zusatz zur Hauptdiagnose

Grundlagen G00 – G56

G00a Medizinische Statistik und medizinische Kodierung

G01a Geschichte

Die VESKA (heute H+), die Dachorganisation der Schweizer Spitäler, sammelte bereits seit 1969 Daten im Rahmen eines Projektes Spitalstatistik. Die Diagnosen und Behandlungen wurden mit den VESKA-Kodes, die auf der ICD-9 basierten, kodiert. Daraus resultierte eine Statistik für die Spitäler. Da die Datenerhebung jedoch nur in einigen Kantonen obligatorisch war, bildete sie nur etwa 45% der Hospitalisierungen ab und war aus diesem Grund auf nationaler Ebene nicht repräsentativ.

1997/1998 wurde, basierend auf das Bundesstatistikgesetz (BstatG, SR 431.01) vom 09. Oktober 1992 und der zugehörigen Statistik-erhebungsverordnung (SR 431.012.1) vom 30. Juni 1993, eine Reihe von Statistiken der stationären Betriebe des Gesundheitswesens auf nationaler Ebene ins Leben gerufen. Das Bundesamt für Statistik (BFS) erhebt und veröffentlicht seither Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser, die über Patientinnen und Patienten in den Schweizer Spitälern Auskunft gibt.

Diese Erhebung wird ergänzt durch eine administrative Statistik der Krankenhäuser (Krankenhausstatistik). Eine Statistik der sozial-medizinischen Institutionen mit administrativen Daten und Angaben zu den Klientinnen und Klienten der Alters- und Pflegeheime, der Heime für Behinderte, der Heime für Suchtkranke und der Betriebe für Personen mit psychosozialen Problemen vervollständigen das Angebot im stationären Bereich.

Gesundheitsstatistiken im Allgemeinen zielen darauf hin, unter anderem folgende Fragen zu beantworten:

- Wie ist der Gesundheitszustand der Bevölkerung, mit welchen gesundheitlichen Problemen ist sie konfrontiert und wie schwerwiegend sind die Probleme?
- Wie verteilen sich die Probleme auf unterschiedliche Anteile der Bevölkerung (nach Alter, Geschlecht und weiteren Angaben, die nach heutigem Wissen zu Unterschieden führen, wie zum Beispiel Bildung, Migration, ...)?
- Welchen Einfluss haben die Lebensumstände und die Lebensweise auf die Gesundheit?
- Welche Leistungen der Gesundheitsversorgung werden in Anspruch genommen? Wie verteilt sich die Inanspruchnahme auf unterschiedliche Anteile der Bevölkerung?
- Wie entwickeln sich die Kosten und die Finanzierungsströme?
- Über welche Ressourcen verfügt das Gesundheitswesen (Infrastruktur, Personal, Finanzen) und welche Dienstleistungen bietet es an?
- Welchen Bedarf an Dienstleistungen im Gesundheitsbereich gibt es aktuell und wie wird er sich voraussichtlich entwickeln?
- Welches sind die Folgen/Auswirkungen von Massnahmen, die auf politischer Ebene getroffen werden?

Die Kodierung der Diagnosen und Behandlungen in den Spitälern ist ein essenzieller Baustein für die Beantwortung der obigen Fragen.

G02a Organisation

Das Bundesamt für Statistik (BFS) ist für die Durchführung der Medizinischen Statistik verantwortlich. Die statistischen Ämter der Kantone, die Statistikabteilungen der Gesundheitsdirektionen der Kantone oder der Spitalverband H+ im Auftrag einiger Kantone koordinieren kantonsweit die Datenerhebung in den Spitälern. Diese Stellen informieren die Spitäler über die Fristen zur Datenlieferung und überwachen deren Einhaltung. Sie sind mit der Qualitätsprüfung der Daten und mit deren Validierung beauftragt und verantwortlich für die Lieferung der Daten an das BFS.

Die Spitäler sammeln die Daten der Patientinnen und Patienten an zentraler Stelle. Sie erstellen den Datensatz mit den kodierten Diagnose- und Behandlungsangaben. Sie sind gesetzlich zur Auskunft verpflichtet, d.h. sie müssen die Daten für die Medizinische Statistik liefern. Das BFS teilt die Angaben zu den zu liefernden Daten, zum Format und zu den Übertragungswegen den kantonalen Erhebungsstellen mit und bittet sie, diese an die Spitäler weiterzuleiten. Die Vorgaben sind auch auf der Webseite des BFS veröffentlicht.

G03g Gesetzliche Grundlagen

Die Medizinische Statistik basiert auf dem BStatG sowie der Statistikerhebungsverordnung, welche Vorschriften über die Durchführung von statistischen Erhebungen des Bundes enthalten, und auf dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG, SR 832.10). Im Rahmen der KVG-Revision sind am 1. Januar 2009 neue Regelungen im Bereich der Spitalfinanzierung in Kraft getreten (AS 2008 2049, BBl 2004 5551), die auch Auswirkungen auf die Medizinische Statistik haben.

Das BStatG bestimmt, dass die Einrichtung von Gesundheitsstatistiken eine Aufgabe auf nationaler Ebene ist (Art. 3, Abs. 2b), die die Zusammenarbeit von Kantonen, Gemeinden und anderen involvierten Partnern erfordert. Der Bundesrat kann nach Artikel 6 (Abs. 4) die Teilnahme an einer Erhebung als obligatorisch erklären.

Im Anhang der Statistikerhebungsverordnung werden die für die verschiedenen statistischen Erhebungen verantwortlichen Organe benannt. Jede nationale statistische Erhebung wird im Anhang einzeln beschrieben. Im Falle der Medizinischen Statistik wurde das BFS als für die Erhebung verantwortliches Organ bestimmt. Die Verordnung präzisiert auch die Bedingungen für die Umsetzung, unter anderem den verpflichtenden Charakter dieser Erhebung. Sie bestimmt, dass für die Erfassung der Diagnosen die Klassifikationen ICD-10 und der Behandlungen die Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP) zu verwenden sind.

Neben dem BStatG bestimmt auch das KVG die Erhebung. Nach dem KVG sind die Spitäler und die Geburtshäuser verpflichtet, den zuständigen Bundesbehörden die Daten bekannt zu geben, die benötigt werden, «um die Anwendung der Bestimmungen dieses Gesetzes über die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen zu überwachen» (Art. 59a Abs. 1). Die Daten werden stellvertretend für das Bundesamt für Gesundheit (BAG) vom BFS erhoben und die Angaben sind von den Leistungserbringern kostenlos zur Verfügung zu stellen (Art. 59a Abs. 2 u. 3).

Das fallpauschalenbasierte Abrechnungssystem SwissDRG ist seit dem 1. Januar 2012 in Kraft. Die Daten der Medizinischen Statistik werden dafür verwendet. Ausserdem bestimmt das revidierte KVG auch, dass das BFS die Angaben dem Bundesamt für Gesundheit, dem Eidgenössischen Preisüberwacher, dem Bundesamt für Justiz, den Kantonen und Versicherern sowie einigen anderen Organen je Leistungserbringer zur Verfügung stellt (Art. 59a Abs. 3 KVG). Die Daten werden vom BAG pro Kategorie oder pro Leistungserbringer (pro Spital) veröffentlicht. Resultate, die die Patientinnen und Patienten betreffen, werden nur anonym veröffentlicht, so dass keine Rückschlüsse auf einzelne Personen gezogen werden können.

G04a Ziele der Medizinischen Statistik

- Die epidemiologische Überwachung der Bevölkerung soll ermöglicht werden (Spitalpopulation). Die Daten liefern wichtige Informationen über die Häufigkeit wichtiger Krankheiten, die zu Spitalaufenthalten führen und ermöglichen die Planung und gegebenenfalls die Anwendung von präventiven oder therapeutischen Massnahmen.
- Dank einer homogenen Erfassung der Leistungen ist ein Patientenklassifikationssystem eingeführt und die Finanzierung der Spitäler auf das Fallpauschalensystem SwissDRG umgestellt worden. Die Daten der Medizinischen Statistik sollen eine Weiterentwicklung des Fallpauschalensystems in einem jährlichen Rhythmus erlauben.
- Ausserdem erlauben die erhobenen Daten eine allgemeine Analyse der von den Spitälern erbrachten Leistungen und ihrer Qualität, zum Beispiel die Häufigkeit bestimmter Operationen oder die Häufigkeit von Rehospitalisierungen bei bestimmten Diagnosen oder Behandlungen.
- Die Daten erlauben es auch, einen Überblick über die Versorgungslage im Bereich der Spitäler zu erhalten. Zum Beispiel können Einzugsgebiete einzelner Spitäler dargestellt werden. Damit dienen die Daten der Versorgungsplanung auf kantonaler und interkantonaler Ebene.

Es werden Daten für die Erforschung spezieller Fragestellungen und für die interessierte Öffentlichkeit geliefert.

G05a Anonymisierung der Daten

Das Datenschutzgesetz (DSG, SR 235.1) vom 19. Juni 1992 fordert, dass die Daten in anonymisierter Form ans BFS übermittelt werden. So gibt es für jede Patientin und jeden Patienten einen anonymen Verbindungskode, der auf der Basis von Name, Vorname, vollständigem Geburtsdatum und Geschlecht des Patienten generiert wird. Der Verbindungskode besteht aus einem verschlüsselten Kode (der durch Zerhacken und Kodieren der Daten erzeugt wird), der so erstellt ist, dass die Person nicht identifiziert werden kann.

G06a Der medizinische Datensatz, Definitionen und Variablen

Die Daten der Medizinischen Statistik sind bezüglich der Übermittlung (der Schnittstellen) in verschiedene Datensätze eingeteilt, in einen Minimaldatensatz, einen Zusatzdatensatz für Neugeborene, einen für Psychiatriepatientinnen und -patienten und einen – seit 2009 neuen – Patientengruppendatensatz.

Daneben kann die kantonale Erhebungsstelle weitere Auflagen machen, unter anderem einen Kantonsdatensatz einfordern. Kantonale Vorgaben werden nicht durch das BFS beschrieben und hier auch nicht weiter ausgeführt.

Eine Beschreibung der Variablen aller Datensätze findet sich auf der Webseite des Bundesamtes für Statistik unter:
<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/erhebungen/ms.html>

Minimaldatensatz (MB)

Historisch gesehen umfasst der Minimaldatensatz der Medizinischen Statistik diejenigen Variablen, deren Übermittlung obligatorisch war, z.B. Eintrittsmerkmale, Austrittsmerkmale, Alter, Nationalität sowie Diagnosen und Behandlungen.

Zusatzdatensätze

Der Minimaldatensatz der Medizinischen Statistik wird durch Zusatzdatensätze ergänzt. Sie bilden ein modulares System von ergänzenden Angaben und werden je nach Patientensituation hinzugefügt.

Neugeborendatensatz (MN)

Für Neugeborene ist ergänzend ein Neugeborendatensatz zu erfassen. Damit können für die Spitalgeburten und für die Geburten in Geburtshäusern epidemiologische und medizinische Zusatzinformationen, insbesondere Parität, Schwangerschaftsdauer, Geburtsgewicht und Angaben zu Transfers gewonnen werden.

Psychiatriedatensatz (MP)

In Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie und der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte wurde ein an die Bedürfnisse der Psychiatrie angepasster Zusatzfragekatalog entwickelt. Er enthält zusätzliche Angaben zu den soziodemografischen Merkmalen, den Behandlungen und der Begleitung nach Austritt. Die Angaben unterstehen nicht der Auskunftspflicht.

Patientengruppendatensatz (MD)

Die Medizinische Statistik wurde ab 1.1.2009 an die Bedürfnisse der leistungsorientierten Spitalfinanzierung SwissDRG angepasst. Um in der Schweiz die notwendige Kompatibilität zum gewählten deutschen Modell zu erreichen, müssen detailliertere Informationen als bisher erhoben werden. In dem neu gebildeten Patientengruppendatensatz können bis zu 50 Diagnosen und bis zu 100 Behandlungen erhoben werden. Zudem enthält er weitere für Abrechnungszwecke relevante Daten wie z.B. Variablen zur Intensivmedizin, Angaben zum Aufnahmegewicht bei Säuglingen, Angaben zu Wiedereintritten, usw. Der Patientengruppendatensatz enthält auch Felder zur Erfassung der hochteuren Medikamente und der Blutprodukte (siehe SwissDRG-Medikamentenliste).

G10i Medizinische Statistik, die Patientenklassifikationssysteme SwissDRG und TARPSY

Seit 2012 basiert die Finanzierung der Spitäler für akutstationäre Leistungen auf eidgenössischer Ebene auf dem SwissDRG-System. Beim Fallpauschalensystem SwissDRG wird jeder Spitalaufenthalt anhand von bestimmten Kriterien wie z.B. Hauptdiagnose, Nebendiagnosen, Behandlungen, Alter und Geschlecht etc. einer Fallgruppe (DRG) zugeordnet und pauschal vergütet. Aus diesem Grund erhält die medizinisch-pflegerische Dokumentation und Kodierung eine direkte Vergütungsrelevanz für die Spitäler. Darüber hinaus bildet sie die Grundlage für die jährlichen Weiterentwicklungen des DRG-Systems.

Es ist nach den gültigen Kodierungsinstrumenten (Kodierungshandbuch, CHOP- und ICD-10-GM-Klassifikation, Rundschreiben) zu kodieren.

Unter SwissDRG gibt es keine Forcierungen mehr, der Fall muss vollständig kodiert werden. Es ist nicht zulässig, Diagnosen oder Prozeduren zur Beeinflussung der DRG-Gruppierung wegzulassen oder hinzuzufügen, um spezielle DRG anzusteuern mit dem Ziel, einen höheren Erlös und/oder eine Eingruppierung in eine spezielle Spitalplanungsleistungsgruppe (SPLG) zu erreichen. Siehe auch Punkt 1.4 der «Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG».

Im Rahmen der Pflege und Weiterentwicklung der DRG-Tarifstruktur werden die Klassifikationen und Kodierungsrichtlinien angepasst und präzisiert.

Das DRG-Klassifikationssystem sowie die genauen Definitionen der einzelnen DRGs sind im jeweils aktuell gültigen Definitionshandbuch beschrieben. Das Dokument «Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG» beschreibt den Anwendungsbereich und die Abrechnungsbestimmungen von SwissDRG (genannt Abrechnungsregeln).

Im Jahr 2018 wurde die TARPSY-Tarifstruktur zur Finanzierung des Leistungsbereiches Psychiatrie in den Spitätern auf eidgenössischer Ebene eingeführt. Mit Anwendung der TARPSY-Tarifstruktur wird jeder Spitalaufenthalt anhand von bestimmten Kriterien wie z.B. Hauptdiagnose, Nebendiagnosen, HoNOS, HoNOSCA, Alter einer psychiatrischen Kostengruppe (PCG) zugeordnet und mit tagesbezogenen Kostengewichten vergütet. Deshalb erhalten die medizinisch-pflegerische Dokumentation und die Kodierung eine direkte Vergütungsrelevanz für die Spitäler. Darüber hinaus bildet sie die Grundlage für die Weiterentwicklungen der TARPSY-Tarifstruktur.

Unter TARPSY gibt es keine Forcierungen, der Fall muss vollständig kodiert werden. Es ist nicht zulässig, z.B. Diagnosen zur Beeinflussung der PCG-Zuordnung wegzulassen oder hinzuzufügen. Im Rahmen der Pflege und Weiterentwicklung der TARPSY-Tarifstruktur werden die Klassifikationen und Kodierrichtlinien regelmässig angepasst und präzisiert.

Die TARPSY-Tarifstruktur sowie die genauen Definitionen der einzelnen PCG werden im jeweils aktuell gültigen Definitionshandbuch beschrieben. Das Dokument «Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter TARPSY» beschreibt den Anwendungsbereich und die Abrechnungsbestimmungen der TARPSY-Tarifstruktur (genannt Abrechnungsregeln).

G20a Die Klassifikationen (ICD-10-GM und CHOP)

G21a ICD-10-GM

Einführung

Das vorrangige Ziel einer Klassifikation besteht in der Verschlüsselung der Diagnosen oder der Behandlungen, um durch diese Abstraktion die statistische Analyse der Daten zu ermöglichen. «Eine statistische Krankheitsklassifikation sollte einerseits spezifische Krankheitsentitäten identifizieren können, sie sollte andererseits aber auch die statistische Darstellung von Daten für grössere Krankheitsgruppen erlauben, um so nutzbringende und verständliche Informationen zugänglich zu machen» (ICD-10-WHO, Band 2, Kapitel 2.3). Eine Klassifikation, die eine Methode der Verallgemeinerung ist, wie William Farr feststellt, muss die Zahl der Rubriken einschränken und dennoch alle bekannten Krankheiten umfassen. Dies schliesst notwendigerweise einen Informationsverlust ein. Dementsprechend kann die Realität in der Medizin mit einer Klassifikation nicht absolut realitätsgetreu abgebildet werden.

Die Klassifikation ICD-10 wurde entwickelt, um die Analyse und den Vergleich von Daten zu Mortalität und Morbidität zu ermöglichen. Für eine solche Interpretation ist ein Instrument zur Verschlüsselung von Diagnosen unerlässlich. Die ICD-10 Version, die in der Schweiz ab 01.01.2021 zur Kodierung der Diagnosen verwendet wird, ist die ICD-10-GM 2020 (German Modification).

Geschichte

William Farr, Leiter des Statistischen Amtes für England und Wales, sowie Marc d'Espine aus Genf setzten sich zu ihrer Zeit intensiv für die Entwicklung einer einheitlichen Klassifikation der Todesursachen ein. Das von Farr vorgeschlagene Modell einer Klassifikation der Krankheiten nach fünf Gruppen (epidemiologische Krankheiten, konstitutionelle (allgemeine) Krankheiten, nach der Lokalisation klassifizierte Krankheiten, Entwicklungskrankheiten und Folgen von Gewalteinwirkungen) liegt der Struktur der ICD-10 zugrunde. 1893 legte Jacques Bertillon, Leiter des Statistischen Amtes der Stadt Paris, der Konferenz des Internationalen Statistischen Instituts seine Klassifikation «Internationale Nomenklatur der Todesursachen» vor. Die Klassifikation wurde angenommen und sollte alle zehn Jahre revidiert werden. 1948 wurde diese Klassifikation von der Weltgesundheitsorganisation angenommen.

1975, bei der 9. Revision der Klassifikation, der ICD-9, wurden eine fünfte Stelle bei den Codes und das Kreuz-Stern-System eingeführt. 1993 wurde die 10. Revision der Klassifikation validiert, mit der die alphanumerische Struktur der Codes eingeführt wurde. Es existieren verschiedene Ländermodifikationen der ICD-10, die hauptsächlich zu Abrechnungszwecken erstellt wurden. In der Schweiz wird seit 01.01.2009, resp. 01.01.2010, die GM (German Modification) Version der ICD-10 verwendet.

Struktur

Die Codes der Klassifikation ICD-10-GM weisen eine alphanumerische Struktur auf, die sich aus einem Buchstaben an der ersten Stelle gefolgt von zwei Ziffern, einem Punkt und einer bzw. zwei Dezimalstellen (z.B. *K38.1*, *S53.10*) zusammensetzt.

Die ICD-10-GM besteht aus zwei Bänden: dem **systematischen** und dem **alphabetischen** Verzeichnis.

Systematisches Verzeichnis

Das systematische Verzeichnis ist in 22 Kapitel unterteilt. Die siebzehn ersten Kapitel beschreiben Krankheiten, das Kapitel XVIII enthält Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, das Kapitel XIX die Verletzungen und Vergiftungen, das Kapitel XX (das eng mit dem Kapitel XIX verbunden ist) die äusseren Ursachen von Morbidität und Mortalität. Das Kapitel XXI betrifft hauptsächlich Faktoren, die zur Inanspruchnahme von Einrichtungen des Gesundheitswesens führen. Im Kapitel XXII finden sich «Schlüsselnummern für besondere Zwecke». Dies sind Zusatzkodes zur genaueren Spezifizierung von anderenorts klassifizierten Krankheiten, Klassierungen von Funktionseinschränkungen usw.

Tabelle der Kapitel mit den entsprechenden Kategorien

Kapitel	Titel	Kategorien
I	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	A00 – B99
II	Neubildungen	C00 – D48
III	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	D50 – D90
IV	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	E00 – E90
V	Psychische und Verhaltensstörungen	F00 – F99
VI	Krankheiten des Nervensystems	G00 – G99
VII	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	H00 – H59
VIII	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	H60 – H95
IX	Krankheiten des Kreislaufsystems	I00 – I99
X	Krankheiten des Atmungssystems	J00 – J99
XI	Krankheiten des Verdauungssystems	K00 – K93
XII	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	L00 – L99
XIII	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	M00 – M99
XIV	Krankheiten des Urogenitalsystems	N00 – N99
XV	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	O00 – O99
XVI	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	P00 – P96
XVII	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	Q00 – Q99
XVIII	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	R00 – R99
XIX	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äusserer Ursachen	S00 – T98
XX	Äussere Ursachen von Morbidität und Mortalität	V01! – Y84!
XXI	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	Z00 – Z99
XXII	Schlüsselnummern für besondere Zwecke	U00 – U99

Jedes Kapitel ist in **Blöcke** eingeteilt, die aus **dreistelligen Kategorien** bestehen (ein Buchstabe und zwei Zahlen). Ein Block entspricht einer Gruppe von Kategorien. Die Letzteren entsprechen bestimmten Affektionen oder Gruppen von Krankheiten, die Gemeinsamkeiten aufweisen.

Die Subkategorien: Die Kategorien werden in **vierstellige Subkategorien** unterteilt. Sie erlauben die Kodierung der Lokalisation oder der Varietäten (wenn die Kategorie selbst eine bestimmte Affektion betrifft) oder bestimmter Krankheiten, wenn die Kategorie eine Gruppe von Affektionen bezeichnet.

Fünfstellige Codes: In verschiedenen Kapiteln wurden die Codes zur spezifischeren Verschlüsselung auf fünf Stellen erweitert.

Wichtig für die Kodierung: Nur endständige Codes sind gültig, d.h. nur Codes, von denen keine weitere Unterteilung existiert.

Beispiel aus der ICD-10-GM, Kapitel XI:

Block/Gruppe	Krankheiten der Appendix (K35 – K38)
	K35.– Akute Appendizitis
Vierstellige Subkategorie	K35.2 Akute Appendizitis mit generalisierter Peritonitis Appendizitis (akut) mit generalisierter (diffuser) Peritonitis nach Perforation oder Ruptur
Fünfstellige Codes	K35.3- Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis K35.30 Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis ohne Perforation oder Ruptur K35.31 Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis mit Perforation oder Ruptur K35.32 Akute Appendizitis mit Peritonealabszess K35.8 Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet Akute Appendizitis ohne Angabe einer lokalisierten oder generalisierten Peritonitis
Dreistellige Kategorie	K36 Sonstige Appendizitis Inkl.: Appendizitis: • chronisch • rezidivierend
	K37 Nicht näher bezeichnete Appendizitis
	K38.– Sonstige Krankheiten der Appendix
Vierstellige Subkategorien	K38.0 Hyperplasie der Appendix K38.1 Appendixkonkremente Koprolith Appendix Kotstein K38.2 Appendixdivertikel K38.3 Appendixfistel K38.8 Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Appendix Invagination der Appendix K38.9 Krankheit der Appendix, nicht näher bezeichnet

Alphabetisches Verzeichnis

Das alphabetische Verzeichnis der ICD-10 unterstützt die Verschlüsselung nach dem systematischen Verzeichnis. Die im alphabetischen Verzeichnis verwendeten formalen Vereinbarungen sind dort beschrieben. **Massgeblich für die Kodierung ist stets das systematische Verzeichnis. Soweit das alphabetische Verzeichnis zu einem unspezifischen Kode führt, ist deshalb im systematischen Verzeichnis zu prüfen, ob eine spezifischere Kodierung möglich ist.** Das alphabetische Verzeichnis beinhaltet Suchbegriffe für Krankheiten, Syndrome, Traumata und Symptome. Am linken Rand der Spalte findet sich der Hauptbegriff, der eine Krankheit oder einen Krankheitszustand kennzeichnet, gefolgt von den nach rechts gestaffelt dargestellten Modifizierern oder Qualifizierern:

Flattern	] Leitbegriff
– Herz I49.8	] Modifizierer
– Kammer I49.0	
– Vorhof I48.9	
– – atypisch I48.4	
– – chronisch I48.9	

Die Modifizierer sind Ergänzungen, die Varianten, Lokalisationen oder Spezifizierungen des Hauptbegriffes darstellen.

Typografische Vereinbarungen und Abkürzungen

Runde Klammern ():

Sie schliessen ergänzende Begriffe ein, die den Hauptbegriff präzisieren:

I10.–	Essentielle (primäre) Hypertonie
	Inkl.: Bluthochdruck Hypertonie (arteriell) (essentiell) (primär) (systemisch)

Sie werden zur Angabe der zutreffenden Schlüsselnummer bei Exklusiva benutzt:

H01.0	Blepharitis
	Exkl.: Blepharokonjunktivitis (H10.5)

Sie werden im Titel der Gruppenbezeichnungen verwendet, um dreistellige Schlüsselnummern der Kategorien, die sie umfassen, zu bezeichnen:

Krankheiten der Appendix (K35 – K38)

Sie schliessen den Kreuzkode bei einer Kategorie mit Stern ein und umgekehrt:

N74.2*	Syphilitische Entzündung im weiblichen Becken (A51.4†, A52.7†)
B57.0†	Akute Chagas-Krankheit mit Herzbeteiligung (I41.2*, I98.1*)

Diese Präzisierungen beinhalten keine Modifikation des Kodes.

Eckige Klammern []:

Die eckigen Klammern werden in Band 1 verwendet um:

- Synonyme oder erklärende Sätze einzuschliessen, z.B.:

A30.–	Lepra [Aussatz]
--------------	------------------------

- Auf vorangehende Bemerkungen zu verweisen, z.B.:

C00.8	Lippe, mehrere Teilbereiche überlappend [Siehe Hinweis 5 am Anfang des Kapitels]
--------------	--

Doppelpunkt:

Der Doppelpunkt wird verwendet, um Begriffe aufzulisten, wenn der vorangehende Begriff nicht ganz vollständig ist:

L08.0	Pyodermie Dermatitis: • gangraenosa • purulenta • septica • suppurativa
--------------	---

Strich (vertikal):

Dieses Zeichen wird verwendet, um Inklusiva und Exklusiva aufzulisten, wobei keiner der Begriffe, der vor oder nach dem Strich steht, für sich allein vollständig ist und deshalb ohne die jeweilige Ergänzung der Rubrik nicht zugeordnet werden kann:

H50.3	Intermittierender Strabismus concomitans Intermittierend: • Strabismus convergens • Strabismus divergens	(alternierend) (unilateral)
--------------	--	-----------------------------

Punkt Strich .– :

Wird in Band 1 verwendet. Der Strich steht für eine weitere Stelle des Kodes, z.B.:

J43.–	Emphysem
--------------	-----------------

Mit dem Strich wird die Kodiererin oder der Kodierer darauf aufmerksam gemacht, dass der entsprechende detailliertere Code in der genannten Kategorie gesucht werden muss.

Exkl. (Exklusiva):

Diese Begriffe gehören nicht zu dem ausgewählten Code:

K60.4	Rektalfistel Rektum-Haut-Fistel Exkl.: Rektovaginalfistel (N82.3) Vesikorektalfistel (N32.1)
--------------	---

Das «Exkl.» eines Codes besagt, dass mit dem im Exklusivum genannten Code eine Erkrankung anderer Genese, bzw. ein nicht regelhaft enthaltener Zustand abgegrenzt (klassifiziert) wird. Folglich können beide Codes nebeneinander verwendet werden, wenn die Erkrankungen/Zustände sowohl als auch bei der Patientin, bzw. dem Patienten vorliegen und diagnostisch voneinander abgrenzbar sind.

Z.B.: Patient mit portaler Hypertonie und alkoholischer Leberzirrhose, welche beide behandelt werden: hier liegt eine Konstellation wie oben beschrieben vor, beide Zustände können diagnostisch voneinander abgegrenzt werden, eine alkoholische Leberzirrhose ist nicht notwendigerweise mit einer portalen Hypertonie vergesellschaftet.

Inkl. (Inklusiva):

Diese Begriffe sind in dem ausgewählten Kode enthalten:

J15.–	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert
	<i>Inkl.:</i> Bronchopneumonie durch andere Bakterien als <i>S. pneumoniae</i> und <i>H. influenzae</i>

o.n.A.:

Diese Abkürzung bedeutet «ohne nähere Angaben» und ist gleichbedeutend mit «nicht näher bezeichnet». Codes mit diesem Modifizierer werden für Diagnosen vergeben, die nicht genauer spezifiziert sind:

N85.9	Nichtentzündliche Krankheit des Uterus, nicht näher bezeichnet
	Krankheit des Uterus o.n.A.

a.n.k. / anderenorts nicht klassifiziert:

Sie zeigt an, dass einige genauer bezeichnete Varietäten der aufgeführten Affektionen in einem anderen Teil der Klassifikation aufgeführt sein können. Diese Bezeichnung wird in folgenden Fällen angefügt:

- Bei Begriffen, die in Restkategorien klassifiziert werden oder bei allgemeinen Begriffen.
- Bei Begriffen, die schlecht definiert sind.

T45.2	Vitamine, anderenorts nicht klassifiziert
--------------	--

Sonstige:

Die Resteklasse «Sonstige» ist dann bei der Kodierung zu verwenden, wenn eine genau bezeichnete Krankheit vorliegt, für die es aber in der ICD-10-GM keine eigene Klasse gibt.

E16.1	Sonstige Hypoglykämie
--------------	------------------------------

n.n.b. / nicht näher bezeichnet:

Die Resteklasse «Nicht näher bezeichnet» ist dann zu verwenden, wenn eine Krankheit nur mit ihrem Oberbegriff wie z.B. Katarakt, beschrieben ist und/oder eine weitere Differenzierung nach den Klassifikationskriterien der ICD-10-GM an entsprechender Stelle nicht möglich ist.

I67.9	Zerebrovaskuläre Krankheit, nicht näher bezeichnet
--------------	---

Siehe, siehe auch:

Finden sich im alphabetischen Teil:

- «Siehe» bezeichnet den speziellen Begriff, auf den verwiesen wird.
- «Siehe auch» verweist auf die Hauptbegriffe, unter denen nachgeschlagen werden sollte.

PAP	– s. Papanicolaou
------------	-------------------

Abortus	(s.a. Abort) O06.9
----------------	--------------------

Und:

Im Titel der Kategorie bedeutet das Wort «und/oder».

I74.–	Arterielle Embolie und Thrombose
--------------	---

Diese Kategorie umfasst Embolien, Thrombosen und Thromboembolien.

G22j Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP)

Allgemeines

Die Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP) enthält die Liste der Codes für Operationen, Prozeduren, therapeutische und diagnostische Massnahmen. Sie basiert ursprünglich auf der amerikanischen ICD-9-CM, welche durch die CMS (Centers for Medicare and Medicaid Services) in Baltimore (USA) erstellt und bis 2007 unterhalten wurde. Die CHOP wird jährlich angepasst, **die Version 2021 umfasst die Erweiterungen und Änderungen aus dem Antragsverfahren 2019.**

Struktur

Die CHOP besteht aus zwei separaten Teilen: das alphabetische Verzeichnis und das systematische Verzeichnis. Die Struktur der Codes ist grundsätzlich alphanumerisch, doch die meisten Codes sind aus historischen Gründen Ziffernkodes. Sie setzen sich in der Regel aus 2 Ziffern, gefolgt von einem Punkt und anschliessend einer bis vier weiteren Ziffern zusammen (z.B. 06.4; 45.76; 93.38.10; 99.A1.12).

Es gilt zu beachten, dass nur endständige Codes verwendet werden können.

Alphabetisches Verzeichnis

Grundlage des alphabetischen Verzeichnisses der CHOP ist das systematische Verzeichnis der CHOP. Als Quelltexte dienten die in der Systematik vorhandenen originalen medizinischen Begriffe, ohne Addition weiterer medizinischer Begriffssammlungen oder Thesauri.

Seit der CHOP 2011 wird dieses alphabetische Verzeichnis maschinell auf Grundlage einer Textpermutation erstellt und weicht somit von dem früher gewohnten Erscheinungsbild ab (siehe ausführliche Einzelheiten in der Einleitung der CHOP).

Systematisches Verzeichnis

Die Einleitung am Anfang der CHOP ist zu beachten, insbesondere die technischen Bemerkungen zur Struktur und den Restklassen.

Klassifikationsstruktur

Die einachsige schweizerische Operationsklassifikation beinhaltet 2- bis 6-stellige alphanumerische Codes. Die Verwendung einer alphanumerischen Kodierung sowie drei Dezimalisierungsmethoden ermöglichen das Fassungsvermögen der CHOP zu steigern.

Dezimalisierung in einen unsegmentierten Hunderterblock (1×100), d.h. ohne Unterscheidung der dazwischen liegenden Segmente:

Znn.nn.0

Znn.nn.00 → n.n.bez.

Znn.nn.01 (Reserve)

Znn.nn.02 (Reserve)

...

Znn.nn.09 (Reserve)

Znn.nn.10 → Beginn der Serie

Znn.nn.11

Znn.nn.12

...

Znn.nn.88

Znn.nn.89 → Ende der Serie

Znn.nn.97 (Reserve)

Znn.nn.98 (Reserve)

Znn.nn.99 → sonstige

In einem fortlaufenden Hunderterblock ist die Nummerierung fortlaufend von Znn.nn.10 bis Znn.nn.89.

Dezimalisierung in einen unterteilten Hunderterblock (1×100), d.h. mit dazwischen liegenden Segmenten:

Znn.nn.0

Znn.nn.00 → n.n.bez.

Znn.nn.01 (Reserve)

Znn.nn.02 (Reserve)

...

Znn.nn.09 (Reserve)

Znn.nn.10 → Beginn des 1. Segmentes

Znn.nn.11

Znn.nn.12

...

Znn.nn.20 → Beginn des nachfolgenden Segmentes

Znn.nn.21

...

Znn.nn.40 → Bei Bedarf weiteres Segment

Znn.nn.41

...

Znn.nn.97 (Reserve)

Znn.nn.98 (Reserve)

Znn.nn.99 → sonstige

In einem unterteilten Hunderterblock kann die Nummerierung 10er, 20er, usw.-Segmente beinhalten, z. B. für die unterschiedliche Art des operativen Eingriffes: Inzision, Exzision, Destruktion oder Rekonstruktion, usw.

Der Unterschied dieser 10er-Segmente ist bestimmt z.B. durch operative Techniken, Zugangswege oder andere Varianten.

Dezimalisierung in (Zehn)-10-er Blöcke (10×10):

Znn.nn.0

Znn.nn.00 → n.n.bez.

Znn.nn.01 (Reserve)

Znn.nn.02 (Reserve)

...

Znn.nn.09 → sonstige

Znn.nn.1

Znn.nn.10 → n.n.bez.

Znn.nn.11

...

Znn.nn.19 → sonstige

Znn.nn.2

...

Znn.nn.9

Znn.nn.90 → n.n.bez.

Znn.nn.91

...

Znn.nn.99 → sonstige

In einer Dezimalisierung mit 10×10 10er-Blöcken werden in jedem 10er-Block jeweils die Positionen Znn.nn.n0 und Znn.nn.n9 für die Restelemente «n.n.bez.» bzw. «sonstige» reserviert.

Damit gibt es also potentiell 20 Restelemente in der Dezimalisierung 10×10 . Der Kode Znn.nn.09 ist die Restkategorie «sonstige» der Subkategorie. Sie ist gebildet durch den Titel der Subkategorie gefolgt von «sonstige».

Resteklassen

Im Allgemeinen wurden in den Kategorien für die Resteklassen «nicht näher bezeichnet» und «sonstige» die Plätze 00 oder n0, resp. die Plätze 99 oder n9, reserviert, entsprechend der gewählten Dezimalisierungsmethode.

Der Kode Znn.nn.00 oder Znn.nn.n0 ist die Restkategorie «nicht näher bezeichnet», gebildet durch den Titel der Subkategorie, resp. der Elementengruppe, und mit der Abkürzung «n.n.bez.» versehen. Falls die im Operationsbericht angegebenen Eingriffe nicht spezifiziert wurden, sind sie in der Restkategorie «nicht näher bezeichnet» abzubilden.

Der Kode Znn.nn.99 oder Znn.nn.n9 ist die Restkategorie «sonstige». Sie ist gebildet durch den Titel der Subkategorie, resp. der Elementengruppe, gefolgt von dem Anhang «sonstige». Falls der Eingriff im Operationsbericht spezifiziert wurde, dieser aber nicht mit den Kodeelementen der entsprechenden Elementengruppe oder Subkategorie abgebildet ist, wird der Eingriff in der Restkategorie «sonstige» abgebildet.

Die Sequenz Znn.nn.01 bis Znn.nn.08 ist reserviert für eventuelle (mögliche) andere Varianten der Restekategorien.

Das systematische Verzeichnis der CHOP wird in 19 Kapitel eingeteilt. Die Kapitel 1 bis 15 sind nach der «Anatomie» strukturiert. Es gibt zusätzlich einen Anhang.

Kapitel	Titel	Kategorien
0	Massnahmen und Interventionen nicht anderswo klassifizierbar	00
1	Operationen am Nervensystem	01 – 05
2	Operationen am endokrinen System	06 – 07
3	Operationen an den Augen	08 – 16
4	Operationen an den Ohren	18 – 20
5	Operationen an Nase, Mund und Pharynx	21 – 29
6	Operationen am respiratorischen System	30 – 34
7	Operationen am kardiovaskulären System	35 – 39
8	Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefässsystem	40 – 41
9	Operationen am Verdauungstrakt	42 – 54
10	Operationen an den Harnorganen	55 – 59
11	Operationen an den männlichen Geschlechtsorganen	60 – 64
12	Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen	65 – 71
13	Geburtshilfliche Operationen	72 – 75
14	Operationen an den Bewegungsorganen	76 – 84
15	Operationen am Integument	85 – 86
16	Verschiedene diagnostische und therapeutische Massnahmen	87 – 99
17	Messinstrumente	AA
18	Rehabilitation	BA – BB

Die Klassifikationsachsen weisen üblicherweise eine aufsteigende Komplexität auf. Die weniger aufwändigen Eingriffe befinden sich anfangs jeder Kategorie und die komplexeren Operationen am Schluss.

Prinzipiell besteht folgende Reihenfolge der Einteilung:

1. Inzision, Punktion,
2. Biopsie und andere diagnostische Massnahmen,
3. Exzision oder partielle Destruktion einer Läsion oder von Gewebe,
4. Exzision oder totale Destruktion einer Läsion oder von Gewebe,
5. Naht, Plastik und Rekonstruktion,
6. Andere Eingriffe.

Beachte: Diese ursprüngliche Einteilung konnte mit der Einführung von neuen Kodes an einigen Stellen nicht mehr konsequent eingehalten werden.

Typografische Vereinbarungen und Abkürzungen

n.a.klass.	Nicht anderenorts klassifizierbar: es existiert kein anderer Subkode für diesen spezifischen Eingriff.
n.n.bez.	Nicht näher bezeichnet: den Eingriff präzisierende Angaben fehlen.
()	Runde Klammern enthalten ergänzende Bezeichnungen oder Erläuterungen zu einem Eingriff. Die Kodierung wird dadurch nicht beeinflusst.
[]	Eckige Klammern enthalten Synonyme und andere Schreibweisen zum vorangehenden oder folgenden Ausdruck.
EXKL.	Diese Eingriffe sind unter dem gegebenen Kode zu klassifizieren.
INKL.	Diese Eingriffe sind Bestandteil des Kodes.
Kodiere ebenso	Diese Eingriffe müssen, wenn durchgeführt, zusätzlich kodiert werden.
Kode weglassen	Diese Eingriffe sind bereits in einem anderen Kode beinhaltet.
und	Der Begriff «und» wird im Sinne von «und/oder» verwendet.
*	Ein Sternchen bezeichnet eine Schweizer Ergänzung zum Original.
[L]	Lateralität (Seitigkeit muss erfasst werden).

G30a Der Weg zur korrekten Kodierung

Der richtige Weg, einen Kode zu finden, besteht darin, den Leitbegriff für die Diagnose oder die Operation zuerst im alphabetischen Verzeichnis zu suchen und in einem zweiten Schritt seine Genauigkeit im systematischen Verzeichnis zu überprüfen. Schematisch dargestellt:

Schritt 1: Den Leitbegriff im alphabetischen Verzeichnis suchen.

Schritt 2: Den gefundenen Kode im systematischen Verzeichnis überprüfen.

ICD-10-GM: Exklusiva, Inklusiva und Hinweise auf allen Ebenen sowie Kodierrichtlinien sind unbedingt zu beachten.

CHOP: Die Anweisungen «Kodierte ebenso», «Kode weglassen», Exklusiva und Inklusiva, sowie Kodierrichtlinien sind unbedingt zu beachten.

Grundsatz: Es ist immer so spezifisch wie möglich und **endständig** zu kodieren. Das können dreistellige, vierstellige oder fünfstellige Codes der ICD-10-GM und sechstellige Codes in der CHOP sein.

G40g Dokumentation der Diagnosen und der Prozeduren

Die Diagnosestellung und die Dokumentation aller Diagnosen und/oder Prozeduren während eines gesamten Spitalaufenthaltes liegen in der Verantwortung der behandelnden Ärztin bzw. des behandelnden Arztes. Resultate von im Aufenthalt durchgeführten Untersuchungen/Eingriffen gehören zur Dokumentation, auch wenn sie erst nach dem Austritt der Patientin, bzw. des Patienten eintreffen. Diese Angaben bilden die Grundlage für die Kodiererinnen und Kodierer zur regelkonformen Abbildung des Falles.

Die Bedeutung einer kohärenten und vollständigen Dokumentation im Patientendossier kann nicht genug betont werden. Fehlt eine solche Dokumentation, ist es schwierig, ja unmöglich, die Kodierrichtlinien umzusetzen.

Die Einstufung durch die fallführende Person in HoNOS/HoNOSCA muss anhand der Dokumentation nachvollziehbar und überprüfbar sein.

Die Kodiererin bzw. der Kodierer stellt keine Diagnosen. Sie/er interpretiert auch keine Arzneimittellisten, Laborergebnisse oder Pflegedokumentation, ohne dokumentierte Rücksprache mit der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt.

Da Differenzialdiagnosen nicht kodierbar sind, ist von der behandelnden Ärztin, bzw. dem behandelnden Arzt die Diagnose oder das Symptom zu bestimmen, welches am ehesten zutrifft.

Zur Wahl eines präzisen und endständigen ICD-Kodes zu einer von der Ärztin, bzw. dem Arzt gestellten Diagnose, ist es den **Kodierverantwortlichen** aber erlaubt, die entsprechende Präzisierung aus der gesamten **medizinischen** Dokumentation zu entnehmen.

Beispiele:

- Bei **ärztlich dokumentierter** Diagnose einer **chronischen** Niereninsuffizienz (N18.-): in der **medizinischen** Dokumentation ist eine glomeruläre Filtrationsrate (GFR) von 30 beschrieben, somit bildet sie die Kodiererin, bzw. der Kodierer mit *N18.3 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 3* ab.
- Die **ärztliche** Diagnose «Linksherzinsuffizienz» ist **bei** dokumentierter Angabe von «mit Beschwerden in Ruhe» mit *I50.14 Linksherzinsuffizienz NYHA IV* zu kodieren, auch wenn NYHA Stadium 4 **nicht ausdrücklich so der Diagnose angefügt** ist.
- Bei der Diagnose «Agranulozytose» wird die kritische Phase mit exakter Dauer kodiert, wenn **die betreffenden Angaben** aus dem Patientendossier ersichtlich **sind**.

Für die abschliessende Kodierung des Behandlungsfalles ist das Spital verantwortlich.

G50g Definitionen

G51g Der Behandlungsfall

Es gelten die aktuellen «Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG» und TARPSY.

Die Kenntnis dieser Dokumente ist zum konkreten Verständnis der Definition eines Behandlungsfalles (Alter der Patientin, bzw. des Patienten, Aufenthaltsdauer, Verlegungen, Wiedereintritte, Fallzusammenführungen etc.) unentbehrlich.

Für die Kodierung ist zu berücksichtigen:

- Der **Fall** beginnt mit dem Eintritt und endet mit dem Austritt, der Verlegung oder dem Tod der Patientin oder des Patienten.
- **Wartepatientinnen, bzw. -patienten:** Bei einer Verlängerung eines Aufenthaltes, weil die Patientin bzw. der Patient auf einen Pflegeplatz wartet, wird ein neuer administrativer Fall eröffnet. Als Hauptdiagnose wird *Z75.8 Sonstige Probleme mit Bezug auf medizinische Betreuungsmöglichkeiten oder andere Gesundheitsversorgung* kodiert. Der Fall wird nicht über DRG abgerechnet (Variable 4.8.V01 = 0).
- Bei **Fallzusammenführungen** gemäss «Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG» oder unter TARPSY ist nur der zusammengeführte Fall (eine Kodierung) zu übermitteln (zur Kennzeichnung der Wiedereintritte sind die Variablen 4.7.V01 – 4.7.V41 zu erfassen).

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 kodierenden 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 Kodiererin, bzw. den Kodierer in der Wahl der Hauptdiagnose Zweifel bestehen, entscheidet die behandelnde Spitalärztin bzw. der behandelnde Spitalarzt. **Die Wahl der Hauptdiagnose muss anhand von medizinischen Leistungen und Produkten begründet und dokumentiert werden.**

Beispiel 1

Eine Patientin wird für eine Keratoplastik aufgenommen und operiert. Am 2. 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, 1 wöchige VAC-Behandlung an den unteren Extremitäten. In der 2. 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 12-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.

Beispiel 5 - Psychiatrie

Ein Patient stellt sich in der Notaufnahme mit seit mehreren Wochen bestehender gedrückter Stimmung vor. In der Untersuchungssituation berichtet er zudem über eine Verminderung von Antrieb und Aktivität, Konzentrationsstörungen, ausgeprägte Müdigkeit bei gleichzeitig bestehender Ein- und Durchschlafstörung sowie einen deutlichen Appetitverlust. Es bestehen ausgeprägte Gedanken über die Wertlosigkeit der eigenen Person. Eine Distanzierung von suizidalen Gedanken ist dem Patienten nicht möglich. Bei einer schweren depressiven Episode wird der Patient stationär aufgenommen. Im Behandlungsverlauf berichtet der Patient über einen schädlichen Gebrauch von Alkohol. Zudem wird ein Diabetes mellitus diagnostiziert, welcher innerhalb von wenigen Tagen oral problemlos eingestellt werden kann. Während des stationären Aufenthaltes werden bis zur Entlassung folgende Diagnosen gestellt:

Schwere depressive Episode

Schädlicher Gebrauch von Alkohol

Diabetes mellitus

Der grösste Aufwand ist die schwere depressive Episode und ist somit Hauptdiagnose.

Welche Diagnosen gemäss Grouper nicht als Hauptdiagnose kodiert werden dürfen, sind im «Definitionsbandbuch-SwissDRG, Band 5, Anhang D, Plausibilitäten, D5: Unzulässige Hauptdiagnose» oder im «Definitionsbandbuch TARPSY, unzulässige Hauptdiagnosen» zu finden.

Wahl der Hauptdiagnose bei Palliativbehandlungen

Hauptdiagnose ist die Krankheit, welche die Palliativbehandlung bedingt. *Z51.5 Palliativbehandlung* wird nie als Hauptdiagnose kodiert und als Nebendiagnose nur, wenn die Palliativbehandlung mit keinem CHOP-Kode abgebildet werden kann oder die Patientin, bzw. der Patient zur Palliativbehandlung verlegt wurde (siehe auch S0200 Neubildungen und D15 Verlegungen).

G53g Der Zusatz zur Hauptdiagnose

Das Feld «Zusatz zur Hauptdiagnose» (ZHD) ist nur für zwei Kategorien von Kodes vorgesehen:

- Stern-Kodes (*), siehe 1.
 - Kodes für äussere Ursachen (V-Y), siehe 2.
1. Die Hauptdiagnose ist ein Kreuzkode (†), dem im Feld «Zusatz zur Hauptdiagnose» der entsprechende Sternkode (*) beigelegt wird, wenn dem keine andere Kodierrichtlinie entgegen steht (siehe auch D03).

Beispiel 1

Ein Patient mit Typ 2 Diabetes wird zur Behandlung einer Retinopathia diabetica hospitalisiert.

HD E11.30† Diabetes mellitus, Typ 2, mit Augenkomplikationen, nicht als entgleist bezeichnet

ZHD H36.0* Retinopathia diabetica

Beispiel 2 - Psychiatrie

61-jähriger Patient mit einer Demenz bei Alzheimer-Krankheit.

HD G30.0† Alzheimer-Krankheit mit frühem Beginn

ZHD F00.0* Demenz bei Alzheimer-Krankheit mit frühem Beginn

2. Die Hauptdiagnose ist ein Kode für eine Krankheit, Verletzung, Vergiftung, Erkrankung bzw. Störung nach medizinischen Massnahmen oder andere schädliche Wirkung, dem im Feld «Zusatz zur Hauptdiagnose» der entsprechende Kode für die äussere Ursache beigelegt werden muss, wenn dem keine andere Kodierrichtlinie entgegen steht oder die Information bereits im ICD-10-Kode enthalten ist (z.B. I95.2 Hypotonie durch Arzneimittel).

Beispiel 3

Ein Patient wird wegen einer rechten Vorderarmschaftfraktur (Radius und Ulna) durch einen Skiunfall hospitalisiert.

HD S52.4 Fraktur des Ulna- und Radiuschaftes, kombiniert

L Rechts

ZHD X59.9! Sonstiger und nicht näher bezeichneter Unfall

Beispiel 4

Patient mit akuter Gastritis durch nichtsteroidales Antirheumatikum hervorgerufen.

HD K29.1 Sonstige akute Gastritis

ZHD Y57.9! Komplikation durch Arzneimittel oder Drogen

Beispiel 5 - Psychiatrie

Eine Patientin wird wegen einer absichtlichen Vergiftung durch Schlaftabletten hospitalisiert.

HD T42.7 Vergiftung durch Schlaftabletten

ZHD X84.9! Absichtliche Selbstbeschädigung

G54g Die Nebendiagnosen

Die Nebendiagnose ist definiert als:

«Eine Krankheit oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich während des Spitalaufenthaltes entwickelt».

Bei der Kodierung werden diejenigen Nebendiagnosen berücksichtigt, die das Patientenmanagement in der Weise beeinflussen, dass irgendeiner der folgenden Faktoren erforderlich ist:

- Therapeutische Massnahmen
- Diagnostische Massnahmen
- Erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand

Eine diagnostizierte Krankheit, die prophylaktische Massnahmen erforderlich macht, erfüllt die Kriterien zur Kodierung, auch wenn damit diese Krankheit selbst nicht ursächlich behandelt wird. Zum Beispiel die prophylaktische Verabreichung von Vitamin B1 bei Alkoholabusus oder die Antikoagulation bei Vorhofflimmern.

Krankheiten, die zum Beispiel durch die Anästhesistin bzw. den Anästhesisten während der präoperativen Beurteilung dokumentiert wurden, werden nur kodiert, wenn sie einem der drei oben genannten Kriterien entsprechen. Sofern eine Begleitkrankheit das Standardvorgehen für eine Anästhesie oder Operation beeinflusst, wird dies mit der Krankheit oder dem «Zustand nach» als Nebendiagnose kodiert. Anamnestische Diagnosen, die die Patientenbehandlung gemäss oben genannter Definition nicht beeinflusst haben, werden nicht kodiert (z.B. ausgeheilte Pneumonie vor sechs Monaten oder abgeheiltes Ulkus).

Zusammengefasst:

Medizinischer Aufwand > 0 wird kodiert

Das Spital, die behandelnde Ärztin, bzw. der behandelnde Arzt muss anhand der Dokumentation belegen können, dass der medizinische Aufwand > 0 war.

Beachte auch Präzisierungen unter G 40.

Bei Patientinnen und Patienten, bei denen einer dieser erbrachten Faktoren auf mehrere Diagnosen ausgerichtet ist, werden alle betroffenen Diagnosen kodiert.

Beispiel 1

Eine Patientin wird für koronare Herzkrankheit, arterielle Hypertonie und Herzinsuffizienz mit einem Betablocker behandelt. Kodiert werden alle drei Diagnosen:

- Koronare Herzkrankheit
- Arterielle Hypertonie
- Herzinsuffizienz

Beispiel 2

Eine Patientin wird zur Behandlung einer chronischen myeloischen Leukämie (CML) stationär aufgenommen. Vor 10 Jahren wurde sie wegen einer Meniskusläsion operiert. Danach war sie beschwerdefrei.

Sie leidet an einer bekannten koronaren Herzkrankheit, die während der Hospitalisation medikamentös weiterbehandelt wird. Die sonografische Untersuchung zur Kontrolle der abdominalen Lymphknoten zeigt ausser einem bereits bekannten Uterusmyom keine pathologischen Befunde. Das Myom erfordert keine weitere Abklärung oder Behandlung. Während des stationären Aufenthaltes kommt es zu einer depressiven Reaktion, die durch Antidepressiva behandelt wird. Wegen anhaltender Lumbalgien wird die Patientin physiotherapeutisch betreut.

HD Chronisch myeloische Leukämie (CML)

ND Koronare Herzkrankheit

ND Depressive Reaktion

ND Lumbalgien

Die übrigen Diagnosen (Uterusmyom und Status nach Meniskusoperation) erfüllen die erforderlichen Bedingungen für die Kodierung nicht und werden somit nicht kodiert. Sie sind jedoch für die medizinische Dokumentation und die ärztliche Kommunikation von Bedeutung.

Beispiel 3

Ein Patient, der wegen einer Pneumonie stationär aufgenommen wird, hat zusätzlich einen Diabetes mellitus. Das Pflegepersonal prüft täglich den Blutzucker, und der Patient bekommt eine Diabetes-Diät.

HD Pneumonie

ND Diabetes mellitus

Beispiel 4

Ein 60 Jahre alter Patient mit Varikose wird zur Behandlung von Ulzera am rechten Unterschenkel aufgenommen. Aufgrund einer früheren linken Unterschenkelamputation benötigt der Patient zusätzliche Unterstützung durch das Pflegepersonal.

HD Variköse Ulzera am Bein

L rechts

ND Unterschenkelamputation in der Eigenanamnese

L links

Beispiel 5 - Psychiatrie

Ein Patient erhält wegen der Nebendiagnosen Alkoholabhängigkeit und Medikamentenabhängigkeit eine Motivationsbehandlung. Kodiert werden beide Diagnosen.

ND Alkoholabhängigkeit

ND Medikamentenabhängigkeit

Beispiel 6 - Psychiatrie

Eine Patientin ist wegen einer schweren Depression hospitalisiert. Sie hat zusätzlich eine behandelte Hypertonie.

HD Depression

ND Hypertonie

Reihenfolge der Nebendiagnosen

Es gibt keine Kodierrichtlinie, die die Reihenfolge der Nebendiagnosen regelt. Jedoch sollte darauf geachtet werden, dass die bedeutenderen Nebendiagnosen zuerst angegeben werden.

G55a Die Hauptbehandlung

Nach der Definition des BFS wird **im Rahmen der Hauptdiagnose** der Behandlungsprozess (chirurgische, medizinische oder diagnostische Massnahme) **als Hauptbehandlung** kodiert, welcher für den Heilungsprozess oder für die Diagnosestellung am entscheidendsten war.

G56a Die Nebenbehandlungen

Die zusätzlichen Massnahmen werden als Nebenbehandlungen kodiert.

In der Regel sollte jede Prozedur eine zugehörige Diagnose haben, aber nicht unbedingt jede Diagnose einen Behandlungskode.

Reihenfolge der Nebenbehandlungen

Es gibt keine Kodierrichtlinie, die die Reihenfolge der Nebenbehandlungen regelt. Jedoch sollte darauf geachtet werden, dass die bedeutenderen Nebenbehandlungen zuerst angegeben werden.

Allgemeine Kodierrichtlinien für Krankheiten/ Diagnosen D00 – D16

D00g Abnorme Befunde

Abnorme Befunde (Labor-, Röntgen-, Pathologie- und andere diagnostische Befunde) werden nicht kodiert, es sei denn, sie haben eine klinische Bedeutung im Sinne einer therapeutischen Konsequenz oder einer weiterführenden Diagnostik. Die Anmerkungen zu Beginn von Kapitel XVIII in der ICD-10-GM helfen bei der Bestimmung, wann Schlüsselnummern aus den Kategorien *R00 – R99* dennoch angegeben werden.

Achtung: Die alleinige Überprüfung oder Verlaufskontrolle eines abnormen Wertes rechtfertigt keine Kodierung.

Beispiel 1

Ein Patient wird wegen einer Pneumonie stationär aufgenommen. Im Labortest wird eine leicht erhöhte Gamma-GT gefunden. Ein zweiter Test zeigt Werte im Normbereich.

HD Pneumonie

Die erhöhte Gamma-GT erfüllt die Nebendiagnosendefinition (siehe Regel G 54) nicht und wird deshalb nicht kodiert. Sie ist jedoch für die medizinische Dokumentation und die ärztliche Kommunikation von Bedeutung.

D01g Symptome

Als Symptome gelten Krankheitszeichen; sie können in der ICD-10-GM im Kapitel XVIII (*R00 – R99*) und auch in Organkapiteln abgebildet sein.

Symptome als Hauptdiagnose

Symptomcodes werden nur dann als Hauptdiagnose angegeben, wenn am Ende der Hospitalisation keine endgültige Diagnose gestellt wurde. In allen anderen Fällen ist die endgültig gestellte Diagnose die Hauptdiagnose. (Beachte auch D09, Abschnitt 2).

Ausnahme: Wird ein Patient **ausschliesslich wegen eines Symptoms einer bereits bekannten Krankheit behandelt**, ist das Symptom als Hauptdiagnose und die zugrunde liegende Krankheit als Nebendiagnose zu kodieren.

Beispiel 1

Ein Patient wird mit Aszites bei bekannter Leberzirrhose stationär aufgenommen. Es wird nur der Aszites durch eine Punktion behandelt. Er bekommt weiter seine antihypertensive Medikation.

HD	R18	Aszites
ND	K74.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete Zirrhose der Leber
ND	I10.90	Essentielle Hypertonie, n.n.b., ohne Angabe einer hypertensiven Krise
HB	54.91	Perkutane abdominale Drainage (Punktion)

Symptome als Nebendiagnosen

Ein Symptom wird nicht kodiert, wenn es als eindeutige und unmittelbare Folge mit der zugrunde liegenden Krankheit vergesellschaftet ist. Stellt jedoch ein Symptom (eine Manifestation) ein eigenständiges, wichtiges Problem für die medizinische Betreuung dar, so wird es als Nebendiagnose kodiert, wenn es die Nebendiagnosendefinition erfüllt (siehe Regel G 54).

Beispiel 2 - Psychiatrie

Ein Patient wird mit Brustschmerz und Herzklopfen hospitalisiert. Man diagnostiziert eine Panikstörung, die nun behandelt wird.

HD	Panikstörung
ND	Keine (die Symptome Brustschmerz und Herzklopfen sind in der Diagnose Panikstörung inbegriffen)

D02c Unilaterale und bilaterale Diagnosen Diagnosen multipler Lokalisationen

Handelt es sich um eine Krankheit, die sich sowohl ein - als auch beidseitig manifestieren kann, wird dies im medizinischen Datensatz mit der Angabe der Seitigkeit (Lateralität) dokumentiert:

Variable 4.2.V011 für die Hauptdiagnose, Variablen 4.2.V021, 4.2.V031, 4.2.V041, usw. für die Nebendiagnosen.

Folgende Ziffern werden erfasst:

- 0 = Beidseitig
- 1 = Einseitig rechts
- 2 = Einseitig links
- 3 = Einseitig unbekannt
- 9 = Unbekannt
- leer = Frage stellt sich nicht

Manifestiert sich eine Krankheit **bilateral**, so gelten für die Kodierung folgende Regeln:

- Gibt es in der ICD-10-GM eine eigene Schlüsselnummer für eine doppelseitige Erkrankung, so ist diese zu verwenden.
- Ansonsten ist die Schlüsselnummer für die Diagnose nur einmal anzugeben.
- In beiden Fällen wird aber im medizinischen Datensatz die Beidseitigkeit dokumentiert.

Ausnahme: Bei Fällen, die zusammengeführt werden müssen, mit einem Wiedereintritt für dieselbe Krankheit auf dem gegenseitigen Organ erscheinend, ist die definitive Kodierung des zusammengeführten Falles separat mit der Lateralität abzubilden.

Beispiel: 1. Aufenthalt: Ureterstein links
2. Aufenthalt: Ureterstein rechts

Definitive zusammengeführte Kodierung: *N20.1 links + N20.1 rechts* (also nicht *N20.1 bilateral*).

Wenn eine Diagnose **multiple Lokalisationen** betrifft, soll jede Lokalisation, sofern präzise Codes existieren, spezifisch kodiert werden. Die Codes «mehrerer Lokalisationen» sind nach Möglichkeit nicht zu verwenden (mit Ausnahme von Systemerkrankungen, wie z.B. Polyarthritiden oder Osteoporose).

Beispiel 1

Patient mit intrazerebralen Blutungen, eine kortikale im Frontallobus, die andere intraventrikulär.

I61.1 Intrazerebrale Blutung in die Grosshirnhemisphäre, kortikal

I61.5 Intrazerebrale intraventrikuläre Blutung

Beispiel 2

Patientin mit alter Meniskusverletzung: Vorderhorn des Innenmeniskus und Vorderhorn des Aussenmeniskus.

M23.21 Meniskusschädigung durch alten Riss oder alte Verletzung, Vorderhorn des Innenmeniskus

M23.24 Meniskusschädigung durch alten Riss oder alte Verletzung, Vorderhorn des Aussenmeniskus

Beispiel 3

Hysterektomie wegen Leiomyom des Uterus. Das histologische Resultat zeigt zwei intramurale und ein subseröses Leiomyom.

D25.1 Intramurales Leiomyom des Uterus

D25.2 Subseröses Leiomyom des Uterus

D03i Kreuz†-Stern*-Kodes

Dieses System ermöglicht es, die Manifestation einer Krankheit mit ihrer Ätiologie in Beziehung zu setzen. Der Kreuz †-Kode, der die ursächliche Erkrankung (oder ihre Ätiologie) beschreibt, ist prioritär gegenüber dem Stern*-Kode, welcher die Manifestation beschreibt. Man lässt dem Kreuz †-Kode den Stern*-Kode immer unmittelbar folgen. Stern*-Kodes dürfen nie ohne einen Kreuz†-Kode verschlüsselt werden. Kreuz †-Kodes dürfen alleine verschlüsselt werden.

- Wenn der Kreuz †-Kode in der Hauptdiagnose steht, muss der entsprechende Stern*-Kode als Zusatz zur Hauptdiagnose (ZHD) angegeben werden, falls diese Manifestation die Nebendiagnosendefinition (Regel G54) erfüllt (siehe Beispiel 1).
- In den Fällen, in denen es sich beim Kreuz †-Kode um eine Nebendiagnose handelt, wird er vor dem dazugehörigen Stern*-Kode genannt, falls dieser die Nebendiagnosendefinition (Regel G54) erfüllt.
- Einige Kodes sind nicht von vornherein Kreuz †-Kodes, werden aber durch die Assoziation mit einem Stern*-Kode dazu (siehe Beispiel 2).
- Mehrere Stern*-Kodes können einem Kreuz †-Kode zugeordnet werden (siehe Beispiel 4).

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.

Beispiel 1

Patient wird wegen eines disseminierten Lupus erythematodes mit Beteiligung der Lunge behandelt.

HD M32.1† Systemischer Lupus erythematodes mit Beteiligung von Organen oder Organsystemen

ZHD J99.1* Krankheiten der Atemwege bei sonstigen diffusen Bindegewebskrankheiten

Beispiel 2

Eine Patientin wird zur Behandlung einer renalen Anämie hospitalisiert.

HD N18.–† Chronische Nierenkrankheit

ZHD D63.8* Anämie bei sonstigen chronischen, anderenorts klassifizierten Krankheiten

Der Kode N18.– Chronische Nierenkrankheit wird zum Kreuz-Kode mit dem Stern-Kode D63.8* Anämie bei sonstigen chronischen, anderenorts klassifizierten Krankheiten.

Beispiel 3 - Psychiatrie

61-jähriger Patient mit einer Demenz bei Alzheimer-Krankheit.

HD G30.0† Alzheimer-Krankheit mit frühem Beginn

ZHD F00.0* Demenz bei Alzheimer-Krankheit mit frühem Beginn

Beispiel 4

Ein Patient mit Diabetes mellitus Typ 1 mit multiplen Komplikationen in Form einer Atherosklerose der Extremitätenarterien, einer Retinopathie und einer Nephropathie, wird wegen einer schweren Entgleisung der Stoffwechsellage aufgenommen. Alle Komplikationen werden behandelt.

HD E10.73† Diabetes mellitus, Typ 1, mit multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet

ZHD I79.2* Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten

ND H36.0* Retinopathia diabetica

ND N08.3* Glomeruläre Krankheiten bei Diabetes mellitus

Anmerkung: Der Kode E10.73 gilt hier als «Ätiologiekode» und ist daher mit einem † gekennzeichnet. Gemäss den Regeln ist der Ätiologiekode den Manifestations-Kodes voranzustellen und gilt dann – wie in diesem Beispiel – für alle folgenden Stern-Kodes (Manifestationen) bis zum Auftreten eines neuen Kreuz-Kodes oder eines Kodes ohne Kennzeichen. Somit ist mit E10.73† die Ätiologie der Manifestationen I79.2*, H36.0* und N08.3* kodiert.

Beispiel 5

Ein Patient wird wegen einer lumbalen Diskushernie mit Radikulopathie zur stationären Schmerztherapie aufgenommen.

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

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

Beispiele zur Wahl der Hauptdiagnose **ausserhalb** des Kreuz-Stern-Systems, d.h. nach G52:

Beispiel 6

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

Beispiel 7

Obstruktives 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

D04c Kodes mit Ausrufezeichen («!»)

Sie dienen der Spezifizierung eines vorher stehenden, nicht mit einem Ausrufezeichen markierten Kodes oder beschreiben die Umstände einer Krankheit, Verletzung, Vergiftung oder Komplikation. Sie dürfen nicht allein stehen, sondern folgen diesem Code. Die in der ICD-10-GM als optional bezeichneten Ausrufezeichenkodes sind, sofern **zutreffend**, alle obligatorisch anzugeben. Zutreffend bedeutet, **die Präzisierung im Ausrufezeichenkode ist im vorher stehenden Kode nicht inbegriffen**.

Jedes Kapitel der ICD-10-GM zeigt am Anfang eine, im Kapitel enthaltene, Auflistung der «!» -Kodes.

Beispiel 1

Harnwegsinfekt durch Escherichia coli.

HD N39.0 Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet

ZHD –

ND B96.2! *Escherichia coli [E.coli] und andere Enterobakteriales als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind*

Hier ist der Ausrufezeichen-Kode zutreffend: Präzision des Keimes.

Beispiel 2

Offene Wunde an der linken Fusssohle bei einem Patienten, der im Wald über einen metallenen Gegenstand gestolpert ist.

HD S91.3 Offene Wunde sonstiger Teile des Fusses

L 2

ZHD W49.9! *Unfall durch Exposition gegenüber mechanischen Kräften unbelebter Objekte*

Hier ist der Ausrufezeichen-Kode zutreffend: Präzision des Umstandes.

Beispiel 3

Arthritis durch Viridans-Streptokokken.

HD M00.2– Arthritis durch sonstige Streptokokken

Hier ist ein zusätzlicher Ausrufezeichen-Kode B95.48! nicht abzubilden, denn dieser Code B95.48! «Sonstige» Streptokokken ergibt keine Präzision zum Textinhalt des Arthritis-Kodes M00.2– Arthritis und Polyarthritis durch «sonstige» Streptokokken.

Beispiel 4

Eine Patientin erleidet bei einem Verkehrsunfall eine offene Abdomenverletzung mit vollständiger Zerreissung des linken Nierenparenchyms, Milzriss und kleinen Risswunden am Dünndarm.

HD S37.03 Komplette Ruptur des Nierenparenchyms

L 2

ZHD V99! *Transportmittelunfall*

ND S36.03 *Rissverletzung der Milz mit Beteiligung des Parenchyms*

ND S36.49 *Verletzung sonstiger und mehrerer Teile des Dünndarmes*

ND S31.83! *Offene Wunde (jeder Teil des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens) mit Verbindung zu einer intra-abdominalen Verletzung*

Es kann vorkommen, dass ein Code mit Ausrufezeichen aus klinischer Sicht mehreren Diagnosekodes zugeordnet werden kann. Dann ist der Ausrufezeichenkode genau einmal am Ende der Diagnosekodes anzugeben (in Beispiel 4, der Kode S31.83!).

Für die Kodes der äusseren Ursachen (V–Y) ist auch Kapitel S2000 zu berücksichtigen.

D05g Status nach / Vorhandensein von / Fehlen von

Diese Diagnosen werden **nur kodiert, wenn sie einen Einfluss auf die aktuelle Behandlung haben** (siehe Nebendiagnosendefinition, Regel G54).

Um einen Kode, der einem «Status nach», «Zustand nach» usw. entspricht zu finden, kann im alphabetischen Verzeichnis der ICD-10-GM nach den folgenden Leitbegriffen gesucht werden:

- Fehlen von, Verlust (von), Amputation, z.B. *Z89.6 Verlust der unteren Extremität oberhalb des Knies, einseitig*
- Neubildung, Eigenanamnese, z.B. *Z85.0 Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane in der Eigenanamnese*
- Transplantat (Zustand nach Transplantation), z.B. *Z94.4 Zustand nach Lebertransplantation*¹
- Vorhandensein (von), z.B. *Z95.1 Vorhandensein eines aortokoronaren Bypasses*

Beispiel 1

Ein Patient, der wegen einer Klebsiellen-Pneumonie hospitalisiert wird, wobei die Behandlung durch eine frühere Lebertransplantation kompliziert wird.

HD	J15.0	Pneumonie durch <i>Klebsiella pneumoniae</i>
ND	Z94.4	Zustand nach Lebertransplantation

Beispiel 2 - Psychiatrie

Ein Patient ist wegen einer paranoiden Schizophrenie hospitalisiert; die Behandlung wird durch eine frühere Lebertransplantation kompliziert.

HD	F20.0	Paranoide Schizophrenie
ND	Z94.4	Zustand nach Lebertransplantation

«Status nach»-Diagnosen werden nicht mit einem Kode für die akute Krankheit abgebildet. Bei erneutem Akut-Spitalaufenthalt (Rückverlegung aus der Rehabilitation oder Wiedereintritt), unabhängig von der Zeitspanne zwischen den beiden Aufenthalten, wird die akute Krankheit des ersten Aufenthaltes nicht mehr als solche kodiert, sondern mit einem Kode «Status nach».

Beispiel 3

Bei einem Patienten wird ein Status nach Lungenembolie behandelt.

Z86.7	Krankheiten des Kreislaufsystems in der Eigenanamnese
Z92.1	Dauertherapie mit Antikoagulanzen in der Eigenanamnese

¹ Z94.– Zustand nach Organ- oder Gewebetransplantation wird nur nach Transplantationen von soliden Organen (Z94.0 – Z94.4) oder hämatopoetischer Stammzellen (Z94.80, Z94.81) abgebildet.

Nicht erfasst werden:

Z94.5 Zustand nach Hauttransplantation, inklusive Muskeltransplantation
 Z94.6 Zustand nach Knochentransplantation, inklusive Knorpeltransplantation
 Z94.7 Zustand nach Keratoplastik
 Z94.9 Zustand nach Organ- oder Gewebetransplantation, nicht näher bezeichnet

Z94.88 Zustand nach sonstiger Organ- oder Gewebetransplantation wird **nur** bei Zustand nach Darm- oder Pankreastransplantation abgebildet.
 Z.B. ist eine Neoblase / Ileoblase / Ileumconduit keine Organ- oder Gewebetransplantation, sondern ein Blasenersatz im Sinne einer Gewebetransposition.

D06c Folgezustände

Folgezustände oder Spätfolgen einer Krankheit sind **aktuelle** Krankheitszustände, die durch eine frühere Krankheit hervorgerufen werden. Die Verschlüsselung erfolgt durch zwei Codes: einen für den aktuellen Rest- oder Folgezustand und einen «Folgen von ...», der ausdrückt, dass dieser Zustand Folge einer früheren Krankheit ist. Der Restzustand oder die Art der Folgezustände werden an erster Stelle angegeben, gefolgt von dem Code «Folgen von ... ».

Es gilt keine allgemeine zeitliche Beschränkung für die Verwendung der Codes für Folgezustände. Der Folgezustand kann schon im Frühstadium des Krankheitsprozesses offensichtlich werden, z.B. neurologische Defizite als Folge eines Hirninfarktes, oder er zeigt sich Jahre später, z.B. chronische Niereninsuffizienz als Folge einer früheren Nierentuberkulose.

Spezielle Codes für Folgezustände:

B90.–	<i>Folgezustände der Tuberkulose</i>
B91	<i>Folgezustände der Poliomyelitis</i>
B92	<i>Folgezustände der Lepra</i>
B94.–	<i>Folgezustände sonstiger und nicht näher bezeichneter infektiöser und parasitärer Krankheiten</i>
E64.–	<i>Folgen von Mangelernährung oder sonstigen alimentären Mangelzuständen</i>
E68	<i>Folgen der Überernährung</i>
G09	<i>Folgen entzündlicher Krankheiten des Zentralnervensystems</i>
I69.–	<i>Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit</i>
O94	<i>Folgen von Komplikationen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett</i>
T90 – T98	<i>Folgen von Verletzungen, Vergiftungen und sonstigen Auswirkungen äusserer Ursachen</i> Beachte: Hier ist kein Code für äussere Ursachen (V – Y) anzugeben.

Folgezustände-Diagnosen werden nicht mit einem Code der initialen akuten Krankheit abgebildet, z.B. wird ein Folgezustand nach Poliomyelitis mit *B91 Folgezustände der Poliomyelitis* und nicht mit *A80.– Akute Poliomyelitis* kodiert.

Beispiel 1

Behandlung einer Dysphasie nach zerebralem Infarkt.

R47.0 Dysphasie und Aphasie

I69.3 Folgen eines Hirninfarktes

Beispiel 2

Behandlung Narbenkeloid am Thorax nach Verbrennungen.

L91.0 Hypertrophie Narbe

T95.1 Folgen einer Verbrennung, Verätzung oder Erfrierung des Rumpfes

Beispiel 3

Behandlung Sterilität, bedingt durch tuberkulöse Salpingitis vor zehn Jahren.

N97.1 Sterilität tubaren Ursprungs bei der Frau

B90.1 Folgezustände einer Tuberkulose des Urogenitalsystems

Wird ein Patient dagegen beispielsweise zu einer Sehnenoperation bei einem vor zwei Wochen stattgefundenen Sehnenriss im Fingerbereich aufgenommen, ist dies nicht als «Folgeerscheinung» zu kodieren, da der Riss immer noch behandelt wird.

D07g Geplante Folgeeingriffe

Bei einer Aufnahme zu einer zweiten oder weiteren Operation nach einem Ersteingriff, die zum Zeitpunkt des Ersteingriffes im Rahmen der Gesamtbehandlung bereits als Folgeeingriff vorgesehen/geplant war, wird die ursprüngliche Krankheit oder Verletzung kodiert, selbst wenn sie nicht mehr vorhanden ist, gefolgt von einem zutreffenden Kode aus Kapitel XXI (z.B. ein Kode aus Z47.– *Andere orthopädische Nachbehandlung* oder Z43.– *Versorgung künstlicher Körperöffnungen*), der zusammen mit dem entsprechenden Kode für die Prozedur dies als Folgeeingriff anzeigt.

Beispiel 1

Ein Patient wird zur geplanten Rückverlagerung eines Kolostomas, das bei einer früheren Operation wegen einer Sigmadivertikulitis angelegt wurde, aufgenommen. Die Sigmadivertikulitis ist abgeheilt.

HD K57.32 Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung
ND Z43.3 Versorgung eines Kolostomas

Beispiel 2

Eine Patientin wird ein Jahr nach einer rechten Femurfraktur zur Plattenentfernung hospitalisiert.

HD S72.3 Fraktur des Femurschaftes
L 1
ND Z47.0 Entfernen einer Metallplatte oder einer anderen inneren Fixationsvorrichtung

Beispiel 3

Status nach Verschluss einer Lippen-Gaumenspalte 2002. Aktuell Hospitalisation zum Restlochverschluss und Korrektur einer Rhinolalie aperta bei velopharyngealer Insuffizienz.

HD Q37.0 Spalte des harten Gaumens mit beidseitiger Lippenspalte
L 0
ND Z48.8 Sonstige näher bezeichnete Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff

Beispiel 4

Ein Patient wird an einer Läsion der rechten Rotatorenmanschette operiert. Man nützt die Gelegenheit, ihm ein Jahr nach einer rechten Unterarmfraktur das Osteosynthesematerial zu entfernen.

HD M75.1 Läsionen der Rotatorenmanschette
L 1
ND S52.6 Distale Fraktur der Ulna und des Radius, kombiniert
L 1
ND Z47.0 Entfernen einer Metallplatte oder einer anderen inneren Fixationsvorrichtung

Hier werden der Kode für den ursprünglichen Schweregrad der Weichteilverletzung sowie der Kode der äusseren Ursachen bei der Femurfraktur (Beispiel 2) und bei der Ulna- und Radiusfraktur (Beispiel 4) nicht angegeben, da diese schon beim ersten Aufenthalt kodiert wurden (siehe auch S2000).

Beachte:

1) Geplante Folgeeingriffe einer Krankheit/Verletzung sind zu unterscheiden von der Behandlung einer Folgeerscheinung/Komplikation der ursprünglichen Krankheit/Verletzung oder der ursprünglichen Operation.

Beispiel 5

Verschluss einer Lippen-Gaumenspalte vor 3 Wochen. Aktuell Hospitalisation zur Behandlung einer Wunddehiszenz.

HD T81.3 Aufreissen einer Operationswunde, anderenorts nicht klassifiziert

Beispiel 6

Wegen Schmerzen wird nach 4 Monaten das Osteosynthesematerial am Unterarm entfernt.

HD T84.8 Sonstige Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate

2) Eine Narbenrevision wird gemäss Regel S1201g «Plastische Chirurgie» und Regel D06c «Folgezustände» Beispiel 2 kodiert.

D08a Sich anbahnende oder drohende Krankheit

Wenn eine drohende oder sich anbahnende Krankheit in der Krankenakte dokumentiert aber während des Spitalaufenthalts nicht aufgetreten ist, muss in den ICD-10-Verzeichnissen festgestellt werden, ob die Krankheit dort als sich «anbahnend» oder «drohend» unter dem Hauptbegriff oder eingerückten Unterbegriff aufgeführt ist.

Wenn in den ICD-10-Verzeichnissen solch ein Eintrag existiert, dann ist die dort angegebene Schlüsselnummer zuzuordnen. Wenn solch ein Eintrag nicht existiert, dann wird die Krankheit, die als sich «anbahnend» oder «drohend» beschrieben wurde, nicht kodiert.

Beispiel 1

*Ein Patient wird mit sich anbahnender Gangrän des rechten Beins aufgenommen, welche während des Spitalaufenthalts aufgrund sofortiger Behandlung **nicht** auftritt; es hat sich eine Ulzeration entwickelt.*

Einen Eintrag «Gangrän, sich anbahnend oder drohend» gibt es in den ICD-10-Verzeichnissen nicht, und folglich ist dieser Fall anhand der zugrunde liegenden Krankheit zu kodieren, z.B. als Atherosklerose der Extremitätenarterien mit Ulzeration.

HD 170.24 Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration

L 1

Für wenige Diagnosen, die als «drohend» bezeichnet werden können, gibt die ICD-10-GM eine Kodierung vor, oder es finden sich entsprechende Hinweise in den ICD-10-Verzeichnissen. Für die Diagnose «Drohender Abort» zum Beispiel, gibt es *O20.0 Drohender Abort*. Die Diagnose «drohender Herzinfarkt» ist eingeschlossen in *den Kode I20.0 Instabile Angina pectoris*.

D09g Verdachtsdiagnosen

Verdachtsdiagnosen im Sinne dieser Kodierrichtlinie sind **unter anderem** Diagnosen, die am Ende eines stationären Aufenthaltes **weder sicher bestätigt, noch sicher ausgeschlossen** sind.

Es bestehen drei Möglichkeiten:

1. Verdachtsdiagnose wahrscheinlich

In den Fällen, in denen die vermutete Diagnose am Ende der Hospitalisierung wahrscheinlich bleibt **und als solche behandelt wird**, wird sie kodiert, als wäre sie bestätigt worden.

Beispiel 1 - Psychiatrie

Ein Vorschulkind wurde mit Verdacht auf ADHS aufgenommen. Die diagnostischen Kriterien konnten im Verlauf nicht ausreichend bestätigt werden. Eine psychotherapeutische und heilpädagogische Behandlung des ADHS wurde jedoch vorgenommen.

HD F90.0 Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung

2. Keine Diagnosestellung

Die vermutete Eintrittsdiagnose wird durch die Untersuchungen nicht bestätigt und **als solche nicht behandelt**, die Symptome sind nicht spezifisch und am Ende des Aufenthaltes steht keine definitive Diagnose fest. In solchen Fällen sind die Symptome zu kodieren.

Beispiel 2

Ein Kind wurde wegen rechtsseitiger Schmerzen im Unterbauch mit Verdacht auf Appendizitis aufgenommen. Die Untersuchungen während des stationären Aufenthaltes haben die Diagnose einer Appendizitis nicht bestätigt. Eine spezifische Behandlung der Appendizitis wurde nicht durchgeführt.

HD R10.3 Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches

3. Verdachtsdiagnose ausgeschlossen

Wurde die Verdachtsdiagnose, die bei Eintritt vermutet wurde, durch die Untersuchungen ausgeschlossen, **bestehen keine Symptome** und wurde keine andere Diagnose gestellt, ist ein Kode der Kategorie Z03.– *Ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen* zu wählen.

Beispiel 3

Ein Kleinkind wird von der Mutter mit einer leeren Tablettenschachtel gefunden. Der Verbleib des Inhaltes ist unklar. Bei dem Kind bestehen keine Symptome, es wird aber zur Beobachtung wegen des Verdachtes einer Medikamenteneingestion stationär aufgenommen. Im Verlauf zeigte sich kein Anhalt für eine Tabletteningestion.

HD Z03.6 Beobachtung bei Verdacht auf toxische Wirkung von aufgenommenen Substanzen

ND Keine

Beispiel 4 - Psychiatrie

Ein Patient wird in einer Krisensituation nach einem Autounfall fremdanamnestic als psychisch auffällig beschrieben. Er sei verwirrt und berichte zusammenhangslos. In der Akutsituation ist eine genaue Klärung der Umstände nicht möglich. Der Patient stimmt einer stationären Aufnahme zur Beobachtung und weiteren Abklärung zu. Im Verlauf zeigt sich kein Anhalt für eine akute Belastungsreaktion oder eine andere psychische Krankheit oder Verhaltensstörung.

HD Z03.2 Beobachtung bei Verdacht auf psychische Krankheiten oder Verhaltensstörungen

ND Keine

Kodierung einer Verdachtsdiagnose bei Verlegung in ein anderes Spital

Wenn ein Patient mit einer Verdachtsdiagnose verlegt wird, ist vom verlegenden Spital die Verdachtsdiagnose als «wahrscheinlich und als solche behandelt» (siehe unter 1.) zu kodieren. Vom verlegenden Spital dürfen zur Kodierung nur die zum Zeitpunkt der Verlegung erhältlichen Informationen verwendet werden. Spätere Informationen aus dem Spital, in welches der Patient verlegt wurde, dürfen die Kodierentscheidung nachträglich nicht beeinflussen.

Wird beispielsweise ein Patient mit der Verdachtsdiagnose bipolare Störung verlegt und der Fall vom verlegenden Krankenhaus als bipolare Störung kodiert, so ist die Schlüsselnummer für bipolare Störung vom verlegenden Krankenhaus nachträglich nicht zu ändern. Dies gilt auch dann, wenn vom zweitbehandelnden Spital der Entlassungsbericht zugesandt wird und sich daraus ergibt, dass der Patient laut Untersuchung keine bipolare Störung hatte.

D10g Chronische Krankheiten mit akutem Schub

Leidet ein Patient gleichzeitig an der chronischen und akuten Form **derselben** Krankheit, wie z.B. akute Exazerbation einer chronischen Krankheit, so wird die akute Form der Krankheit vor der chronischen Form kodiert, wenn es für die akute und chronische Form dieser Krankheit unterschiedliche Schlüsselnummern gibt (gilt für Hauptdiagnose und Nebendiagnosen).

Beispiel 1

Akuter Schub bei chronischer idiopathischer Pankreatitis ohne Organkomplikation.

K85.00 Idiopathische akute Pankreatitis, ohne Angabe einer Organkomplikation

K86.1 Sonstige chronische Pankreatitis

Beispiel 2 - Psychiatrie

Akute alkoholische Intoxikation bei chronischer Alkoholabhängigkeit.

F10.0 Akute Intoxikation (akuter Rausch)

F10.2 Alkohol-Abhängigkeitssyndrom

Ausnahmen:

Dieses Kriterium darf nicht verwendet werden, wenn:

- die ICD-10-GM für die Kombination eine eigene Schlüsselnummer vorsieht, z.B.:
*J44.1– **Chronische** obstruktive Lungenkrankheit mit **akuter** Exazerbation, nicht näher bezeichnet*
- die ICD-10-GM eine gegenteilige Anweisung gibt, z.B.:
*C92.0– **Akute** myeloblastische Leukämie*
*Exkl.: **Akute** Exazerbation einer **chronischen** myeloischen Leukämie (C92.1–)*
- die ICD-10-GM darauf hinweist, dass nur eine Schlüsselnummer erforderlich ist.
Zum Beispiel **weist das alphabetische Verzeichnis bei der Kodierung von** «akuter Schub bei chronischer mesenterialer Lymphadenitis» darauf hin, dass die **akute** Krankheit nicht getrennt kodiert werden muss, da sie in runden Klammern nach dem Hauptbegriff aufgeführt ist (d.h. als nicht wesentlicher Modifizierer):
*I88.0 Mesenteriale Lymphadenitis (**akut**) (**chronisch**)*

D11i Kombinationskodes

Ein einzelner Kode, der zur Klassifikation von zwei Diagnosen, einer Diagnose mit einer Manifestation oder einer mit ihr zusammenhängenden Komplikation verwendet wird, wird als «Kombinationskode» bezeichnet.

Bei der Suche im alphabetischen Verzeichnis ist der Hauptbegriff auf Modifizierer zu überprüfen und die Ein- und Ausschlusshinweise zum betreffenden Kode sind im systematischen Verzeichnis nachzulesen.

Der Kombinationskode ist nur dann zu verwenden, wenn der Kode die diagnostische Information vollständig wiedergibt und das alphabetische Verzeichnis eine entsprechende Anweisung gibt. Mehrfachkodierungen dürfen nicht verwendet werden, wenn die Klassifikation einen spezifischen Kombinationskode bereitstellt.

Beispiel 1

Arteriosklerose an den Extremitäten mit Gangrän.

I70.25 Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Gangrän

Nicht korrekt wäre die separate Kodierung:

I70.2- Atherosklerose der Extremitätenarterien

mit

R02.07 Gangrän, Nekrose der Haut und Unterhaut an Knöchelregion, Fuss und Zehen

D12] Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen (Komplikationen)

Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen (Komplikationen) werden nur kodiert, wenn sie in der ärztlichen Dokumentation als solche beschrieben und dokumentiert sind. Es gilt die Kodierregel zur Nebendiagnosendefinition (G54).

Folgende Aufzählung zeigt für die Kodierung zur Verfügung stehende Codes für Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen:

a. In den meisten Kapiteln der ICD-10-GM 2020 finden sich Codes für die spezifische Verschlüsselung von Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen, die diese Information bereits enthalten.

Z.B. L58.0 Akute Radiodermatitis, D61.1- Arzneimittelinduzierte aplastische Anämie, M81.4- Arzneimittelinduzierte Osteoporose, M87.1- Knochennekrose durch Arzneimittel, P03.2 Schädigung des Fetus und Neugeborenen durch Zangenentbindung, D90 Immunkompromittierung nach Bestrahlung, Chemotherapie und sonstigen immunsuppressiven Massnahmen, G25.1 Arzneimittelinduzierter Tremor, T85.53 Mechanische Komplikation durch Prothesen, Implantate oder Transplantate in den Gallenwegen etc.

Hinweis: Aufzählung nicht vollständig

b. Am Ende einiger Organkapitel finden sich zusätzlich folgende Kategorien, z.B.:

- E89.– Endokrine und Stoffwechselstörungen nach med. Massnahmen, a.n.k
- G97.– Krankheiten des Nervensystems nach med. Massnahmen, a.n.k
- H59.– Affektionen des Auges und der Augenanhangsgebilde nach med. Massnahmen, a.n.k
- H95.– Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes nach med. Massnahmen, a.n.k
- I97.– Kreislaukomplikationen nach med. Massnahmen, a.n.k
- J95.– Krankheiten der Atemwege nach med. Massnahmen, a.n.k
- K97.– Krankheiten des Verdauungssystems nach med. Massnahmen, a.n.k
- M96.– Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach med. Massnahmen, a.n.k
- N99.– Krankheiten des Urogenitalsystems nach med. Massnahmen, a.n.k

c. Im Kapitel XIX existieren die Kategorien T80 – T88 Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, anderenorts nicht klassifiziert, die eine genaue Bezeichnung des Organs/Organsystems und der Störung beinhalten können.

Z.B.: T80.5 Anaphylaktischer Schock durch Serum, T86.51 Nekrose eines Hauttransplantates, T82.1 Mechanische Komplikation durch ein kardiales elektronisches Gerät

Hinweis: Aufzählung nicht vollständig

d. Codes aus den Kapiteln der ICD-10-GM 2020 ohne spezifische Information/Bezeichnung, dass es sich um eine Erkrankung/Störung nach medizinischen Massnahmen (Komplikation) handelt. (In Tabelle «Beispiele für Kodierung von Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen»: Organkode ohne Begriff «nach medizinischen Massnahmen», Spalte 4).

Auswahl korrekter Codes:

- Alle 4 Möglichkeiten aus den oben angegebenen Paragraphen sind zu beachten.
- Es soll ein Code mit dem zutreffendsten Text gewählt werden.
- Unspezifische Codes sind zu meiden.
- Die Erkrankung/Störung nach medizinischen Massnahmen muss möglichst organbezogen und so spezifisch wie möglich verschlüsselt werden, d.h. der gewählte Code/die gewählte Kodekombination sollte die Pathologie, das betroffene Organ/Organsystem und die Komplikation beinhalten.

Existiert kein spezifischer Kode, der alle drei Parameter (z.B. Pathologie: "akute [...]itis" + organbezogen "Derma-" + Komplikation "nach Bestrahlung" wie z.B. L58.0 *Radiodermatitis*) beinhaltet, ist wie folgt vorzugehen:

- Zum Auffinden des korrekten Kodes im alphabetischen Verzeichnis unter dem Leitbegriff «Komplikation (bei) (durch) (nach) (wegen)» oder dem organspezifischen Krankheitskode **suchen** und anschliessend die Richtigkeit im systematischen Verzeichnis **überprüfen**.
- Die Kodes aus den Organkapiteln sind den Kodes *T80 – T88* vorzuziehen, ausser letztere beschreiben die Erkrankung spezifischer und enthalten genaue Hinweise auf die Art der Komplikation.
- Die Kodes «*andernorts nicht klassifiziert*» (*a.n.k.*) oder «*sonstige*» sind nur dann zu verschlüsseln, wenn kein spezifischerer Kode für die Erkrankung/Störung existiert oder dieser durch ein Exklusivum der ICD-10-GM 2020 ausgeschlossen ist.
- Um zu dokumentieren, dass es sich um eine Erkrankung bzw. Störung nach medizinischen Massnahmen handelt, wird zusätzlich ein Kode aus Kapitel XX (*Y57! – Y84!*) angegeben, wenn dem keine andere Kodierrichtlinie entgegen steht oder die Information nicht bereits im ICD-10-Kode selbst enthalten ist.
- In der Tabelle: «Beispiele für Kodierung von Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen» sind häufige Erkrankungen/Störungen nach medizinischen Massnahmen dokumentiert.

Hinweis: Tabelle nicht vollständig

Beachte:

Die ICD-10-GM 2020 enthält neue Anmerkungen unter den Kodes:

<i>T84.5</i>	<i>Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese</i>
<i>T84.6</i>	<i>Infektion und entzündliche Reaktion durch eine interne Osteosynthesevorrichtung [jede Lokalisation]</i>
<i>T84.7</i>	<i>Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate</i>
<i>M86.-</i>	<i>Osteomyelitis</i>
<i>M00.-</i>	<i>Eitrige Arthritis</i>

Es gelten folgende Kodiervorgaben bezüglich der oben genannten Kodes:

Beispiel 1

Implantatassoziierte Osteomyelitis durch Gelenkendoprothese

<i>HD</i>	<i>M86.-</i>	<i>Osteomyelitis</i>
<i>ZHD</i>	<i>Y84.9!</i>	<i>Zwischenfälle durch medizinische Massnahmen, n.n.bez.</i>
<i>ND</i>	<i>T84.5</i>	<i>Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese</i>

Hinweis: Aufgrund der in der ICD-10-GM 2020 erwähnten Exklusiva unter *M86.-* müssen Osteomyelitiden an einem Wirbel mit *M46.2-* und Osteomyelitiden am Kiefer mit *K10.2-* anstelle des *M86.-* abgebildet werden.

Beispiel 2

Implantatassoziierte Osteomyelitis durch interne Osteosynthesevorrichtung

<i>HD</i>	<i>M86.-</i>	<i>Osteomyelitis</i>
<i>ZHD</i>	<i>Y84.9!</i>	<i>Zwischenfälle durch medizinische Massnahmen, n.n.bez.</i>
<i>ND</i>	<i>T84.6</i>	<i>Infektion und entzündliche Reaktion durch eine interne Osteosynthesevorrichtung [jede Lokalisation]</i>

Hinweis: Aufgrund der in der ICD-10-GM 2020 erwähnten Exklusiva unter *M86.-* müssen Osteomyelitiden an einem Wirbel mit *M46.2-* und Osteomyelitiden am Kiefer mit *K10.2-* anstelle des *M86.-* abgebildet werden.

Beispiel 3

Implantatassoziierte Osteomyelitis durch sonstige orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate

<i>HD</i>	<i>M86.-</i>	<i>Osteomyelitis</i>
<i>ZHD</i>	<i>Y84.9!</i>	<i>Zwischenfälle durch medizinische Massnahmen, n.n.bez.</i>
<i>ND</i>	<i>T84.7</i>	<i>Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate</i>

Hinweis: Aufgrund der in der ICD-10-GM 2020 erwähnten Exklusiva unter *M86.-* müssen Osteomyelitiden an einem Wirbel mit *M46.2-* und Osteomyelitiden am Kiefer mit *K70.2-* anstelle des *M86.-* abgebildet werden.

Beispiel 4

Implantatassoziierte eitrige Arthritis **mit** Erregernachweis

HD	M00.-	Eitrige Arthritis
ZHD	Y84.9!	Zwischenfälle durch medizinische Massnahmen, n.n.bez.
ND	T84.5	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese
ND		Erreger gemäss Regel D04

Beispiel 5

Implantatassoziierte eitrige Arthritis **ohne** Erregernachweis

HD	M00.9-	Eitrige Arthritis, n.n.bez.
ZHD	Y84.9!	Zwischenfälle durch medizinische Massnahmen, n.n.bez.
ND	T84.5	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese

Beispiel 6

Periprotetische entzündliche Reaktion oder Infektion (mit oder ohne Erregernachweis) **ohne** Vorliegen einer Osteomyelitis und/oder eitrigen Arthritis

HD	T84.5	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese
oder	T84.6	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine interne Osteosynthesevorrichtung [jede Lokalisation]
oder	T84.7	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate
ZHD	Y84.9!	Zwischenfälle durch medizinische Massnahmen, n.n.bez.
ND		Erreger, falls bekannt

Beispiel 7

Implantatassoziierte Myositis nach Einsetzen eines Fixateur externe

HD	M60.8-	Sonstige Myositis
ZHD	Y84.9!	Zwischenfälle durch medizinische Massnahmen, n.n.bez.
ND	T84.6	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine interne Osteosynthesevorrichtung [jede Lokalisation]
ND		Erreger, falls bekannt

Verschiedene (weitere) Beispiele sind in der Tabelle «Beispiele für Kodierung von Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen» auf den folgenden Seiten aufgeführt.

Wahl der Haupt- oder Nebendiagnose im Kontext «nach medizinischen Massnahmen»

Tritt eine Erkrankung bzw. Störung nach medizinischen Massnahmen während des Spitalaufenthaltes auf, wird sie, entgegen der Definition der Hauptdiagnose, immer als **Nebendiagnose** kodiert, auch wenn sie sich letztlich als gravierender erweist als die Pathologie, auf welche sie zurückzuführen ist.

Beispiel 1

Bei einem Patienten, der sich wegen eines Zökumkarzinoms einer Hemikolektomie unterzogen hat, tritt drei Tage nach dem Eingriff eine Dehissenz der Hautnaht auf.

HD	C18.0	Bösartige Neubildung des Kolons, Zäkum
ND	T81.3	Aufreissen der Operationswunde, anderenorts nicht klassifiziert
ND	Y84.9!	Zwischenfälle durch medizinische Massnahmen, nicht näher bezeichnet

Eine Komplikation wird nur dann als **Hauptdiagnose** angegeben, wenn der Patient ausdrücklich wegen dieser Komplikation hospitalisiert wird.

Beispiele für Kodierung von Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen

1. In den Kapiteln: Organkode mit Begriff «nach medizinischen Massnahmen»	2. Am Ende mancher Kapitel	3. Kategorien T80 – T88	4. In den Kapiteln: Organkode ohne Begriff «nach medizinischen Massnahmen»	Präzise Kodierung
Proktitis nach Radiotherapie bei Blasenkarzinom				
K62.7 Strahlenproktitis	K91.88 Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems nach med. Massnahmen, a.n.k.	T88.8 Sonstige näher bezeichnete Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und med. Behandlung, a.n.k.	K62.8 Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Anus und des Rektums Proktitis o.n.A.	K62.7
Im Kode K62.7 ist die präzise Pathologie sowie die Ursache in einem Kode inbegriffen.				
Hypotonie nach Schmerzmittelgabe				
I95.2 Hypotonie durch Arzneimittel	I97.8 Sonstige Kreislaufkomplikationen nach med. Massnahmen, a.n.k.	T88.8 Sonstige näher bezeichnete Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und med. Behandlung, a.n.k.	I95.8 Sonstige Hypotonie	I95.2
Im Kode I95.2 ist die präzise Pathologie sowie die Ursache in einem Kode inbegriffen.				
Postoperative Lungenembolie nach Knöchelosteosynthese				
I26 – Lungenembolie Inkl. Postoperative Lungenembolie	I97.8 Sonstige Kreislaufkomplikationen nach med. Massnahmen, a.n.k.	T84.8 Sonstige Komplikationen durch orthopädische Implantate (Blutung, Embolie, Fibrose, Schmerzen, usw.)	I26 – Lungenembolie Inkl. Postoperative Lungenembolie	I26 – + Y
Im Inkl. des Kodes I26 – ist die postoperative Lungenembolie aufgeführt + Y beschreibt die Ursache.				
Tiefe Beinvenenthrombose nach Knieprothesenimplantation				
Ø	I97.8 Sonstige Kreislaufkomplikationen nach med. Massnahmen, a.n.k.	T84.8 Sonstige Komplikationen durch orthopädische Implantate (Blutung, Embolie, Fibrose, Schmerzen, usw.)	I80.28 Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger tiefer Gefässe der unteren Extremitäten	I80.28 + Y
I97.8 beschreibt «sonstige» Kreislaufkomplikationen. T84.8 beschreibt verschiedene Komplikationen: Blutung, Embolie, Thrombose, usw. I80.28 beschreibt die präzise Pathologie mit Lokalisation + Y beschreibt die Ursache.				
Wunddehiszenz nach Kaiserschnitt				
O90.0 Dehiszenz einer Schnitttenbindungswunde	Ø	T81.3 Aufreissen einer Operationswunde, a.n.k. Exkl. Kaiserschnittwunde (O90.0)	Ø	O90.0
Der Kode O90.0 beschreibt die Pathologie und die Ursache. T81.3 hat ein Exkl. auf O90.0.				

Beispiele für Kodierung von Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen

1. In den Kapiteln: Organkode mit Begriff «nach medizinischen Massnahmen»	2. Am Ende mancher Kapitel	3. Kategorien T80 – T88	4. In den Kapiteln: Organkode ohne Begriff «nach medizinischen Massnahmen»	Präzise Kodierung
Iatrogene Perforation des Colon descendens				
Ø	K91.88 Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems nach med. Massnahmen, a.n.k.	T81.2 Versehentliche Stich- oder Risswunde während eines Eingriffes, a.n.k.	K63.1 Perforation des Darmes (nicht traumatisch) oder S36.53 Verletzung des Colon descendens	S36.53 + Y
K91.88 beschreibt «sonstige» Komplikationen des Verdauungssystems. T81.2 beschreibt versehentliche Stich- oder Risswunde während eines Eingriffes, a.n.k. und ohne Lokalisation. K63.1 ist präzisiert als nicht traumatische Perforation. S36.53 beschreibt die präzise Verletzung und die Lokalisation + Y beschreibt die Ursache.				
Hautabszess an der Operationswunde nach Appendektomie				
Ø	K91.88 Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems nach med. Massnahmen, a.n.k.	T81.4 Infektion nach einem Eingriff, a.n.k.	L02.2 Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Rumpf	L02.2 + Y
K91.88 beschreibt «sonstige» Komplikationen am Verdauungssystem. T81.4 beschreibt eine Infektion a.n.k. und ohne Organbezug. L02.2 beschreibt die genaue Pathologie, das Organ + Y beschreibt die Ursache.				
Anästhesie bedingtes Delir				
F05.8 Sonstige Formen des Delirs Postoperatives Delir	G97.88 Sonstige Krankheiten des Nervensystems nach med. Massnahmen	T88.5 Sonstige Komplikationen infolge Anästhesie	F05.8 Sonstige Formen des Delirs Postoperatives Delir	F05.8 + Y
Unter dem Kode F05.8 ist das postoperative Delir aufgeführt + Y beschreibt die Ursache.				
Postoperativer Darmverschluss				
Ø	K91.3 Postoperativer Darmverschluss	T88.8 Sonstige näher bezeichnete Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen, a.n.k.	K56.– Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie Exkl.: Postoperativer Darmverschluss (K91.3)	K91.3
K91.3 beschreibt präzise die Komplikation und die Ursache. T88.8 beschreibt «sonstige Komplikationen» bei chirurgischen Eingriffen, a.n.k. K56.– hat ein Exkl. auf K91.3. Beachte: eine postoperative Darmträgheit wird nicht mit K91.3 Postoperativer Darmverschluss abgebildet, sondern mit K59.0 Sonstige funktionelle Darmstörung, Obstipation				
Iatrogener Pneumothorax				
Ø	J95.80 Iatrogener Pneumothorax	T81.2 Versehentliche Stich- oder Risswunde während eines Eingriffes, a.n.k.	J93.9 Pneumothorax, n.n.b. oder S27.0 Traumatischer Pneumothorax	J95.80
J95.80 beschreibt präzise die Pathologie und die Ursache.				

Beispiele für Kodierung von Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen

1. In den Kapiteln: Organkode mit Begriff «nach medizinischen Massnahmen»	2. Am Ende mancher Kapitel	3. Kategorien T80 – T88	4. In den Kapiteln: Organkode ohne Begriff «nach medizinischen Massnahmen»	Präzise Kodierung
Luxation einer Hüftgelenkendoprothese beim Aufstehen (z.B. vom Bett oder vom Stuhl)				
Ø	M96.88 Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach med. Massnahmen	T84.04 Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese des Hüftgelenks (Fehllage, Leckage, Verlagerung, usw.)	M24.45 Habituelle Luxation eines Gelenkes, Hüfte oder S73.0- Luxation der Hüfte	T84.04 + Y
M96.88 beschreibt «sonstige» Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems. T84.04 beschreibt eine mechanische Komplikation der Gelenkendoprothese. M24.45 beschreibt eine Pathologie eines Gelenkes, S73.0– beschreibt eine Luxation durch Trauma, einen Unfall.				
Aber: Luxation einer Hüftgelenkendoprothese durch Sturz z.B. von einer Leiter (= Unfall)				
Ø	Ø	T84.04 Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese des Hüftgelenks (Fehllage, Leckage, Verlagerung, usw.)	S73.0– Luxation der Hüfte	S73.0– + X
S73.0– beschreibt eine Luxation durch Trauma, durch einen Unfall (+ X59.9; für den Sturz + Z96.64 für das Vorhandensein der Prothese)				
Tiefes Hämatom im Gelenk nach Knieprothesenimplantation				
Ø	M96.88 Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach med. Massnahmen	T81.0 Blutung als Komplikation eines Eingriffes, a.n.k. Exkl: Blutung durch Prothesen, Implantate, Transplantate (T84.8)	M25.06 Hämarthros, Kniegelenk oder S80.0 Prellung des Knies	T84.8 + Y
M96.88 beschreibt eine «sonstige» Krankheit des Muskel-Skelett-Systems. T81.0 beschreibt eine Blutung a.n.k. und hat ein Exkl. auf T84.8. M25.06 beschreibt eine Pathologie des Kniegelenkes, S80.0 beschreibt ein Trauma, einen Unfall.				
Verlagerter Herzschrittmacher				
Ø	I97.8 Sonstige Kreislaufkomplikationen nach med. Massnahmen, a.n.k.	T82.1 Mechanische Komplikation durch ein kardiales elektronisches Gerät	Ø	T82.1 + Y
I97.8 beschreibt «sonstige» Kreislaufkomplikationen. T82.1 beschreibt eine mechanische Komplikation durch ein kardiales elektronisches Gerät.				
Peritonitis durch Peritonealdialysekatheter				
Ø	K91.88 Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems nach med. Massnahmen, a.n.k.	T85.71 Infektion und entzündliche Reaktion durch Katheter zur Peritonealdialyse	K65.0 Akute Peritonitis	T85.71 + Y
K91.88 beschreibt «sonstige» Komplikationen des Verdauungssystems. T85.71 beschreibt die Pathologie (Infektion) und den Katheter als Ursache. K65.0 beschreibt nur die Infektion, ein Y würde die Ursache beschreiben, aber nicht die präzise medizinische Massnahme (= den Katheter).				

Beispiele für Kodierung von Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen

1. In den Kapiteln: Organkode mit Begriff «nach medizinischen Massnahmen»	2. Am Ende mancher Kapitel	3. Kategorien T80 – T88	4. In den Kapiteln: Organkode ohne Begriff «nach medizinischen Massnahmen»	Präzise Kodierung
Blutung nach Prostataektomie				
Ø	N99.8 Sonstige Krankheiten des Urogenitalsystems nach med. Massnahmen	T81.0 Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, a.n.k.	N42.1 Kongestion und Blutung der Prostata	T81.0 + Y
N99.8 beschreibt «sonstige» Krankheiten des Urogenitalsystems nach medizinischen Massnahmen. T81.0 beschreibt Blutung als Komplikation, a.n.k., ist aber der präziseste Kode, da: N42.1 eine Blutung der Prostata beschreibt, die nicht mehr als solche vorhanden ist. Diese Kodierung gilt auch bei Blutung nach partieller Resektion der Prostata.				
Phlebitis am Vorderarm wegen Infusion durch Venenverweilkanüle				
Ø	I97.8 Sonstige Kreislaufkomplikationen nach med. Massnahmen, a.n.k.	T80.1 Gefässkomplikationen nach Infusion, Transfusion, Injektion zu therapeutischen Zwecken (Phlebitis, Thromboembolie, Thrombophlebitis)	I80.80 Phlebitis oberflächlicher Gefässe der oberen Extremitäten	T80.1 + Y
I97.8 beschreibt «sonstige» Kreislaufkomplikationen, a.n.k. T80.1 beschreibt in einem Kode präzise die Gefässkomplikation und die präzise Ursache. I80.80 beschreibt nur die Pathologie.				
Harnwegsinfekt unbestimmter Lokalisation bei Dauerkatheträger				
Ø	N99.8 Sonstige Krankheiten des Urogenitalsystems nach med. Massnahmen	T83.5 Infektion und entzündliche Reaktion durch Prothese, Implantat oder Transplantat im Harntrakt	N39.0 Harnwegsinfektion, Lokalisation n.n.b.	T83.5 + Y
N99.8 beschreibt «sonstige» Krankheiten des Urogenitalsystems. T83.5 beschreibt präzise die Infektion, die Lokalisation (Harntrakt) und die Ursache. N39.0 beschreibt nur die Pathologie.				
Intraoperativer Durariss mit sofortigem Verschluss abhängig von der Verletzungshöhe				
Ø	G97.88 Sonstige Krankheiten des Nervensystems nach med. Massnahmen	T81.2 Versehrte Stiche- oder Risswunde während eines Eingriffes, a.n.k.	S19.80 Verletzung zervikaler Rückenmarkshäute S29.80 Verletzung thorakaler Rückenmarkshäute S39.81 Verletzung lumbosakraler Rückenmarkshäute G96.0 Austritt von Liquor cerebrospinalis	S19.80 + Y S29.80 + Y S39.81 + Y T81.2 + Y
G97.88 beschreibt «sonstige» Krankheiten des Nervensystems. T81.2 beschreibt eine versehrte Stiche- oder Risswunde während eines Eingriffes a.n.k. Verletzung der Rückenmarkshäute: zervikal S19.80, thorakal S29.80, lumbosakral S39.81, zerebral T81.2. G96.0 beschreibt ein klinisches Krankheitsbild, ein Hypoliquorrhoe-Syndrom ohne Zusammenhang mit einer Operation.				
Knochen-/Knochenmarknekrose durch Arzneimittel				
M87.1- Knochennekrose durch Arzneimittel	M96.88 Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelettsystems nach medizinischen Massnahmen	T88.8 Sonstige näher bezeichnete Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, a.n.k.	M87.8- Sonstige Knochennekrose	M87.1-
Im Kode M87.1- ist die präzise Pathologie sowie die Ursache in einem Kode inbegriffen. Es ist das Exklusivum unter M87.- zu beachten				

D13a Syndrome

Wenn es für ein Syndrom einen spezifischen Code gibt, so ist dieser Code zu verwenden. Grundsätzlich ist dabei die Definition der Hauptdiagnose zu beachten, so dass bei einer im Vordergrund stehenden spezifischen Manifestation des Syndroms die Kodierung des Behandlungsanlasses zur Hauptdiagnose wird.

Beispiel 1

Ein dysmorphes Kind wird zur Syndromabklärung stationär aufgenommen. Die Untersuchungen bestätigen die Diagnose Trisomie 21, meiotische Non-disjunction (Down-Syndrom).

HD Q90.0 Trisomie 21, meiotische Non-disjunction

Beispiel 2

Ein Kind mit Trisomie 21, meiotische Non-disjunction (Down-Syndrom) wird wegen eines angeborenen Ventrikelseptumdefektes zur Herzoperation aufgenommen.

HD Q21.0 Ventrikelseptumdefekt

ND Q90.0 Trisomie 21, meiotische Non-disjunction

Existiert kein spezifischer Code für das Syndrom, so sind die einzelnen Manifestationen zu kodieren.

Bei einem angeborenen Syndrom ist ein zusätzlicher Code aus der Kategorie Q87.– *Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungssyndrome mit Beteiligung mehrerer Systeme* als Nebendiagnose zu den bereits kodierten Manifestationen anzugeben. Dieser zusätzliche Code dient als Hinweis, dass dies ein angeborenes Syndrom ist, dem kein spezifischer Code zugewiesen ist.

Beispiel 3

Ein Kind mit Galloway-Mowat-Syndrom (Kombination aus Mikrozephalie, Hiatushernie und nephrotischem Syndrom, autosomal-rezessiv vererbt) wird zur linken Nierenbiopsie aufgenommen. Histologisch finden sich fokale und segmentale glomeruläre Läsionen.

HD N04.1 Nephrotisches Syndrom mit fokalen und segmentalen glomerulären Läsionen

L 0

ND Q40.1 Angeborene Hiatushernie

ND Q02 Mikrozephalie

ND Q87.8 Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungssyndrome, anderenorts nicht klassifiziert

HB 55.23 Geschlossene [perkutane] [Nadel-] Biopsie an der Niere

L 2

Ausschliesslich in diesen Fällen werden die Nebendiagnosen, die das Syndrom beschreiben, auch unabhängig von der Nebendiagnosendefinition (Regel G 54) kodiert.

Syndrom als Nebendiagnose

Bei einer Hospitalisation für eine Syndrom-unabhängige Erkrankung (z.B. Appendizitis) wird das Syndrom als Nebendiagnose nur abgebildet, wenn die Nebendiagnosendefinition (Regel G 54) erfüllt ist.

Bei Syndromen ohne spezifischen Code werden von den verschiedenen Manifestationen nur diejenigen abgebildet, welche die Nebendiagnosendefinition (Regel G 54) erfüllen.

D14g Aufnahme zur Operation/Prozedur nicht durchgeführt

Wenn ein Patient für eine Operation/Prozedur stationär aufgenommen wird, die Operation aber nicht durchgeführt wird, ist je nach Situation wie folgt zu kodieren:

- Wenn die Operation/Prozedur aus technischen Gründen nicht durchgeführt wird:

Beispiel 1

Ein Patient wird zwecks Insertion von Paukenröhrchen bei Seromukotympanon im Rahmen einer beidseitigen chronischen mukösen Otitis hospitalisiert. Die Operation wird aus technischen Gründen verschoben.

HD H65.3 Chronische muköse Otitis media

L 0

ND Z53 Personen, die Einrichtungen des Gesundheitswesens wegen spezifischer Massnahmen aufgesucht haben, die aber nicht durchgeführt wurden

Beispiel 2 - Psychiatrie

Ein Patient wird zur Durchführung einer Elektrokrampftherapie aufgenommen. Die Intervention wird aus technischen Gründen verschoben.

HD F33.3 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode
mit psychotischen Symptomen

ND Z53 Personen, die Einrichtungen des Gesundheitswesens wegen spezifischer Massnahmen aufgesucht haben, die aber nicht durchgeführt wurden

- Wenn die Operation/Prozedur aufgrund einer anderen Krankheit nicht durchgeführt wird:

Beispiel 3

Eine Patientin mit Tonsillitis wird zur Tonsillektomie aufgenommen. Die Operation wird aufgrund einer akuten bilateralen Sinusitis frontalis verschoben, der Patient wird entlassen.

HD J35.0 Chronische Tonsillitis

ND Z53 Personen, die Einrichtungen des Gesundheitswesens wegen spezifischer Massnahmen aufgesucht haben, die aber nicht durchgeführt wurden

ND J01.1 Akute Sinusitis frontalis

L 0

Beispiel 4

Ein Patient mit Tonsillitis wird zur Tonsillektomie aufgenommen. Die Operation wird aufgrund einer Cholezystitis annulliert, der Patient bleibt zur Behandlung dieser Cholezystitis hospitalisiert.

HD K81.0 Akute Cholezystitis

ND –

Hier wird die Krankheit, die die Hospitalisation bedingt, die Hauptdiagnose.

Die chronische Tonsillitis erfüllt hier die Nebendiagnosendefinition nicht, somit wird sie nicht mehr kodiert.

Beispiel 5 - Psychiatrie

Eine Patientin wird aufgrund einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode, zur stationären Psychotherapie aufgenommen. Die geplante stationäre Psychotherapie kann aufgrund einer akuten Appendizitis nicht begonnen werden. Die Patientin wird in die Chirurgie verlegt.

HD F33.2 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode
ohne psychotische Symptome

ND Z53 Personen, die Einrichtungen des Gesundheitswesens wegen spezifischer
Massnahmen aufgesucht haben, die aber nicht durchgeführt wurden

ND K35.8 Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet

D15j Verlegungen*Verlegung zur Weiterbehandlung*

Wird ein Patient zur **Weiterbehandlung (Nachbehandlung)** in ein anderes Spital verlegt (unabhängig ob **akut-somatisch** oder **Rehabilitation/Rekonvaleszenz, Psychiatrie oder Spezialklinik**), so hat jedes Spital einen separaten Fall zu kodieren.

Als Hauptdiagnose kodiert das aufnehmende Spital die Grundkrankheit/Verletzung, welche die Indikation zur **Weiterbehandlung** darstellt, der Hauptanlass zur Verlegung war. Bei Vorliegen mehrerer möglicher Diagnosen wird die Wahl der Hauptdiagnose unter entsprechender Anwendung der Hauptdiagnosendefinition (Regel G 52) getroffen.

Die Tatsache, dass es eine **Nachbehandlung** ist, wird mit einem der folgenden Z-Kodes in der ersten Nebendiagnose abgebildet: Z47.– *Andere orthopädische Nachbehandlung*, Z48.– *Andere Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff*, Z50.–! *Rehabilitationsmassnahmen*, Z51.– *Sonstige medizinische Behandlung* oder Z54.–! *Rekonvaleszenz*.

Zur Kodierung aller übrigen Diagnosen sind die Kodierrichtlinien des Kodierungshandbuches anzuwenden.

Beachte: Kodes für äussere Ursachen werden nur einmal beim ersten stationären Aufenthalt/im ersten Spital kodiert.

Beispiel 1

Verlegung ins Spital B nach Osteosynthese einer Fraktur im Spital A.

Spital B kodiert:

HD	S-Kode	Fraktur
ND	Z47.8	Sonstige näher bezeichnete orthopädische Nachbehandlung

Beispiel 2

Verlegung ins Spital B nach Primärversorgung einer koronaren Herzkrankheit durch AC-Bypass im Spital A.

Spital B kodiert:

HD	I25.–	Chronische ischämische Herzkrankheit
ND	Z48.8	Sonstige näher bezeichnete Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff
ND	Z95.1	Vorhandensein eines aortokoronaren Bypasses

Beispiel 3

Verlegung in die Reha-Klinik nach Implantation einer Prothese wegen rechter Hüftarthrose im Regionalspital.

Reha-Klinik kodiert:

HD	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose
L	1	
ND	Z50.–!	Rehabilitationsmassnahmen
ND	Z96.64	Vorhandensein einer Hüftgelenkprothese
L	1	

Beispiel 4

Verlegung in die Reha-Klinik nach Revision einer rechten Hüftprothese wegen Lockerung im Regionalspital.

Reha-Klinik kodiert:

HD	T84.04	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese des Hüftgelenks
L	1	
ND	Z50.–!	Rehabilitationsmassnahmen

Beispiel 5

Patient kommt zum perkutanen Mitralklappenersatz ins Zentrumspital. Postoperativ manifestiert sich ein Hirninfarkt mit Hemisyndrom, wahrscheinlich aufgrund einer perioperativen Embolie. Zur **Weiterbehandlung des Hirninfarktes mit Hemisyndrom** wird der Patient ins Regionalspital verlegt, die Einstichstelle des Mitralklappenersatzes wird überwacht, die Fadenentfernung wird durchgeführt.

Zentrumspital kodiert:

HD Mitralklappeninsuffizienz
 ND Hirninfarkt durch Embolie
 ND Hemisyndrom
 ND Äussere Ursache

Regionalspital kodiert:

HD Hirninfarkt durch Embolie
 ND Hemisyndrom
 ND Z51.88 Sonstige näher bezeichnete medizinische Behandlung
 ND Mitralklappeninsuffizienz
 ND Z48.8 Sonstige näher bezeichnete Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff
 ND Z95.2 Vorhandensein einer künstlichen Herzklappe

Beachte:

Verlegt wird zur Weiterbehandlung des Hemisyndroms infolge des Hirninfarkts (beachte auch S0601).

Verlegung zur Behandlung

Wird ein Patient zur **Behandlung** in ein anderes Spital verlegt (z.B. weil sich im betreffenden Spital keine zutreffenden Spezialisten finden), so hat jedes Spital einen separaten Fall zu kodieren.

Als Hauptdiagnose kodiert das aufnehmende Spital die Grundkrankheit/Verletzung, welche die Indikation zur **Behandlung** darstellt. Bei Vorliegen mehrerer Diagnosen wird die Wahl der Hauptdiagnose unter entsprechender Anwendung der Hauptdiagnosendefinition (Regel G52) getroffen.

Beispiel 1

Patient kommt mit Unterschenkelfraktur und Halswirbelfraktur ins Spital A. Die Unterschenkelfraktur wird operiert, die diagnostizierte Halswirbelfraktur wird mit dem Halskragen stabilisiert (temporäre Massnahme, keine «definitive» Behandlung). Dann wird der Patient **zur Behandlung** (Operation) der Halswirbelfraktur ins Zentrumspital verlegt.

Spital A kodiert:

HD Unterschenkelfraktur
 ZHD Äussere Ursache
 ND Halswirbelfraktur

Zentrumspital kodiert:

HD Halswirbelfraktur (= Behandlung)
 ND Unterschenkelfraktur (= Weiterbehandlung)
 ND Z47.8 Sonstige näher bezeichnete orthopädische Nachbehandlung

Der Z-Code wird zur **Weiterbehandlung** der Unterschenkelfraktur abgebildet und nicht zur **Behandlung** der Halswirbelfraktur.

Beispiel 2

Patient kommt mit Unterschenkelfraktur ins Spital A. Nach Gipsschienen-Anlage wird er zur Behandlung (Operation) sofort ins Zentrumspital verlegt.

Spital A kodiert:

HD Unterschenkelfraktur
 ZHD Äussere Ursache

Zentrumspital kodiert:

HD Unterschenkelfraktur

Es wird kein Z-Code abgebildet, da es eine **Behandlung** und keine Weiterbehandlung ist.

Beachte:

Kodes für äussere Ursachen werden nur beim ersten stationären Aufenthalt kodiert.

Wird ein Patient von der Psychiatrie in die Akutsomatik verlegt, wird in der Psychiatrie die Pathologie, die Grund der Verlegung ist, als Nebendiagnose abgebildet.

Beispiel 3 - Psychiatrie

Ein Patient ist wegen einer Schizophrenie in der Psychiatrie behandelt. Während des Aufenthaltes entwickelt der Patient ein akutes Abdomen. Er wird ins Akutspital verlegt, dort wird die Diagnose einer akuten Cholezystitis als Ursache für die Symptomatik gestellt. Die Schizophrenie wird weiter behandelt.

Psychiatrische Klinik kodiert:

HD F20.– Schizophrenie
ND R10.0 Akutes Abdomen

Akutspital kodiert:

HD K81.0 Akute Cholezystitis
ND F20.– Schizophrenie

Wird ein Patient von der Akutsomatik in die Psychiatrie verlegt, kodiert die psychiatrische Klinik einen unabhängigen Fall mit dem Hauptanlass zur Verlegung als Hauptdiagnose, sofern nach Regel G52 zutreffend, zusätzliche Nebendiagnosen gemäss der Nebendiagnosendefinition G54.

Beispiel 4 - Psychiatrie

Patientin wird wegen Suizidversuch mit Schnittverletzungen am Unterarm bei schwerer Depression mit psychotischen Symptomen im Akutspital behandelt. Verlegung in die Psychiatrie zur Behandlung der Depression nach Verheilung der Schnittwunde.

Akutspital kodiert:

HD S55.7 Verletzung mehrerer Blutgefässe in Höhe des Unterarms
ZHD X84.9! Absichtliche Selbstbeschädigung
ND F32.3 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
HB Die Wundversorgung

Psychiatrische Klinik kodiert:

HD F32.3 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
HB 94.A1.24 HoNOS 2: Absichtliche Selbstverletzung: HoNOS 2, Stufe 4

Verlegung zur Behandlung ins Zentrumspital mit Rückverlegung ins Primärspital

Als Beispiel für Verlegung zur Auftragsdiagnostik/-therapie:

Ein Patient mit akutem Myokardinfarkt wird nach der Aufnahme im Primärspital zur Koronarographie und Stentversorgung vorübergehend ins Zentrumspital verlegt. Je nachdem, ob die Behandlung im Zentrumspital **ambulant** (Beispiel 1) oder **stationär** (Beispiel 2) erfolgt, ist unterschiedlich zu kodieren.

Beispiel 1

Der Myokardinfarktpatient erhält im Zentrumspital eine **ambulante** Abklärung und PTCA (1 Gefäss / 1 Metallstent), er wird innert Stunden zurück verlegt.

Primärspital kodiert:

HD I21.– Akuter Myokardinfarkt
HB 00.66.-- (auswärts!) Perkutane transluminale Koronarangioplastik (PTCA)
NB 00.40 (auswärts!) Massnahme an 1 Gefäss
NB 36.08.11 (auswärts!) Implantation perkutan-transluminale von Stents ohne Medikamenten-Freisetzung, in einer Koronararterie

Zentrumspital: keine Kodierung²

¹ Die extern erbrachte Leistung wird in der Medizinischen Statistik in einem Zusatzfeld (Variable 4.3.V016) erfasst.

² Siehe «Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG».

Beispiel 2

Der Myokardinfarktpatient bleibt 36 Stunden **stationär** im Zentrumspital zur Abklärung und PTCA (1 Gefäss / 1 Metallstent), er wird dann zurück verlegt.

Primärspital kodiert als HD für seinen ersten Aufenthalt:

HD I21.– Akuter Myokardinfarkt

Zentrumspital kodiert:

HD I21.– Akuter Myokardinfarkt

HB 00.66.-- Perkutane transluminale Koronarangioplastik (PTCA)

NB 00.40 Massnahme an 1 Gefäss

NB 36.08.11 Implantation perkutan-transluminal von Stents ohne Medikamenten-Freisetzung, in einer Koronararterie

Primärspital kodiert als HD für seinen zweiten Aufenthalt:

HD I21.– Akuter Myokardinfarkt

ND Z48.8 Sonstige näher bezeichnete Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff

ND Z95.5 Vorhandensein eines Implantates oder Transplantates nach koronarer Gefässplastik

Sofern beide Aufenthalte im Primärspital gemäss Abrechnungsregeln mittels einer Fallpauschalen (DRG) oder einer psychiatrischen Kostengruppe (PCG) abgerechnet werden, sind die Diagnosen und Prozeduren beider Aufenthalte zunächst separat zu kodieren.

Eine allfällige Fallzusammenführung erfolgt gemäss den Abrechnungsregeln von SwissDRG und TARPSY. Näheres siehe unter: «Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG» oder unter TARPSY, und «Klarstellungen und Fallbeispiele zu den Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG» oder unter TARPSY.

Verlegung eines gesunden Neugeborenen

Bei Verlegung von Mutter und Neugeborenem zur Behandlung oder Weiterbehandlung der **kranken Mutter** mit ihrem **gesunden Neugeborenen** wird im zweiten Spital für das Neugeborene ein Fall eröffnet.

Das **Gewicht bei Eintritt** ins zweite Spital wird unter Variable 4.5.V01 eingetragen.

Als Hauptdiagnose wird für das Neugeborene

Z51.88 Sonstige näher bezeichnete medizinische Behandlung

kodiert.

Beachte: Es handelt sich in oben angegebener Situation um ein **gesundes Neugeborenes**.

In oben beschriebener Ausnahmesituation ist vom **ersten (verlegenden) Spital/Geburtschaus** in der **Austrittsvariablen:**

1.5.V03 die Ziffer «8 = andere» im Fall des Neugeborenen abzubilden.

Die Ziffer «6=anderes Spital» wird nicht für gesunde **Begleitpersonen** (im oberen Absatz: **gesundes**, nicht behandlungsbedürftiges Neugeborenes) verwendet.

Vom **aufnehmenden Spital** wird für den Eintritt des gesunden Neugeborenen

Variable 1.2.V02 Ziffer «6 = anderes Krankenhaus (Akutspital) oder Geburtschaus» angegeben, gefolgt von der entsprechenden Variablen

1.2.V03 (Eintrittsart).

Bei Verlegung/Übertritt einer **gesunden Mutter mit gesundem Neugeborenen** aus dem Spital in das Geburtschaus zur Weiterbetreuung werden folgende Variablen gewählt:

Verlegendes Spital:

Mutter: 1.5.V03 Ziffer «6 = anderes Krankenhaus (Akutspital) oder Geburtschaus»

Neugeborenes: 1.5.V03 Ziffer «8 = andere»

Aufnehmendes Spital/Geburtschaus:

Mutter: 1.2.V02 Ziffer «6 = anderes Krankenhaus (Akutspital) oder Geburtschaus»

Neugeborenes: 1.2.V02 Ziffer «6 = anderes Krankenhaus (Akutspital) oder Geburtschaus»

Zu den möglichen DRG, siehe auch «Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter Swiss- DRG».

D16i Wahl der Hauptdiagnose bei Rehospitalisationen innerhalb von 18 Tagen wegen Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen

Diese besondere Kodierungsrichtlinie ist eine **Abrechnungsregel** gemäss SwissDRG und steht damit **über** den allgemeinen und speziellen Kodierrichtlinien des Kodierungshandbuches. Diese Regel hat zum Ziel, dass auch Wiederaufnahmen aufgrund einer Komplikation aus einer vorangehenden Spitalbehandlung zu einer Fallzusammenführung führen.

Wird ein Patient infolge einer Erkrankung bzw. Störung nach medizinischen Massnahmen in Zusammenhang mit der im Voraufenthalt erbrachten Leistung innerhalb **18 Tagen seit Austritt** (siehe Abrechnungsregeln) in dasselbe Spital stationär wieder aufgenommen (Wiedereintritt oder Rückverlegung), ist zu bedenken: sowohl die Hauptdiagnose, wie auch eine Nebendiagnose der ersten Hospitalisation kann eine Erkrankung bzw. Störung nach medizinischen Massnahmen verursachen und Anlass zur Rehospitalisation geben. Die Grundkrankheit/Verletzung, deren Behandlung die Ursache dieser Erkrankung bzw. Störung nach medizinischen Massnahmen ist, wird als Hauptdiagnose und die Erkrankung bzw. Störung nach medizinischen Massnahmen als Nebendiagnose kodiert. Die Kodierung wird so beibehalten, selbst wenn keine Fallzusammenführung erfolgt.

Beispiel 1

Eine Patientin wird mit einer Luxation ihrer rechten Hüftprothese, die vor 20 Tagen wegen primärer Koxarthrose implantiert wurde, hospitalisiert (Austritt vor 10 Tagen).

HD	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose
L	1	
ND	T84.04	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese des Hüftgelenks
L	1	
ND	Y84.9!	Zwischenfälle durch medizinische Massnahmen, nicht näher bezeichnet

Beispiel 2

Wegen einer Sigmadivertikulitis vor 3 Wochen wurde eine Sigmoidektomie mit Kolostomie vorgenommen. Der Patient verliess das Spital vor 12 Tagen und tritt heute wegen Funktionsstörung seines Kolostomas ein.

HD	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung
ND	K91.4	Funktionsstörung nach Kolostomie oder Enterostomie

Beispiel 3

Nach Osteosynthese einer rechten Femurfraktur (HD im ersten Aufenthalt) und einer rechten Daumenfraktur tritt der Patient nach 2 Wochen wegen Infekt des OS-Materials am Daumen wieder ein.

HD	S62.5–	Fraktur des Daumens
L	1	
ND	T84.6	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine interne Osteosynthesevorrichtung
L	1	
ND	Y84.9!	Zwischenfälle durch medizinische Massnahmen, nicht näher bezeichnet

Beispiel 4

1. Hospitalisation:

Cholelithiasis und Cholezystektomie, danach Komplikation mit postoperativem Ileus, Darm-Teilresektion und Anastomose.

HD	K80.2–	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis
ND	K91.3	Postoperativer Darmverschluss

2. Hospitalisation:

Intestinale Anastomoseninsuffizienz.

Die Rehospitalisation innert 18 Tagen erfolgte zur Behandlung einer Komplikation der Ileusoperation. Die Anastomoseninsuffizienz ist eine «Komplikation der Komplikation» des 1. Aufenthaltes; die als HD zu kodierende Grundkrankheit ist also die Komplikation (K91.3).

HD	K91.3	Postoperativer Darmverschluss
ND	K91.83	Insuffizienzen von Anastomosen und Nähten nach Operationen am sonstigen Verdauungstrakt

In dieser Situation findet keine Fallzusammenführung statt, da nicht die gleiche MDC erreicht wird.

Allgemeine Kodierrichtlinien für Prozeduren P00 – P11

P00g Erfassung der Prozedur im medizinischen Datensatz

Zu jeder erfassten Prozedur sind anzugeben:

- **Hauptbehandlung:** das Behandlungsdatum + der Behandlungsbeginn (Uhrzeit) (Variable 4.3.V015).
- **Nebenbehandlungen:** die Behandlungsdaten (Variablen 4.3.V025, 4.3.V035, usw.).
- Die **Seitigkeit/Lateralität** bei Eingriffen an paarigen Organen und Körperteilen ist im medizinischen Datensatz anzugeben. Variable 4.3.V011 für die Hauptbehandlung, Variablen 4.3.V021, 4.2.V031, 4.2.V041, usw. für die Nebenbehandlungen.

Folgende Ziffern werden erfasst:

- 0 = Beidseitig
- 1 = Einseitig rechts
- 2 = Einseitig links
- 3 = Einseitig unbekannt
- 9 = Unbekannt
- leer = Frage stellt sich nicht

Entsprechende CHOP-Kodes sind **in der CHOP mit [L]** gekennzeichnet. Diese Information ist eine Kodierhilfe, da die Kennzeichnung nicht vollständig ist. Weiter sind einige Prozeduren mit einem [L] gekennzeichnet, obwohl sie nicht immer eine Seitenangabe erfordern. In diesen Fällen sind die Variablen 4.3.V011, 4.3.V021, usw. leer zu lassen. Diese Situation ist der Tatsache geschuldet, dass gewisse Kodes Verfahren an Lokalisationen **mit oder ohne** erforderlicher Seitigkeitsangabe einschliessen.

- **Externe ambulante Behandlungen:** erhält ein stationärer Patient externe ambulante Leistungen (MRI, Dialyse, Chemotherapie), werden diese beim stationären Fall kodiert und mit dem speziellen Item «ambulante Behandlung auswärts» (Variablen 4.3.V016, 4.3.V026, 4.3.V036, usw.) gekennzeichnet.

P01i Prozeduren, die kodiert werden müssen

- 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 in direktem 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.*

P02g Prozeduren, die nicht kodiert werden

- **Prozeduren, die routinemässig** bei den meisten Patienten mit einer bestimmten Erkrankung durchgeführt werden, da sich der Aufwand für diese Prozeduren in der Diagnose oder in den anderen angewendeten Prozeduren widerspiegelt. Wurde keine signifikante Prozedur erbracht, ist kein CHOP-Kode abzubilden.

Zum Beispiel:

- Röntgenaufnahme und Gipsverband bei Radius-Fraktur (Colles)
- Konventionelle Röntgenuntersuchungen, z.B. Routine-Thoraxröntgen
- EKG (Ruhe-, Langzeit-, Belastungs-EKG)
- Routinemassnahmen bei Neugeborenen (z.B. Hörtest, Schädelsonographie)
- Blutentnahme und Laboruntersuchungen
- Aufnahme-, Kontrolluntersuchungen
- Medikamentöse Therapien mit Ausnahme von:
 - Medikamentöse Therapien bei Neugeborenen, sofern es einen spezifischen CHOP-Kode gibt
 - Zytostatikatherapien, Immuntherapien, Thrombolyse, Gerinnungsfaktoren, Blutprodukte
 - hochteure Medikamente, sofern es einen spezifischen CHOP-Kode gibt
- Einzelne Komponenten einer Prozedur: Vorbereitung, Lagerung, Anästhesie (inkl. Intubation) oder Analgesie, Wundverschluss, sind in der Regel in einem Operationscode abgebildet.
- **Prozeduren, die in direktem Zusammenhang** mit einer operativen Prozedur stehen.

Beispiel 1

Es wird im Rahmen einer PTCA eine Koronarangiographie gemacht.

Hier wird die koronare Arteriographie nicht kodiert.

Beispiel 2 – Psychiatrie

Eine Anästhesie bei einer Elektrokrampftherapie ist im Code enthalten und wird nicht gesondert kodiert.

Ausnahmen:

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

Beispiel 3

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

HB 99.25.5- Chemotherapie

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

- **Eingriffsverwandte diagnostische Massnahmen**, die in derselben Sitzung durchgeführt werden und in der Regel Bestandteil der Operation sind, werden nicht gesondert kodiert (es sei denn, es ist in der CHOP anders geregelt).
Z.B.: Die diagnostische Arthroskopie vor arthroskopischer Menishektomie wird nicht zusätzlich verschlüsselt.
- **Postmortale Prozeduren** werden nicht kodiert (mit dem Tod endet der Fall). Dies gilt auch für Obduktionen.

P03c Endoskopie und endoskopische Eingriffe

Endoskopische Eingriffe (d.h. laparoskopisch, endoskopisch, arthroskopisch) sind mit dem spezifischen Kode für den endoskopischen Eingriff zu kodieren, falls ein solcher Kode existiert. Eine Erweiterung des Zuganges (Mini-Arthrotomie, Mini-Laparotomie, usw., z.B. zur Entfernung des Endobags, eines Dickdarm-Segmentes oder einer Gelenkmaus) wird nicht zusätzlich kodiert.

Beispiel 1

Laparoskopische Cholezystektomie.

51.23 Laparoskopische Cholezystektomie

Wird ein laparoskopischer, endoskopischer, arthroskopischer Eingriff nicht durch einen spezifischen Kode beschrieben, so wird der Kode für den konventionellen (offenen) Eingriff zuerst kodiert, gefolgt von dem entsprechenden Kode für die Endoskopie, ausser wenn die Endoskopie bereits in einem begleitenden Prozedurenkode enthalten ist.

Panendoskopien (Endoskopie mehrerer Lokalisationen) sind nach dem am weitesten eingesehenen oder tiefst gelegenen Gebiet zu kodieren.

Beispiel 2

Eine Ösophagogastroduodenoskopie mit Biopsien an einer oder mehrerer Stellen von Oesophagus, Magen oder Duodenum wird kodiert als
45.16 Ösophagogastroduodenoskopie [EGD] mit geschlossener Biopsie

Beispiel 3

Eine Pharyngo-Tracheo-Bronchoskopie wird kodiert als

33.22 Flexible Tracheobronchoskopie

Beispiel 4

Eine Panendoskopie bei Abklärung Hypopharynxkarzinom (Endoskopie von zwei Organsystemen) wird kodiert als

33.22 Flexible Tracheobronchoskopie

42.23 Sonstige Ösophagoskopie

P04i Kombinationseingriffe/Komplexe Operationen

- Eingriffe sind möglichst mit einem Kode (monokausale Kodierung) abzubilden. Es gibt Kodes für kombinierte Eingriffe, bei denen mehrere einzeln durchführbare Eingriffe in einer Sitzung vorgenommen werden. Sie sind dann zu verwenden, wenn sie den kombinierten Eingriff vollständig beschreiben und die Kodierrichtlinien bzw. die Hinweise in der CHOP nichts anderes vorschreiben.

Beispiel 1

28.3.-- Tonsillektomie **mit** Adenoidektomie

Beispiel 2

52.51.10 Proximale Pankreatektomie, pyloruserhaltend (Operation nach **Whipple**)
oder

52.51.31 Pankreatikoduodenale Resektion mit Teilresektion des Magens, nicht pyloruserhaltend (Operation nach **Whipple**)

Beispiel 3

77.51 Plastische Rekonstruktion bei Hallux valgus und rigidus **mit** Exostosenresektion, Weichteilkorrektur und Osteotomie am Os metatarsale I

- Gibt es keinen spezifischen Kode, der eine Operation beschreibt, die aus mehreren unterschiedlichen Komponenten besteht, ist jeder Kode anzugeben, der die entsprechenden Komponenten beschreibt.

Beispiel 4

Ein Patient **muss sich** einer totalen Gastrektomie mit Resektion des grossen Netzes und der Lymphknoten der Magenregion **unterziehen**.

43.99.99 Sonstige totale Gastrektomie, sonstige

40.3X.-- Exzision von regionalen Lymphknoten

54.4X.-- Exzision oder Destruktion von Peritonealgewebe

Bei Gewebeentnahmen (z.B. Knochen, Muskel, Sehne) anderer Lokalisation als die der durchgeführten Operation, sind diese separat abzubilden, sofern es nicht schon im Operationskode inbegriffen ist.

Beispiele:

- Spongiosa-Entnahme **am Becken** bei Osteosynthese am **Oberarm**: zusätzlich kodieren.
- Sehnen-Entnahme im Kode inbegriffen: z.B. 81.45.12 Rekonstruktion des vorderen Kreuzbandes mit Semitendinosus- und/oder Gracilissehne, arthroskopisch.
- Lappen-Entnahme im Kode inbegriffen: z.B. 85.K4.11 Mammoplastik mit Deep inferior epigastric perforator flap (DIEP).
- Zum Teil beinhaltet die CHOP spezielle Hinweise («kodiere ebenso»), dass einzelne Komponenten zusätzlich kodiert werden müssen.

Beispiel 5

39.75.-- Perkutan-transluminale Gefässintervention, sonstige Gefässe

Kodiere ebenso: Anatomische Lokalisation von gewissen vaskulären Interventionen (00.4B)

- Zusammengehörige Kodes werden untereinander aufgelistet.
Z.B.: Koronarangioplastik + Stents + Anzahl von Gefässen, usw.

P05a Unvollständig durchgeführte Eingriffe

Eine Operation wird nur dann als solche kodiert, wenn sie bis zum Ende oder nahezu vollständig durchgeführt wurde. Muss eine Operation aus irgendeinem Grund abgebrochen werden oder kann sie nicht vollendet werden, ist wie folgt zu kodieren:

- Wenn bei einem laparoskopischen/endoskopischen/arthroskopischen Verfahren auf «offen chirurgisch» gewechselt wird oder gewechselt werden muss, wird nur die offene chirurgische Prozedur kodiert.

Beispiel 1

Laparoskopische Cholezystektomie mit Umsteigen auf die offen chirurgische Methode.

51.22.– – Cholezystektomie

- Bei abgebrochenen Eingriffen wird nur der ausgeführte Teil der Operation kodiert.

Beispiel 2

Wenn bei einer Appendektomie nach der Laparotomie der Eingriff wegen eines Herzstillstandes abgebrochen werden musste, wird nur die Laparotomie kodiert.

54.11 Probepaparotomie

Beispiel 3

Muss die Ösophagektomie bei einem Ösophagus-Ca vor der Präparation des Ösophagus wegen Inoperabilität abgebrochen werden, wird nur die durchgeführte Thorakotomie kodiert.

34.02 Probethorakotomie

P06j Mehrfach durchgeführte Prozeduren

Die Prozedurenkodierung soll, soweit möglich, den Aufwand widerspiegeln. Deswegen sind allgemein multiple Prozeduren so oft zu kodieren, wie sie während der Behandlungsphase durchgeführt wurden, wie z.B. Osteosynthese von Tibia und Fibula, usw.

Ausnahmen:

- Nur einmal während einer Sitzung zu kodieren sind zum Beispiel: multiple Exzisionen von Hautläsionen, multiple Biopsien oder ähnlich aufwändige «kleine» Prozeduren, wenn diese bzgl. der Lokalisation an gleicher Stelle kodierbar sind.

Beispiel 1

Eine Patientin wird zur Exzision von zehn Läsionen aufgenommen: eine bei rezidivierendem Basalzellkarzinom der Nase, zwei Läsionen bei Basalzellkarzinom am rechten Ohr, drei Läsionen bei Basalzellkarzinom am rechten Unterarm, drei Läsionen bei Keratosis solaris am Rücken und eine Läsion bei Keratosis solaris am linken Unterschenkel.

HD	C44.3	Basalzellkarzinom, Nase
ND	C44.2	Basalzellkarzinom, Ohr
L	1	
ND	C44.6	Basalzellkarzinom, Unterarm
L	1	
ND	C97!	Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen
ND	L57.0	Keratosis solaris
HB	21.32	Exzision und lokale Destruktion einer anderen Läsion an der Nase (für Basaliom Nase)
NB	18.31	Radikale Exzision einer Läsion am äusseren Ohr (für 2 Basaliome Ohr)
L	1	
NB	86.32.1E	Lokale Exzision von Läsion oder Gewebe an Haut und Subkutangewebe, mit primärem Wundverschluss, an anderen Lokalisationen (für 3 Basaliome Unterarm)
NB	86.32.1E	Lokale Exzision von Läsion oder Gewebe an Haut und Subkutangewebe, mit primärem Wundverschluss, an anderen Lokalisationen (für 3 Keratosis solaris-Läsionen am Rücken)
NB	86.32.1E	Lokale Exzision von Läsion oder Gewebe an Haut und Subkutangewebe, mit primärem Wundverschluss, an anderen Lokalisationen (für 1 Keratosis solaris-Läsion am Unterschenkel)

Für die Exzision der drei Basaliome am Unterarm wird nur ein Kode verwendet, weil sie bezüglich der Lokalisation an gleicher Stelle bzw. undifferenziert kodierbar sind. Dasselbe gilt für die Exzision der drei Keratosis solaris-Läsionen am Rücken.

- Der CHOP-Kode beinhaltet eine Angabe betr. Anzahl der Behandlungen, der Dauer, Mengen, usw.: hier wird der Kode nur einmal pro Aufenthalt/Fall abgebildet, mit der Gesamtmenge/Gesamtanzahl und Datum der ersten Prozedur (z.B. Transfusionen, Komplexbehandlungen, Coils (1× den Kode für die Gesamtanzahl aller intrakraniellen, extrakraniellen und spinalen Coils, 1× den Kode für die Gesamtanzahl aller peripheren Coils), Stents, NEMS/SAPS).

Das gleiche gilt für Medikamente der Liste der erfassbaren Medikamente/Substanzen (ATC-Liste) (nur die verabreichte Menge ist zu erfassen).

Bei den Erythrozyten- und Thrombozytenkonzentraten sind ebenfalls nur die dem Patienten verabreichten Mengen zu erfassen. Bestellte, dann aber verworfene Mengen werden nicht gezählt. Es sind die Definitionen der Blutspende SRK Schweiz (siehe Beachte unter den CHOP-Kodes 99.04.-- *Transfusion von Erythrozytenkonzentrat* und 99.05.-- *Transfusion von Thrombozyten*) für die Transfusions-Einheiten für Erwachsene und Kinder zu beachten. Die Mindestvolumina sind bei Babys bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres nicht zu berücksichtigen (siehe Beachte unter den entsprechenden CHOP-Kodes). Ergibt die Summe der verabreichten Konzentrate, bei Kindern und Erwachsenen, keine ganze Zahl, wird abgerundet. Wurden z.B. 5.6 Erythrozytenkonzentrate verabreicht, so ist der Kode mit der Angabe von 1 TE bis 5 TE zu erfassen.

Bei **Fallzusammenführungen** ist diese Addition auch zu machen und der Kode nur einmal abzubilden.

Beispiel 2

*Ein Patient erhält eine multimodale Schmerztherapie, dies vom 2. bis zum 8. und vom 12. bis zum 19. Hospitalisationstag.
93.A2.45 MMST, mindestens 14 bis 20 Behandlungstage*

Beispiel 3

*Ein Patient erhält mehrere Erythrozytenkonzentrate:
Tag 1: 3 EK, Tag 3: 4 EK, Tag 5: 4 EK, Tag 6: 3 EK = 14 EK.
Hier werden die Erythrozytenkonzentrate summiert und nur mit einem CHOP-Kode abgebildet.
99.04.12 Transfusion von Erythrozytenkonzentrat, 11 TE bis 15 TE*

Therapeutische Radiologie und Nuklearmedizin 92.2-:

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

Radiojodtherapie:

Hier wird bei mehrfacher Applikation während eines stationären Aufenthaltes die erzielte Gesamtaktivität mit einem Kode aus der Elementengruppe 92.28.4 – «Radiojodtherapie» kodiert.

Dauer VAC-Verband:

Die Behandlungstage von gleichzeitigen VAC-Behandlungen an verschiedenen Lokalisationen werden nicht addiert.
Die Addition der Behandlungstage erfolgt pro Lokalisation.

P07a Bilaterale Operationen

Bilaterale Operationen in einer Sitzung werden nur einmal kodiert und erhalten das Kennzeichen bilateral in der Seitigkeitsvariable (Variablen 4.3.V011, 4.3.V021, 4.3.V031, usw.).

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

Beispiel 1

Implantation von Knie-Totalprothesen beidseits.

HB 81.54.– – *Implantation einer Endoprothese des Kniegelenks*

L 0

Beispiel 2

Bilaterale Adrenalektomie.

HB 07.3 *Beidseitige Adrenalektomie*

L 0

P08j Revisionen eines Operationsgebietes/Reoperationen

Bei der Wiedereröffnung eines Operationsgebietes zur

- Behandlung einer Komplikation,
- Durchführung einer Rezidivtherapie oder
- Durchführung einer anderen Operation in diesem Operationsgebiet

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

28.7X. – – Blutstillung nach Tonsillektomie und Adenoidektomie
39.41 Stillung einer Blutung nach vaskulärem Eingriff

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

00.99.10 Reoperation

Beachte:

00.99.10 Reoperation ist nicht abzubilden, wenn die Tatsache, dass es eine Revision/Reoperation ist, bereits im Kode ersichtlich ist (z.B. Revision einer Knieprothese, Osteosynthesematerialentfernung, Verschluss einer Kolostomie, usw.).

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

Revisionseingriffe ohne Implantat-Wechsel

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

Z.B. Aszitespumpe

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

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

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

Sind bei einem Patienten bei einer stationären Behandlung mehrere Reoperationen notwendig, ist der Kode 00.99.10 nur einmal zur ersten Reoperation abzubilden.

Beispiel 1

Patientin kommt zur Sectio bei Status nach Sectio.

HB 74.--- Sectio caesarea und Extraktion des Fetus

NB 00.99.10 Reoperation

Gebrauch der Codes 34.03 Wiedereröffnung einer Thorakotomie, 54.12.11 Relaparotomie und 37.99.80 Reoperation an Herz und Perikard:

Die Codes 34.03, 54.12.11 und 37.99.80 werden **ausschliesslich** zur Abbildung eines Wiedereingriffes verwendet, welcher sich **auf Evaluation eines Hämatoms und/oder Exploration und/oder Hämostase beschränkt**.

Ansonsten **ist** bei intrathorakalen, intraabdominalen oder Herz-Operationen, welche mit einem spezifischen Kode abgebildet werden, im Falle einer Reoperation der Kode 00.99.10 zusätzlich zu kodieren.

Beispiel 2

Eine Reoperation zur weiteren Teilresektion des Dünndarms wird mit:

45.62 Sonstige Teilresektion am Dünndarm + 00.99.10 Reoperation

und nicht mit:

45.62 Sonstige Teilresektion am Dünndarm + den Restklassekodes 54.12.00 oder 54.12.99 kodiert.

P09i Organentnahme und Transplantation

Bei Organentnahme und Transplantation ist zwischen Spender und Empfänger zu unterscheiden. Bei der Spende wird zwischen Lebendspende und postmortaler Spende unterschieden. Bei autogener Transplantation sind Spender und Empfänger identisch.

1. Untersuchung eines potenziellen Organ- oder Gewebespenders

Wird eine potenzielle Spenderin oder ein potenzieller Spender zu Voruntersuchungen vor einer möglichen Lebendspende stationär aufgenommen und erfolgt die Organ- oder Gewebeentnahme nicht während desselben stationären Aufenthaltes, so ist wie folgt zu kodieren:

HD Z00.5 Untersuchung eines potenziellen Organ- oder Gewebespenders

HB 89.07.6– Untersuchung eines Lebendspenders wegen Organentnahme

Kodes aus Z52.– Spender von Organen oder Geweben sind **nicht** anzugeben.

2. Lebendspende

Für Lebendspender, die zur Spende von Organ oder Gewebe aufgenommen werden und bei denen eine Organ- oder Gewebeentnahme im gleichen stationären Aufenthalt erfolgt, gilt folgende Kodierrichtlinie:

HD Z52.– Spender von Organen oder Geweben

HB Prozedurenkode zur Entnahme des Transplantates (siehe auch unten stehende Tabelle)

Beispiel 1

Ein Fremdspender wird zur Lebendspende einer Niere aufgenommen. Eine Nephrektomie wird durchgeführt. Behandlungsrelevante Nebendiagnosen bestehen nicht.

HD Z52.4 Nierenspender

HB 55.51.02 Nephrektomie zur Transplantation, Lebendspende

Beispiel 2

Ein Fremdspender wird zur Lebendspende von Stammzellen aufgenommen. Behandlungsrelevante Nebendiagnosen bestehen nicht.

HD Z52.01 Stammzellenspender

HB 41.0A.14 Hämatopoetische Stammzellenentnahme aus dem Knochenmark, allogene, nicht-verwandt, HLA Identisch

oder 41.0A.24 Hämatopoetische Stammzellenentnahme aus dem peripheren Blut, allogene, nicht-verwandt, HLA Identisch

Bei **autogener (= autologer) Spende und Transplantation** während des gleichen stationären Aufenthaltes sind die Kodes aus Z52.– Spender von Organen oder Geweben **nicht** anzugeben. Die CHOP-Kodes für die Entnahme des Transplantates und die Kodes für die Transplantation sind beide anzugeben.

3. Postmortale Spende nach Gehirntod im Spital

Die Kodierung bei einem Patienten, der als Organspender in Frage kommt, unterscheidet sich nicht vom üblichen Vorgehen bei der Verschlüsselung von Diagnosen und Prozeduren. Der Fall wird nach den allgemeinen Regeln kodiert. Prozeduren für die postmortale Organentnahme sind **nicht** zu kodieren. Ebenso ist *Z00.5 Untersuchung eines potenziellen Spenders eines Organs oder Gewebes* **nicht** anzugeben. Mit der Variable 1.5.V01 der Medizinischen Statistik wird der Abschluss des Falles durch das Datum und die Uhrzeit des Todes dokumentiert. Somit sind postmortale Organentnahmen nicht zu kodieren.

4. Evaluation zur Transplantation

Stationäre Abklärungen eines Patienten zur Frage, ob eine Organ- oder Gewebetransplantation angestrebt wird, werden mit einem Kode *89.07.– – Evaluation, +/- Aufnahme eines Patienten auf eine Warteliste zur Organtransplantation* abgebildet.

5. Transplantation

Empfänger des transplantierten Organs werden wie folgt kodiert:

- HD* *Krankheit, die den Grund für die Transplantation darstellt*
- HB* *Prozedurenkode für Transplantation (siehe Tabelle)*
- NB* *Kode aus 00.90.– bis 00.93.– Art eines Gewebetransplantates, resp. Organtransplantates*

Beachte: Es handelt sich um Zusatzkodes. Diese werden kodiert, sofern die Information nicht bereits im Prozedurenkode der Transplantation enthalten ist (z.B. bei *41.0A.– bis 41.0C.– Hämatopoetische Stammzellentransplantation* wird kein Kode aus *00.90.– bis 00.93.–* kodiert).

- NB* *Zusätzlich 99.79.11 Vorbereitung auf AB0 – inkompatible Lebendspender Organtransplantation, falls zutreffend*

Die Entfernung des erkrankten Organs wird nicht kodiert.

Domino-Transplantations-Patienten (wenn der Patient während der Behandlungsphase ein Organ sowohl erhält als auch spendet (z.B. Herz/Lunge)) erhalten eine Spender-Nebendiagnose aus *Z52.– Spender von Organen und Geweben* und die Prozedurenkodes für die Transplantation (HB) und für die Entnahme (NB).

6. Nachkontrolle nach Transplantation

Eine stationäre Routinenachkontrolle nach Transplantation wird kodiert mit:

- HD* *Z09.80 Nachuntersuchung nach Organtransplantation*
- ND* *Z94.– Zustand nach Organ- oder Gewebetransplantation*

7. Versagen oder Abstossungsreaktion nach Transplantation

Ein Versagen oder eine Abstossungsreaktion nach Transplantation eines Organs oder Gewebes oder eine Graft-versus-host-Krankheit (GVHD) wird mit einem Kode aus *T86.– Versagen und Abstossung von transplantierten Organen oder Geweben* abgebildet.

Im Falle einer Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen sind die Organmanifestationen einer GVHD unter Beachtung des Kreuz-Stern-Systems zu kodieren.

T86.– Versagen und Abstossung von transplantierten Organen oder Geweben wird dabei als Hauptdiagnose erfasst, wenn der Zustand die Definition der Hauptdiagnose erfüllt. Die (z.B. maligne) Grunderkrankung wird anschliessend als Nebendiagnose erfasst. Diese Regelung hat Vorrang vor der Regelung S0202 zur Wahl der Hauptdiagnose bei Neubildungen.

Beachte: Bei Nachkontrolle, Versagen oder Abstossungsreaktion ist ein Kode *Z94.– Zustand nach Organ- oder Gewebetransplantation* zusätzlich zu kodieren (im Rahmen von D05).

Organ- / Gewebeentnahme und Transplantationstabelle

Diese Tabelle ist nicht als vollständige Auflistung anzusehen.

Organ / Gewebe	Lebendspende			Transplantation (Empfänger)	
	ICD-10-GM	CHOP	Text	CHOP	Text
Stammzellen (STZ)	Z52.01	41.0A.2–	Hämatopoet. Stammzellenentnahme, peripheres Blut	41.0B.2–	Hämatopoet. Stammzelltransplantation, peripheres Blut
Knochenmark (KM)	Z52.3	41.0A.1–	Hämatopoet. Stammzellenentnahme, Knochenmark	41.0B.1–	Hämatopoet. Stammzelltransplantation, Knochenmark
Haut	Z52.1	86.6–,–	Freies Hauttransplantat und permanenter Hautersatz		Kode je nach Lokalisation und Umfang
Knochen	Z52.2	77.7–	Knochenentnahme für Transplantation	76.91.– 78.0–,–	Knochentransplantation an Gesichtsschädelknochen Knochentransplantation und Knochentransposition
		7A.2A	Knochenentnahme an der Wirbelsäule zur Transplantation	7A.51	Knochentransplantation und Knochentransposition an der Wirbelsäule
Niere	Z52.4	55.51.02	Nephrektomie zur Transplantation, Lebendspende	55.69.–	Sonstige Nierentransplantation
Leber	Z52.6	50.2C.–	Partielle Hepatektomie zur Transplantation	50.5–	Lebertransplantation
Herz				37.51.–	Herztransplantation
Lunge				33.5–	Lungentransplantation
Herz/Lunge				33.6X.–	Kombinierte Herz-Lungentransplantation
Pankreas				52.8–	Pankreastransplantation
Kornea				11.6–	Korneatransplantation
Dünndarm				46.97.–	Darmtransplantation

P10j Adhäsioolyse

Eine Adhäsioolyse kann eine (aufwändige) Nebenprozedur oder eine Hauptprozedur (je nach Indikationsstellung) sein.

Handelt es sich um Adhäsioolyseeingriffe am Peritoneum der Organe/Organsysteme des Abdominalraumes und Beckens (viszerale, urologische, gynäkologische, neonatologische Adhäsioolysen), stehen spezifische Codes, die den Sachverhalt der Adhäsioolyse abbilden, in der CHOP zur Verfügung.

Entsprechende Codes finden sich in den Organkapiteln der CHOP, z.B.:

54.5-	Lösung von peritonealen Adhäsionen
65.8-	Lösung von Adhäsionen an Ovar und Tuba uterina
59.02	Sonstige Lösung von perirenenalen oder periureteralen Adhäsionen
59.03-	Laparoskopische Lösung von perirenenalen oder periureteralen Adhäsionen
59.11	Sonstige Lösung von perivesikalen Adhäsionen
59.12	Laparoskopische Lösung von perivesikalen Adhäsionen

Adhäsioolyse als Nebenprozedur:

Sofern die Operationsdauer der Adhäsioolyse(n) (Zeitsumme der einzelnen Adhäsioolyseeingriffe während eines Eingriffes oder eine alleinige Adhäsioolyse z.B. nur am abdominalen Peritoneum oder nur an den Adnexen) die 60-Minutengrenze überschreitet, dürfen die entsprechenden CHOP-Codes aus den Organkapiteln (auch mehrere gleichzeitig) kodiert werden.

Für die Summierung der Gesamt-Dauer wird nur die reine Zeit, welche das Lösen betrifft, gezählt. Bei Unklarheiten erfolgt die Anfrage an den Operateur.

Die Dauer muss im Operationsbericht schriftlich und nachvollziehbar dokumentiert und ggf. durch Zeitangaben (z.B. Schnitt-Naht-Zeit) aus dem Operationsprotokoll belegbar sein.

Wird die erforderliche Zeitdauer von > 60 min nicht erreicht (entweder als Zeitsumme einzelner Adhäsioolysen oder als Adhäsioolyse an einem Organ/Organsystem), darf **kein** Adhäsioolyse-Code aus den CHOP-Kapiteln verschlüsselt werden.

Die Kodierung eines/mehrerer Diagnosekodes bezogen auf die Adhäsionen (Nebendiagnose) hat bei Erfüllung der Kodierregel G54 jedoch zu erfolgen.

Beispiel 1 (Adhäsioolysezeitsumme ≤ 60 min):

Eine Patientin wird mit persistierendem linksseitigem Ovarialbefund aufgenommen.

Intraoperativ werden massive postentzündliche und endometriale Verwachsungen konstatiert.

Es erfolgt eine aufwändige Adhäsioolyse (perivesikal, periuterin, periovariell, Peritoneum des Darmes). Dokumentierte Zeitsumme der Adhäsioolysen: 55 min.

Erst nach Freilegung des Befundes kann eine laparoskopische Salpingoovarektomie bei grossem, linksseitigem ovariellen Endometrium erfolgen.

Gesamt-OP-Dauer 1h 50 min.

HD	N80.1	Endometriose des Ovars
L	2	
ND	N73.6	Peritoneale Adhäsionen im weiblichen Becken
ND	K66.0	Peritoneale Adhäsionen
HB	65.41	Salpingoovarektomie, laparoskopisch
L	2	

Beispiel 2 (Adhäsiolysezeitsumme > 60 min):

Ein Patient wird wegen akuter gedeckt perforierter Sigmadivertikulitis aufgenommen.

Bei Vorliegen massiver postoperativer Adhäsionen (Status nach Vierquadranten-Peritonitis bei perforierter Appendizitis und iatrogener Harnblasenverletzung) muss eine aufwändige Adhäsiolyse erfolgen, die neben interenterischen, abdominellen Adhäsionen auch das gesamte männliche Becken betrifft.

Erst nach einer 100 min dauernden Adhäsiolyse (Zeitsumme aus Lösung perivesikaler, interenterischer und periureteraler Adhäsionen) kann eine laparoskopische Sigmaresektion erfolgen.

HD	K57.22	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation [...]
ND	N99.4	Peritoneale Adhäsionen im Becken nach medizinischen Massnahmen
ND	K66.0	Peritoneale Adhäsionen
ND	Y84.9!	Zwischenfälle durch medizinische Massnahmen, n.n.bez.

HB	45.76.21	Sigmoidektomie, laparoskopisch
NB	59.12	Laparoskopische Lösung von perivesikalen Adhäsionen
NB	54.51	Lösung von peritonealen Adhäsionen, laparoskopisch
NB	59.03.99	Laparoskopische Lösung von [...] periureteralen Adhäsionen, sonstige
NB	00.99.10	Reoperation

Adhäsiolyse als Hauptprozedur

Werden peritoneale Adhäsionen im Abdomen und/oder Beckenraum gelöst und stellt dieser Eingriff die Hauptindikation für die Operation dar, so soll der entsprechende Diagnosekode (z.B. K66.0, K56.5, K31.5 etc.) als Hauptdiagnosekode kodiert werden, gefolgt von ggf. anderen Nebendiagnosekodes, die Adhäsionen beschreiben.

Die Kodierung der Hauptprozedur ist abhängig von der Dauer der Adhäsiolyse(n) folgendermassen vorzunehmen:

Bei Dauer der Adhäsiolyse(n) als **Hauptprozedur ≤ 60 min** wird ausschliesslich je nach Zugangsweg einer der folgenden Kodes als Hauptbehandlung verwendet:

54.21.99	Laparoskopie, sonstige oder
54.19	Laparatomie, sonstige

Es werden keine weiteren CHOP-Kodes bezüglich Adhäsiolysen aus den Organkapiteln abgebildet.

Werden zusätzliche Adhäsiolysen (z.B. periureterale oder perivesikale Adhäsiolysen) beschrieben, werden diese nur über die entsprechenden ICD-10-GM-Kodes als Nebendiagnose gemäss Kodierregel G 54 abgebildet.

Beispiel 3 (Adhäsiolysezeitsumme ≤ 60 min):

Ein Patient wird wegen Bridenileus nach vorangegangener Rektumresektion bei Rektumkarzinom aufgenommen.

Es erfolgt eine laparoskopische Bridenlösung (Lösung peritonealer Adhäsionen).

Des Weiteren werden rechtsseitige periureterale, ostiumnahe Adhäsionen gelöst, die ebenfalls auf die vorangegangene Rektumresektion zurückgeführt werden.

Eine Darmentlastung durch Inzision oder Teilresektion aufgrund Ischämie ist nicht notwendig. Der Darm erholt sich sofort nach Lösung der Briden.

OP-Dauer 40 min.

HD	K56.5	Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion
ND	C20	Bösartige Neubildung des Rektums
ND	N99.4	Peritoneale Adhäsionen im Becken nach medizinischen Massnahmen
L	1	

HB	54.21.99	Laparoskopie, sonstige
NB	00.99.10	Reoperation

Bei einer Dauer der Adhäsiolyse(n) von **> 60 min als Hauptprozedur(en)** wird der Kode als Hauptbehandlung aus dem entsprechenden Organkapitel gewählt, der den höchsten Aufwand gemäss Kodierregel G 55 (Die Hauptbehandlung) widerspiegelt.

Es können zusätzlich in den Nebendiagnosen und in den Nebenprozeduren weitere Kodes bezüglich Adhäsiolysen aus den entsprechenden Kapiteln der ICD-10-GM und der CHOP abgebildet werden.

Für die Kodierung gelten die Kodierregeln zur Nebendiagnose (G54) und zur Nebenprozedur (G56).

Beispiel 4 (Adhäsiolysezeitsumme > 60 min):

Eine Patientin mit massiver sekundärer Dysmenorrhoe, Dyspareunie und sekundärer Sterilität wird aufgenommen.

Es wird bei Status nach sekundärer Sectio caesarea und Appendektomie eine diagnostische Laparoskopie geplant.

Intraoperativ zeigen sich v.a. Adhäsionen zwischen den Adnexen und dem Beckenperitoneum (als Folge der Voreingriffe deklariert).

Dauer der Adhäsiolyse insgesamt 75 min, mit Fokus auf den Adnexen beidseitig. Komplikationsloses Lösen mehrerer kleiner abdomineller, interenterischer Verwachsungen rechtsseitig, Chromopertubation beidseitig, keine weiteren Massnahmen.

HD	N99.4	Peritoneale Adhäsionen im Becken nach medizinischen Massnahmen
ND	K66.0	Peritoneale Adhäsionen
ND	Y84.9!	Zwischenfälle durch medizinische Massnahmen, n.n.bez.

HB	65.81.10	Laparoskopische Lösung von Adhäsionen an Ovar und Tuba uterina am Peritoneum des weiblichen Beckens
L	0	
NB	54.51	Lösung von peritonealen Adhäsionen, laparoskopisch
L	1	
NB	66.8	Insufflation einer Tuba uterina
L	0	
NB	00.99.10	Reoperation

Beachte: Als einzige Ausnahme für oben angegebene Kodierregel gilt die Operation nach Ladd.

Unabhängig von der Dauer der Lösung der störenden Ladd-Bänder und unabhängig davon, ob die Operation die Hauptprozedur oder eine Nebenprozedur darstellt, wird der CHOP-Kode 46.99.8- gewählt.

Beispiel 5:

Ein Kind wird (u.a.) mit Dünndarmileus aufgrund Malrotation aufgenommen.

(U.a.) Chirurgische Lösung von störenden Ladd-Bändern, Verwachsungen und Befestigung des Darmes in der "Prozedur nach Ladd".

HD/ND	Q43.3	Angeborene Fehlbildungen, die die Darmfixation betreffen
HB/NB	46.99.81	Durchtrennung der Laddschen Bänder, offen chirurgisch
oder	46.99.82	Durchtrennung der Laddschen Bänder, laparoskopisch

P11h Serosaverletzung mit Übernähung

Wird im Rahmen einer Operation die Serosa verletzt, die übernäht werden muss, ist der spezifische S-Kode des verletzten Abschnittes zu kodieren. Die Übernähung selbst wird in diesem Fall nur mit einem spezifischen CHOP-Kode abgebildet, z.B. *54.64.10 Naht am Peritoneum, Naht von Mesenterium, Omentum majus oder minus (nach Verletzung)*.

Für die Kodierung einer Komplikation müssen die Regeln G40 «Dokumentation der Diagnosen und der Prozeduren» und D12 «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 Kode des entsprechenden Organs (Harnblase, Uterus, Darm) und nicht mit einem Kode zur Naht des Peritoneums abgebildet. Das gilt sowohl für die Diagnose, als auch für die Prozedur.

Spezielle Kodierrichtlinien S0100 – S2100

S0100 Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten

S0101a Bakteriämie

Eine Bakteriämie ist mit einem Kode aus

A49.– Bakterielle Infektion, nicht näher bezeichneter Lokalisation
oder einem anderen Kode, der spezifisch den Erreger benennt, z. B.

A54.9 Gonokokkeninfektion, nicht näher bezeichnet
zu kodieren. Sie ist nicht mit einem Sepsis-Kode zu verschlüsseln.

Eine Ausnahme hiervon stellt die Meningokokken-Bakteriämie dar, die mit

A39.4 Meningokokkensepsis, nicht näher bezeichnet
zu verschlüsseln ist.

Wenn ein Kode aus den Kategorien *B95.–! Streptokokken und Staphylokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind* oder *B96.–! Sonstige näher bezeichnete Bakterien als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind* eine zusätzliche Information gibt, ist er abzubilden (siehe auch D04).

S0102j Sepsis

Auswahl des Sepsis-Kodes

Die Kodes für Sepsis finden sich in folgenden Kapiteln/Kategorien:

- In Kapitel I, in den Kategorien *A40.– Streptokokkensepsis* und *A41.– Sonstige Sepsis*, wobei die Exklusiva zu berücksichtigen sind.
- In Kapitel I, bei den einzelnen Infektionskrankheiten (z. B. *B37.7 Candidasepsis*).
- In Kapitel XVI für die Sepsis beim Neugeborenen (*P36.– Bakterielle Sepsis beim Neugeborenen*).
- Eine Sepsis in Zusammenhang mit Abort, ektopischer Schwangerschaft, Molenschwangerschaft, Geburt oder Wochenbett wird mit einem Kode aus Kapitel XV (*003 – 007, 008.0, 075.3, 085*) zusammen mit einem Sepsis-Kode aus Kapitel I abgebildet (Reihenfolge siehe unten), um auf den Erreger und das Vorliegen einer Sepsis hinzuweisen.
- Obwohl der Begriff Sepsis unter manchen Kodes für Komplikationen nach medizinischen Massnahmen aufgelistet ist, muss zusätzlich ein Sepsis-Kode aus Kapitel I abgebildet werden, um auf den Erreger und das Vorliegen einer Sepsis hinzuweisen (z. B. *J95.0 Funktionsstörung eines Tracheostomas, T88.0 Infektion nach Impfung*).

Definition der Sepsis gemäss 3. International Konsensus Konferenz (Guidelines of the Third International Consensus Definitions for Sepsis und Septic Shock)

Definition der Sepsis: Nachgewiesene oder vermutete Infektion und nachgewiesene Organdysfunktion, verursacht durch eine dysregulierte Reaktion des Körpers auf einen Infekt.

Die Diagnose der Sepsis, die Dokumentation der Sepsis und die Diagnose der Sepsis-assoziierten Organdysfunktionen gemäss SOFA-Score oder Goldsteinkriterien erfolgt durch die behandelnden Ärzte. Alle Organdysfunktionen/Organkomplikationen müssen gemäss dem ihnen zugrundeliegenden Regelwerk einzeln erfasst und kodiert werden. Die Diagnosestellung erfolgt durch den Arzt. Die Diagnosestellung muss in der Dokumentation nachvollziehbar sein.

Sepsis bei Erwachsenen

Die Organdysfunktion im Rahmen der Sepsis wird bei Erwachsenen über den SOFA-Score bestimmt (**S**equential (**S**epsis-related) **O**rgan **F**ailure **A**ssessment Score).

Eine Sepsis mit Organdysfunktion zeigt sich über eine Zunahme des SOFA-Scores ≥ 2 innerhalb von maximal 72 Stunden.

Die Kumulation der Punkte bei Verschlechterung einzelner Organsysteme um je 1 Punkt ist zulässig.

Organdysfunktionen, welche offensichtlich durch eine andere Ursache erklärt werden können, insbesondere wenn diese vorbestehen, dürfen nicht als Kriterium zur Definition der Sepsis verwendet werden.

Vorbestehende Organdysfunktionen werden nur als septische Organdysfunktion/Organkomplikation beurteilt, wenn eine sepsisbedingte akute Verschlechterung vorliegt.

Die vorbestehende Organdysfunktion definiert den Ausgangsscore. Bei fehlenden Informationen zu Vorerkrankungen eines Organsystems geht man von einer SOFA-Baseline von 0 aus.

Sepsisbedingte Organdysfunktionen, welche die Ausprägung des SOFA-Scores beeinflussen, werden nur dann kodiert, wenn sie die Kriterien der Kodierregel zu Nebendiagnosen (G54) erfüllen.

Hierzu verweisen wir auf das Beispiel 2 unter «Beispiele zur Kodierung».

Sequential (Sepsis-related) Organ Failure Assessment Score ^a					
	Score				
ORGANSYSTEM	0	1	2	3	4
Atmung^d					
PaO ₂ /FiO ₂ , mmHg (kPa)	≥ 400 (≥ 53.3)	< 400 (< 53.3)	< 300 (< 40)	< 200 (< 26.7) mit respiratorischer Unterstützung ^e	< 100 (< 13.3) mit respiratorischer Unterstützung ^e oder extrakorporellen Devices ^g
Gerinnung					
Thrombozyten, x10 ³ /μl	≥ 150	< 150	< 100	< 50	< 20
Leber					
Bilirubin, mg/dl (μmol/l)	< 1.2 (< 20)	1.2 – 1.9 (20 – 32)	2.0 – 5.9 (33 – 101)	6.0 – 11.9 (102 – 204)	> 12.0 (> 204)
Kardiovaskulär					
Mittlerer arterieller Blutdruck	MAP ≥ 70mmHg	MAP < 70mmHg	Dopamin < 5 oder Dobutamin (jede Dosis) ^b	Dopamin 5.1 – 15 oder Adrenalin ≤ 0.1 oder Noradrenalin ≤ 0.1 ^b	Dopamin > 15 oder Adrenalin > 0.1 oder Noradrenalin > 0.1 ^b oder mechanische Kreislaufunterstützung ^f
Zentrales Nervensystem					
Glasgow Coma Scale ^c	15	13 – 14	10 – 12	6 – 9	< 6
Renal					
Kreatinin, mg/dl (μmol/l)	< 1.2 (< 110)	1.2 – 1.9 (110 – 170)	2.0 – 3.4 (171 – 299)	3.5 – 4.9 (300 – 440)	> 5.0 (> 440)
Urinausscheidung, ml/d				< 500	< 200 oder akutes Nierenersatzverfahren
a Adaptiert von Vincent et al.²⁷ b verabreichte Katecholamin-Dosen in μg/kg/min für mindestens eine Stunde c Bei sedierten oder intubierten Patienten wird der Score angegeben, den der Patient vermutlich ohne Sedation hätte (angenommener GCS^c bzw., letzter bekannter GCS^c) d Eine arterielle Blutgasanalyse ist für die Bestimmung des SOFA-Scores betreffend Funktion des Respirationstraktes zwingend. e Bei nicht beatmeten Patienten gilt folgende Annahme für FiO₂: Bei O₂ nasal: 0.3, Maske: 0.4, Maske mit Reservoir: 0.6. f Nicht invasive Beatmung und High-Flow-Therapie werden im SOFA-Kontext als «respiratorische Unterstützung» gewertet. g jede Form akuter mechanischer Kreislaufunterstützung, insbes. IABP, Herzpumpen, vaECMO, vvaECMO extrakorporelle Geräte zur Unterstützung der Oxygenation und/oder CO₂-Elimination 27 Vincent JL, Moreno R, Takala J, et al; Working Group on Sepsis-Related Problems of the European Society of Intensive Care Medicine. The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. Intensive Care Med. 1996; 22(7): 707–710.					

Eine arterielle Blutgasanalyse ist für die Bestimmung des SOFA-Scores betreffend Funktion des Respirationstraktes zwingend. Bei nicht beatmeten Patienten gilt folgende Annahme für FiO₂: Bei O₂ nasal: 0.3, Maske: 0.4, Maske mit Reservoir: 0.6.

Sepsis bei Kindern

Bei Kindern bis zum vollendeten 16. Lebensjahr gelten aktuell die Organdysfunktionskriterien in Anlehnung an Goldstein et al. 2005 gemäss «International pediatric sepsis consensus conference: definitions for sepsis and organ dysfunction in pediatrics».

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

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

Septischer Schock

Ein septischer Schock wird mit **R57.2** abgebildet.

Definition septischer Schock: Dieser liegt vor, wenn trotz adäquater Volumengabe ein mittlerer arterieller Druck von $\geq 65 \text{ mmHg}$ nur mit Vasopressoren erreicht werden kann und ein Laktatwert $> 2 \text{ mmol/l}$ vorliegt.

Reihenfolge der Codes

Eine Sepsis wird mit folgenden Codes in dieser Reihenfolge abgebildet:

- **Sepsiskode**
- **Spezifische Erreger und zugehörige Resistenzen U80.-! bis U85! werden gemäss Regel D04c kodiert**
- **Septischer Schock R57.2, wenn vorliegend**
- **Infektfokus:** z.B. Pneumonie
Es soll jeder Erreger, der den Infektfokus spezifiziert, und die dazugehörigen Resistenzen kodiert werden gemäss Regel D04c.
- **Jede einzelne Organdysfunktion**
Die Kodierung der Sepsis umfasst mindestens den Code der Sepsis und die Angabe des Fokus, von dem der Infekt ausgeht. Ist der Infektfokus unbekannt, so wird zur Sepsis ergänzend *B99 Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten* kodiert. Für die Spezifizierung von Erregern oder die Angabe von Resistenzen gilt Regel D04c. Weitere ND sind alle Organdysfunktionen, die sich im Rahmen der Sepsis verschlechtern.

Die Verschlüsselung eines *R65.1!* und *R65.0!* entfällt im Kontext der Sepsis. Alle *R65.-!* SIRS-Kodes haben weiterhin Gültigkeit und dürfen kodiert werden, sofern sie die Anforderungen an die Kodierung einer Nebendiagnose erfüllen. Der Code *R65.-!* darf aber nicht an die Diagnose Sepsis gehängt werden.

Beispiele zur Kodierung

Beispiel 1

E. coli-Sepsis mit septischem Schock bei akuter Pyelonephritis links mit *E. coli* mit Multiorganversagen

Verlauf: Bei Eintritt auf der Intensivstation intubiert, beatmet bei Oxygenierungsindex (PaO₂/FiO₂) 155 mmHg im Rahmen einer akuten respiratorischen Insuffizienz. MAP (mittlerer arterieller Blutdruck) 60-80 mmHg unter Noradrenalin-Perfusor (0.1µg/kg/min). In der Folge akutes anurisches Nierenversagen Stadium 3, Start einer CVVHDF (continuous veno-venous hemodiafiltration) mit insgesamt Dauer von 96 Stunden. Bei einer Thrombozytopenie von 18 G/l Durchführung eines HIT-Testes (Heparin-induzierte Thrombozytopenie), welcher negativ ausfiel. Die Thrombozytopenie war im Verlauf regredient und kann am ehesten auf die Sepsis zurückgeführt werden. In den Urin- und Blutkulturen liess sich ein pansensibler *E.coli* nachweisen. Es erfolgte eine intravenöse Antibiose mit Rocephin.

Gesamtscore SOFA	Atmung	Gerinnung	Leber	Kardiovaskulär, MAP	ZNS	Renal
14	3	4	0	3	0	4

HD	A41.51	Sepsis durch <i>E. coli</i>
ND	R57.2	Septischer Schock
ND	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis
ND	B96.2 !	<i>Escherichia coli</i> [<i>E.coli</i>] und andere <i>Enterobacterales</i> als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind
ND	J96.09	Akute respiratorische Insuffizienz, andernorts nicht klassifiziert, Typ nicht näher bezeichnet
ND	N17.93	Akutes Nierenversagen, n.n.b. Stadium 3
ND	D69.58	Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet

Beispiel 2

72-jährige Patientin mit Urosepsis durch *E. coli* bei akuter Pyelonephritis rechts

Verlauf: Aggravierung der chronischen Niereninsuffizienz mit Kreatininwert von 140 µmol/l und Abnahme der GFR auf 25 ml/min (Baseline-Kreatinin 100 µmol/l; GFR 40 ml/min). Laborchemisch zeigte sich am zweiten Hospitalisationstag ein Bilirubinanstieg auf 1.5 mg/dl sowie eine Thrombozytopenie von 90 G/l. Es erfolgte die intravenöse antibiotische Behandlung und Rehydrierung. In der Folge Normalisierung der Leberwerte und der Thrombozytopenie bei einmaliger Verlaufskontrolle. Besserung der chronischen Niereninsuffizienz auf Niveau der Baseline-GFR im Verlauf. Entlassung nach Hause in gutem Allgemeinzustand.

Gesamtscore SOFA	Atmung	Gerinnung	Leber	Kardiovaskulär, MAP	ZNS	Renal
4	0	2	1	0	0	1

HD A41.51 Sepsis durch *Escherichia coli*
 ND N10 Akute tubulointerstitielle Nephritis
 ND B96.2 ! *Escherichia coli* [*E.coli*] und andere *Enterobacterales* als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind
 ND N18.4 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4

Beachte: Das SOFA-Kriterium der akuten Verschlechterung der Niereninsuffizienz ist erfüllt und gilt für die Berechnung des Scores. Die AKI-Kriterien jedoch werden nicht erfüllt (Bedingung für Stadium 1: Anstieg des Serum-Kreatinins um mindestens 50 bis unter 100% gegenüber dem Ausgangswert innerhalb von 7 Tagen. Hier liegt ein Anstieg um 40% vor). Die Progredienz der Niereninsuffizienz erfolgt akut im Rahmen der Sepsis, bewegt sich aber im Range der chronischen Niereninsuffizienz Stadium 4 (GFR 15 bis unter 30 ml/min). Die Kodierung der Organdysfunktion erfolgt mit dem Code für die chronische Niereninsuffizienz mit Stadiumangabe.

Beispiel 3

62-jähriger Patient mit Pneumonie links mit *Streptococcus pneumoniae* mit/bei Bakteriämie mit *Streptococcus pneumoniae*

Radiologisch Nachweis einer Pneumonie links. Reduzierter Allgemeinzustand bei Fieber 39.1 °C und begleitender Hypotonie mit mittlerem arteriellem Blutdruck von 82 mmHg. Bei initialem Verdacht auf Sepsis stationäre Aufnahme zur intravenösen antibiotischen Therapie und Kreislaufunterstützung mittels Rehydrierung. Am Folgetag laborchemisch Anstieg des Bilirubins auf 1.3 mg/dl. Mikrobiologisch erfolgt der Nachweis von *Streptococcus pneumoniae* im Sputum und in den Blutkulturen. Unter gezielter antibiotischer Therapie rasche Besserung des Allgemeinzustandes und Austritt nach Hause.

Gesamtscore SOFA	Atmung	Gerinnung	Leber	Kardiovaskulär, MAP	ZNS	Renal
1	0	0	1	0	0	0

Der SOFA-Score insgesamt ist kleiner als 2. Es wird keine Sepsis kodiert. Hauptdiagnose ist der Infekt. Die Kodierung der Nebendiagnosen erfolgt gemäss Kodierregel G54g.

HD J13 Pneumonie durch *Streptococcus pneumoniae*
 ND I95.8 Sonstige Hypotonie
 ND A49.1 Streptokokken- und Enterokokkeninfektion nicht näher bezeichneter Lokalisation
 ND B95.3! *Streptococcus pneumoniae* als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind

Beispiel 4

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

4-jähriges Mädchen. Zuweisung mit der Ambulanz bei Somnolenz. Seit 4 Tagen Fieber bis 39,2° C, seit zwei Tagen Erbrechen und Diarrhoe. Aktuell Verschlechterung des Allgemeinzustandes, deutlich schlapp, konnte kaum sitzen, somnolent. Beim Transport: tachypnoeisch, kühle Peripherie, initial ohne zusätzlichen Sauerstoff Spontansättigung 60%, unter 12 l/min O₂ Sättigung um 92%. GCS 11, febril 39,6 °C. Verlegung auf die Abteilung Intensivmedizin zum weiteren Management bei respiratorischer Dekompensation und Somnolenz. Nach initialer Atemunterstützung am High-Flow mit 15 l/min und FiO₂ von 100% bei weiterhin stark tachydyspnoeischem Atemmuster Umstellung auf CPAP. Hierunter keine Stabilisation und deshalb bei respiratorischer Dekompensation im Rahmen einer kardiorespiratorischen Insuffizienz Intubation (PaO₂/FiO₂ 138 mmHg, akute hypoxische respiratorische Insuffizienz, ARDS). Bei septischem Schock mit Katecholaminbedarf Beginn einer Steroidstosstherapie und einer empirischen antibiotischen Therapie mit Cefepime. Im Verlauf v.a. Toxic Shock Syndrom mit enoraler Schleimhautblutung und Nachweis eines gekammerten Aszites, deshalb zusätzliche Therapie mit Clindamycin. Eine meningeale Beteiligung konnte bei unauffälligem Liquor ausgeschlossen werden. Nach gutem Ansprechen der Therapie erfolgte am 4. Hospitalisationstag die Extubation. Nach erfreulichem Verlauf konnten die Steroide ausgeschlichen und das Kind in ordentlichem AZ auf die Normalstation verlegt werden.

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

HD	A40.0	Sepsis durch Streptokokken, Gruppe A
ND	R57.2	Septischer Schock
ND	A48.3	Syndrom des toxischen Schocks
ND	B99	Sonstige und n.n.b. Infektionskrankheiten
ND	J80.02	Moderates Atemnotsyndrom [ARDS]
ND	J96.00	Akute respiratorische Insuffizienz Typ I [hypoxisch]
ND	R40.0	Somnolenz

Beispiel 5

Eutrophes frühgeborenes Mädchen der 25 4/7 SSW, Geburtsgewicht 710g (Perzentile 30)

Atemnotsyndrom bei Surfactantmangel, milde bronchopulmonale Dysplasie, Apnoe-Bradykardie-Syndrom des Frühgeborenen. V.a. neonatalen Infekt, V.a. late onset-Sepsis am 6. Lebenstag.

Erstversorgung: Zyanotisches Kind mit insuffizienter Spontanatmung, Herzfrequenz 80/min. Orales Absaugen und Beginn mit Maskenbeatmung. Rasch normokard, Entwicklung einer Spontanatmung mit Einziehungen und expiratorischem Stöhnen. Intubation in der 45. Lebensminute. Verlegung auf die neonatologische Intensivstation. FiO_2 maximal 0.25. Bei Frühgeburtlichkeit Gabe von Surfactant endotracheal. Durch Therapie Verbesserung der Atmungssituation mit Reduktion der Beatmungsparameter. Die Extubation erfolgte nach 17 Stunden mit anschließender CPAP-Atemunterstützung. Am 6. Lebenstag musste das Kind bei schwerer Apnoe im Rahmen der late onset Sepsis erneut intubiert werden. Eine antibiotische Therapie mit Co-Amoxicillin und Amikacin wurde begonnen. Nach 6 Tagen erfolgreiche Extubation. Die Blutkultur blieb ohne Wachstum. Die antibiotische Therapie wurde für insgesamt 7 Tage gegeben. Zusätzlicher Sauerstoffbedarf bestand bis zum 39. Hospitalisationstag bei einer milden bronchopulmonalen Dysplasie.

Organdysfunktionskriterien nach Goldstein

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

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

Reihenfolge der Kodes, resp. Wahl der Haupt- und Nebendiagnose

- Manifestiert sich eine Sepsis als Erkrankung bzw. Störung nach medizinischen Massnahmen (Komplikation) im Rahmen eines stationären Aufenthaltes, sind die Regeln D12/D16 zu berücksichtigen.
- Bei Vorhandensein von zwei oder mehr Zuständen (z.B. Sepsis und Herzinfarkt) wird die Regel G52 angewendet. Erforderte eine Sepsis während des stationären Aufenthaltes nicht den grössten Aufwand an medizinischen Mitteln, wird sie als eine Nebendiagnose kodiert. Dies gilt insbesondere auch für den Infektfokus, der einen höheren Behandlungsaufwand erfordern und deshalb bei einer Sepsis möglicherweise zur HD werden kann, z.B. Sepsis bei nekrotisierender Faszitis mit diversen Revisionseingriffen.
- Spezialfall Meningokokkenbakteriämie: hier wird eine Meningokokkensepsis verschlüsselt auch ohne Erfüllung der SOFA-Score-Bedingungen (s. Regel S0101a).

S0103j SIRS

Für die Verschlüsselung eines SIRS steht in der ICD-10-GM die Kategorie *R65.-! Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom* zur Verfügung.

Beachte: Im Kontext der Sepsiskodierung entfällt die Diagnose *R65.-!*

R65.0! Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiöser Genese ohne Organkomplikationen

R65.1! Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiöser Genese mit Organkomplikationen

R65.2! Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] nichtinfektiöser Genese ohne Organkomplikationen

R65.3! Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] nichtinfektiöser Genese mit Organkomplikationen

R65.9! Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS], nicht näher bezeichnet

Es wird unterschieden zwischen SIRS infektiöser und SIRS nichtinfektiöser Genese.

Bei Vorliegen eines SIRS infektiöser Ursache ist der Infekt anzugeben, gefolgt von dem entsprechenden Kode aus *R65.-!*

Bei Vorliegen eines SIRS nichtinfektiöser Genese ist die auslösende Grundkrankheit anzugeben, gefolgt von dem entsprechenden Kode aus *R65.-!*

Zur Angabe von Erregern und deren Resistenzlage sind zusätzliche Schlüsselnummern zu verwenden.

Spezialfall Meningokokkenbakteriämie: hier wird eine Meningokokkensepsis verschlüsselt auch ohne Erfüllung der SOFA-Score-Bedingungen (die Regel S0101a bleibt bestehen).

S0104d HIV/AIDS

HIV-Kodes sind:

R75	Laborhinweis auf Humanes Immundefizienz-Virus [HIV] (d.h. unsicherer Nachweis nach nicht eindeutigem serologischem Test)
B23.0	Akutes HIV-Infektionssyndrom
Z21	Asymptomatische HIV-Infektion [Humane Immundefizienz-Virusinfektion]
B20 – B24	HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]
O98.7	HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit], die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert
U60.–!	Klinische Kategorien der HIV-Krankheit
U61.–!	Anzahl der T-Helferzellen bei HIV-Krankheit

Anmerkung: Wird in dieser Richtlinie auf die Kode-Gruppe B20 – B24 hingewiesen, so sind damit alle Kodes dieser Gruppe mit Ausnahme von B23.0 Akutes HIV-Infektionssyndrom gemeint.

Die Kodes R75, Z21, B23.0, und B20 – B24 schliessen sich gegenseitig aus und sind während desselben stationären Aufenthaltes nicht zusammen aufzuführen.

R75 Laborhinweis auf Humanes Immundefizienz-Virus [HIV]:

Dieser Kode wird in Fällen von Patienten verwendet, deren Labortests auf HIV nicht gesichert positiv sind, z. B. wenn der erste Test auf Antikörper positiv ist, der zweite nicht schlüssig oder negativ ist. Dieser Kode darf nicht als Hauptdiagnose angegeben werden.

B23.0 Akutes HIV-Infektionssyndrom:

Bei einem «akuten HIV-Infektionssyndrom» (entweder bestätigt oder vermutet) ist der Kode B23.0 Akutes HIV-Infektionssyndrom als **Nebendiagnose** zu den Kodes der bestehenden Symptome (z. B. Lymphadenopathie, Fieber) oder der Komplikation (z. B. Meningitis) hinzuzufügen.

Hinweis: Diese Kodieranweisung stellt eine Ausnahme zur Regel D01 «Symptome als Hauptdiagnose» dar.

Beispiel 1

Ein HIV-positiver Patient wird mit Lymphadenopathie aufgenommen. Es wird die Diagnose eines akuten HIV-Infektionssyndroms gestellt.

HD	R59.1	Lymphknotenvergrösserung, generalisiert
ND	B23.0	Akutes HIV-Infektionssyndrom
ND	U60.1!	Klinische Kategorie A
ND	U61.–!	Anzahl der T-Helferzellen bei HIV-Krankheit, gemäss Laborresultat

Nach kompletter Rückbildung der primären Erkrankung werden fast alle Patienten asymptomatisch und bleiben es für mehrere Jahre. Der Kode für das «Akute HIV-Infektionssyndrom» (B23.0) wird nicht mehr verwendet, sobald die entsprechende Symptomatik nicht mehr besteht.

Z21 Asymptomatischer HIV-Status:

Dieser Kode ist **nicht routinemässig, sondern nur dann als Nebendiagnose** zuzuweisen, wenn ein HIV-positiver Patient zwar keine Symptome der Infektion zeigt, die Infektion aber trotzdem den Behandlungsaufwand erhöht. Da sich Z21 auf Patienten bezieht, die asymptomatisch sind und zur Behandlung einer nicht in Beziehung zur HIV-Infektion stehenden Erkrankung aufgenommen werden, wird der Kode Z21 nicht als Hauptdiagnose zugewiesen. Das Exklusivum «HIV-Krankheit als Komplikation bei Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O98.7)» unter Z21 ist zu streichen.

B20, B21, B22, B23.8, B24 HIV-Krankheit:

Zur Kodierung von Patienten mit einer HIV-assoziierten Erkrankung (dies kann eine AIDS-definierende Erkrankung sein oder nicht) stehen folgende Codes zur Verfügung:

- B20 Infektiöse und parasitäre Krankheiten infolge HIV-Krankheit
[Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]
- B21 Bösartige Neubildungen infolge HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]
- B22 Sonstige näher bezeichnete Krankheiten infolge HIV-Krankheit
[Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]
- B23.8 Sonstige näher bezeichnete Krankheitszustände infolge HIV-Krankheit
- B24 Nicht näher bezeichnete HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]

Die Codes R75 und Z21 sind in diesem Fall nicht zu verwenden.

098.7 HIV-Krankheit, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert:

Wie unter Regel S1503 erklärt, steht der Code 098.7 zur Verfügung, um eine HIV-Krankheit, die die Schwangerschaft, die Geburt und das Wochenbett kompliziert, abzubilden.

In der ICD-10-GM ist unter 098.7: «Krankheitszustände unter B20 – B24» noch Z21 hinzuzufügen und das Exklusivum betreffend Z21 unter 098.– ist zu streichen.

U60.–! Klinische Kategorien der HIV-Krankheit**U61.–! Anzahl der T-Helferzellen bei HIV-Krankheit:**

Die Kodierung der HIV-Krankheit wird mit zusätzlichen Codes aus den Kategorien U60.–! und U61.–! abgebildet. Sie werden unabhängig voneinander so präzise wie möglich kodiert (entgegen dem Hinweis der ICD-10-GM).

In der Dokumentation des Aufenthaltes und der Diagnosenliste erwähnt der Arzt sehr häufig das im Krankheitsverlauf festgestellte schwerwiegendste Stadium, da dies der prognostisch wichtigste Faktor ist. Für die Kodierung des aktuellen Aufenthaltes ist jedoch die **aktuelle** klinische Kategorie mit U60.–! und die Anzahl T-Helferzellen mit U61.–! abzubilden.

U60.–! Klinische Kategorie beim aktuellen Aufenthalt:

		Kodierung	
Kategorie A	Asymptomatische Infektion	Z21 Asymptomatische HIV-Infektion [Humane Immundefizienz-Virusinfektion]	U60.1!
	Persistierende generalisierte Lymphadenopathie (LAS)	B23.8 Sonstige näher bezeichnete Krankheitszustände infolge HIV-Krankheit (Persistierende) generalisierte Lymphadenopathie	U60.1!
	Akute HIV-Infektion	B23.0 Akutes HIV-Infektionssyndrom	U60.1!
Kategorie B (Krankheiten siehe Anhang)	Infektiöse, parasitäre, bösartige Krankheiten infolge HIV-Krankheit	B20.– bis B22.– und B24 + Krankheit (Reihenfolge siehe unten)	U60.2!
Kategorie C (Krankheiten siehe Anhang)	Infektiöse, parasitäre, bösartige Krankheiten infolge HIV-Krankheit	B20.– bis B22.– und B24 + Krankheit (Reihenfolge siehe unten)	U60.3!

U61.–! Laborkategorie beim aktuellen Aufenthalt:

- U61.1! Kategorie 1
500 und mehr CD4⁺-T-Helferzellen pro Mikroliter Blut
- U61.2! Kategorie 2
200 bis 499 CD4⁺-T-Helferzellen pro Mikroliter Blut
- U61.3! Kategorie 3
Weniger als 200 CD4⁺-T-Helferzellen pro Mikroliter Blut
- U61.9! Anzahl der CD4⁺-T-Helferzellen nicht näher bezeichnet

Beispiel: Bei einem asymptomatischen Patient wird ein Z21 und U60.1! abgebildet. Der U61.–! wird gemäss den aktuell gemessenen T-Helferzellen kodiert (falls nicht dokumentiert, wird U61.9! kodiert).

Reihenfolge und Auswahl der Codes

Ist die **HIV-Krankheit Hauptanlass für den Spitalaufenthalt** des Patienten, ist der entsprechende Code aus B20 – B24 (ausser B23.0) oder O98.7 **als Hauptdiagnose** zu verwenden. Zusätzlich sind entgegen der Nebendiagnosendefinition **alle** bestehenden Manifestationen der HIV-Krankheit zu kodieren, unabhängig davon, ob sie Aufwand generierten oder nicht.

Beispiel 2

Patientin mit HIV Stadium C mit immunoblastischem Sarkom wird hospitalisiert zur antiretroviralen Therapie. Sie leidet auch an HIV-bedingtem Mundsoor.

- | | | |
|----|--------|--|
| HD | B21 | Bösartige Neubildungen infolge HIV-Krankheit
[Humane Immundefizienz-Viruskrankheit] |
| ND | U60.3! | Klinische Kategorie der HIV-Krankheit, Kategorie C |
| ND | U61.–! | Anzahl der CD4 ⁺ -T-Helferzellen, gemäss den aktuellen Laborwerten |
| ND | C83.3 | Diffuses grosszelliges B-Zell-Lymphom |
| ND | B20 | Infektiöse und parasitäre Krankheiten infolge HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit] |
| ND | B37.0 | Candida-Stomatitis |

Ist eine spezielle Manifestation der bekannten HIV-Krankheit Hauptanlass für den Spitalaufenthalt, ist die **Manifestation als Hauptdiagnose** zu kodieren. Ein Code aus B20 – B24 (ausser B23.0) oder O98.7 ist als Nebendiagnose (entgegen der Definition der Nebendiagnose) anzugeben.

Beispiel 3

Ein Patient wird zur Behandlung eines Mundsoors aufgrund einer bereits bekannten HIV-Infektion aufgenommen.

- | | | |
|----|--------|--|
| HD | B37.0 | Candida-Stomatitis |
| ND | B20 | Infektiöse und parasitäre Krankheiten infolge HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit] |
| ND | U60.2! | Klinische Kategorie der HIV-Krankheit, Kategorie B |
| ND | U61.–! | Anzahl der CD4 ⁺ -T-Helferzellen, gemäss den aktuellen Laborwerten |

S0105a Echter Krupp – Pseudokrupp – Kruppsyndrom

Beim hierzulande eher seltenen echten Krupp handelt es sich um eine diphtheriebedingte Rachen- und Kehlkopfentzündung, die durch *A36.0 Rachendiphtherie* resp. *A36.2 Kehlkopfdiphtherie* kodiert wird. Unter dem Begriff «Kruppsyndrom» werden verschiedene Erkrankungen geführt, namentlich der virale, der spastische, der bakterielle sowie der echte (diphtherische Krupp) und der falsche Krupp (Pseudokrupp).

Es ist wie folgt zu kodieren, übereinstimmend mit ICD-10-GM:

Echter Krupp (Kehlkopfdiphtherie)	<i>A36.2 Kehlkopfdiphtherie</i>
Viraler Krupp	<i>J05.0 Akute obstruktive Laryngitis [Krupp]</i>
Pseudokrupp oder falscher (spastischer) Krupp	<i>J38.5 Laryngospasmus (Pseudokrupp)</i>
Bakterieller Krupp	<i>J04.2 Akute Laryngotracheitis</i>

S0200 Neubildungen

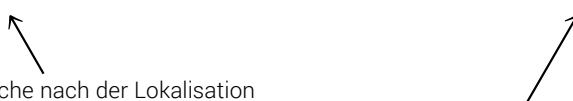
In der Klassifikation ICD gibt es zwei Systeme, um Tumore zu kodieren: eine Klassifizierung nach der Lokalisation und eine Klassifizierung nach der Morphologie.

Für die medizinische Statistik wird nur die Kodierung nach der Lokalisation und organbezogen verwendet. Die entsprechenden Codes stammen aus dem Kapitel II (C00 – D48) des systematischen Verzeichnisses.

Tabelle der klassischen ICD-10-GM-Kodes für Neubildungen im alphabetischen Verzeichnis

Am Ende des alphabetischen Verzeichnis unter dem Begriff «Neubildungen» befindet sich eine Tabelle, in der die Codes nach der Lokalisation der meisten Tumoren klassifiziert sind. Jeder Lokalisation entsprechen im Allgemeinen fünf (manchmal vier) mögliche Codes, entsprechend der Malignität und der Art des Tumors. Es ist selbstverständlich auch möglich, den Code im alphabetischen Verzeichnis unter seinem histologischen oder morphologischen Namen zu suchen, dort wird jedoch nur in seltenen Fällen direkt auf einen präzisen Code aus dem Kapitel II verwiesen, z.B. Melanom (maligne), sondern fast immer auf die Tabelle «Neubildungen».

	Bösartig		In situ	Gutartig	Unsicherer/ unbekannter Charakter
	Primär	Sekundär			
– Bauch	C76.2	C79.88	D09.7	D36.7	D48.7
– – Höhle	C76.2	C79.88	D09.7	D36.7	D48.7
– – Organe	C76.2	C79.88		D36.7	D48.7
– – Wand	C44.5	C79.2	D04.5	D23.5	D48.5
– Akromion	C40.0	C79.5		D16.0	D48.0

- 
1. Suche nach der Lokalisation
 2. Suche nach dem Code entsprechend Malignitätsgrad und Art des Tumors

Beispiel 1

Chondrosarkom des Akromion.

Die Suche erfolgt in der Tabelle der Neubildungen unter der entsprechenden Lokalisation, dann in der ersten Spalte, weil es sich um einen Primärtumor handelt:

C40.0 Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels der Extremitäten; Skapula und lange Knochen der oberen Extremität. Der Begriff Chondrosarkom erscheint im alphabetischen Verzeichnis, dort wird aber auf die Tabelle «Neubildungen» verwiesen.

Beispiel 2

Muzinöses Zystadenom des Ovars ohne Malignitätsnachweis

D27

Gutartige Neubildung des Ovars

Muzinöses Zystadenom des Ovars, maligne

C56

Bösartige Neubildung des Ovars

Muzinöses Zystadenom des Ovars, Borderlinetyp

D39.1

Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens des Ovars

Zur Anwendung der Tabelle finden sich spezielle Hinweise im alphabetischen Verzeichnis der ICD-10-GM, unmittelbar vor der «Tabelle der Neubildungen».

Wenn durch die Suche im alphabetischen Index ein histopathologischer Tumor nicht mit einem lokalisations-spezifischen Kode abgebildet werden kann, erfolgt die Suche und Kodierung gemäss Tabelle «Neubildungen» nach Lokalisation oder Organbezogenheit.

z.B. bei Hämangiom der Harnblase, nach alphabetischem Index:

D18.08 Hämangiom, sonstige Lokalisation

nach der Tabelle «Neubildungen», nach Lokalisation, organbezogen:

D30.3 Gutartige Neubildung der Harnorgane, Harnblase

Somit ist hier *D30.3* der korrekte organbezogene Kode, obwohl dabei die Information, dass es sich um ein Hämangiom handelt, verloren geht.

Maligne Tumore des hämatopoetischen/lymphatischen Systems

Die Primärtumoren des hämatopoetischen und des lymphatischen Systems (Lymphome, Leukämien) werden nicht nach der Lokalisation kodiert, sondern nach der Morphologie. Sie finden sich aus diesem Grund nicht in der Tabelle der Neubildungen. Die fünfte Stelle dieses Kodes erlaubt zu unterscheiden, ob mit oder ohne Remission.

Beispiel 3

C91.0– Akute lymphatische Leukämie

C91.00 Ohne Angabe einer kompletten Remission, in partieller Remission

C91.01 In kompletter Remission

S0202j Auswahl und Reihenfolge der Diagnosen

Diese Regeln betreffend der Wahl der Hauptdiagnose gelten nur, wenn keine andere eigenständige, Tumor-unabhängige Erkrankung (z.B. Herzinfarkt) die Definition der Hauptdiagnose erfüllen kann; in solchen Fällen wird die Regel G 52 (Wahl der Hauptdiagnose nach medizinischem Aufwand) angewendet.

Der Malignom-Code ist als Hauptdiagnose für **jeden** Spitalaufenthalt zur **Behandlung der bösartigen Neubildung oder zu notwendigen Folgebehandlungen** (z.B. Operationen, Chemo-/Strahlentherapie, sonstige Therapie) sowie **zur Diagnostik** (z.B. Staging) anzugeben, bis die Behandlung **endgültig** abgeschlossen ist, also auch bei den stationären Aufenthalten, die beispielsweise auf die chirurgische Entfernung eines Malignoms folgen. **Denn obwohl das Malignom operativ entfernt worden ist, wird der Patient nach wie vor wegen notwendigen Folgebehandlungen des Malignoms hospitalisiert.**

Sofern eine **Patientin/ein Patient** eine auf mehrere Eingriffe verteilte chirurgische Behandlung eines Malignoms/von Metastasen benötigt, ist bei jedem weiteren Spitalaufenthalt, bei dem eine Folgeoperation durchgeführt wird, das Malignom/die Metastasen ebenfalls als Hauptdiagnose-Code zuzuweisen. Obwohl das Malignom/die Metastasen möglicherweise durch die erste Operation entfernt worden ist/sind, wird während des darauffolgenden Spitalaufenthaltes **nach wie vor wegen der Folgen des Malignoms/der Metastasen behandelt**, d.h. das Malignom/die Metastasen ist/sind auch der Anlass zur Folge-Operation.

Beispiel 1

*Patientin mit Mastektomie und Axilladisektion bei Mammakarzinom vor 2 Jahren und postoperativer adjuvanter Chemotherapie. Sie wird **aktuell** für einen Mamma-Aufbau mittels Expander und Musculus latissimus dorsi-Lappen aufgenommen. Andere therapeutische oder diagnostische Massnahmen bezüglich der malignen Grunderkrankung erfolgen nicht.*

HD C50.– Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma] (4. Stelle entsprechend der Lokalisation)

Die Reihenfolge der anzugebenden Codes hängt von der Behandlung während des betreffenden Spitalaufenthaltes ab:

- **Diagnostik/Behandlung des primären Tumors:** Der Primarius, (lokale) Rezidivprimarius ist als Hauptdiagnose zu kodieren. Zusätzlich vorhandene (beschriebene) Metastasen werden als Nebendiagnose angegeben (entgegen der Definition der Nebendiagnose G 54, die einen Aufwand > 0 für die zulässige Kodierung einer Nebendiagnose postuliert). Primärtumoren mit unbekannter Lokalisation (CUP) werden mit C80.– Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation kodiert.

Beispiel 2

Ein Patient wird zur Teilresektion der Lunge wegen eines Bronchialkarzinoms des Oberlappens eingewiesen.

HD C34.1 Bösartige Neubildung des Oberlappen (-Bronchus)

- **Diagnostik/Behandlung von Metastase(n):** Die Metastase(n) wird/werden als Hauptdiagnose und der Primarius oder (lokale) Rezidivprimarius als Nebendiagnose (entgegen der Definition der Nebendiagnose) angegeben. Zusätzlich andere vorhandene (beschriebene) Metastase(n) werden als Nebendiagnose angegeben (entgegen der Definition der Nebendiagnose G 54, die einen Aufwand > 0 für die zulässige Kodierung einer Nebendiagnose postuliert).

Beispiel 3

Eine Patientin wird zur Resektion von Lebermetastasen eines resezierten kolorektalen Karzinoms stationär aufgenommen.

HD C78.7 Sekundäre bösartige Neubildung der Leber

ND C19 Bösartige Neubildung am Rektosigmoid, Übergang

- **Systemische Therapie** (Ganzkörperbestrahlung, iv-Radiotherapie, systemische Chemotherapie) **des Primärtumors und/oder der Metastasen:** Der Primarius/(lokale) Rezidivprimarius wird als Hauptdiagnose angegeben. Zusätzlich andere vorhandene (beschriebene) Metastase(n) werden als Nebendiagnose angegeben (entgegen der Definition der Nebendiagnose G 54, die einen Aufwand > 0 für die zulässige Kodierung einer Nebendiagnose postuliert). Primärtumoren mit unbekannter Lokalisation (CUP) werden mit C80.– Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation kodiert.

Beispiel 4

Ein Patient wird zur systemischen Chemotherapie bei Lebermetastasen eines resezierten kolorektalen Karzinoms stationär aufgenommen.

HD C19 Bösartige Neubildung am Rektosigmoid, Übergang

ND C78.7 Sekundäre bösartige Neubildung der Leber

- **Diagnostik/Behandlung des Primärtumors als auch der Metastase(n):** Diejenige Diagnose, die den grössten Aufwand an medizinischen Mitteln erfordert (gemäss Regel G 52) ist als Hauptdiagnose zu wählen. Gemäss dokumentiertem medizinischem Aufwand können sowohl Primarius, (lokaler) Rezidivprimarius oder Metastase(n) als Hauptdiagnose in Frage kommen. Zusätzlich vorhandene (beschriebene) Metastase(n) und/oder der Tumor selbst werden als Nebendiagnose angegeben (entgegen der Definition der Nebendiagnose G 54, die einen Aufwand > 0 für die zulässige Kodierung einer Nebendiagnose postuliert).
- **Palliativbehandlung des Tumorpatienten:** Der Tumor (Primarius, (lokaler) Rezidivprimarius) ist als Hauptdiagnose, vorhandene (beschriebene) Metastasen sind als Nebendiagnosen abzubilden, unabhängig davon, ob dieser/diese direkt behandelt wird/werden oder nicht und entgegen der Definition der Nebendiagnose G 54, die einen Aufwand > 0 für die zulässige Kodierung einer ND postuliert.

Beachte: In seltenen Fällen sind für die Notwendigkeit einer Palliativbehandlung einer Tumorerkrankung die Metastasen verantwortlich (z.B. zerebral metastasiertes Mammakarzinom, Aufnahme zur Palliativbehandlung aufgrund sämtlicher zerebraler Folgen).

In diesen Fällen ist der Tumor in die HD zu wählen, der für die Palliativbehandlung im Vordergrund stand.

Falls eine Metastase Hauptdiagnose ist, wird der Primarius/(lokale) Rezidivprimarius als Nebendiagnose angegeben, sowie andere vorhandene (beschriebene) Metastase(n) entgegen der Definition der Nebendiagnose G 54, die einen Aufwand > 0 für die zulässige Kodierung einer Nebendiagnose postuliert.

- **Symptombehandlung:** Wenn bei einer Patientin/einem Patienten ausschliesslich ein, resp. mehrere Symptome der Tumorerkrankung behandelt werden und am Tumor keine Massnahme durchgeführt wird, ist der Tumor (Primarius, (lokaler) Rezidivprimarius, Metastasen), dessen Symptombehandlung den meisten Aufwand (G 52) erzeugt hat, als Hauptdiagnose abzubilden. Falls eine Metastase Hauptdiagnose ist, wird der Primarius/(lokale) Rezidivprimarius als Nebendiagnose angegeben, sowie andere vorhandene (beschriebene) Metastase(n) entgegen der Definition der Nebendiagnose G 54, die einen Aufwand > 0 für die zulässige Kodierung einer Nebendiagnose postuliert).

Beachte: Sämtliche Aufzählungen und Beispiele sind nicht als vollständig für die Kodierung zu betrachten und dienen ausschliesslich als Anhaltspunkte/Hinweise.

Als Symptome einer Tumorerkrankung zählen z.B.:

- Progrediente, diffuse Schmerzen bei ossärer Metastasierung
- Dyspnoe bei Lungenkarzinom
- Schwindel, Erbrechen bei zerebraler Metastasierung
- Dysphagie bei Oesophaguskarzinom
- Tumorblutung

- Bei Auftreten und Behandlungsnotwendigkeit einer/mehrerer mit einem Tumor (Primarius, (lokaler) Rezidivprimarius oder Metastase(n)) **ätiologisch verbundener Erkrankung(en)** und ohne dass am Tumor selbst Massnahmen durchgeführt wurden, gilt als Hauptdiagnose der Tumor, mit dem die Erkrankung **direkt zusammenhängend** ist und die den meisten Aufwand (G 52) erzeugt hat. Falls eine Metastase Hauptdiagnose ist, wird der Primarius/(lokale) Rezidivprimarius als Nebendiagnose angegeben, sowie andere vorhandene (beschriebene) Metastase(n) entgegen der Definition der Nebendiagnose G 54, die einen Aufwand > 0 für die zulässige Kodierung einer Nebendiagnose postuliert).

Die Erkrankung selbst ist bei Erfüllung der Kodierregel G 54 zusätzlich zu kodieren.

Ist der ärztlichen Dokumentation kein eindeutiger Hinweis zu entnehmen, ob eine Erkrankung mit dem Tumor **ätiologisch verbunden** ist oder unabhängig davon betrachtet werden muss, ist zwingend die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt zu konsultieren.

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

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

Zu den mit einer Tumorerkrankung ätiologisch verbundenen Symptomen/Erkrankungen werden für die Kodierung auch die **paraneoplastischen Symptome/Syndrome** gezählt.

Auch in diesen Fällen wird der zugrundeliegende, das paraneoplastische Symptom/Syndrom **direkt** auslösende Tumor (Primarius, (lokaler) Rezidivprimarius oder Metastase(n)) in die HD gewählt.

Das Symptom/Syndrom oder einzelne Manifestationen (wenn kein eigenständiger Syndrom-Code in der ICD-10-GM vorhanden ist) sowie andere vorhandene (beschriebene) Metastase(n) werden in die Nebendiagnose gewählt (entgegen der Definition der Nebendiagnose G54, die einen Aufwand > 0 für die zulässige Kodierung einer Nebendiagnose postuliert).

Ist der ärztlichen Dokumentation kein eindeutiger Hinweis zu entnehmen, ob bei Vorliegen eines(-er) Symptoms/Syndroms/Manifestation von einer mit dem Tumor ätiologisch verbundenen Paraneoplasie ausgegangen werden kann oder als davon unabhängig betrachtet werden muss, ist zwingend die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt zu konsultieren.

Beispiele für Paraneoplasien

- Paraneoplastische endokrine Manifestationen:
 - Bildung von ektopem ACTH oder ACTH-ähnlichen Molekülen (z.B. Bronchialkarzinom), mgl. Folge: *E24.3 Ektopisches ACTH-Syndrom*
 - Bildung von PTH (z.B. Bronchialkarzinom), mgl. Folge: *E21.2 Sonstiger Hyperparathyreodismus*
- Paraneoplastische Gerinnungsstörungen, z.B. paraneoplastische Thrombosen:
 - Thrombophlebitis migrans : *I82.1*
 - Tiefe Beinvenenthrombose: *I80.28*
 - Abakterielle thrombotische Endokarditis (mit konsekutiven Erkrankungen wie Herzinfarkt oder Schlaganfall): *I33.9*
- Antikörpervermittelte Paraneoplasien:
 - Zollinger-Ellison-Syndrom, z.B. bei malignen Tumoren des Gastrointestinaltraktes: *E16.4*
 - Dermatomyositis/Polymyositis bei Neubildungen: *M36.0**
- Neurologisch vermittelte Paraneoplasien:
 - Guillain-Barré Syndrom z.B. bei Hodgkin-Lymphom: *G61.0*
 - Lambert-Eaton-Syndrom z.B. bei kleinzelligem Bronchialkarzinom: *G73.1**
 - Periphere Polyneuropathie (nicht aufgrund Chemotherapie): *G62.88*

Beachte: Ein(e)paraneoplastisches Symptom/ Syndrom oder Manifestation kann weitere Folgeerkrankungen auslösen.

Steht diese Folgeerkrankung in direkter Verbindung mit dem/der paraneoplastischen Symptom/Syndrom/Manifestation, gilt sie als **nicht mehr direkt mit dem Tumor vergesellschaftet** und wird als Hauptdiagnose kodiert (sofern sie Kodierregel G52 erfüllt).

Die Paraneoplasie und der auslösende Tumor (Primarius, (lokaler) Rezidivprimarius und vorhandene (beschriebene) Metastase(n)) werden in die Nebendiagnose gewählt (entgegen der Definition der Nebendiagnose G54, die einen Aufwand > 0 für die zulässige Kodierung einer Nebendiagnose postuliert).

Beispiel 5

Ein Patient tritt mit Herzinfarkt in Folge einer paraneoplastischen abakteriellen thrombotischen Endokarditis bei kleinzelligem Bronchuskarzinom ein.

HD	I21.-	Akuter Myokardinfarkt
ND	I33.9	Akute Endokarditis, nicht näher bezeichnet
ND	C34.-	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge

Beispiel 6

Eine Patientin tritt ein mit Lungenembolie ohne Cor pulmonale aufgrund tiefer Beinvenenthrombose, bei einer paraneoplastischen Gerinnungsstörung bei Pankreaskopfkarzinom.

Aufgrund der Lungenembolie 2 Tage IPS-Aufenthalt. Dazu ist die Patientin während des Aufenthalts 3 Tage heparinisiert und erhält ein Staging-CT.

HD	I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale
ND	I80.28	Thrombose [...] sonstiger tiefer Gefässe der unteren Extremitäten
ND	C25.0	Bösartige Neubildung des Pankreaskopfes

Beispiel 7

Ein Patient tritt mit plötzlich zunehmender Aphasie und schlaffer Hemiplegie stationär ein.

Nach endovaskulärer Thrombektomie intrazerebral, Betreuung auf Intensivstation und Stabilisierung auf der Stroke-Unit, verhärtet sich der Verdacht auf eine Gerinnungsstörung unklarer Ätiologie bei ansonsten unauffälligem Gesundheitsstatus.

Nach weiteren diagnostischen Massnahmen, einschliesslich Staging -CT, wird die Diagnose eines Pankreaskopfkarzinoms gestellt.

Der betreuende Arzt dokumentiert den hochgradigen Verdacht auf eine paraneoplastische Gerinnungsstörung.

HD	I63.3	Hirninfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien
ND	G81.0	Schlaffe Hemiparese und Hemiplegie
ND	R47.0	Dysphasie und Aphasie
ND	D68.8	Sonstige näher bezeichnete Koagulopathien
ND	C25.0	Bösartige Neubildung des Pankreaskopfes

Hinweis: Für alle Fallbeispiele gilt

Die Zusatzcodes U69.11! Dauerhaft erworbene Blutgerinnungsstörung und U69.12! Temporäre Blutgerinnungsstörung werden, gemäss ärztlicher Dokumentation des Krankheitsverlaufes, der Kodierung hinzugefügt.

Beachte: Als «vorhanden»(beschrieben) (in Bezug auf Primarius, (lokalen) Rezidivprimarius und/oder Metastasen) versteht man das ärztlich dokumentierte, metastasierte Grundleiden, unabhängig davon, ob z.B. die Metastasen makro- oder mikroskopisch (histopathologisch) nachweisbar sind/wären.

Als valide ärztliche Dokumentation gilt das Vorhandensein einer TNM-Klassifikation in der fallbezogenen Dokumentation und/oder die exakte Beschreibung der Lokalisationen von Primarius, (lokalen)Rezidivprimarius und/oder Metastasen (oder Verdacht auf...) im Fliesstext und/oder der Diagnoseliste der ärztlichen Berichte.

Auch wenn z.B. Metastasen (lokal) entfernt wurden, kann bei metastasiertem Grundleiden nicht davon ausgegangen werden, dass die Betroffenen tumor- und/oder metastasenfrei sind.

Beispiel 8

Eine Patientin wird aufgenommen zur palliativen Chemotherapie im Zyklus bei Status nach Mastektomie mit Lymphadenektomie bei metastasiertem Mammakarzinom. Die TNM-Klassifikation gemäss ärztlichem Austrittsbericht ist pT2N2(7/15)M1(OSS, BRA). Die Lymphknotenmetastasen fanden sich axillär.

HD	C50.9	Bösartige Neubildung der Brustdrüse, n.n.bez.
ND	C77.3	Sekundäre und n.n.bez. bösartige Neubildung der axillären Lymphknoten und Lymphknoten der oberen Extremität
ND	C79.5	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes
ND	C79.3	Sekundäre bösartige Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute

Beispiel 9

Ein Patient wird aufgenommen mit ärztlich dokumentierter, metastatisch bedingter Wirbelkörperfraktur thorakal zur Vertebroplastie bei zusätzlich lymphogen (regionär) und peritoneal metastasiertem Nierenzellkarzinom. Status nach Nephrektomie mit regionaler Lymphadenektomie.

HD	C79.5†	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes
ZHD	M49.54*	Wirbelkörperkompression im Thorakalbereich bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
ND	C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken
ND	C78.6	Sekundäre bösartige Neubildung des Retroperitoneums und des Peritoneums
ND	C77.2	Sekundäre und n.n.bez. bösartige Neubildung der intraabdominalen Lymphknoten

S0203a Nachresektion im Tumorgebiet

Bei Aufnahmen zur ausgedehnten Exzision (des Gebietes) eines bereits früher entfernten Tumors ist der Kode für den Tumor zuzuweisen.

S0204a Tumornachweis nur in der Biopsie

Wenn das Ergebnis einer Biopsie zur Diagnose eines Malignoms führt, sich aber im Operationsmaterial keine malignen Zellen finden, ist die ursprüngliche Diagnose, die aufgrund der Biopsie gestellt wurde, zu kodieren.

S0205j Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen

Wird während einer Hospitalisation **ausschliesslich** die Erkrankung bzw. Störung nach medizinischer Massnahme behandelt und an der Tumorerkrankung keine Massnahme durchgeführt, wird diese Erkrankung bzw. Störung nach medizinischer Massnahme als Hauptdiagnose angegeben. Der Tumor (Primarius, (lokaler) Rezidivprimarius oder Metastase(n)), dessen Behandlung die Störung nach medizinischen Massnahmen ausgelöst hat und zusätzliche vorhandene (beschriebene) Metastasen werden als Nebendiagnose kodiert entgegen der Definition der Nebendiagnose G54, die einen Aufwand > 0 für die zulässige Kodierung einer Nebendiagnose postuliert.

Werden mehrere Erkrankungen nach medizinischen Massnahmen behandelt, ist diejenige Störung als Hauptdiagnose abzubilden, die den grössten medizinischen Aufwand verursacht hat (Regel G52).

Beachte: Bei Wiedereintritt innerhalb von 18 Tagen steht die Kodierregel D16 (Abrechnungsregel) hierarchisch über der speziellen Kodierregel S0205 und ist anzuwenden.

Beispiel 1

Behandlung eines Lymphödems infolge einer Mastektomie wegen Mammakarzinom.

HD	I97.2	Lymphödem nach Mastektomie
ND	C50.–	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma] (4. Stelle entsprechend der Lokalisation)

Beispiel 2

Patientin mit reseziertem Mammakarzinom kommt zur Behandlung einer post-chemotherapeutischen Agranulozytose.

HD	D70.1–	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie
ND	C50.–	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma] (4. Stelle entsprechend der Lokalisation)

S0206a Verdacht auf Tumor oder Metastasen

Wird bei Verdacht auf Tumor eine Biopsie durchgeführt und der Tumor nicht bestätigt, ist die gefundene Diagnose oder der Befund, der die Biopsie veranlasst hat, zu verschlüsseln.

Der Kode Z03.1 Beobachtung bei Verdacht auf bösartige Neubildung ist nicht zu verwenden.

S0207a Nachuntersuchung

Wenn der Patient zwecks Kontrolle nach abgeschlossener Behandlung eines Tumorleidens eingewiesen wird und kein Tumor mehr nachweisbar ist, wird die Kontrolle als Hauptdiagnose und eine frühere Existenz des Tumors als Nebendiagnose angegeben mit einem Kode aus *Z85.– Bösartige Neubildung in der Eigenanamnese*.

Beispiel 1

Ein Patient wird zu verschiedenen Kontrolluntersuchungen nach Pneumonektomie und Chemotherapie bei geheiltem Bronchuskarzinom hospitalisiert. Die Untersuchungen weisen keinen Tumor mehr nach.

HD Z08.7 Nachuntersuchung nach Kombinationstherapie wegen bösartiger Neubildung

ND Z85.1 Bösartige Neubildung der Trachea, der Bronchien oder der Lunge in der Eigenanamnese

Ein «Anamnese-Kode» wird dann zugewiesen, wenn man von einer Heilung ausgehen kann. Wann dies bei einem Patienten möglich ist, hängt von der jeweiligen Erkrankung ab. Da die Feststellung eigentlich nur retrospektiv möglich ist, wird die Unterscheidung eher «klinisch» auf der Basis einer fortgesetzten Behandlung des Tumors als nach einem festgelegten Zeitrahmen getroffen. In Fällen, in denen die Behandlung des Tumors endgültig abgeschlossen ist, ist ein Kode aus *Z85.– Bösartige Neubildung in der Eigenanamnese als Nebendiagnose* (entgegen der Definition der Nebendiagnose) zuzuweisen.

S0208a Rezidive

Wird ein Patient zur Behandlung eines Primärtumor-Rezidivs hospitalisiert, wird der Tumor als solcher kodiert, auch nach radikaler Resektion, weil es keinen spezifischen Kode für Tumorrezidive gibt. Um die Information zu vervollständigen, wird als Nebendiagnose ein Kode aus *Z85.– Bösartige Neubildung in der Eigenanamnese angegeben* (entgegen der Definition der Nebendiagnose).

Beispiel 1

Bei einer Patientin wird nach zehn Jahren ein Rezidiv eines Mammakarzinoms diagnostiziert.

HD C50.– Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]

ND Z85.3 Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma] in der Eigenanamnese

S0209a Tumore mit endokriner Aktivität

Alle Tumore sind im Kapitel II klassifiziert, unabhängig von ihrer möglichen endokrinen Aktivität. Um eine solche Aktivität zu beschreiben, wird ein zusätzlicher Kode aus Kapitel IV verwendet, sofern die Nebendiagnosendefinition (Regel G 54) erfüllt ist.

Beispiel 1

Bösartiges Phäochromozytom, das Katecholamin sezerniert.

HD C74.1 Bösartige Neubildung der Nebenniere, Nebennierenmark

ND E27.5 Nebennierenmarküberfunktion

S0210e Multiple Lokalisationen

- **Primärtumore an mehreren Lokalisationen:** Der Kode *C97!* *Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen* wird als Nebendiagnose abgebildet, wenn mehr als ein maligner Primärtumor diagnostiziert/behandelt wird (Wahl der Hauptdiagnose nach Regel G 52).

Beispiel 1

Eine Patientin hat eine Mastektomie wegen Mammakarzinom und eine Exzision eines malignen Melanoms am Bein.

HD/ND C50.– Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma] (4. Stelle entsprechend der Lokalisation)

ND/HD C43.7 Bösartiges Melanom der unteren Extremität, einschliesslich Hüfte

ND C97! Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen

Beispiel 2

Ein Patient wird wegen Harnblasenkarzinom mehrerer Lokalisationen behandelt.

HD/ND C67.3 Bösartige Neubildung der Harnblase, vordere Harnblasenwand

ND/HD C67.4 Bösartige Neubildung der Harnblase, hintere Harnblasenwand

ND C97! Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen

- **Lymphknotenmetastasen an mehreren Lokalisationen:** Multiple Lymphknotenmetastasen werden mit *C77.8 Lymphknoten mehrerer Regionen* abgebildet, ausser es findet eine Behandlung von Lymphknoten einer spezifischen Lokalisation statt.

S0211a Überlappende Lokalisation

Die Subkategorien .8:

Die meisten Kategorien des Kapitels II sind mit einer vierten Stelle in Subkategorien unterteilt, die die verschiedenen Teilbereiche des betreffenden Organs bezeichnen. Eine Neubildung, die zwei oder mehr aneinandergrenzende Teilbereiche innerhalb einer dreistelligen Kategorie überlappt, und deren Ursprungsort nicht bestimmt werden kann, soll in der entsprechenden vierstelligen Subkategorie .8 klassifiziert werden.

Beispiel 1

Kolorektales Karzinom, das sich vom Analkanal bis zum Rektum ausdehnt, wobei der Ursprungsort nicht bekannt ist.

C21.8 Bösartige Neubildung des Anus und des Analkanals; Rektum, Anus und Analkanal, mehrere Teilbereiche überlappend

Existiert für einen überlappenden Tumor ein spezifischer Kode, wird dieser angegeben.

Beispiel 2

Adenokarzinom, das sich vom Sigmoid bis zum Rektum erstreckt.

C19 Bösartige Neubildung am Rektosigmoid, Übergang

Sofern sich die Ausbreitung/Infiltration eines Tumors/Metastase von einer bekannten Primärlokalisation auf ein Nachbarorgan oder Nachbargebiet fortsetzt, ist nur die Primärlokalisation zu verschlüsseln (dies gilt auch für lokale Lymphangiosis carcinomatosa des Primärtumors, siehe auch S0213).

Beispiel 3

Zervixkarzinom (Ektozervix), mit Infiltration der Vagina.

C53.1 Bösartige Neubildung der Ektozervix

S0212a Remission bei malignen immunoproliferativen Erkrankungen und Leukämie

Bei den Kodes

- C 88.– Bösartige immunoproliferative Krankheiten*
C 90.– Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen
C 91 – C 95 Leukämie

stehen zur Verschlüsselung des Remissionsstatus an fünfter Stelle

- 0 Ohne Angabe einer kompletten Remission*
1 In kompletter Remission

zur Verfügung.

Hierbei ist zu beachten:

.x0 Ohne Angabe einer kompletten Remission

- Ohne Angabe einer Remission*
In partieller Remission

ist zuzuweisen:

- wenn es sich um das erste Auftreten und die Erstdiagnose der Erkrankung handelt,
- wenn **keine** Remission vorliegt oder trotz eines Rückgangs der Krankheitserscheinungen die Erkrankung nach wie vor existiert (**partielle** Remission), oder
- wenn der Remissionsstatus nicht bekannt ist.

.x1 In kompletter Remission

ist zuzuweisen:

- wenn es sich um eine **komplette** Remission handelt, d.h. keine Anzeichen oder Symptome eines Malignoms nachweisbar sind.

Für Leukämien mit einem Kode aus *C 91 – C 95*, die auf eine Standard-Induktionstherapie refraktär sind, ist die zusätzliche Schlüsselnummer

C 95.8! Leukämie, refraktär auf Standard-Induktionstherapie
 anzugeben.

S0213a Lymphangiosis carcinomatosa

Die Lymphangiosis carcinomatosa wird, wenn sie eine sekundäre Neubildung darstellt, nicht nach der Histologie (Lymphbahnen), sondern nach der Lokalisation, analog einer Metastasierung, kodiert. Lymphangiosis carcinomatosa innerhalb des Primärtumors wird nicht kodiert.

Z.B.: Bei einem Patient mit Prostatakarzinom und Lymphangiosis carcinomatosa der Pleura wird diese mit *C 78.2 Sekundäre bösartige Neubildung der Pleura* kodiert.

S0214g Lymphom

Lymphomen, die als «extranodal» ausgewiesen werden oder die sich in einem anderen Gebiet als den Lymphdrüsen befinden (z.B. das MALT-Lymphom des Magens), ist der entsprechende Kode aus den Kategorien C87 bis C88 zuzuweisen.

Ein Lymphom wird, unabhängig von der Anzahl der betroffenen Gebiete, nicht als metastatisch betrachtet.

Bei Lymphomen sind die folgenden Codes nicht zuzuordnen:

- C77.– Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Lymphknoten
- C78.– Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane
- C79.0 Sekundäre bösartige Neubildung der Niere und des Nierenbeckens
- C79.1 Sekundäre bösartige Neubildung der Harnblase sowie sonstiger und nicht näher bezeichneter Harnorgane
- C79.2 Sekundäre bösartige Neubildung der Haut
- C79.4 Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Nervensystems
- C79.6 Sekundäre bösartige Neubildung des Ovars
- C79.7 Sekundäre bösartige Neubildung der Nebenniere
- C79.8– Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger näher bezeichneter Lokalisationen
- C79.9 Sekundäre bösartige Neubildung nicht näher bezeichneter Lokalisation

Für die Verschlüsselung einer Knochenbeteiligung bei malignen Lymphomen ist

- C79.5 Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes
Knochen(mark)herde bei malignen Lymphomen (Zustände klassifizierbar unter C81 – C88)

zusätzlich anzugeben.

Soll das Vorliegen eines Befalls der Hirnhäute oder des Gehirns bei Neoplasien des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes angegeben werden, ist die zusätzliche Schlüsselnummer

- C79.3 Sekundäre bösartige Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute

zu verwenden.

S0215a Chemo- und Radiotherapie

Diese Behandlungen werden über die passenden CHOP-Kodes abgebildet. Die ICD-10-GM Kodes

- Z51.0 Strahlentherapie-Sitzung
- Z51.1 Chemotherapie-Sitzung wegen bösartiger Neubildung und
- Z51.82 Kombinierte Strahlen- und Chemotherapiesitzung wegen bösartiger Neubildung

werden nicht kodiert.

S0216b Prophylaktische Operationen wegen Risikofaktoren

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

Beispiel 1

Brustamputation wegen Brustkrebs in der Familienanamnese.

HD Z80.3 Bösartige Neubildung der Brustdrüse in der Familienanamnese

Beispiel 2

Brustamputation wegen fibrozystischer Mastopathie.

HD N60.1 Diffuse zystische Mastopathie

Beispiel 3

Patientin mit nachgewiesenem Brustkrebsgen wird zur prophylaktischen Brustamputation beidseits aufgenommen.

HD Z40.00 Prophylaktische Operation an der Brustdrüse [Mamma]

Beispiel 4

Patientin mit genetischer Veranlagung für Ovarialkarzinom (BRCA1-Mutation positiv) wird zur prophylaktischen Ovariectomie beidseits aufgenommen.

HD Z40.01 Prophylaktische Operation am Ovar

S0217j Palliativbehandlung

Die Palliativ**behandlung** bei Tumorpatienten wird über die passenden CHOP-Kodes abgebildet.

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

- bei nicht verlegten Patienten kein Komplexbehandlungs-Kode abgebildet werden kann
- der Patient zur Palliativbehandlung verlegt worden ist (siehe auch D15).

Beachte: «Wahl der Hauptdiagnose bei Palliativbehandlungen» unter Kodierregel G52 und «Symptome einer Tumorerkrankung», «Erkrankungen, die ätiologisch mit dem Tumor verbunden sind» Kodierregel S0202j

Hinweis:

- Sind bei erfolgter Palliativbehandlung (die Kodierung enthält entweder die CHOP-Kodes *93.8A.2-*, *93.8B-* oder bei nicht erfüllten Mindestmerkmalen (z.B. Exitus vor Erreichung der erforderlichen Mindestmerkmale) den ICD-Kode *Z51.5 Palliativbehandlung*) die Bedingungen für die Kodierregel G52 erfüllt, ist die Erkrankung als Hauptdiagnose zu wählen, die den Grund für die Palliativbehandlung darstellte.
- Symptome einer fortgeschrittenen (Tumor-)Erkrankung, wie z.B. starke Übelkeit, systemische Inflammation, Schwäche, Appetitlosigkeit, generalisierte Schmerzen, Luftnot, Panik etc. sind **nicht** als Grund für die Palliativbehandlung in die Hauptdiagnose zu kodieren, auch wenn sie in Komfortintention während der stationären Behandlung im Vordergrund standen.

S0400 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten

S0401c Allgemeines

Diabetes mellitus: Typen

Es gibt verschiedene Typen des Diabetes mellitus, die in der ICD-10-GM wie folgt klassifiziert sind:

- E10.– Diabetes mellitus, Typ 1*
umfasst alle DM Typ I, u.a. juveniler Diabetes, IDDM (Insulin Dependent DM)
- E11.– Diabetes mellitus, Typ 2*
umfasst alle DM Typ II, u.a. Erwachsenendiabetes, NIDDM (Non Insulin Dependent DM)
- E12.– Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung (Malnutrition)*
Diese Form kommt überwiegend bei Patienten aus Entwicklungsländern vor. Ein Diabetes mellitus im Rahmen eines metabolischen Syndroms ist hierunter nicht zu verschlüsseln.
- E13.– Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus*
u.a. Diabetes nach medizinischen Massnahmen, z.B. Steroiddiabetes
- E14.– Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus*
- O24.0 Diabetes mellitus in der Schwangerschaft, vorher bestehender Diabetes mellitus, Typ 1*
- O24.1 Diabetes mellitus in der Schwangerschaft, vorher bestehender Diabetes mellitus, Typ 2*
- O24.2 Diabetes mellitus in der Schwangerschaft, vorher bestehender Diabetes mellitus durch Fehl- oder Mangelernährung (Malnutrition)*
- O24.3 Diabetes mellitus in der Schwangerschaft, vorher bestehender Diabetes mellitus, nicht näher bezeichnet*
- O24.4 Diabetes mellitus, während der Schwangerschaft auftretend*
- P70.0 Syndrom des Kindes einer Mutter mit gestationsbedingtem Diabetes mellitus*
- P70.1 Syndrom des Kindes einer diabetischen Mutter*
- P70.2 Diabetes mellitus bei Neugeborenen*
- R73.0 Abnormer Glukosetoleranztest*
- Z83.3 Diabetes mellitus in der Familienanamnese*

Anmerkung: Die Behandlung mit Insulin bestimmt **nicht** den Diabetes-Typ und ist kein Nachweis einer primären Insulinabhängigkeit.

Kategorien E10 – E14

Die Kategorien *E10 – E14* beschreiben mit der **vierten Stelle und fünften Stelle** mögliche Komplikationen (z.B.: *.0* für Koma, *.1* für Ketoazidose, *.2* für Nierenkomplikationen, *.20* für Nierenkomplikationen, nicht als entgleist bezeichnet, *.74* für diabetisches Fussyndrom, nicht als entgleist bezeichnet, usw.).

S0402a Regeln zur Kodierung des Diabetes mellitus

Die Kodierung des Diabetes mellitus als Haupt- oder Nebendiagnose ist im Hinblick auf eine korrekte DRG-Zuordnung des Falls detailliert geregelt.

Hauptdiagnose Diabetes mellitus mit Komplikationen

Liegt eine Form des Diabetes mellitus vor, die mit einem Kode aus *E10.*– bis *E14.*– verschlüsselt wird, und bestehen Komplikationen des Diabetes, so ist für die korrekte Verschlüsselung zunächst festzustellen, ob

- **die Behandlung der Grunderkrankung Diabetes mellitus oder**
- **die Behandlung einer oder mehrerer Komplikationen**

bei der Hospitalisation im Vordergrund standen.

Des Weiteren ist für die Kodierung von Bedeutung, wie viele Komplikationen des Diabetes mellitus vorliegen, und ob diese die Nebendiagnosendefinition erfüllen (Regel G 54).

1) Die Grunderkrankung Diabetes mellitus wird behandelt, es existiert nur eine Komplikation (Manifestation) des DM:

HD *E10 – E14, vierte Stelle «.6»*

ZHD *ausserdem ist ein Kode für die Manifestation anzugeben, sofern die Nebendiagnosendefinition erfüllt ist*

Diese Kodieranweisung stellt eine **Ausnahme zu den Regeln der ICD-10** zur Verschlüsselung des Diabetes mellitus dar. Nach dieser Regel wird mit der vierten Stelle «.6» des Diabeteskodes sachgerecht eine Diabetes-DRG angesteuert. Mit z.B. der vierten Stelle «.2» käme dieser Fall in eine Nieren-DRG.

Beispiel 1

Ein Patient mit Diabetes mellitus Typ 1 wird wegen einer schweren Entgleisung der Stoffwechsellage stationär aufgenommen. Zusätzlich besteht als einzige Komplikation eine diabetische Nephropathie, die behandelt wird.

HD *E10.61† Diabetes mellitus, Typ 1 mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen, als entgleist bezeichnet*

ZHD *N08.3* Glomeruläre Krankheiten bei Diabetes mellitus*

Beispiel 2

Ein Patient mit Diabetes mellitus Typ 1 wird wegen einer schweren Entgleisung der Stoffwechsellage stationär aufgenommen. Zusätzlich besteht als einzige Komplikation eine diabetische Nephropathie, die aber nicht behandelt wird.

HD *E10.61 Diabetes mellitus, Typ 1 mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen, als entgleist bezeichnet*

2) Die Grunderkrankung Diabetes mellitus wird behandelt, es existieren multiple Komplikationen (Manifestationen) des DM, ohne dass die Behandlung einer Manifestation im Vordergrund steht:

HD E10 – E14, vierte Stelle «.7»

ZHD/ND ausserdem sind die Kodes für die einzelnen Manifestationen anzugeben, sofern die Nebendiagnosendefinition erfüllt ist

Beispiel 3

Eine Patientin mit Diabetes mellitus Typ 1 mit multiplen Komplikationen in Form einer Atherosklerose der Extremitätenarterien, einer Retinopathie und einer Nephropathie wird wegen einer schweren Entgleisung der Stoffwechsellage aufgenommen. Alle vorliegenden Komplikationen werden ebenfalls behandelt.

HD E10.73+ Diabetes mellitus, Typ 1 mit multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet

ZHD I79.2* Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten

ND H36.0* Retinopathia diabetica

ND N08.3* Glomeruläre Krankheiten bei Diabetes mellitus

Beispiel 4

Eine Patientin mit Diabetes mellitus Typ 1 mit multiplen Komplikationen in Form einer Atherosklerose der Extremitätenarterien, einer Retinopathie und einer Nephropathie wird wegen einer schweren Entgleisung der Stoffwechsellage aufgenommen. Die Komplikationen werden nicht behandelt.

HD E10.73 Diabetes mellitus, Typ 1 mit multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet

3) Die Behandlung einer Komplikation (Manifestation) des Diabetes mellitus steht im Vordergrund:

HD E10 – E14, vierte Stelle entsprechend dieser Manifestation

ZHD gefolgt vom entsprechenden Code für diese Manifestation

ND Die Kodes für die weiteren Manifestationen sind anzugeben, sofern die Nebendiagnosendefinition erfüllt ist.

Beispiel 5

Ein Patient mit Diabetes mellitus Typ 1 mit peripheren vaskulären Komplikationen in Form einer Atherosklerose der Extremitätenarterien mit Ruheschmerz wird zur Bypass-Operation aufgenommen. Zusätzlich besteht eine Retinopathie mit Pflegeaufwand durch erhebliche Einschränkung des Sehvermögens.

HD E10.50+ Diabetes mellitus, Typ 1 mit peripheren vaskulären Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet

ZHD I79.2* Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten

ND I70.23 Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerzen

ND E10.30+ Diabetes mellitus, Typ 1 mit Augenkomplikationen, nicht als entgleist bezeichnet

ND H36.0* Retinopathia diabetica

HB 39.25.-- Aorto-iliaco-femoraler Bypass

Hinweis: Der Code I70.23 Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerzen dient in diesem Beispiel zur näheren Spezifizierung der durch das Kreuz-Stern-System beschriebenen Diagnose. Er ist nicht als Hauptdiagnose anzugeben.

4) Die Behandlung mehrerer Komplikationen (Manifestationen) des Diabetes mellitus steht im Vordergrund:

Entsprechend der Definition der Hauptdiagnose wird der Zustand, der den grössten Aufwand an medizinischen Mitteln erfordert, als Hauptdiagnose kodiert.

- | | |
|-----|--|
| HD | E10 – E14, vierte Stelle entsprechend der Manifestation mit dem grössten Aufwand |
| ZHD | gefolgt vom entsprechenden Kode für die Manifestation mit dem grössten Aufwand |
| ND | E10 – E14, vierte Stelle entsprechend der anderen behandelten Manifestation(en) |
| ND | die Kodes für die weiteren Manifestationen sind anzugeben, sofern die Nebendiagnosendefinition erfüllt ist |

Nebendiagnose Diabetes mellitus

Wenn die stationäre Aufnahme aus einem anderen Grund als dem Diabetes mellitus erfolgt ist, so ist für die korrekte Verschlüsselung von Bedeutung:

- ob der Diabetes mellitus die Nebendiagnosendefinition erfüllt,
- ob Komplikationen des Diabetes mellitus vorliegen und
- ob diese die Nebendiagnosendefinition erfüllen.

Wenn der Diabetes mellitus die Nebendiagnosendefinition erfüllt, so ist dieser zu kodieren. Liegen Komplikationen (Manifestationen) vor, ist bei einem Kode aus E10 – E14 die vierte Stelle entsprechend der Komplikation(en)/Manifestation(en) zu verschlüsseln. Ausserdem sind die Manifestationen anzugeben, sofern diese die Nebendiagnosendefinition erfüllen.

Abweichend von den Regelungen zur Hauptdiagnose Diabetes mellitus ist jedoch:

- «.6» nicht als vierte Stelle zu erfassen, wenn ein spezifischerer Kode für eine einzelne Komplikation gewählt werden kann
- bei multiplen Komplikationen stets «.7» an vierter Stelle zu kodieren.

Beispiel 6

Eine Patientin wird wegen einem Sturz mit geschlossener rechter Humeruskopffraktur ohne Weichteilschaden stationär aufgenommen. Zudem besteht ein Diabetes mellitus Typ 2 mit diabetischer Nephropathie. Der Diabetes wird diätetisch und medikamentös behandelt, sowie die Nierenkomplikation.

- | | | |
|-----|---------|---|
| HD | S42.21 | Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Kopf |
| L | 1 | |
| ZHD | X59.9! | Sonstiger und nicht näher bezeichneter Unfall |
| ND | E11.20† | Diabetes mellitus, Typ 2 mit Nierenkomplikationen, nicht als entgleist bezeichnet |
| ND | N08.3* | Glomeruläre Krankheiten bei Diabetes mellitus |

Beispiel 7

Eine Patientin wird wegen einem Sturz mit geschlossener rechter Humeruskopffraktur ohne Weichteilschaden stationär aufgenommen. Zudem besteht ein Diabetes mellitus Typ 2 mit diabetischer Nephropathie. Nur der Diabetes wird diätetisch und medikamentös behandelt.

- | | | |
|-----|---------|---|
| HD | S42.21 | Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Kopf |
| L | 1 | |
| ZHD | X59.9! | Sonstiger und nicht näher bezeichneter Unfall |
| ND | E11.20† | Diabetes mellitus, Typ 2 mit Nierenkomplikationen, nicht als entgleist bezeichnet |

Beachte: Wie in D03 geregelt: Kreuz †-Kodes dürfen alleine verschlüsselt werden.

S0403a Spezifische Komplikationen des Diabetes mellitus

Generell sind bezüglich der Kodierung von Komplikationen des Diabetes mellitus die vorhergehenden Absätze zu beachten.

Nierenkomplikationen (E10† – E14†, vierte Stelle «.2»)

Nierenerkrankungen, die in kausalem Zusammenhang mit Diabetes mellitus stehen, sind als Diabetes mellitus mit Nierenkomplikationen E10† – E14†, vierte Stelle «.2» zu verschlüsseln. Ausserdem ist ein Kode für die spezifische Manifestation anzugeben, sofern die Nebendiagnosendefinition erfüllt ist.

Beispiel 1

Ein Patient mit Typ-1 Diabetes kommt zur Behandlung einer diabetischen Nephropathie.

HD E10.20† Diabetes mellitus, Typ 1 mit Nierenkomplikationen, nicht als entgleist bezeichnet

ZHD N08.3* Glomeruläre Krankheiten bei Diabetes mellitus

Beispiel 2

Ein Patient mit Typ-1 Diabetes kommt zur Behandlung einer terminalen Niereninsuffizienz aufgrund einer diabetischen Nephropathie.

HD E10.20† Diabetes mellitus, Typ 1 mit Nierenkomplikationen, nicht als entgleist bezeichnet

ZHD N08.3* Glomeruläre Krankheiten bei Diabetes mellitus

ND N18.5 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5

Hinweis: Der Kode N18.5 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5 dient in diesem Beispiel zur näheren Spezifizierung der durch das Kreuz-Stern-System beschriebenen Diagnose. Er ist nicht als Hauptdiagnose anzugeben.

Diabetische Augenerkrankungen (E10† – E14†, vierte Stelle «.3»)

Augenerkrankungen, die in kausalem Zusammenhang mit Diabetes mellitus stehen, sind als Diabetes mellitus mit Augenkomplikationen E10† – E14†, vierte Stelle «.3» zu verschlüsseln. Ausserdem ist ein Kode für die spezifische Manifestation anzugeben, sofern die Nebendiagnosendefinition erfüllt ist.

Diabetische Retinopathie:

E10† – E14† mit vierter Stelle «.3» Diabetes mellitus mit Augenkomplikationen

H36.0* Retinopathia diabetica

Diabetische Retinopathie mit Retina-(Makula-) Ödem ist wie folgt zu kodieren:

E10† – E14† mit vierter Stelle «.3» Diabetes mellitus mit Augenkomplikationen

H36.0* Retinopathia diabetica

H35.8 Sonstige näher bezeichnete Affektionen der Netzhaut

Wenn die diabetische Augenerkrankung eine **Erblindung oder geringes Sehvermögen** zur Folge hat, wird zusätzlich ein Kode der Kategorie:

H54.– Blindheit und Sehbeeinträchtigung

zugewiesen.

Katarakt: Eine diabetische Katarakt wird nur dann kodiert, wenn ein kausaler Zusammenhang zwischen der Katarakt und dem Diabetes mellitus besteht:

<i>E10† – E14† mit vierter Stelle «.3»</i>	<i>Diabetes mellitus mit Augenkomplikationen</i>
<i>H28.0*</i>	<i>Diabetische Katarakt</i>

Wenn kein kausaler Zusammenhang besteht, sind Katarakte bei Diabetikern wie folgt zu kodieren:

der zutreffende Kode aus	<i>H25.– Cataracta senilis</i>
oder	<i>H26.– Sonstige Kataraktformen</i>

sowie die entsprechenden Codes aus *E10 – E14 Diabetes mellitus*.

Neuropathie und Diabetes mellitus (E10† – E14†, vierte Stelle «.4»)

Neurologische Erkrankungen, die in kausalem Zusammenhang mit Diabetes mellitus stehen, sind als Diabetes mellitus mit neurologischen Komplikationen *E10† – E14†*, vierte Stelle «.4» zu verschlüsseln. Ausserdem ist ein Kode für die spezifische Manifestation anzugeben, sofern die Nebendiagnosendefinition erfüllt ist.

Diabetische Mononeuropathie:

<i>E10† – E14† mit vierter Stelle «.4»</i>	<i>Diabetes mellitus mit neurologischen Komplikationen</i>
<i>G59.0*</i>	<i>Diabetische Mononeuropathie</i>

Diabetische Amyotrophie:

<i>E10† – E14† mit vierter Stelle «.4»</i>	<i>Diabetes mellitus mit neurologischen Komplikationen</i>
<i>G73.0*</i>	<i>Myastheniesyndrome bei endokrinen Krankheiten</i>

Diabetische Polyneuropathie:

<i>E10† – E14† mit vierter Stelle «.4»</i>	<i>Diabetes mellitus mit neurologischen Komplikationen</i>
<i>G63.2*</i>	<i>Diabetische Polyneuropathie</i>

Periphere vaskuläre Erkrankung und Diabetes mellitus (E10† – E14†, vierte Stelle «.5»)

Periphere vaskuläre Erkrankungen, die in kausalem Zusammenhang mit Diabetes mellitus stehen, sind als Diabetes mellitus mit peripheren vaskulären Komplikationen *E10† – E14†*, vierte Stelle «.5» zu verschlüsseln. Ausserdem ist ein Kode für die spezifische Manifestation anzugeben, sofern die Nebendiagnosendefinition erfüllt ist.

Diabetes mellitus mit peripherer Angiopathie:

<i>E10† – E14† mit vierter Stelle «.5»</i>	<i>Diabetes mellitus mit peripheren vaskulären Komplikationen</i>
<i>I79.2*</i>	<i>Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten</i>

Diabetisches Fussyndrom (E10 – E14, vierte Stelle «.7»)

Die Diagnose «Diabetischer Fuss» wird kodiert mit:

E10 – E14 mit an vierter und fünfter Stelle:

.74 *Diabetes mellitus mit multiplen Komplikationen, mit diabetischem Fussyndrom, nicht als entgleist bezeichnet*
oder

.75 *Diabetes mellitus mit multiplen Komplikationen, mit diabetischem Fussyndrom, als entgleist bezeichnet*

Die Kodes für beide Manifestationen/Komplikationen des Fussyndroms

G63.2 Diabetische Polyneuropathie*

I79.2 Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten*

sind **danach anzugeben**. Alle weiteren vorliegenden Manifestationen/Komplikationen sind als Nebendiagnose zu kodieren, wenn sie die Nebendiagnosendefinition erfüllen. Eine Liste mit einer Auswahl von Diagnosen, die zum klinischen Bild des «diabetischen Fussyndroms» gehören können, befindet sich im Anhang.

Beispiel 3

Ein Patient mit entgleistem Diabetes mellitus Typ 1 wird zur Behandlung eines diabetischen Fussyndroms mit gemischtem Ulkus der rechten Zehe (bei Angiopathie und Neuropathie) und Erysipel am rechten Unterschenkel aufgenommen.

HD E10.75† Diabetes mellitus, Typ 1 mit multiplen Komplikationen, mit diabetischem Fussyndrom, als entgleist bezeichnet

ZHD G63.2 Diabetische Polyneuropathie*

ND I79.2 Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten*

ND I70.24 Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration

L 1

ND A46 Erysipel [Wundrose]

Hinweis: Der Kode *I70.24 Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration* dient in diesem Beispiel zur näheren Spezifizierung der durch das Kreuz-Stern-System beschriebenen Diagnose. Er ist nicht als Hauptdiagnose anzugeben.

S0404a Metabolisches Syndrom

Bei Vorliegen eines «metabolischen Syndroms» sind die vorliegenden Komponenten des Syndroms (Adipositas, Hypertonie, Hyperlipidämie und Diabetes mellitus) einzeln zu kodieren, wenn sie die Nebendiagnosendefinition erfüllen (Regel G54).

S0405a Störungen der inneren Sekretion des Pankreas

Die Kodes

E16.0 Arzneimittelinduzierte Hypoglykämie ohne Koma

E16.1 Sonstige Hypoglykämie

E16.2 Hypoglykämie, nicht näher bezeichnet

E16.8 Sonstige näher bezeichnete Störungen der inneren Sekretion des Pankreas

E16.9 Störungen der inneren Sekretion des Pankreas, nicht näher bezeichnet

sind bei Diabetikerinnen und Diabetikern **nicht** als Hauptdiagnose zu verschlüsseln.

S0406a Zystische Fibrose

Bei einem Patienten mit zystischer Fibrose ist unabhängig davon, aufgrund welcher Manifestation dieser Erkrankung er aufgenommen wird, eine Schlüsselnummer aus *E84. – Zystische Fibrose* als Hauptdiagnose zuzuordnen. Die spezifische(n) Manifestation(en) ist/sind immer als Nebendiagnose(n) zu verschlüsseln.

Es ist zu beachten, dass in Fällen mit kombinierten Manifestationen der passende Code aus *E84.8 – Zystische Fibrose mit sonstigen Manifestationen* zu verwenden ist:

- E84.80 Zystische Fibrose mit Lungen- und Darm-Manifestation*
- E84.87 Zystische Fibrose mit sonstigen multiplen Manifestationen*
- E84.88 Zystische Fibrose mit sonstigen Manifestationen*

Beispiel 1

Eine Patientin mit Mukoviszidose und Haemophilus influenzae Infektion wird zur Behandlung einer Bronchitis aufgenommen.

- | | | |
|----|--------------|--|
| HD | <i>E84.0</i> | <i>Zystische Fibrose mit Lungenmanifestationen</i> |
| ND | <i>J20.1</i> | <i>Akute Bronchitis durch Haemophilus influenzae</i> |

E84.80 Zystische Fibrose mit Lungen- und Darm-Manifestation **wird nicht angegeben**, wenn zum Beispiel die Behandlung der Darm-Manifestation im Vordergrund steht und die stationäre Aufnahme speziell zur Operation einer mit der Darm-Manifestation in Zusammenhang stehenden Komplikation erfolgt ist. In diesen Fällen ist:

- E84.1 Zystische Fibrose mit Darmmanifestationen*
- als Hauptdiagnose zuzuweisen und als Nebendiagnose zusätzlich
- E84.0 Zystische Fibrose mit Lungenmanifestationen*

Diese Kodieranweisung stellt somit eine **Ausnahme** zu den Regeln der ICD-10-GM zur Verschlüsselung der zystischen Fibrose mit kombinierten Manifestationen dar.

Bei Spitalaufenthalten, die **nicht die zystische Fibrose betreffen**, wird die Erkrankung (z.B. Fraktur) als Hauptdiagnose und ein Code aus *E84. – Zystische Fibrose* als Nebendiagnose verschlüsselt, wenn sie die Nebendiagnosendefinition erfüllt.

S0407e Mangelernährung bei Erwachsenen

Definition der Stadien im Anhang.

Kodierung:

- Die Diagnose muss vom behandelnden Arzt gestellt werden.
- Eine Mangelernährung gemäss ICD-10 *E43 Nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweissmangelernährung* kann kodiert werden, wenn **eine** der untenstehenden Prozeduren durchgeführt wurde:
 - *89.0A.4- Multimodale Ernährungstherapie, nach Anzahl Behandlungstage*
- oder**
- *89.0A.32 Ernährungsberatung und -therapie*
- Eine Mangelernährung gemäss ICD-10 *E44. – Energie- und Eiweissmangelernährung mässigen und leichten Grades* kann kodiert werden, wenn **mindestens eine** der untenstehenden Prozeduren durchgeführt wurde:
 - *89.0A.32 Ernährungsberatung und -therapie*
 - *89.0A.4- Multimodale Ernährungstherapie, nach Anzahl Behandlungstage*
 - *96.6 Enterale Infusion konzentrierter Nährstoffe (mindestens 5 Behandlungstage)*
 - *99.15 Parenterale Infusion konzentrierter Nährlösungen (mindestens 5 Behandlungstage)*

Anmerkung: *E43* und *E44. –* dürfen nur bei entsprechend erfüllten Kriterien gemäss Anhang kodiert werden. Bei nicht erfüllten Kriterien (Definition Mangelernährung und/oder Prozedur) wird *E46 Nicht näher bezeichnete Energie- und Eiweissmangelernährung* kodiert.

Sofern eine Energie- und Eiweissmangelernährung (*E43, E44.0, E44.1, E46*) und eine Kachexie (*R64*) dokumentiert sind, wird nur der *E4- Mangelernährungskode* abgebildet (keine Doppelkodierung).

S0408e Mangelernährung bei Kindern

Definition der Stadien im Anhang.

Kodierung:

- Die Diagnose muss vom behandelnden Arzt gestellt werden.
- Eine Mangelernährung gemäss ICD-10 *E43 Nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweissmangelernährung* kann kodiert werden, wenn **eine** der untenstehenden Prozeduren durchgeführt wurde:
 - 89.0A.4- *Multimodale Ernährungstherapie, nach Anzahl Behandlungstage*
 - oder**
 - 89.0A.32 *Ernährungsberatung und -therapie*
- Eine Mangelernährung gemäss ICD-10 *E44.– Energie- und Eiweissmangelernährung mässigen und leichten Grades* kann kodiert werden, wenn **mindestens eine** der untenstehenden Prozeduren durchgeführt wurde:
 - 89.0A.32 *Ernährungsberatung und -therapie*
 - 89.0A.4- *Multimodale Ernährungstherapie, nach Anzahl Behandlungstage*
 - 96.6 *Enterale Infusion konzentrierter Nährstoffe (mindestens 5 Behandlungstage)*
 - 99.15 *Parenterale Infusion konzentrierter Nährlösungen (mindestens 5 Behandlungstage)*

Anmerkung: *E43 und E44.–* dürfen nur bei entsprechend erfüllten Kriterien gemäss Anhang kodiert werden. Bei nicht erfüllten Kriterien (Definition Mangelernährung und/oder Prozedur) wird *E46 Nicht näher bezeichnete Energie- und Eiweissmangelernährung* kodiert.

Sofern eine Energie- und Eiweissmangelernährung (*E43, E44.0, E44.1, E46*) und eine Kachexie (*R64*) dokumentiert sind, wird nur der *E4-* Mangelernährungskode abgebildet (keine Doppelkodierung).

S0500 Psychische und Verhaltensstörungen

S0501j Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Alkohol, Drogen, Medikamente und Nikotin)

Die allgemeinen Hinweise zu den Kategorien *F10 – F19* in der ICD-10-GM sind zu beachten.

Akute nicht akzidentelle Intoxikation (Rausch)

Im Fall einer akuten Intoxikation (eines akuten Rausches) wird der zutreffende Code aus *F10 – F19*, vierte Stelle «.0» zugewiesen, gegebenenfalls zusammen mit einem weiteren vierstelligen Code aus *F10 – F19*. Sofern die akute Intoxikation der Aufnahmegrund ist, ist sie als Hauptdiagnose zu kodieren.

Beispiel 1

Bekannter Alkoholiker, der in fortgeschrittenem alkoholisiertem Zustand – im Sinne eines Rausches – hospitalisiert wird.

HD *F10.0 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, akute Intoxikation*

ND *F10.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Abhängigkeits-Syndrom*

Beispiel 2

Nach einer Geburtstagsfeier wird ein Jugendlicher wegen einem stark alkoholisierten Zustand hospitalisiert.

HD *F10.0 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, akute Intoxikation*

Akute akzidentelle Intoxikation

Siehe Kapitel S1900.

Schädlicher Gebrauch

An vierter Stelle ist eine «.1» zuzuweisen, wenn ein Zusammenhang zwischen einer bestimmten Krankheit/Krankheiten und Alkohol-/Drogenabusus besteht. Das ist beispielsweise der Fall, wenn Diagnosen durch Aussagen wie «alkoholinduziert» oder «drogenbezogen» näher bezeichnet sind.

Beispiel 3

Bei einem Patienten wird eine alkoholbezogene Ösophagitis diagnostiziert.

HD *K20 Ösophagitis*

ND *F10.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, schädlicher Gebrauch*

Bei der oben genannten Definition ist zu beachten, dass eine vierte Stelle mit «.1» **nicht** zugewiesen wird, wenn eine spezifische drogen-/alkoholbezogene Krankheit existiert, insbesondere ein Abhängigkeitssyndrom oder eine psychotische Störung.

Beachte: Alkoholabusus ist nicht gleichbedeutend mit Alkoholabhängigkeit.

Bei Vorliegen eines Alkoholabusus ist der Code *F10.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Schädlicher Gebrauch* zu kodieren.

Bei Vorliegen einer Alkoholabhängigkeit oder eines chronischen Alkoholabusus ist der Code *F10.2 Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol, Abhängigkeitssyndrom* zu erfassen.

Für die Kodierung des Codes *F10.3 Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol, Entzugssyndrom* gelten folgende Bedingungen: Vorhandensein des klinischen Bildes von Entzugserscheinungen und die eindeutige Dokumentation des Entzugsbildes.

Die Kodierregeln zu Haupt- und Nebendiagnose (G52 und G54) sind zu beachten.

S0600 Krankheiten des Nervensystems

S0601a Akuter Schlaganfall

Solange der Patient eine **fortgesetzte stationäre Spitalbehandlung** des akuten Schlaganfalls und der unmittelbaren Folgen (Defizite) erhält, ist ein Kode aus den Kategorien *I60 – I64 Zerebrovaskuläre Krankheiten* mit den jeweils passenden Codes für die Defizite (z.B. Hemiplegie, Aphasie, Hemianopsie, Neglect) zuzuweisen. Bei erneutem Akut-Spitalsaufenthalt (Rückverlegung aus der Rehabilitation oder Wiedereintritt), unabhängig von der Zeitspanne zwischen den beiden Aufenthalten, wird der akute Schlaganfall nicht mehr kodiert.

Beispiel 1

Ein Patient erleidet einen Hirninfarkt mit schlaffer Hemiplegie rechts und Aphasie und wird zur stationären Behandlung aufgenommen. Radiologisch zeigt sich ein Verschluss der Arteria cerebri media links.

HD	I63.5	Hirninfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien
L	2	
ND	G81.0	Schlaffe Hemiparese und Hemiplegie
L	1	
ND	R47.0	Aphasie

Es werden der Hirninfarkt als Hauptdiagnose und sämtliche auftretenden Funktionsstörungen als Nebendiagnosen kodiert. Dies gilt auch für alle im Spital noch vorhandenen Funktionsstörungen bei zerebraler transitorischer Ischämie.

S0602c «Alter» Schlaganfall

Wenn ein Patient die Anamnese eines Schlaganfalls **mit** gegenwärtig bestehenden neurologischen Ausfällen zeigt, werden die neurologischen Ausfälle (z.B. Hemiplegie, Aphasie, Hemianopsie, Neglect) entsprechend der Nebendiagnosendefinition (Regel G54) und danach ein Kode aus *I69.– Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit* zugewiesen.

Beispiel 1

Eine Patientin wurde mit einer Pneumokokken-Pneumonie aufgenommen. Die Patientin hatte vor drei Jahren einen akuten Schlaganfall und erhält seitdem Thrombozytenaggregationshemmer zur Rezidivprophylaxe. Es besteht eine residuale linke spastische Hemiparese. Diese verursachte erhöhten Pflegeaufwand.

HD	J13	Pneumonie durch <i>Streptococcus pneumoniae</i>
ND	G81.1	Spastische Hemiparese und Hemiplegie
L	2	
ND	I69.4	Folgen eines Schlaganfalls, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet

Funktionsstörungen

Bei einem «alten» Schlaganfall (Status nach) **werden Dysphagie, Urin- und Stuhlinkontinenz** nur dann kodiert, wenn bestimmte Kriterien erfüllt sind (siehe S1801 und S1802).

S0603a Paraplegie und Tetraplegie, nicht traumatisch

Zur Kodierung einer traumatischen Paraplegie/Tetraplegie siehe S1905 «Verletzung des Rückenmarks».

Initiale (akute) Phase einer nicht traumatischen Paraplegie/Tetraplegie

Die «akute» Phase einer nicht traumatischen Paraplegie/Tetraplegie umfasst Erstaufnahmen wegen eines nicht traumatisch bedingten Funktionsausfalls wie z.B. bei Myelitis transversa oder bei Rückenmarkinfarkt. Es kann sich auch um eine konservativ oder operativ behandelte Erkrankung handeln, die sich in Remission befand, sich jedoch verschlechtert hat und jetzt die gleiche Behandlungsintensität erfordert wie bei Patienten, die das erste Mal aufgenommen wurden.

Sofern eine Krankheit behandelt wird, die eine akute Schädigung des Rückenmarks zur Folge hat (z.B. Myelitis), sind folgende Codes zuzuweisen:

Die Krankheit als Hauptdiagnose, z.B. diffuse Myelitis

G04.9 Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis, nicht näher bezeichnet

und einen Kode aus

G82.– Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie, fünfte Stelle «0» oder «1».

Für die funktionale Höhe der Rückenmarksschädigung ist zusätzlich der passende Kode aus

G82.6–! Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarks

anzugeben.

Späte (chronische) Phase einer nicht traumatischen Paraplegie/Tetraplegie

Von der chronischen Phase einer Paraplegie/Tetraplegie spricht man, wenn die Behandlung der akuten Erkrankung (z.B. einer Myelitis), die die Lähmungen verursachte, abgeschlossen ist. Kommt ein Patient in dieser chronischen Phase zur Behandlung der Paraplegie/Tetraplegie, ist ein Kode der Kategorie:

G82.– Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie, fünfte Stelle «2» oder «3»

als Hauptdiagnose anzugeben.

Wird ein Patient dagegen zur Behandlung einer anderen Erkrankung wie z.B. Harnwegsinfektion, Fraktur des Femur usw. aufgenommen, ist die zu behandelnde Erkrankung gefolgt von einem Kode der Kategorie:

G82.– Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie, fünfte Stelle «2» oder «3»

anzugeben, sowie andere vorliegende Erkrankungen. Die Reihenfolge dieser Diagnosen muss sich an der Definition der Hauptdiagnose orientieren.

Für die funktionale Höhe der Rückenmarksschädigung ist zusätzlich der passende Kode aus:

G82.6–! Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarks

anzugeben.

S0604i Bewusstseinsstörungen

Bewusstlosigkeit

Sofern die Bewusstlosigkeit eines Patienten **nicht** mit einer Verletzung im Zusammenhang steht, sind folgende Codes zu verwenden:

R40.0 Somnolenz

R40.1 Sopor

R40.2 Koma, nicht näher bezeichnet

Schwere Bewusstseinsstörung

Unresponsive Wakefulness Syndrom (UWS), frühere Bezeichnung Vegetative State (VS) und Minimally Conscious State (MCS)

Das «Unresponsive Wakefulness Syndrom (UWS)» ist definiert als ein Zustand der Unmöglichkeit mit der Umwelt zu interagieren, d.h. ohne kohärente Antworten und ohne bewusstes Reagieren auf optische, akustische, taktile und schmerzhaft Reize und ohne Bewusstsein über sich selbst oder über die Umwelt.

Der Minimally Conscious State (MCS) ist definiert als Zustand mit schwer veränderter Bewusstseinslage, bei dem minimale, aber deutliche Verhaltensmerkmale reproduzierbar nachweisbar sind, die ein Bewusstsein für sich selbst oder die Umgebung erkennen lassen.

Die exakte Klassifikation und Zuordnung erfolgt durch die CRS-R (Coma Recovery Scale-Revised) als Ergebnis der Bewertungen in den sechs Subskalen der CRS-R: CRS-auditiv – CRS-visuell – CRS-motorisch – CRS-sprachlich – CRS-Kommunikation – CRS-Erwachen. Dieses Assessment ist nicht zuverlässig anwendbar für Patienten vor dem 12. Lebensjahr. Bis zum Erreichen dieses Alters gilt die vom Arzt gestellte Diagnose ohne Referenz auf das CRS-R.

Stadieneinteilung der schweren Bewusstseinsstörung

Subskala CRS-R	Unresponsive Wakefulness Syndrom (UWS)	Minimally Conscious State minus (MCS-)	Minimally Conscious State plus (MCS+)	Emerge from Minimally Conscious State (EMCS)
Auditiv	≤ 2 und	≤ 2 und	3 – 4	
Visuell	≤ 1 und	2 – 5 oder	4 – 5	
Motorisch	≤ 2 und	3-5 oder	3 – 5	= 6 und
Sprachlich	≤ 2 und	≤ 2 oder	3	
Kommunikation	= 0 und	= 0 und	1 – 2	= 2
Erwachen	1 – 2	1 – 2	1 – 3	

d.h.:

- Ein Unresponsive Wakefulnesssyndrom (UWS) liegt vor, wenn alle Bedingungen für ein UWS erfüllt sind.
- Ein Minimally Conscious State minus (MCS-) liegt vor, wenn **eine einzige Subskala** die für MCS- geforderten Werte erfüllt (d.h. Lokalisation von schmerzhaften Reizen oder visuelles Verfolgen oder adäquates Lachen oder Weinen) und die übrigen Werte dem Stadium UWS entsprechen.
- Ein Minimally Conscious State plus (MCS+) liegt vor, wenn die Subskala «auditiv» den Wert 3 (Antwort auf Befehl), oder die Subskala «sprachlich» den Wert 3 (Sprachverständnis), oder die Subskala «Kommunikation» den Wert 1–2 (intentionelle oder funktionale Kommunikation) erreicht.
- Ein Emerge from Minimally Conscious State (EMCS) liegt vor, wenn die Subskala «motorisch» und die Subskala «Kommunikation» den Maximalwert erreicht haben. Um ein Emerge-Stadium zuzuteilen, muss eine Evaluierung zweimal innerhalb einer Woche durchgeführt werden.

Eine Stadieneinteilung kann frühestens 24 h nach Absetzen der kontinuierlichen Sedierung auf der IPS erfolgen und wenn die Voraussetzung erfüllt ist, dass keine medikamentösen Einflüsse den Zustand mitverursachen (allenfalls mit dokumentierten Blutanalysen). Eine vorübergehende Sedierung z. B. für die Pflege des Patienten oder beim Zustand der Agitation ist keine Kontraindikation für eine Evaluierung. Das Stadium muss mindestens 1 Woche bestehen oder sich zu einem anderen Stadium der Bewusstseinsstörung entwickeln. Eine zweite Evaluation in der folgenden Woche (mindestens 2–3 Tage Abstand) ist nötig, um die Diagnose der Bewusstseinsstörung zu bestätigen.

Eine Bewusstseinsstörung wird mit G93.80 Apallisches Syndrom kodiert, wenn:

- eine schwere Bewusstseinsstörung Stadium Vegetative State (VS), Synonym Unresponsive Wakefulness Syndrome (UWS) oder ein Minimally Conscious State gemäss obenstehenden Definitionen vorliegt.

Hinweis: Bewusstseinsstörungen, die die oben definierten Kriterien für VS/UWS und MCS nicht erfüllen, werden NICHT mit G93.80 kodiert. Dazu gehört das Stadium Emerge from Minimally Conscious State (EMCS).

Literatur: Giacino, J.T., Kalmar, K., & Whyte, J. (2004). The JFK Coma Recovery Scale-Revised: Measurement characteristics and diagnostic utility 1. Archives of physical medicine and rehabilitation, 85(12), 2020–2029.

Gosseries, O., Zasler, N.D., & Laureys, S. (2014). Recent advances in disorders of consciousness: focus on the diagnosis. Brain injury, 28(9), 1141–1150.

Schnakers, C., Majerus, S., Giacino, J., Vanhaudenhuyse, A., Bruno, M.A., Boly, M.,... & Damas, F. (2008). A french validation study of the Coma Recovery Scale-Revised (CRS-R). Brain injury, 22 (10), 786–792.

Seel, R.T., Sherer, M., Whyte, J., Katz, D.I., Giacino, J.T., Rosenbaum, A.M., ...& Biester, R.C. (2010). Assessment scales for disorders of consciousness: evidence-based recommendations for clinical practice and research. Archives of physical medicine and rehabilitation, 91 (12), 1795–1813.

S0605e Aufnahme zur Implantation eines Neurostimulators / (Test)Elektroden

Bei Aufnahme zur Implantation eines Neurostimulators/(Test)Elektroden wird die **Krankheit als Hauptdiagnose** angegeben, zusammen mit den passenden Prozedurenkodes.

Der Kode

Z45.80 Anpassung und Handhabung eines Neurostimulators

wird **nicht** abgebildet.

(Gleiche Regel unter S1805: Aufnahme zur Implantation eines Neurostimulators bei Schmerzbehandlung).

S0606e Aufnahme zur Entfernung eines Neurostimulators / (Test)Elektroden

Bei Aufnahme zur Entfernung eines Neurostimulators/(Test)Elektroden ist als Hauptdiagnosekode

Z45.80 Anpassung und Handhabung eines Neurostimulators

zuzuweisen, zusammen mit den passenden Prozedurenkodes. Die Grundkrankheit wird nur als Nebendiagnose kodiert, wenn sie die Nebendiagnosendefinition (G54) erfüllt.

(Gleiche Regel unter S1806: Aufnahme zur Entfernung eines Neurostimulators bei Schmerzbehandlung)

S0607h Kodierung der Parkinsonstadien (G20.-)

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

S0700 Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde

S0701a Versagen oder Abstossung eines Kornea-Transplantates

Versagen und Abstossung eines Hornhauttransplantates des Auges ist mit dem Kode
T86.83 Versagen und Abstossung eines Hornhauttransplantates des Auges
zu kodieren.

Nebendiagnosen im Zusammenhang mit der Abstossung oder dem Versagen eines Korneatransplantates werden zusätzlich zu *T86.83* kodiert, z.B.:

- H16.– Keratitis*
- H18.– Sonstige Affektionen der Hornhaut*
- H20.– Iridozyklitis*
- H44.0 Purulente Endophthalmitis*
- H44.1 Sonstige Endophthalmitis*
- Z96.1 Vorhandensein eines intraokularen Linsenimplantates*

Gemäss Regel D05 wird kein *Z94.7 Zustand nach Keratoplastik* abgebildet.

S0800 Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes

S0801a Schwerhörigkeit und Taubheit

Die Diagnosen Schwerhörigkeit und Taubheit können mit einem passenden Kode aus den folgenden Kategorien kodiert werden:

H90.– Hörverlust durch Schallleitungs- oder Schallempfindungsstörung

und

H91.– Sonstiger Hörverlust

In folgenden Situationen werden sie als Hauptdiagnose kodiert:

- Untersuchung bei Kindern, wenn ein CT unter Sedierung oder Hörtests durchgeführt wird
- plötzlicher Hörverlust bei Erwachsenen

S0802d Anpassung/Handhabung eines implantierten Hörgerätes

Hier ist nur

Z45.3 Anpassung und Handhabung eines implantierten Hörgerätes

zuzuweisen, zusammen mit den passenden Prozedurenkodes.

S0900 Krankheiten des Kreislaufsystems

S0901a Hypertonie und Krankheiten bei Hypertonie

Hypertensive Herzkrankheit (I11.–)

Steht eine Herzkrankheit in **kausalem Zusammenhang** zur Hypertonie, so ist ein Code für die Herzkrankheit (z.B. aus *I50.– Herzinsuffizienz* oder *I51.– Komplikationen einer Herzkrankheit und ungenau beschriebene Herzkrankheit*), gefolgt von *I11.– Hypertensive Herzkrankheit* anzugeben.

Wenn für die Herzerkrankung kein anderer Code der ICD-10-GM ausser *I11.– Hypertensive Herzkrankheit* zur Verfügung steht, wird dieser allein kodiert.

Liegen Herzerkrankungen und Hypertonie aber **ohne** kausale Beziehung vor, werden Hypertonie und Herzkrankheit einzeln kodiert.

Hypertensive Nierenkrankheit (I12.–)

Steht eine Nierenerkrankung in **kausalem Zusammenhang** zur Hypertonie, so ist ein Code für die Nierenerkrankung (z.B. aus *N18.– Chronische Nierenkrankheit*), gefolgt von *I12.– Hypertensive Nierenkrankheit* anzugeben.

Wenn für die Nierenerkrankung kein anderer Code der ICD-10-GM ausser *I12.– Hypertensive Nierenkrankheit* zur Verfügung steht, wird dieser allein kodiert.

Liegen Nierenerkrankungen und Hypertonie aber **ohne** kausale Beziehung vor, werden Hypertonie und Nierenkrankheit einzeln kodiert.

Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit (I13.–)

In Fällen, bei denen sowohl eine hypertensive Herzkrankheit (*I11.–*) als auch eine hypertensive Nierenkrankheit (*I12.–*) vorliegen, ist ein Code für die Herzkrankheit (z.B. aus *I50.– Herzinsuffizienz*) und für die Nierenkrankheit (z.B. aus *N18.– Chronische Nierenkrankheit*), gefolgt von *I13.– Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit* zuzuordnen.

Wenn für die Herz- und Nierenerkrankung kein anderer Code der ICD-10-GM ausser *I13.– Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit* zur Verfügung steht, wird dieser allein kodiert.

Die Hauptdiagnose ist entsprechend der Definition der Hauptdiagnose (Regel G 52) festzulegen.

S0902e Ischämische Herzkrankheit

Angina pectoris (I20.–)

Liegt bei einem Patienten eine Angina pectoris vor, ist der entsprechende Code **vor** dem Code der Koronaratherosklerose anzugeben. Wenn ein Patient mit instabiler Angina pectoris aufgenommen wird und diese sich während des Spitalaufenthaltes zu einem Myokardinfarkt entwickelt, ist nur der Code für einen Myokardinfarkt anzugeben.

Wenn der Patient jedoch eine Postinfarkt-Angina entwickelt, kann *I20.0 Instabile Angina pectoris* als zusätzlicher Code angegeben werden.

Koronarsyndrom (Acute Coronary Syndrom ACS)

Dieser Begriff fasst die unmittelbar lebensbedrohlichen Phasen der koronaren Herzkrankheit zusammen. Das Spektrum reicht von der instabilen Angina pectoris über den akuten Myokardinfarkt bis zum plötzlichen Herztod. Dabei handelt es sich keineswegs um verschiedene Krankheiten, sondern um fließend ineinander übergehende Stadien der koronaren Herzkrankheit. Aufgrund dieses fließenden Übergangs werden Patienten mit Thoraxschmerzen und Verdacht auf ein akutes Koronarsyndrom anhand des EKG und biochemischer kardialer Marker (Troponin) in Kategorien unterteilt:

Diagnose	ICD-10-GM	Labor / EKG
Instabile Angina pectoris	<i>I20.0 instabile Angina pectoris</i>	Troponin neg; EKG: keine ST-Hebung
NSTEMI (N on- ST - E levation M yocardial I nfarction) oder Troponinpositives A cute C oronary S yndrom (ACS)	<i>I21.4 akuter subendokardialer Myokardinfarkt</i>	Troponin pos; EKG: keine ST-Hebung
STEMI (ST - E levation M yocardial I nfarction)	<i>I21.0 – 3 akuter transmuraler Myokardinfarkt (nach Lokalisation)</i>	Troponin pos; EKG pos. (ST-Hebung)
ACS n.n.b. (A cute C oronary S yndrom)	<i>I24.9 akute ischämische Herzkrankheit n.n.b.</i>	Keine Angabe

Beachte: Die stabile Angina pectoris (*I20.1 – I20.9*) gehört nicht zum akuten Koronarsyndrom (ACS).

Akuter Myokardinfarkt

Ein als akut bezeichneter oder bis zu vier Wochen (28 Tage) zurückliegender Myokardinfarkt ist mit einem Code aus *I21.– Akuter Myokardinfarkt* zu verschlüsseln.

Dabei sind die Codes dieser Kategorie *I21.– Akuter Myokardinfarkt* anzugeben, sowohl für die initiale Behandlung eines Infarktes im ersten Spital, das den Infarktpatienten aufnimmt, als auch in anderen Einrichtungen, in die der Patient innerhalb von vier Wochen (28 Tage) nach dem Infarkt aufgenommen oder verlegt wird.

Reinfarkt – Rezidivierender Myokardinfarkt

Wenn der Patient innerhalb von 28 Tagen nach dem ersten Herzinfarkt einen zweiten Infarkt erleidet, ist für diesen ein Code aus der Kategorie *I22.– Rezidivierender Myokardinfarkt* anzugeben.

Alter Myokardinfarkt

I25.2– Alter Myokardinfarkt kodiert eine **anamnestische Diagnose**, die als Z-Kode («Status nach», «Zustand nach») in Kapitel XXI nicht enthalten ist. Sie ist zusätzlich zu kodieren, wenn sie Bedeutung für die aktuelle Behandlung hat (siehe auch D05).

Ischämische Herzkrankheit, die früher chirurgisch/interventionell behandelt wurde

Wenn während des aktuellen Spitalaufenthaltes eine ischämische Herzkrankheit behandelt wird, die früher chirurgisch/interventionell behandelt wurde, ist folgendermassen zu verfahren:

Wenn die vorhandenen Bypässe/Stents offen sind und ein erneuter Eingriff durchgeführt wird, um weitere Gefässabschnitte zu behandeln, ist der Kode

I25.11 Atherosklerotische Herzkrankheit, Ein-Gefäss-Erkrankung

I25.12 Atherosklerotische Herzkrankheit, Zwei-Gefäss-Erkrankung

I25.13 Atherosklerotische Herzkrankheit, Drei-Gefäss-Erkrankung

oder

I25.14 Atherosklerotische Herzkrankheit, Stenose des linken Hauptstammes

und entweder

Z95.1 Vorhandensein eines aortokoronaren Bypasses

oder

Z95.5 Vorhandensein eines Implantates oder Transplantates nach koronarer Gefässplastik

zu kodieren.

Die Kodes

I25.15 Atherosklerotische Herzkrankheit mit stenosierten Bypass-Gefässen

I25.16 Atherosklerotische Herzkrankheit mit stenosierten Stents

sind **nur** zu verwenden, wenn der Bypass/Stent selbst betroffen ist.

In diesem Fall ist

Z95.1 Vorhandensein eines aortokoronaren Bypasses

Z95.5 Vorhandensein eines Implantates oder Transplantates nach koronarer Gefässplastik

als Nebendiagnose **nicht** anzugeben.

Beispiel 1

Ein Patient wurde mit einer instabilen Angina aufgenommen, die sich drei Jahre nach einer Bypassoperation entwickelt hat. Die Herzkatheteruntersuchung zeigte eine Stenose im Bereich des Venenbypasses.

HD I25.15 Atherosklerotische Herzkrankheit mit stenosierten Bypass-Gefässen

Voraussetzung für die Zuweisung der Kodes

Z95.1 Vorhandensein eines aortokoronaren Bypasses

oder

Z95.5 Vorhandensein eines Implantates oder Transplantates nach koronarer Gefässplastik

ist, ausser dem Vorliegen anamnestischer Informationen über das Vorhandensein eines Koronararterienbypasses oder eine frühere Koronarangioplastie, dass diese Angaben für die aktuelle Spitalbehandlung von Bedeutung sind (siehe Nebendiagnosendefinition, Regel G54).

S0903i Thrombose resp. Verschluss von koronarem Stent resp. Bypass

Bei der Kodierung von Stent- oder Bypassverschlüssen ist primär wichtig, ob es sich um einen Verschluss **MIT** oder **OHNE** Myokardinfarkt handelt.

Bei Verschluss ohne Myokardinfarkt wird zwischen Koronarthrombose und chronischem Verschluss unterschieden. Wird die Thrombose lokalspezifisch behandelt, ist diese als Komplikation durch das Gefäßimplantat/Transplantat zusätzlich zu kodieren.

Richtlinien zur Thrombose resp. Verschluss von koronarem Stent resp. Bypass

1. Jeder Verschluss eines koronaren Stents oder Bypasses **mit konsekutivem Myokardinfarkt** ist primär mit *I21. – Akuter Myokardinfarkt* zu verschlüsseln. Dies gilt sowohl für die akute (Stent-)Thrombose, wie auch für den Verschluss durch Fortschreiten der Grundkrankheit.

T82.8 Sonstige näher bezeichnete Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen wird nur dann zusätzlich kodiert, wenn bei Vorliegen einer Thrombose diese lokalspezifisch behandelt wird, z.B. mit *36.04 Thrombolytische Koronararterieninfusion*.

Bei alleiniger erneuter PTCA mit oder ohne Stenteinlage oder erneuter Bypassoperation ist *T82.8* nicht zu kodieren, sondern *Z95.1 Vorhandensein eines aortokoronaren Bypasses*.

2. Liegt ein Verschluss eines Stents oder Bypasses **ohne Myokardinfarkt** vor, wird nach Ätiologie unterschieden:

- Eine Thrombose wird primär mit *I24.0 Koronarthrombose ohne nachfolgenden Myokardinfarkt* kodiert.

T82.8 Sonstige näher bezeichnete Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen wird nur dann zusätzlich kodiert, wenn die Thrombose lokal behandelt wird, z.B. mit *36.04 Thrombolytische Koronararterieninfusion*.

Bei alleiniger erneuter PTCA mit oder ohne Stenteinlage oder erneuter Bypassoperation ist *T82.8* nicht zu kodieren, sondern *Z95.1 Vorhandensein eines aortokoronaren Bypasses*.

- Ein Verschluss durch Intimaproliferation (bzw. Fortschreiten der arteriosklerotischen Grundkrankheit) wird primär verschlüsselt mit:
I25.15 Atherosklerotische Herzkrankheit mit stenosierten Bypassgefäßen, resp.
I25.16 Atherosklerotische Herzkrankheit mit stenosierten Stents.

In diesem Fall ist *Z95.1*, resp. *Z95.5* als Nebendiagnose nicht anzugeben.

Beispiel 1

Patientin mit akutem Myokardinfarkt bei thrombotischem Verschluss eines vor 2 Monaten implantierten Stents. Zur Behandlung wird ein neuer BMS-Stent eingelegt.

HD	I21.–	Akuter Myokardinfarkt
ND	Z95.5	Vorhandensein eines Implantates oder Transplantates nach koronarer Gefäßplastik
HB	00.66.2-	Koronarangioplastik (PTCA) nach Art des verwendeten Ballons
NB	00.40	Massnahme auf einem Gefäß
NB	36.08.11	Implantation perkutan-transluminal von Stents ohne Medikamenten-Freisetzung, in einer Koronararterie

Beispiel 2

Patient mit akutem Myokardinfarkt bei thrombotischem Verschluss eines vor 2 Monaten implantierten Stents. Zur Behandlung wird ein neuer BMS-Stent eingelegt, zusätzlich wird in der gleichen Sitzung die Thrombose des Stents z.B. mit Koronararterieninfusion behandelt.

HD	I21.-	Akuter Myokardinfarkt
ND	T82.8	Sonstige näher bezeichnete Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen
ND	Y82.8!	Zwischenfälle durch medizintechnische Geräte und Produkte
HB	00.66.2-	Koronarangioplastik (PTCA) nach Art des verwendeten Ballons
NB	00.40	Massnahme auf einem Gefäß
NB	36.08.11	Implantation perkutan-transluminal von Stents ohne Medikamenten-Freisetzung, in einer Koronararterie
NB	36.04	Thrombolytische Koronararterieninfusion

Beispiel 3

Patient mit chronischer koronarer Herzkrankheit. Die Koronararteriographie zeigt einen Verschluss des LIMA-Bypasses. Konservative Therapie, eine Reoperation wird geplant.

HD	I25.15	Atherosklerotische Herzkrankheit mit stenosierten Bypass-Gefäßen
HB	88.5-	Angiokardiographie mit Kontrastmittel
NB	37.21-37.23	Herzkatheter

Beispiel 4

Patientin mit thrombotischem Verschluss eines Stents. Der Stent kann mit lokaler Thrombolyse eröffnet werden, ein Myokardinfarkt entwickelt sich nicht.

HD	I24.0	Koronarthrombose ohne nachfolgenden Myokardinfarkt
ND	T82.8	Sonstige näher bezeichnete Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen
ND	Y82.8!	Zwischenfälle durch medizintechnische Geräte und Produkte
HB	00.66.--	Koronarangioplastik (PTCA)
NB	00.40	Massnahme auf einem Gefäß
NB	36.04	Thrombolytische Koronararterieninfusion

S0904d Erkrankungen der Herzklappen

Bei den Erkrankungen der Herzklappen unterscheiden wir zwischen:

- Angeborene Krankheit (zu kodieren mit einem Q-Kode)
- Erworbene Krankheit, rheumatisch bedingt
- Erworbene Herzklappenstörung, nicht rheumatisch bedingt oder nicht näher bezeichnet.

Die ICD-10-GM berücksichtigt bei der Klassifikation von Herzklappenaffektionen Häufigkeitsverteilungen, die nicht unbedingt für die Schweiz typisch sind, wie sich anhand der Mitralklappendefekte veranschaulichen lässt: eine Mitralklappeninsuffizienz nicht näher bezeichneten Ursprungs wird durch einen Code der Kategorie *I34. – Nichtrheumatische Mitralklappenkrankheiten* angegeben, während eine nicht näher bezeichnete Stenose mit einem Code der Kategorie *I05. – Rheumatische Mitralklappenkrankheiten* bezeichnet wird.

In der Schweiz werden Herzklappenaffektionen ohne näher bezeichnete Ursache abweichend von der ICD-10-GM (siehe Text oben) mit den Kategorien *I34* bis *I37* angegeben (siehe Tabelle).

		Als nicht rheumatisch bezeichnet	Als rheumatisch bezeichnet	Ohne nähere Angabe
Mitralklappe	Insuffizienz	<i>I34.0</i>	<i>I05.1</i>	<i>I34.0</i>
	Stenose	<i>I34.2</i>	<i>I05.0</i>	<i>I34.2</i>
	Stenose mit Insuffizienz	<i>I34.80</i>	<i>I05.2</i>	<i>I34.80</i>
Aortenklappe	Insuffizienz	<i>I35.1</i>	<i>I06.1</i>	<i>I35.1</i>
	Stenose	<i>I35.0</i>	<i>I06.0</i>	<i>I35.0</i>
	Stenose mit Insuffizienz	<i>I35.2</i>	<i>I06.2</i>	<i>I35.2</i>
Trikuspidalklappe	Insuffizienz	<i>I36.1</i>	<i>I07.1</i>	<i>I36.1</i>
	Stenose	<i>I36.0</i>	<i>I07.0</i>	<i>I36.0</i>
	Stenose mit Insuffizienz	<i>I36.2</i>	<i>I07.2</i>	<i>I36.2</i>
Pulmonalklappe	Insuffizienz	<i>I37.0</i>	<i>I09.8</i>	<i>I37.0</i>
	Stenose	<i>I37.1</i>	<i>I09.8</i>	<i>I37.1</i>
	Stenose mit Insuffizienz	<i>I37.2</i>	<i>I09.8</i>	<i>I37.2</i>

Affektion mehrerer Herzklappen

Bei Affektion mehrerer Herzklappen mit präziser Diagnose der Pathologie kodiert man so spezifisch wie möglich gemäss obiger Tabelle. Fehlt die Angabe des präzisen Klappenfehlers, sind die entsprechenden Codes der Kategorie *I08. – Krankheiten mehrerer Herzklappen* anzugeben.

S0905a Schrittmacher/Defibrillator

Anmerkung: Aussagen für Schrittmacher gelten sinngemäss auch für Defibrillatoren.

Einem Patienten mit Schrittmacher/Defibrillator ist der Kode *Z95.0 Vorhandensein eines kardialen elektronischen Gerätes* zuzuweisen.

Permanente Schrittmacher

Wird ein **temporärer Schrittmacher entfernt und ein permanenter Schrittmacher implantiert**, ist der permanente Schrittmacher als Erstimplantation zu kodieren, nicht als Ersatz.

Die **Überprüfung** eines Schrittmachers wird routinemässig während des stationären Aufenthaltes zur Schrittmacherimplantation durchgeführt; daher ist in diesem Moment kein gesonderter Prozedurenkode anzugeben. Eine Überprüfung zu einem anderen Zeitpunkt (nicht im Zusammenhang mit einer Implantation beim gleichen Aufenthalt) ist mit Kodes *89.45 – 89.49 Kontrolle eines künstlichen Schrittmachers* abzubilden.

Aufnahme zum Aggregatwechsel (= Wechsel Batterie/Pulsgenerator) eines Herzschrittmachers/Defibrillators

Es ist nur

Z45.0– Anpassung und Handhabung eines kardialen (elektronischen) Gerätes

zuzuweisen, zusammen mit den passenden Prozedurenkodes.

Komplikationen des Schrittmachersystems/Defibrillators

Komplikationen des Schrittmachersystems/Defibrillators sind mit einem der folgenden Kodes zu verschlüsseln:

T82.1 Mechanische Komplikation durch ein kardiales elektronisches Gerät

Dieser Kode beinhaltet die Funktionsstörung des Schrittmachers und der Elektroden.

T82.7 Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefässen

T82.8 Sonstige Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefässen

S0906a Nachuntersuchung nach Herztransplantation

Bei Kontrolluntersuchungen nach einer Herztransplantation ist als Hauptdiagnose der Kode

Z09.80 Nachuntersuchung nach Organtransplantation

anzugeben und als Nebendiagnose

Z94.1 Zustand nach Herztransplantation.

S0907a Akutes Lungenödem

Ein akutes Lungenödem wird nach der zugrunde liegenden Ursache kodiert, z.B. das sehr häufige akute kardiale Lungenödem mit

I50.14 Linksherzinsuffizienz mit Beschwerden in Ruhe.

Siehe auch die Hinweise und Exklusiva zu *J81 Akutes Lungenödem* in der ICD-10-GM.

S0908i Herzstillstand

Herzstillstand oder Herz- und Atemstillstand (*I46.- Herzstillstand*) sind nur zu kodieren, wenn Wiederbelebungsmaßnahmen in unmittelbarem zeitlichem 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 zugrunde liegende Ursache bekannt ist.

U69.13! Herz-Kreislauf-Stillstand vor Aufnahme in das Krankenhaus innerhalb von 24 Stunden vor stationärer Behandlung ausserhalb des Spitals aufgetreten, soll ergänzend zu *I46.-* kodiert werden.

Bei Reanimation im Rahmen eines Herzstillstandes ist ausserdem der CHOP-Kode für die Reanimation zu kodieren.

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

S0910j Erfassung der Behandlungsdauer mit einem herzkreislauf- und lungenunterstützenden System

Die Dauer der Behandlung mit einem herzkreislauf- und lungenunterstützenden System ist mit dem entsprechenden spezifischen Kode des Systems zu erfassen.

Kodes für die Dauer der Behandlung mit:

- A: einer intraaortalen Ballonpumpe (IABP) 37.69.1-
- B: einem herzkreislaufunterstützenden System, mit Pumpe, ohne Gasaustauschfunktion
 - Intravasal (inkl. intrakardial) 37.69.2-
 - Extrakorporal, univentrikulär 37.69.4-
 - Extrakorporal, biventrikulär 37.69.5-
 - Intrakorporal, uni- und biventrikulär 37.69.6-
- C: einem herzkreislauf- und lungenunterstützenden System, mit Pumpe, mit CO₂-removal, extrakorporal, veno-venös 37.69.7-
- D: einem herzkreislauf- und lungenunterstützenden System, mit Pumpe, mit Oxygenator (inkl. CO₂-removal)
 - extrakorporal, veno-venös 37.69.8-
 - extrakorporal, veno-arteriell oder veno-venoarteriell 37.69.A-
- E: einem herzkreislauf- und lungenunterstützenden System, ohne Pumpe
 - mit CO₂-removal 37.69.B-

Beachte: Für die Verfahren unter D (ECMO-Verfahren) gilt zusätzlich:

Wird während eines Aufenthaltes das **gleiche ECMO-Verfahren** (unter D) mehrfach durchgeführt, dann wird wie folgt vorgegangen:

- Beträgt die Pause/Unterbrechung zwischen den Verfahren **> 24 Std. und ist sie mit einem Kanülenwechsel verbunden**, dürfen die Behandlungsdauern einzeln abgebildet werden.
- Beträgt die Pause/Unterbrechung zwischen den Verfahren **> 24 Std. und ist kein Kanülenwechsel erfolgt**, sind die Behandlungsdauern zu addieren.
- Beträgt die Pause/Unterbrechung zwischen den Verfahren **< 24 Std.**, sind die Behandlungsdauern zu addieren.

Hinweis: Der Kanülenwechsel ist mit dem Kode 37.6E.11 Wechsel der Kanüle eines herzkreislauf- und lungenunterstützenden Systems zu erfassen.

Beachte:

- Bei Anwendung verschiedener ECMO-Verfahren (unter D) während eines Aufenthaltes ist nur ein Kode aus der Elementengruppe 37.69.- abzubilden und zwar der des längsten Verfahrens.
- Die Zeiten der verschiedenen Verfahren sind zu addieren und diese Gesamtdauer mit dem gewählten, einzigen ECMO-Kode abzubilden.
- Die Implantation, das Entfernen des herzkreislauf- und lungenunterstützenden Systems, der Wechsel der Kanüle und/oder der Ersatz von Teilkomponenten sind dabei fallspezifisch zusätzlich zu kodieren.

Hinweis:

Bei den Verfahren unter A, B, C und E sind bei einer Unterbrechung die Dauern des gleichen Verfahrens zu addieren. Jedes Verfahren ist separat abzubilden.

Dauer der Behandlung mit einem herzkreislaufunterstützenden System

Bei Verwendung des ICD-10-GM-Kodes Z95.80 Vorhandensein eines herzunterstützenden Systems ist zusätzlich die Dauer der Behandlung mit einem der CHOP-Kodes aus folgenden Elementengruppen zu kodieren:

- 37.69.2- Dauer der Behandlung mit einem herzkreislaufunterstützenden System, mit Pumpe, ohne Gasaustauschfunktion, intravasal (inkl. intrakardial)
- 37.69.4- Dauer der Behandlung mit einem herzkreislaufunterstützenden System, mit Pumpe, ohne Gasaustauschfunktion, extrakorporal, univentrikulär
- 37.69.5- Dauer der Behandlung mit einem herzkreislaufunterstützenden System, mit Pumpe, ohne Gasaustauschfunktion, extrakorporal, biventrikulär
- 37.69.6- Dauer der Behandlung mit einem herzkreislaufunterstützenden System, mit Pumpe, ohne Gasaustauschfunktion, intrakorporal, uni- und biventrikulär

S1000 Krankheiten des Atmungssystems

S1001j Maschinelle Beatmung

Definition

Maschinelle Beatmung («künstliche Beatmung») ist ein Vorgang, bei dem Gase mittels einer mechanischen Vorrichtung in die Lunge bewegt werden. Die Atmung wird unterstützt durch das Verstärken oder Ersetzen der eigenen Atemleistung des Patienten. Bei der künstlichen Beatmung ist der Patient in der Regel intubiert oder tracheotomiert und wird fortlaufend beatmet. Bei intensivmedizinisch versorgten Patienten* kann eine maschinelle Beatmung auch über Maskensysteme erfolgen, wenn diese anstelle der bisher üblichen Intubation oder Tracheotomie eingesetzt werden. CPAP ist eine Massnahme zur Atemunterstützung und keine maschinelle Beatmung.

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

Kodierung

Wenn eine maschinelle Beatmung die obige Definition erfüllt, ist:

- Zunächst **die Dauer in Stunden** der künstlichen Beatmung zu erfassen. Hierfür steht ein separates Datenfeld im Datensatz der Medizinischen Statistik, die Variable 4.4.V01, zur Verfügung.
- Dann ist zusätzlich der folgende Code
93.9B Massnahme zur Sicherung der grossen Atemwege zur Beatmung
Einsetzen eines endotrachealen Tubus
 und/oder der zutreffende Code aus
31.1 Temporäre Tracheostomie
 oder
31.29 Permanente Tracheostomie, sonstige
 anzugeben, wenn zur Durchführung der künstlichen Beatmung ein Tracheostoma angelegt wurde.
- Bei **Neugeborenen und Säuglingen** ist zusätzlich der Code
93.9F.11 Mechanische Beatmung und Atmungsunterstützung mit kontinuierlichem positivem Druck (CPAP) bei Neugeborenen und Säuglingen
 anzugeben. Zu diesem Code ist die Beatmungszeit zu erfassen. Als Beatmungszeit wird bei Neugeborenen und Säuglingen sowohl die Zeit der invasiven oder nicht invasiven Beatmung gezählt, wie auch die Dauer der Atemunterstützung mit kontinuierlichem positivem Atemwegsdruck (CPAP). Dies gilt sowohl auf der neonatologischen IPS, wie auf der neonatologischen IMC.

Anmerkung: Die Anwendung von High-Flow-Nasenkanülen bei Neugeborenen und Säuglingen wird mit *93.9F.12 Atmungsunterstützung durch Anwendung von High-flow-Nasenkanülen (HFNC-System) bei Neugeborenen und Säuglingen* unter Berücksichtigung des «Beachte» kodiert. Für die Dauer dieser Atemunterstützung dürfen keine Beatmungsstunden erfasst werden.

- **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.

Berechnung der Dauer der Beatmung

Die Beatmungszeiten werden nur auf SGI-Intensivstationen nach folgenden Vorgaben berechnet: Die Beatmungszeit wird berechnet aus Anzahl Pflegeschichten mit Beatmung (= mind. 2 Std. beatmet pro 8-Stunden-Schicht; mind. 3 Std. pro 12-Stunden-Schicht) multipliziert mit der Schichtdauer (somit sind die Beatmungsstunden immer Multiple von 8 oder 12).

Wird die Beatmung während Transport und Untersuchungen ausserhalb der Intensivstation durch das Team (Ärzte/Pflege) der Intensivstation sichergestellt, wird dies der Gesamtbeatmungszeit der Intensivstation zugerechnet. Eine maschinelle Beatmung dagegen, die zur Durchführung einer Operation oder während einer Operation begonnen wird, zählt nicht zur Gesamtbeatmungszeit. Dies heisst, dass die maschinelle Beatmung während einer Operation im Rahmen der Anästhesie als integraler Bestandteil des chirurgischen Eingriffs gilt und nicht Teil der intensivmedizinischen Behandlung ist.

Bei einer/mehreren Beatmungsperiode(n) während eines Spitalaufenthaltes ist die Gesamtbeatmungszeit gemäss obigen Regeln zu ermitteln.

Beginn der Dauer der Beatmung

Die Berechnung der Dauer der Beatmung beginnt mit einem der folgenden Ereignisse:

- **Endotracheale Intubation**

Für Patienten, die zur künstlichen Beatmung intubiert werden, beginnt die Berechnung der Dauer mit dem Anschluss an die Beatmungsgeräte.

Gelegentlich muss die endotracheale Kanüle wegen mechanischer Probleme ausgetauscht werden. Zeitdauer der Entfernung und des unmittelbaren Ersatzes der endotrachealen Kanüle sind in diesem Fall als Teil der Beatmungsdauer anzusehen; die Berechnung der Dauer wird fortgesetzt.

Für Patienten, bei denen eine künstliche Beatmung durch endotracheale Intubation begonnen und bei denen später eine Tracheotomie durchgeführt wird, beginnt die Berechnung der Dauer mit der Intubation. Die Zeitdauer der Beatmung über das Tracheostoma wird hinzugerechnet.

- **Maskenbeatmung**

Die Berechnung der Dauer der künstlichen Beatmung beginnt zu dem Zeitpunkt, an dem die maschinelle Beatmung einsetzt.

- **Tracheotomie**

Die Beatmungszeit während der Tracheotomie gehört zur Beatmungszeit, wenn die Tracheotomie eines Patienten in der Intensivstation durchgeführt wird.

Wird bei Patienten im Operationssaal eine Tracheotomie durchgeführt, ohne dass eine vorgängige Beatmung auf einer Intensivstation stattgefunden hat, und wird postoperativ auf einer Intensivstation beatmet, beginnt die Beatmungsdauer mit Eintritt in die Intensivstation.

- **Aufnahme eines beatmeten Patienten**

Für jene Patienten, die maschinell beatmet aufgenommen werden, beginnt die Berechnung der Dauer mit dem Zeitpunkt der Aufnahme in die Intensivstation (s.a. «Verlegte Patienten», unten).

- **Aufnahme eines postoperativ beatmeten Patienten**

Für jene Patienten zählt der Eintritt in die Intensivstation.

Ende der Dauer der Beatmung

Die Berechnung der Dauer der Beatmung endet mit einem der folgenden Ereignisse:

- **Extubation**
- **Beendigung der Beatmung** nach einer Periode der Entwöhnung.

Anmerkung: Für Patienten mit einem Tracheostoma/Tubus (nach einer Periode der Entwöhnung) gilt: Bei beatmeten Patienten wird die Trachealkanüle/Tubus für einige Tage (oder länger, z.B. bei neuromuskulären Erkrankungen/Koma) an ihrem Platz belassen, nachdem die künstliche Beatmung beendet wurde. Die Berechnung der Beatmungsdauer ist in diesem Fall zu dem Zeitpunkt beendet, an dem die maschinelle Beatmung eingestellt wird.

- **Entlassung, Tod oder Verlegung** eines Patienten, der eine künstliche Beatmung erhält (s.a. «Verlegte Patienten», unten).

Entwöhnung auf Intensivstationen

Die **Methode der Entwöhnung** von der künstlichen Beatmung **wird nicht kodiert**.

Die **Dauer der Entwöhnung** wird insgesamt (inklusive beatmungsfreier Intervalle während der jeweiligen Entwöhnung) bei der Berechnung der Beatmungsdauer (gemäss Schichtregel) eines Patienten hinzugezählt. Es kann mehrere Versuche geben, den Patienten vom Beatmungsgerät zu entwöhnen.

Das **Ende der Entwöhnung** kann nur retrospektiv nach Eintreten einer stabilen respiratorischen Situation festgestellt werden. Eine stabile respiratorische Situation liegt vor, wenn ein Patient über einen längeren Zeitraum vollständig und ohne maschinelle Unterstützung spontan atmet.

Dieser Zeitraum wird wie folgt definiert:

- Für Patienten, die (inklusive Entwöhnung) **bis zu 7 Tage** beatmet wurden: **24 Stunden**
- Für Patienten, die (inklusive Entwöhnung) **mehr als 7 Tage** beatmet wurden: **36 Stunden**

Für die Berechnung der Beatmungsdauer gilt als Ende der Entwöhnung dann das Ende der letzten maschinellen Unterstützung der Atmung.

Zur Entwöhnung vom Respirator zählt auch die maschinelle Unterstützung der Atmung durch intermittierende Phasen assistierter nicht invasiver Beatmung bzw. Atemunterstützung wie z.B. durch Masken-CPAP/ASB oder durch Masken-CPAP jeweils im Wechsel mit Spontanatmung ohne maschinelle Unterstützung. Sauerstoffinsufflation bzw. -inhalation über Maskensysteme oder O₂-Sonden gehören jedoch nicht dazu.

Im speziellen Fall einer Entwöhnung mit intermittierenden Phasen der maschinellen Unterstützung der Atmung durch Masken-CPAP im Wechsel mit Spontanatmung ist eine Anrechnung auf die Beatmungszeit nur möglich, wenn die Spontanatmung des Patienten insgesamt mindestens 2 Stunden pro 8-Stunden-Schicht oder mindestens 3 Stunden pro 12-Stunden-Schicht durch Masken-CPAP unterstützt wurde.

Die Berechnung der Beatmungsdauer endet in diesem Fall nach der letzten Masken-CPAP-Phase, während der der Patient zum letzten Mal insgesamt mindestens 2 Stunden pro 8-Stunden-Schicht, respektive mindestens 3 Stunden pro 12-Stunden-Schicht durch Masken-CPAP unterstützt wurde.

Verlegte Patienten

Wenn ein **beatmeter** Patient verlegt wird, finden die folgenden Grundregeln Anwendung:

Das verlegende Spital erfasst die Dauer der dort durchgeführten Beatmung und gibt die zutreffenden Codes an:

- für die Intubation (93.9B Massnahmen zur Sicherung der grossen Atemwege zur Beatmung (Einsetzen eines endotrachealen Tubus))
- für die Tracheostomie (31.1 Temporäre Tracheostomie oder 31.29 Permanente Tracheostomie, sonstige)
- für maschinelle Beatmung bei Neugeborenen und Säuglingen (93.9F.11 Mechanische Beatmung und Atmungsunterstützung mit kontinuierlichem positivem Druck (CPAP) bei Neugeborenen und Säuglingen)

wenn diese Massnahmen von der verlegenden Einrichtung durchgeführt worden sind.

Das aufnehmende Spital erfasst die Dauer der dort durchgeführten Beatmung, bei Neugeborenen wird zusätzlich der Code 93.9F.11 Mechanische Beatmung und Atmungsunterstützung mit kontinuierlichem positivem Druck (CPAP) bei Neugeborenen und Säuglingen zugewiesen. Ein Code für Intubation oder Tracheostomie wird nicht angegeben, da diese Massnahme vom verlegenden Spital durchgeführt und kodiert wurde.

Wenn ein **nicht beatmeter** intubierter oder tracheotomierter Patient verlegt wird, kodiert das verlegende Spital die Intubation (93.9B Massnahmen zur Sicherung der grossen Atemwege zur Beatmung (Einsetzen eines endotrachealen Tubus)) oder die Tracheostomie (31.1 Temporäre Tracheostomie oder 31.29 Permanente Tracheostomie, sonstige). Das aufnehmende Spital kodiert diese bereits geleisteten Prozeduren nicht noch einmal.

Intubation ohne maschinelle Beatmung

Eine Intubation kann auch durchgeführt werden, wenn keine künstliche Beatmung erforderlich ist, z.B. wenn es notwendig ist, den Luftweg offen zu halten. Kinder können bei Diagnosen wie Asthma, Krupp oder Epilepsie intubiert werden, und Erwachsene können in Fällen von Verbrennungen oder schwerem Trauma intubiert werden.

Eine Intubation ist in diesen Fällen mit dem Code 93.9B Massnahmen zur Sicherung der grossen Atemwege zur Beatmung (Einsetzen eines endotrachealen Tubus) zu verschlüsseln.

Kontinuierlicher positiver Atemwegsdruck (CPAP)

Der Code 93.9F.11 Mechanische Beatmung und Atmungsunterstützung mit kontinuierlichem positivem Druck (CPAP) bei Neugeborenen und Säuglingen darf nur bei **Neugeborenen und Säuglingen** kodiert werden, unabhängig von der Behandlungsdauer (also auch unter 24 Stunden). Bei einer Atemunterstützung unmittelbar nach der Geburt ist dieser Code nur dann anzugeben, wenn die Atemunterstützung mindestens 30 Minuten lang durchgeführt wurde.

Wenn bei **Erwachsenen, Kindern oder Jugendlichen** eine Störung wie z.B. Schlafapnoe, Pneumonie, Lungenödem, usw. mit CPAP behandelt wird, werden keine Beatmungsstunden erfasst, unabhängig davon, ob diese Massnahme auf einer Intensivstation durchgeführt wird oder nicht.

Nur die Ersteinstellung (bedeutet nicht das Einschalten eines Gerätes) einer CPAP/BiPAP-Therapie bzw. die Kontrolle oder Optimierung einer früher eingeleiteten CPAP/BiPAP-Therapie bei schlafbezogenen Atemstörungen werden mit den Codes 93.9G.1- Maskenüberdrucktherapie, CPAP, Ersteinstellung, nach Dauer oder 93.9G.3- Maskenüberdrucktherapie, BiPAP, Ersteinstellung, nach Dauer und 93.9G.2- Maskenüberdrucktherapie, CPAP, Kontrolle und Optimierung einer bestehenden Einstellung, nach Dauer oder 93.9G.4- Maskenüberdrucktherapie, BiPAP, Kontrolle und Optimierung einer bestehenden Einstellung, nach Dauer verschlüsselt.

«Bebeutelung» Neugeborener

Die s.g. "Bebeutelung" (Behandlung mit Beatmungsbeutel) bei Neugeborenen mit Adaptationsstörungen wird nicht kodiert.

Es wird kein Code aus 93.9F.1- Mechanische Beatmung und Atmungsunterstützung Neugeborener und Säugling» abgebildet.

S1002j Respiratorische Insuffizienz

Die ärztlich gestellte und dokumentierte Diagnose einer respiratorischen Partial- oder Globalinsuffizienz wird nur kodiert, wenn pathologische Blutgasveränderungen im Sinne einer respiratorischen Partial- oder Globalinsuffizienz in der Dokumentation nachweisbar sind. Eine Dyspnoe ohne BGA-Veränderung gilt für die Kodierung nicht als respiratorische Insuffizienz. *J96. – Respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert* kann bei Aufwand (z.B. Sauerstoffgabe) zusammen mit der Grundkrankheit verschlüsselt werden.

Bei bekannter chronischer respiratorischer Insuffizienz mit Dauersauerstofftherapie und mit früher dokumentierten BGA (Arztbericht oder alte Krankengeschichte) kann *J96.1-* auch ohne neue BGA abgebildet werden.

Tritt ein(e) Patient(in) mit einer chronischen respiratorischen Partial- oder Globalinsuffizienz aufgrund einer akuten Verschlechterung der respiratorischen Situation ein oder kommt es während des stationären Aufenthaltes dazu (z.B. bei exazerbierter COPD) kann zum Kode *J96.1* - zusätzlich ein Kode aus *J96.0* - kodiert werden.

Beachte: Bei Säuglingen und Kleinkindern können andere diagnostische Massnahmen zur Diagnosestellung hinzugezogen werden.

S1100 Krankheiten des Verdauungssystems

S1101j Appendizitis als klinische Diagnose

Anhand der folgenden Beispiele soll aufgezeigt werden, wie bei einem klinischen Verdacht auf Appendizitis, der sich histologisch und/oder klinisch nicht bestätigt, kodiert werden soll.

Es sind auch die Kodierregeln zur Verdachtsdiagnose (D09g) und zu Symptomen (D01g) zu beachten.

Beispiel 1

Ein Patient wird wegen akutem Abdomen und dringendem (klinischem) Verdacht auf akute Appendizitis hospitalisiert und erhält eine laparoskopische Notfall-Appendektomie.

Im histopathologischen Befund wird eine Appendizitis klar ausgeschlossen.

Es wird jedoch eine rupturierte, nicht maligne Peritonealzyste diagnostiziert und als Ursache der starken Beschwerden postuliert.

Des Weiteren liegen Appendixkonkremente vor, die ebenfalls als zum Beschwerdebild passend deklariert werden.

HD	K66.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Peritoneums
ND	K38.1	Appendixkonkremente
HB	47.01	Appendektomie, laparoskopisch

Beispiel 2

Ein Patient tritt mit Schmerzen im rechten Unterbauch ein. Klinisch wird der Verdacht auf akute Appendizitis gestellt.

Bei laparoskopischer Appendektomie ist der intraoperative Befund bland ohne (visuelle) Hinweise auf andere Erkrankungen oder Zustände, die die Schmerzen erklären können.

Der histopathologische Bericht der Appendix ist ebenfalls bland.

HD	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches
HB	47.01	Appendektomie, laparoskopisch

S1103a Magenulkus mit Gastritis

Bei Patienten mit Magenulkus ist ein Kode aus

K25.– *Ulcus ventriculi*

anzugeben, gefolgt von einem Kode aus

K29.– *Gastritis und Duodenitis*

wenn beide Erkrankungen vorliegen.

S1104i Gastrointestinale Blutung

Werden bei einem Patienten mit einer oberen gastrointestinalen (GI) Blutung bei der Endoskopie ein Ulkus, Erosionen oder Varizen gefunden, wird die gefundene Erkrankung «mit einer Blutung» kodiert.

Beispiel 1

Akute Magenulkusblutung.

HD K25.0 *Ulcus ventriculi, akut, mit Blutung*

Beispiel 2

Refluxösophagitis mit Blutung.

HD K21.0 *Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis*

ND K22.81 *Ösophagusblutung*

Man kann davon ausgehen, dass die Blutung der Läsion, die im Endoskopie-Bericht angegeben wird, zugeordnet werden kann, auch wenn die Blutung weder während der Untersuchung noch während des Spitalaufenthaltes auftritt.

Nicht alle Kategorien, die zur Verschlüsselung von gastrointestinalen Läsionen zur Verfügung stehen, stellen einen Kode mit der Modifikation «mit einer Blutung» zur Verfügung. In solchen Fällen wird für die Blutung ein zusätzlicher Kode aus

K92.– Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems
angegeben.

Wenn bei einer «peranal Blutung» die aktuelle Blutungsquelle nicht bestimmt werden kann oder keine entsprechende Untersuchung durchgeführt wurde, ist

K92.2 Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet
zu kodieren.

Der Kode

K62.5 Hämorrhagie des Anus und des Rektums
ist in diesem Fall **nicht** zuzuweisen.

Wird ein Patient hingegen wegen Melaena (Teerstuhl) oder okkultem Blut im Stuhl untersucht, ist nicht ohne Weiteres davon auszugehen, dass eine endoskopisch gefundene Läsion auch die Ursache der Melaena oder des okkulten Blutes im Stuhl ist. Wenn keine kausale Verbindung zwischen Symptom und dem Ergebnis der Untersuchung besteht, sind zunächst das Symptom und danach das Untersuchungsergebnis anzugeben.

Patienten mit der Anamnese einer vor Kurzem stattgefundenen gastrointestinalen Blutung werden manchmal zur Endoskopie aufgenommen, um die Blutungsquelle festzustellen, zeigen aber während der Untersuchung keine Blutung. Wird aufgrund der Vorgeschichte oder anderer Anhaltspunkte eine *klinische* Diagnose gestellt, schliesst die Tatsache, dass während des Spitalaufenthaltes keine Blutung auftritt, nicht von vornherein die Eingabe eines Kodes mit der Modifikation «mit einer Blutung» aus, auch nicht die Zuweisung eines Kodes der Kategorie *K92.– Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems* in den Fällen, in denen der Grund für die vorher stattgefundene Blutung nicht bestimmt werden konnte.

S1105a Dehydratation bei Gastroenteritis

Bei stationärer Aufnahme zur Behandlung einer Gastroenteritis mit Dehydratation wird die Gastroenteritis als Hauptdiagnose und die Dehydratation (*E86 Volumenmangel*) als Nebendiagnose (siehe Regel G 54) angegeben.

S1200 Krankheiten der Haut und der Unterhaut

S1201g Plastische Chirurgie

Der Einsatz plastischer Chirurgie kann aus **medizinischen** oder **kosmetischen** Gründen erfolgen:

- Bei Operationen aus **medizinischen** Gründen ist der Krankheitszustand bzw. Risikofaktor, der der Grund für den Eingriff war, als Hauptdiagnose zu kodieren.
- Ist der Grund für den Eingriff **rein kosmetisch**, dann ist ein «Z-Kode» die Hauptdiagnose (*Z41.1 Plastische Chirurgie aus kosmetischen Gründen* oder *Z42.– Nachbehandlung unter Anwendung plastischer Chirurgie*).

Revision einer Narbe

Wird eine Narbe revidiert, ist

L90.5 Narben und Fibrosen der Haut

anzugeben, wenn die Narbe wegen Problemen (z.B. Schmerz) nachbehandelt wird.

Wenn die Nachbehandlung der Narbe(n) dagegen aus kosmetischen Gründen erfolgt, ist

Z42.– Nachbehandlung unter Anwendung plastischer Chirurgie

zu kodieren.

Entfernung von Brustimplantaten

Brustimplantate werden aus **medizinischen** oder **kosmetischen** Gründen entfernt.

Bei **medizinischen** Gründen zur Entfernung von Brustimplantaten wird einer der folgenden Codes:

T85.4 Mechanische Komplikation durch Mammaprothese oder -implantat

T85.73 Infektion und entzündliche Reaktion durch Mammaprothese oder -implantat

T85.82 Kapselfibrose der Mamma durch Mammaprothese oder -implantat

T85.83 Sonstige Komplikationen durch Mammaprothese oder -implantat

zugewiesen.

Bei **kosmetischen** Gründen ist die Implantatentfernung wie folgt zu kodieren:

Z41.1 Plastische Chirurgie aus kosmetischen Gründen

wenn die Erstimplantation schon rein aus kosmetischen Gründen war

oder

Z42.1 Nachbehandlung unter Anwendung plastischer Chirurgie der Mamma [Brustdrüse]

wenn die Erstimplantation aus medizinischen Gründen war.

Operation nach Gewichtsabnahme (spontan oder durch bariatrische Chirurgie)

Bei Hautoperationen (Haut- und Fettreduktion, Hautstraffung) nach Gewichtsabnahme ist

L98.7 Überschüssige und erschlaffte Haut und Unterhaut

Schlaffe oder hängende Haut:

- *nach Gewichtsverlust (bariatrische Chirurgie) (Diät)*
- *o. n. A.*

als Hauptdiagnose zu kodieren.

S1202j Spannungsblasen

Spannungsblasen sind ein Begriff aus dem Volksmund und keine dermatologische kodierbare Diagnose.

Diese Hautmanifestation muss ärztlich dokumentiert einer spezifischen Hauterkrankung zugeordnet werden, damit sie kodiert werden kann.

Beispiele:

- Treten Spannungsblasen im Rahmen einer postoperativen Phase auf, sind sie am häufigsten einem S-Code zuzuordnen.
- Treten Spannungsblasen im Rahmen eines Dekubitalleidens auf, stellen sie eine kurzzeitige Manifestation im Übergang zu einer Erosion oder einem Dekubitus dar. Für die Kodierung eines Codes aus *L89.- Dekubitalgeschwür und Druckzone* muss, bei Vorliegen von Spannungsblasen, die Pathogenese ärztlich bestätigt werden.

S1400 Krankheiten des Urogenitalsystems

S1401d Dialyse

Bei den Kodes 39.95.– – *Hämodialyse/Hämo(dia)filtration* oder 54.98.– – *Peritonealdialyse* werden die **intermittierende** und die **kontinuierliche** Dialyse unterschieden.

- 1) Bei **intermittierender** Dialyse wird jede Dialyse einzeln erfasst.
- 2a) Die **kontinuierliche Hämodialyse/Hämo(dia)filtration** ist mit präziser Dauer zu erfassen. Diese Dauer ist vom Beginn bis zum Ende einer Behandlung zu ermitteln. Bei mehreren Anwendungen eines kontinuierlichen Verfahrens während eines stationären Aufenthaltes wird je nach Unterbrechung wie folgt kodiert:
 - Unterbrechung < 4 Stunden: Unterbrechung wird nicht berücksichtigt, von der gesamten Dauer nicht abgezogen: 1 Kode mit der gesamten Dauer.
 - Unterbrechung > 4 bis < 24 Stunden: Unterbrechung wird berücksichtigt, von der gesamten Dauer abgezogen: 1 Kode mit dieser Dauer.

Bei Anwendung **verschiedener kontinuierlicher Hämodialyse-/Hämo(dia)filtrations-Verfahren**, ist nur ein Kode abzubilden und zwar der **des längsten Verfahrens**. Die Dialysezeiten der jeweiligen Verfahren sind zu addieren und diese Gesamtdauer mit dem gewählten **einzigen** Dialysekode präzise abzubilden.

- Unterbrechung > 24 Stunden: jede Anwendung wird mit 1 Kode verschlüsselt (keine Addition der Behandlungszeiten).

- 2b) Die **kontinuierliche Peritonealdialyse** ist mit präziser Dauer zu erfassen. Diese Dauer ist vom Beginn bis zum Ende einer Behandlung zu ermitteln. Bei mehreren Anwendungen eines kontinuierlichen Verfahrens während eines stationären Aufenthaltes wird nur bei einer Unterbrechung von > 24 Stunden eine neue Verschlüsselung vorgenommen.

Bei Anwendung **verschiedener kontinuierlicher Peritonealdialyse-Verfahren**, ist auch nur ein Kode abzubilden und zwar der **des längsten Verfahrens**. Die Dialysezeiten der jeweiligen Verfahren sind zu addieren und diese Gesamtdauer mit dem gewählten **einzigen** Dialysekode präzise abzubilden.

S1402a Anogenitale Warzen

Aufnahmen zur Behandlung von anogenitalen Warzen werden mit einer Hauptdiagnose aus der unten aufgeführten Liste kodiert:

Perianal	K62.8	<i>Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Anus und des Rektums</i>
Cervix uteri	N88.8	<i>Sonstige näher bezeichnete nichtentzündliche Krankheiten der Cervix uteri</i>
Vaginal	N89.8	<i>Sonstige näher bezeichnete nichtentzündliche Krankheiten der Vagina</i>
Vulva	N90.8	<i>Sonstige näher bezeichnete nichtentzündliche Krankheiten der Vulva und des Perineums</i>
Penis	N48.8	<i>Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Penis</i>
Harnröhre	N36.8	<i>Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Harnröhre</i>

Der Kode

A63.0 *Anogenitale (venerische) Warzen*

ist als Nebendiagnose anzugeben.

S1404g Niereninsuffizienz

Akute Niereninsuffizienz

Streichung der Kodierungsrichtlinie. Mit der ICD-10-GM 2016 können die Stadien der akuten Niereninsuffizienz abgebildet werden. Die Kriterien der Stadieneinteilung müssen beachtet werden.

Chronische Niereninsuffizienz

Die Kontrolle oder Präzision des Stadiums einer bereits bekannten chronischen Niereninsuffizienz (GFR) ist wichtig für die korrekte Patientenversorgung.

Wenn das Stadium aktuell im Spitalaufenthalt bestimmt wird, wird der dem Stadium entsprechende Kode N18.- kodiert.

Niereninsuffizienz nach medizinischen Massnahmen

Eine Niereninsuffizienz nach medizinischen Massnahmen wird mit N99.0 *Nierenversagen nach medizinischen Massnahmen* abgebildet; liegt auch eine akute Niereninsuffizienz vor, ist N17.– zusätzlich abzubilden, entgegen dem Exklusivum der ICD-10 unter N17-N19.

S1405d Aufnahme zur Anlage eines Peritonealkatheters zur Dialyse

Bei der Spitalaufnahme zur Anlage eines Peritonealkatheters zur Dialyse wird die **Niereninsuffizienz als Hauptdiagnose** angegeben, zusammen mit dem passenden Prozedurenkode.

Der Kode

Z49.0 Vorbereitung auf die Dialyse

wird **nicht** abgebildet (entgegen dem Hinweis am Anfang des Kapitels XXI der ICD-10-GM).

S1406d Aufnahme zur Entfernung eines Peritonealkatheters zur Dialyse

Bei der Spitalaufnahme zur Entfernung eines Peritonealkatheters (nicht wegen einer Komplikation) ist als Hauptdiagnosekode

Z43.88 Versorgung sonstiger künstlicher Körperöffnungen

zuzuweisen, zusammen mit dem CHOP-Kode

54.99.41 Entfernung oder Verschluss einer kutaneo-peritonealen Fistel (Katheterverweilsystem)

S1407d Aufnahme zur Anlage einer AV-Fistel oder eines AV-Shunts zur Dialyse

Bei Aufnahme zur Anlage einer Fistel, eines Shunts zur Dialyse wird die **Niereninsuffizienz als Hauptdiagnose** angegeben, zusammen mit den passenden Prozedurenkodes.

Der Kode

Z49.0 Vorbereitung auf die Dialyse

wird **nicht** abgebildet (entgegen dem Hinweis am Anfang des Kapitels XXI der ICD-10-GM).

S1408a Aufnahme zum Verschluss einer AV-Fistel oder zum Entfernen eines AV-Shunts

Bei der Spitalaufnahme zum Verschluss einer AV-Fistel oder zum Entfernen eines AV-Shunts (nicht wegen einer Komplikation) ist als Hauptdiagnosekode

Z48.8 Sonstige näher bezeichnete Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff

zuzuweisen, zusammen mit dem CHOP-Kode

39.43 Verschluss eines arteriovenösen Shunts zur Hämodialyse

S1500 Geburtshilfe

S1501b Definitionen

Schwangerschaftsdauer

Die Schwangerschaftsdauer wird immer mit dem Kode *009.–!* *Schwangerschaftsdauer* dokumentiert, wobei die Dauer der Schwangerschaft bei Aufnahme der Patientin ins Spital zu erfassen ist.

Termingeburt (zum Termin Geborenes)

Schwangerschaftsdauer von 37 vollendeten Wochen bis vor Vollendung von 41 Wochen (259 bis 286 Tage).

Übertragung (nach dem Termin Geborenes)

Schwangerschaftsdauer von 41 vollendeten Wochen oder mehr (287 Tage oder mehr).

Frühgeburt (vor dem Termin Geborenes)

Schwangerschaftsdauer von weniger als 37 vollendeten Wochen (weniger als 259 Tage).

Lebendgeburt

Als Lebendgeburt gilt ein Kind, das atmet oder mindestens Herzschläge (minimale Lebenszeichen) aufweist.

Totgeburt

Als Totgeburt wird ein Kind bezeichnet, das ohne Lebenszeichen geboren wird und ein Geburtsgewicht von mindestens 500 Gramm oder ein Schwangerschaftsalter von mindestens 22 vollendeten Wochen aufweist (Zivilstandsverordnung).

Abort/Fehlgeburt

Als Abort/Fehlgeburt gilt die vorzeitige Beendigung der Schwangerschaft durch spontane oder künstlich herbeigeführte Ausstossung der Leibesfrucht ohne Lebenszeichen sowohl vor der vollendeten 22. Schwangerschaftswoche als auch mit einem Geburtsgewicht von weniger als 500 Gramm.

Nachgeburtsperiode

Syn. Plazentarperiode; Zeit von der Geburt des Kindes bis zur Ausstossung der Plazenta [Pschyrembel].

Postplazentarperiode

Periode von zwei Stunden nach der Ausstossung der Plazenta [Pschyrembel].

Wochenbett (Puerperium)

Zeitraum von der Entbindung bis zur Rückbildung der Schwangerschafts- und Geburtsveränderungen bei der Mutter; Dauer sechs bis acht Wochen (Frühwochenbett: die ersten sieben Tage post partum) [Pschyrembel].

S1502a Vorzeitige Beendigung einer Schwangerschaft

Abort (002.– bis 006.–)

Die Codes der Kategorien 002.– bis 006.– sind dann zu verwenden, wenn eine Schwangerschaft mit einem spontanen oder therapeutisch eingeleiteten Abort endet (vor der vollendeten 22. Schwangerschaftswoche als auch mit einem Geburtsgewicht von weniger als 500 Gramm). Als Hauptdiagnose gilt der Abort und als Nebendiagnose dessen Ursache.

Beispiel 1

Schwangerschaftsbeendigung wegen Patau-Syndrom (Trisomie 13) nach 12 Schwangerschaftswochen.

HD	004.9	Ärztlich eingeleiteter Abort, komplett oder nicht näher bezeichnet, ohne Komplikation
ND	035.1	Betreuung der Mutter bei (Verdacht auf) Chromosomenanomalie beim Feten
ND	009.1!	Schwangerschaftsdauer 5 bis 13 vollendete Wochen

Beispiel 2

Schwangerschaftsabbruch im Rahmen einer unerwünschten Schwangerschaft.

HD	004.9	Ärztlich eingeleiteter Abort, komplett oder nicht näher bezeichnet, ohne Komplikation
ND	Z64.0	Kontakтанlässe mit Bezug auf eine unerwünschte Schwangerschaft
ND	009.1!	Schwangerschaftsdauer 5 bis 13 vollendete Wochen

Komplikationen nach Abort, Extrauterin gravidität und Molenschwangerschaft (008.–)

Ein Kode aus 008.– *Komplikationen nach Abort, Extrauterin gravidität und Molenschwangerschaft* wird nur dann als **Hauptdiagnose** zugewiesen, wenn eine Patientin wegen einer Komplikation infolge eines nicht während des aktuellen Spitalaufenthalts behandelten Aborts stationär aufgenommen wird.

Beispiel 3

Eine Patientin wird mit disseminierter intravasaler Gerinnung nach einem Abort in der 10. SSW, der vor zwei Tagen in einem anderen Spital stattfand, aufgenommen.

HD	008.1	Spätblutung oder verstärkte Blutung nach Abort, Extrauterin gravidität und Molenschwangerschaft
ND	D65.1	Disseminierte intravasale Gerinnung [DIG, DIC]

Die Schwangerschaftsdauer wird nicht als Nebendiagnose kodiert, da die Aufnahme zur Behandlung der Komplikation nach zuvor behandeltem Abort erfolgt.

Ein Kode aus 008.– *Komplikationen nach Abort, Extrauterin gravidität und Molenschwangerschaft* wird als **Nebendiagnose** kodiert, um eine mit den Diagnosen der Kategorie 000 – 002 *Extrauterin gravidität, Blasenmole, sonstige abnorme Konzeptionsprodukte* verbundene Komplikation zu verschlüsseln.

Beispiel 4

Eine Patientin wird wegen Tubarruptur bei Eileiterschwangerschaft in der 6. SSW mit Schock aufgenommen.

HD	000.1	Tubargravidität
ND	008.3	Schock nach Abort, Extrauterin gravidität und Molenschwangerschaft
ND	009.1!	Schwangerschaftsdauer, 5 bis 13 vollendete Wochen

Wenn eine Patientin aufgenommen wird, weil nach Abortbehandlung bei einer vorhergehenden Behandlung Teile der Fruchtanlage zurückgeblieben sind, wird als Hauptdiagnose ein **inkompletter** Abort mit Komplikation kodiert (003 – 006 mit einer vierten Stelle .0 bis .3).

Beispiel 5

Eine Patientin wird mit Blutung bei retinierter Fruchtanlage zwei Wochen nach einem Spontanabort stationär aufgenommen. Der Abort fand in der 5. Schwangerschaftswoche statt und wurde ambulant behandelt.

HD	003.1	Spontanabort, inkomplett, kompliziert durch Spätblutung oder verstärkte Blutung
----	-------	---

Die Schwangerschaftsdauer wird nicht als Nebendiagnose kodiert, da die Aufnahme zur Behandlung dieser Komplikation nach zuvor behandeltem Abort erfolgt.

Ein Kode aus 008.– *Komplikationen nach Abort, Extrauterin gravidität und Molenschwangerschaft* wird in Verbindung mit Diagnosen der Kategorien 003 – 007 als **Nebendiagnose** angegeben, wenn die Kodierung dadurch genauer wird (vergleiche Beispiel 5 und Beispiel 6).

Beispiel 6

Eine Patientin wird mit einem inkompletten Abort in der 12. Schwangerschaftswoche und Kreislaufkollaps stationär aufgenommen.

HD 003.3 Spontanabort, inkomplett, mit sonstigen und nicht näher bezeichneten Komplikationen
 ND 008.3 Schock nach Abort, Extrauterin gravidität und Molenschwangerschaft
 ND 009.1! Schwangerschaftsdauer, 5 bis 13 vollendete Wochen

Totgeburt/Lebendgeburt bei vorzeitiger Beendigung einer Schwangerschaft

Wenn die Schwangerschaft wegen intrauterinem Tod endet (spontan) oder beendet wird (eingeleitet), ist der intrauterine Tod als Hauptdiagnose anzugeben.

Beispiel 7

Aufnahme wegen intrauterinem Fruchttod in der 35. Schwangerschaftswoche.

HD 036.4 Betreuung der Mutter wegen intrauterinen Fruchttodes
 ND 060.1 Vorzeitige spontane Wehen mit vorzeitiger Entbindung
 oder
 060.3 Vorzeitige Entbindung ohne spontane Wehen
 ND 009.5! Schwangerschaftsdauer 34. bis 36 vollendete Wochen
 ND Z37.1! Totgeborener Einling (bzw. der analoge Kode bei Mehrlingen)

Wenn die Schwangerschaft wegen einer Fehlbildung oder Verdacht auf eine Fehlbildung vorzeitig beendet wird (eingeleitet), ist als Hauptdiagnose der Grund für die Schwangerschaftsbeendigung anzugeben. In der Klinik kann dann eine solche Massnahme mit einer Lebendgeburt oder Totgeburt enden; dies ist in der Kodierung abzubilden.

Beispiel 8

Hospitalisation wegen Einleitung bei Fehlbildung des Zentralnervensystems beim Feten in der 24. Schwangerschaftswoche.

HD 035.0 Betreuung der Mutter bei (Verdacht auf) Fehlbildung des Zentralnervensystems beim Feten
 ND 060.3 Vorzeitige Entbindung ohne spontane Wehen
 ND 009.3! Schwangerschaftsdauer 20. bis 25 vollendete Wochen
 ND Z37.1! Totgeborener Einling (bzw. der analoge Kode bei Mehrlingen)
 oder
 Z37.0! Lebendgeborener Einling (bzw. der analoge Kode bei Mehrlingen)

S1503j Krankheiten in der Schwangerschaft

Bei Vorliegen einer Schwangerschaft hat das Kapitel XV «Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett» Vorrang vor den Organkapiteln. Zu beachten ist, dass bei Codes 098 – 099 ein zusätzlicher Kode aus anderen Kapiteln zur Bezeichnung der vorliegenden Erkrankung anzugeben ist.

Kapitel XV enthält u.a. folgende Bereiche zur Kodierung von Krankheiten in Zusammenhang mit der Schwangerschaft:

020 – 029 *Sonstige Krankheiten der Mutter, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind*

085 – 092 *Komplikationen, die vorwiegend im Wochenbett auftreten*

(Gemäss Hinweis unter dieser Kategorie: nur die Schlüsselnummern 088.–, 091.–, 092.–)

und

094 – 099 *Sonstige Krankheitszustände während der Gestationsperiode, die anderenorts nicht klassifiziert sind.*

- Zustände, die vorwiegend in Zusammenhang mit einer Schwangerschaft auftreten, werden mit spezifischen Codes aus 020 – 029 verschlüsselt.

Beispiel 1

Eine Patientin wird in der 30. Schwangerschaftswoche zur Behandlung eines Karpaltunnel-Syndroms, das sich durch die Schwangerschaft verschlimmerte, aufgenommen.

HD 026.82 *Karpaltunnelsyndrom während der Schwangerschaft*

ND 009.4! *Schwangerschaftsdauer 26. bis 33 vollendete Wochen*

Um Infektionen des Urogenitaltraktes in der Schwangerschaft zu kodieren, stehen die Codes aus 023.– *Infektionen des Urogenitaltraktes in der Schwangerschaft* zur Verfügung. Falls es eine präzisere Abbildung erlaubt, werden diese gefolgt von dem jeweils spezifischen Kode aus Kapitel XIV *Krankheiten des Urogenitalsystems* der ICD-10 zur Bezeichnung der jeweils vorliegenden Infektion angegeben.

Um einen Diabetes mellitus in der Schwangerschaft zu kodieren, stehen die Codes 024.– *Diabetes mellitus in der Schwangerschaft* zur Verfügung. Falls eine Präzisierung möglich ist, werden diese (mit Ausnahme von 024.4) gefolgt von Codes aus E10 – E14 zur Bezeichnung des jeweils vorliegenden Diabetes mellitus sowie zur Abbildung vorliegender Komplikationen angegeben. Liegen Komplikationen (Manifestationen) vor, ist bei einem Kode aus E10 – E14 die vierte Stelle entsprechend der Manifestation(en) und die spezifischen Manifestationen gemäss S0400 zu verschlüsseln.

Um Erkrankungen der Leber in der Schwangerschaft zu kodieren, steht der Kode 026.6 *Leberkrankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes* zur Verfügung. Dieser wird zusammen mit dem jeweils spezifischen Kode aus K70 – K77 *Krankheiten der Leber* der ICD-10 zur Bezeichnung der jeweils vorliegenden Leberkrankheit angegeben.

Beachte: Bei der intrahepatischen Schwangerschaftscholestase 026.60 handelt es sich um ein schwangerschaftsspezifisches, akutes Krankheitsbild unbekannter Ätiologie.

Bei Vorliegen dieser Entität soll kein Präzisierungskode aus K70 - K77 zusätzlich kodiert werden.

Beispiel 2

Eine Patientin wird in der 25. SSW mit schmerzhaften Blasen und Urtikaria am Abdomen aufgenommen. Sie leidet unter kaum beherrschbarem Pruritus. Der pemphigoide Hautausschlag weitet sich aus.

Der betreuende Arzt diagnostiziert einen Herpes gestationis.

HD 026.4 *Herpes gestationis*

ND 009.3! *Schwangerschaftsdauer 20. Woche bis 25 vollendete Wochen*

Beispiel 3

Eine Patientin mit bekannten, rezidivierenden Herpes genitalis-Infektionen mit Herpes-simplex-Virus Typ 2 tritt mit Verdacht auf erneutes Rezidiv (starke Schmerzen) in der 35. SSW ein.

Eine akute Vulvitis mit Herpes genitalis wird diagnostiziert und dokumentiert. Es liegen keine Ulzerationen der Vulva vor.

HD	098.3	Sonstige Infektionen, hauptsächlich durch Geschlechtsverkehr übertragen, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren
ND	A60.0†	Infektion der Genitalorgane und des Urogenitaltraktes durch Herpesviren
ND	N77.1*	Vaginitis, Vulvitis oder Vulvovaginitis bei anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten
ND	009.5!	Schwangerschaftsdauer 34. Woche bis 36 vollendete Wochen

Diffuse Beschwerden bei bestehender Schwangerschaft, für die keine spezifische Ursache gefunden wird, sind mit 026.88 Sonstige näher bezeichnete Zustände, die mit der Schwangerschaft verbunden sind zu kodieren.

- Um andere Komplikationen in der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (oder Zustände, die sich in der Schwangerschaft verschlimmern oder die hauptsächlich Anlass für geburtshilfliche Massnahmen sind) zu kodieren, stehen die Kategorien 098 – 099 zur Verfügung, die mit einem Kode aus anderen Kapiteln der ICD-10-GM zur spezifischen Bezeichnung der jeweils vorliegenden Erkrankung **immer zusammen** angegeben sind (siehe auch Hinweis unter 098 und 099 in der ICD-10-GM).

Beispiel 4

Eine Patientin wird wegen einer schweren schwangerschaftsbedingten Eisenmangelanämie eingewiesen.

HD	099.0	Anämie, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert
ND	D50.8	Sonstige Eisenmangelanämien
ND	009.–!	Schwangerschaftsdauer ... Wochen

Beispiel 5

Spontane Frühgeburt in der 35. Schwangerschaftswoche, die Patientin wird zusätzlich wegen eines verstärkten allergischen Asthmas bronchiale behandelt.

HD	060.1	Vorzeitige spontane Wehen mit vorzeitiger Entbindung
ND	009.5!	Schwangerschaftsdauer 34. bis 36 vollendete Wochen
ND	Z37.0!	Lebendgeborener Einling
ND	099.5	Krankheiten des Atmungssystems, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren
ND	J45.0	Vorwiegend allergisches Asthma bronchiale

- Wenn eine Patientin wegen einer Erkrankung aufgenommen wird, die weder die Schwangerschaft kompliziert noch durch die Schwangerschaft kompliziert wird, wird der Kode für diese Erkrankung als Hauptdiagnose mit der Nebendiagnose Z34 Überwachung einer normalen Schwangerschaft und 009.–! Schwangerschaftsdauer ... Wochen zugeordnet.

Beispiel 6

Eine Patientin in der 30. Schwangerschaftswoche wird mit rechter Mittelhandfraktur nach Sturz vom Fahrrad aufgenommen.

HD	S62.32	Fraktur eines sonstigen Mittelhandknochens, Schaft
L	1	
ZHD	V99!	Transportmittelunfall
ND	Z34	Überwachung einer normalen Schwangerschaft
ND	009.4!	Schwangerschaftsdauer 26. bis 33 vollendete Wochen

S1504e Komplikationen der Schwangerschaft, Mutter oder Kind betreffend

Abnorme Kindslagen und -einstellungen

Kindliche Lage-, Haltungs- und Einstellungsanomalien sind zu kodieren, wenn sie bei der Geburt vorliegen.

- Bei **Spontangeburt** bei abnormen Kindslagen liegt kein Geburtshindernis vor und der Kode *032. – Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Lage- oder Einstellungsanomalie des Fetus* ist abzubilden.
- Bei **geplanter primärer Sectio** bei abnormen Kindslagen wird der Kode *032. – Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Lage- oder Einstellungsanomalie des Fetus* abgebildet, unabhängig davon, ob die Patientin schlussendlich ein Geburtshindernis gehabt hätte oder nicht.
- Bei Geburt durch eine **sekundäre Sectio, Vakuum oder Forzepps** bei abnormen Kindslagen liegt ein Geburtshindernis vor und der Kode *064. – Geburtshindernis durch Lage-, Haltungs- und Einstellungsanomalien des Fetus* ist abzubilden.

Hinterhauptslagen wie die hintere, seitliche oder diagonale Hinterhauptslage werden nur dann kodiert, wenn ein Eingriff erfolgt.

Verminderte Kindsbewegungen

Bei Diagnose «verminderte fetale Bewegungen» ist *036.8 Betreuung der Mutter wegen sonstiger näher bezeichneter Komplikationen beim Fetus* zu kodieren, wenn die zugrunde liegende Ursache nicht bekannt ist. Wenn eine zugrunde liegende Ursache bekannt ist, ist diese Ursache zu kodieren (*036.8* ist in diesem Fall nicht anzugeben).

Uterusnarbe

Der Kode *034.2 Betreuung der Mutter bei Uterusnarbe durch vorangegangenen chirurgischen Eingriff* wird verwendet, wenn

- Die Patientin aufgrund einer früheren Sectio für eine elektive Sectio aufgenommen wird.
- Der Versuch einer vaginalen Entbindung bei Uterusnarbe (z.B. Sectio- oder andere operative Uterusnarbe) nicht gelingt und zu einer Sectioge-burt führt.
- Eine bestehende Uterusnarbe eine Behandlung erfordert, die Entbindung aber nicht während dieses Spitalaufenthaltes erfolgt, z.B. vorgeburtliche Betreuung wegen Uterusschmerzen durch eine bestehende Narbe.

Gerinnungsstörungen in der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett

Wenn sie die Definition der Nebendiagnose (G 54) erfüllen, sind die Codes *D65 - D69* zusätzlich und entgegen allfälliger Exklusiva in der ICD-10-GM zu den Codes *000 - 007, 008.1* und *045.0, 046.0, 067.0, 072.3* abzubilden.

S1505j Spezielle Kodierregeln für die Geburt

Die unten stehenden Regeln gelten gleichermaßen für Spitäler und Geburtshäuser (sofern die betreffende Leistung gemäss der einschlägigen gesetzlichen Grundlagen überhaupt in einem Geburtshaus erbracht werden darf, siehe Kommentar zu KVV, Art. 58e).

Zuordnung der Hauptdiagnose bei einer Entbindung

Wenn ein Spitalaufenthalt mit der Entbindung eines Kindes verbunden ist, die Patientin jedoch wegen eines behandlungsbedürftigen vorgeburtlichen Zustandes aufgenommen worden ist, ist folgendermassen vorzugehen:

- Wenn eine Behandlung **von mehr als sieben Kalendertagen** vor der Geburt erforderlich war, ist der vorgeburtliche Zustand als Hauptdiagnose zu kodieren.
- In allen anderen Fällen ist die Diagnose, die sich auf die Entbindung bezieht, als Hauptdiagnose zuzuordnen.

Spontane vaginale Entbindung eines Einlings (O80)

O80 Spontangeburt eines Einlings ist nur anzugeben, und dann als Hauptdiagnose, wenn die Geburt problemlos verlaufen ist, ohne Vorliegen von anderen Diagnosen aus Kapitel XV «Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett». Ansonsten wird das bedeutendste klinische Problem (z.B. Frühgeburt, Dystokie, Risikoschwangerschaft, usw.) als Hauptdiagnose mit dem entsprechenden Kode aus dem Kapitel XV dokumentiert, d.h. O80 ist nicht als Nebendiagnose zu kodieren.

Jede spontane Geburt ist mit dem Kode 73.59 *Manuell unterstützte Geburt, sonstige* 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 *Manuell unterstützte Geburt, sonstige* abgebildet.

Die einzigen geburtshilflichen Prozeduren, die bei der Geburt in Verbindung mit dem Hauptdiagnosekode O80 *Spontangeburt eines Einlings* übermittelt werden dürfen, sind:

- 03.91.21 *Injektion eines Anästhetikums in den Spinalkanal zur Anästhesie bei Untersuchungen und Interventionen*
- 73.0– *Künstliche Blasensprengung [Amniotomie]*
- 73.59 *Manuell unterstützte Geburt, sonstige*
- 73.6 *Episiotomie*
- 73.4 *Medikamentöse Weheneinleitung*

Beispiel 1

Spontane vaginale Geburt eines gesunden Neugeborenen in der 39. Schwangerschaftswoche, Damm intakt.

HD	O80	Spontangeburt eines Einlings
ND	O09.6!	Schwangerschaftsdauer 37. Woche bis 41 vollendete Wochen
ND	Z37.0!	Lebendgeborener Einling
HB	73.59	Manuell unterstützte Geburt, sonstige

Beispiel 2

Spontane vaginale Geburt mit Episiotomie in der 39. Schwangerschaftswoche.

HD	O80	Spontangeburt eines Einlings
ND	O09.6!	Schwangerschaftsdauer 37. Woche bis 41 vollendete Wochen
ND	Z37.0!	Lebendgeborener Einling
HB	73.59	Manuell unterstützte Geburt, sonstige
NB	73.6	Episiotomie

Beispiel 3

Spontane vaginale Geburt in der 42. Schwangerschaftswoche.

HD	048	Übertragene Schwangerschaft
ND	009.7!	Schwangerschaftsdauer mehr als 41 vollendete Wochen
ND	Z37.0!	Lebendgeborener Einling
HB	73.59	Manuell unterstützte Geburt, sonstige

Entbindung eines Einlings durch Zangen-, Vakuumextraktion oder Schnittentbindung (081 – 082)

081	Geburt eines Einlings durch Zangen- oder Vakuumextraktion
und	
082	Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea]

sind nur anzuwenden, wenn kein Zustand aus Kapitel XV verschlüsselt werden kann, um den Grund für diese Art der Entbindung anzugeben, d.h. 081 und 082 sind nicht als Nebendiagnose zu kodieren.

Beachte: Ein als solcher bezeichneter «Wunschkaiserschnitt» ohne jegliche weitere relative Sectioindikationen (z.B. Status nach vorangegangener Sectio, Verdacht auf makrosomen Fetus etc.) wird mit dem ICD-Kode 082 Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea] verschlüsselt.

Der ICD-Kode 082 Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea] kann nicht mit dem CHOP-Kode 74.1x.20 Tiefe zervikale Sectio caesarea, sekundär (oder 74.0X.20 Klassische Sectio caesarea, sekundär; 74.2X.- Extraperitoneale Sectio caesarea) verschlüsselt werden.

Primäre und sekundäre Schnittentbindung

In der CHOP 2014 wurden neue sechsstellige Codes für primäre und sekundäre Sectio eingeführt (74.–X.10/20). Die medizinische Definition der primären und sekundären Sectio weicht von der Definition für die medizinische Kodierung ab:

- Eine **primäre** Sectio caesarea ist definiert als eine Sectio, die als geplante Prozedur vor oder nach dem Einsetzen der Wehen durchgeführt wird; die Entscheidung zur Sectio wird dabei vor Einsetzen der Wehen getroffen.
- Eine **sekundäre** Sectio caesarea (inkl. Notfallsectio) wird definiert als eine Sectio, die aufgrund einer Notfallsituation oder des Geburtsverlaufes aus mütterlicher oder kindlicher Indikation erforderlich war, auch wenn diese primär geplant war.

Dauer der Schwangerschaft

Ein Kode aus

009.–! Schwangerschaftsdauer

ist zum Zeitpunkt der Aufnahme für die Schwangerschaftsdauer bei der Mutter anzugeben.

Bei Aufnahme zur Behandlung von Komplikationen nach zuvor behandeltem Abort oder Geburt wird die Schwangerschaftsdauer nicht kodiert.

Resultat der Entbindung

Für jede Entbindung ist vom Spital, in dem die Geburt stattgefunden hat, der passende Kode aus der Kategorie

Z37.–! Resultat der Entbindung

bei der Mutter zu kodieren.

Dies ist ein Ausrufezeichen-Kode (siehe D04), ist obligatorisch und kann nie Hauptdiagnose sein. Bei Verlegungen (Spital zu Spital, Geburtshaus zu Spital oder vice versa), wird Z37.–! nur von der Institution, in der die Geburt stattgefunden hat, abgebildet.

Mehrlingsgeburt

Wenn eine Mehrlingsschwangerschaft zur Geburt von z.B. lebenden Zwillingen führt, werden die Codes

030.0 Zwillingsschwangerschaft

Z37.2! Zwillinge, beide lebendgeboren

zugewiesen.

Wenn die Kinder einer Mehrlingsgeburt auf unterschiedliche Weise geboren werden, sind beide Entbindungsmethoden zu kodieren.

Beispiel 4

Vorzeitige Zwillingsgeburt in der 35. Woche, der erste Zwilling wird durch Extraktion aus Beckenendlage, der zweite durch Schnittentbindung bei Geburtshindernis durch Querlage entbunden.

HD	064.4	Geburtshindernis durch Querlage
ND	032.1	Betreuung der Mutter wegen Beckenendlage
ND	030.0	Zwillingsschwangerschaft
ND	060.1	Vorzeitige spontane Wehen mit vorzeitiger Entbindung
ND	009.5!	Schwangerschaftsdauer, 34. bis 36 vollendete Wochen
ND	Z37.2!	Zwillinge, beide lebendgeboren
HB	74.1	Tiefe zervikale Sectio caesarea
NB	73.59	Manuell unterstützte Geburt, sonstige

Entbindung vor der Aufnahme

Wenn eine Patientin vor der Aufnahme ins Spital ein Kind entbunden hat, keine operativen Prozeduren bezogen auf die Entbindung während der stationären Behandlung durchgeführt wurden und bei der Mutter keine Komplikationen im Wochenbett entstehen, wird der passende Kode aus Kategorie Z39.– *Postpartale Betreuung und Untersuchung der Mutter* zugeordnet.

Wenn eine **Komplikation** zur stationären Aufnahme führt, ist diese Komplikation als Hauptdiagnose zu kodieren. Ein Kode aus Z39.– ist als Nebendiagnose zuzuweisen.

Wenn eine Patientin nach einer Entbindung in ein anderes Spital verlegt wird, um ein krankes Kind zu begleiten und die Patientin dort eine nachgeburtliche Routinebetreuung erhält, wird dort ebenfalls der passende Kode aus Z39.– zugeordnet.

Wenn eine Patientin zur Nachbetreuung nach Kaiserschnitt von einem Spital in ein anderes verlegt wird, ohne dass ein Zustand die Definition einer Haupt- oder Nebendiagnose erfüllt, dann ist dort der passende Z39.– Kode als Hauptdiagnose und Z48.8 *Sonstige näher bezeichnete Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff* als Nebendiagnose zuzuordnen.

Ein Kode aus Z37.–! ist in diesen Fällen nicht zuzuweisen.

Frühgeburt, vorzeitige Wehen und frustrane Kontraktionen

Ein Kode aus

047.– *Frustrane Kontraktionen [unnütze Wehen]*

ist bei Aufnahmen mit nicht portiwirksamen Wehen (**ohne** Wirkung auf die Zervix) zu verschlüsseln.

Ein Kode aus

060.– *Vorzeitige Wehen und Entbindung*

ist bei Aufnahme mit portiwirksamen Wehen mit/ohne Entbindung beim selben Spitalaufenthalt zu verschlüsseln.

Wenn der Grund für die Frühgeburt oder für vorzeitige Wehen oder frustrane Kontraktionen bekannt ist, ist dieser Grund als Hauptdiagnose zu verschlüsseln, gefolgt von einem Kode aus 047.– oder aus 060.– als Nebendiagnose. Wenn der Grund nicht bekannt ist, ist ein Kode aus 047.– oder aus 060.– der Hauptdiagnosekode. Ausserdem ist als Nebendiagnose ein Kode aus 009.–! *Schwangerschaftsdauer* zuzuordnen.

Verlängerte Schwangerschaftsdauer und Übertragung

048 *Übertragene Schwangerschaft*

ist zu kodieren, wenn die Entbindung nach vollendeter 41. Schwangerschaftswoche (ab 287 Tagen) erfolgt oder das Kind deutliche Übertragungszeichen zeigt.

Beispiel 5

Eine Patientin entbindet ein Kind in der 42. Schwangerschaftswoche.

HD	048	Übertragene Schwangerschaft
ND	009.7!	Schwangerschaftsdauer mehr als 41 vollendete Wochen
ND	Z37.0!	Lebendgeborener Einling

Beispiel 6

Eine Patientin entbindet ein Kind in der 40. Schwangerschaftswoche. Das Kind zeigt deutliche Übertragungszeichen.

HD	048	Übertragene Schwangerschaft
ND	009.6!	Schwangerschaftsdauer 37. Woche bis 41 vollendete Wochen
ND	Z37.0!	Lebendgeborener Einling

Protrahierte Geburt

Eine Geburt wird als protrahiert betrachtet, wenn:

Dauer Eröffnungsperiode > 12 h

Kode: 063.0 Protrahiert verlaufende Eröffnungsperiode (bei der Geburt)

Dauer Austreibungsperiode > 60 min

Kode: 063.1 Protrahiert verlaufende Austreibungsperiode (bei der Geburt)

Es gelten die geburtshilflichen Definitionen zur Eröffnungs- und Austreibungsperiode.

Die Kodierverantwortlichen sollen gemäss Bestimmungen unter Kodierregel G40 die ärztlich dokumentierten Angaben aus der gesamten Geburtendokumentation (z.B. Partogramm) spezifizieren.

Protrahierte Geburt nach Blasensprung (vorzeitig und/oder spontan) oder künstlicher Eröffnung der Fruchtblase (Amniotomie, Blasensprung) zur Geburtsinduktion, Wehenverstärkung oder im Geburtsverlauf:

Intervall zwischen geöffneter Fruchtblase und Geburtszeitpunkt ≥ 24 h

Kodes: 075.5 Protrahierte Geburt **nach Blasensprung** oder 075.6 Protrahierte Geburt nach **spontanem** oder nicht **näher bezeichnetem Blasensprung**

Beachte:

- Sind die oben erwähnten Bedingungen für die Codes 063.0, 063.1, 075.5 und 075.6 erfüllt, können alle betreffenden ICD-Kodes, auch gleichzeitig, bei Erfüllung der Nebendiagnosenregel (G54) in die Kodierung einbezogen werden.
- Das Exklusivum unter dem Code 075.6 Protrahierte Geburt nach spontanem oder nicht näher bezeichnetem Blasensprung verweist die Kodierverantwortlichen bei Vorliegen eines vorzeitigen Blasensprungs (d.h. der Blasensprung findet vor Einsetzen muttermundswirksamer Wehen statt) darauf, einen Code aus Rubrik 042.- Vorzeitiger Blasensprung zu nutzen.
- Es handelt sich bei den Codes 042.- und 075.6 um unterschiedliche Zustände/Entitäten.
- Kode 075.6 enthält nicht die Information, dass es sich um einen vorzeitigen (vor Beginn muttermundswirksamer Wehen stattgefundenen), spontanen Blasensprung handelt.

Beispiel 7

Eine Patientin tritt mit vorzeitigem Blasensprung in der 39+4 SSW ein. Vorrangig exspektatives Vorgehen, Antibiotika-Prophylaxe, Überwachung im Gebärsaal.

Nach 30 h selbständiges Einsetzen der Geburtswehen. Protrahierte Eröffnungsperiode von 12 h 45 min Dauer mit Wehenunterstützung und PDA.

Bei protrahierter Austreibungsperiode von 75 min und pathologischem CTG Geburtsbeendigung durch Vakuumextraktion ohne Episiotomie mit Dammriss 2. Grades.

Aus der ärztlichen Dokumentation wird ersichtlich, dass die protrahierte EP den meisten Aufwand gemäss Kodierregel G52 verursachte.

HD	063.0	Protrahiert verlaufende Eröffnungsperiode (bei der Geburt)
ND	042.11	Vorzeitiger Blasensprung, Wehenbeginn nach Ablauf von 1 bis 7 Tagen
ND	063.1	Protrahiert verlaufende Austreibungsperiode (bei der Geburt)
ND	075.6	Protrahierte Geburt nach spontanem oder n.n.bez. Blasensprung
ND	070.1	Dammriss 2. Grades unter der Geburt
ND	068.0	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz
ND	009.6!	Schwangerschaftsdauer 37. Woche bis 41 vollendete Wochen
ND	Z37.0!	Lebendgeborener Einling

Beispiel 8

Eine Patientin tritt mit Geburtswehen seit 03.00 Uhr am Tag X in der 38. SSW und stehender Fruchtblase ein.

Gleichentags um 06.00 Uhr findet sich eine Eröffnung des Muttermunds von 1 - 2 cm.

Es folgt ein verzögerter Geburtsverlauf, weshalb am Tag X um 10.00 Uhr eine Amniotomie zur Wehenanregung durchgeführt wird und eine medikamentöse Wehenunterstützung erfolgt.

Der Muttermund ist vollständig eröffnet am Tag X um 16.00 Uhr.

Nach einer schnellen Austreibungsperiode erfolgt die spontane Geburt am Tag X um 16:50 Uhr.

HD	063.0	Protrahiert verlaufende Eröffnungsperiode (bei der Geburt)
ND	009.6!	Schwangerschaftsdauer 37. Woche bis 41 vollendete Wochen
ND	Z37.0!	Lebendgeborener Einling

Keine Kodierung von 075.5 oder 063.1 möglich.

Uterusatonie und Hämorrhagien

Eine Uterusatonie

- während des Geburtsvorgangs wird mit den Codes der Kategorie 062.– *Abnorme Wehentätigkeit*,
- nach der Geburt mit den Codes der Kategorie 072.– *Postpartale Blutung* angegeben.

Postpartale Blutung (072.–) ist nur dann zu kodieren, wenn die Nebendiagnosendefinition erfüllt ist (Regel G54).

S1600 Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben

S1601a Medizinischer Datensatz

Für jedes Neugeborene ist **bei Geburt** im selben Spital im Datensatz zwingend das Geburtsgewicht zu erfassen.

Bei stationärer Aufnahme eines Neugeborenen oder Säuglings **nach der Geburt** (bis Vollendung des ersten Lebensjahres) ist zwingend das Aufnahmewicht (Variable 4.5.V01) zu erfassen.

S1602a Definitionen

Perinatale und neonatale Periode

Gemäss der Definition der WHO gilt:

- Die perinatale Periode beginnt 22 Wochen nach dem Beginn der Gestation und endet mit der Vollendung des siebten Tages nach der Geburt.
- Die Neonatalperiode beginnt mit der Geburt und endet mit Vollendung des 28. Tages nach der Geburt.

S1603i Neugeborene

Kategorie Z38.– Lebendgeborene nach dem Geburtsort

Diese Kategorie Z38.– beinhaltet Kinder, die

- im Spital/Geburtshaus geboren wurden.
Beachte: im medizinischen Datensatz wird bezüglich Eintrittsart (V.1.2.V03) die Ziffer 3 (Geburt) angegeben.
- ausserhalb des Spitals/Geburtshauses geboren und unmittelbar nach der Geburt aufgenommen wurden.
Beachte: im medizinischen Datensatz wird bezüglich Eintrittsart (V.1.2.V03) die Ziffer 1 (Notfall) oder 2 (angemeldet, geplant) angegeben. Es wird kein Neugeborenenendatsatz ausgefüllt.

Beachte: Bei einer normalen Geburt zu Hause oder auf dem Weg ins Spital/Geburtshaus ist bei der Mutter als HD Z39.- *Postpartale Betreuung und Untersuchung der Mutter* zu kodieren, auch wenn die komplikationslose Nachgeburt erst im Spital stattfindet.

Beachte: im medizinischen Datensatz wird bezüglich Eintrittsart (V.1.2.V03) die Ziffer 1 (Notfall) oder 2 (angemeldet, geplant) angegeben.

Für ein Neugeborenes ist als Hauptdiagnose ein Kode der Kategorie Z38.– *Lebendgeborene nach dem Geburtsort* anzugeben, wenn das Neugeborene **gesund** ist (einschliesslich der Kinder, bei denen eine Beschneidung vorgenommen wurde).

Für **Frühgeborene** und bereits bei Geburt oder während des stationären Aufenthaltes **erkrankte** Neugeborene werden die Codes für die krankhaften Zustände **vor** einem Kode aus Z38.– *Lebendgeborene nach dem Geburtsort* kodiert.

Beispiel 1

Ein Neugeborenes, zu Hause geboren, wird aufgenommen. Es liegt keine Erkrankung vor.

HD Z38.1 Einling, Geburt ausserhalb des Krankenhauses

Beispiel 2

Ein Neugeborenes, im Spital gesund geboren (vaginale Entbindung), wird wegen auftretenden Krampfanfällen drei Tage nach der Geburt behandelt.

HD P90 Krämpfe beim Neugeborenen

ND Z38.0 Einling, Geburt im Krankenhaus

Beispiel 3

Frühgeborenes mit Entbindung in der 27. Schwangerschaftswoche mit einem Geburtsgewicht von 1520 g.

HD P07.12 Neugeborenes mit sonstigem niedrigem Geburtsgewicht, Geburtsgewicht 1500 bis unter 2500 Gramm

ND P07.2 Neugeborenes mit extremer Unreife

ND Z38.0 Einling, Geburt im Krankenhaus

Kodes aus Z38.– sind nicht mehr zu verwenden, wenn die Behandlung während einer zweiten oder nachfolgenden stationären Aufnahme erfolgt.

Beispiel 4

Ein Neugeborenes wird am 2. Tag nach Geburt mit hyaliner Membranenkrankheit und Pneumothorax aus dem Spital A in das Spital B verlegt.

Spital A:

HD P22.0 Atemnotsyndrom [Respiratory distress] des Neugeborenen

ND P25.1 Pneumothorax mit Ursprung in der Perinatalperiode

ND Z38.0 Einling, Geburt im Krankenhaus

Spital B:

HD P22.0 Atemnotsyndrom [Respiratory distress] des Neugeborenen

ND P25.1 Pneumothorax mit Ursprung in der Perinatalperiode

S1604g Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben

Zur Verschlüsselung von Zuständen, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben, steht das Kapitel XVI *Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben* der ICD-10-GM zur Verfügung. Es sind auch die Erläuterungen im Kapitel XVI zu beachten.

Beispiel 1

Ein Frühgeborenes wird mit Lungenhypoplasie in die Kinderklinik eines anderen Spitals verlegt. Die Mutter hatte in der 25. SSW einen vorzeitigen Blasensprung. Die Schwangerschaft wurde durch Tokolyse bis zur 29. SSW hinausgezögert. Wegen V.a. Amnioninfektionssyndrom und pathologischem CTG erfolgte eine Schnittentbindung in der 29. SSW. Die Lungenhypoplasie wird auf die Frühgeburtlichkeit infolge des Blasensprungs zurückgeführt. Die aufnehmende Kinderklinik kodiert wie folgt:

HD P28.0 Primäre Atelektase beim Neugeborenen

ND P01.1 Schädigung des Feten und Neugeborenen durch vorzeitigen Blasensprung

Es ist auch zu berücksichtigen, dass einige Zustände (wie z.B. Stoffwechselstörungen), die während der Perinatalperiode auftreten können, nicht im Kapitel XVI klassifiziert sind. Wenn solch ein Zustand beim Neugeborenen auftritt, ist ein Kode aus dem entsprechenden Kapitel der ICD-10-GM **ohne** einen Kode aus Kapitel XVI zuzuordnen.

Beispiel 2

Ein Neugeborenes wird wegen Rotavirenenteritis aus der Geburtshilfe in die Pädiatrie desselben Spitals verlegt.

HD	A08.0	Enteritis durch Rotaviren
ND	Z38.0	Einling, Geburt im Krankenhaus

Die Definition der Perinatalperiode ist wörtlich zu nehmen. Wenn die Erkrankung nach dem 7. Tag auftritt oder behandelt wird, aber ihren Ursprung in der Perinatalperiode hat, darf z.B. *P27.1 Bronchopulmonale Dysplasie mit Ursprung in der Perinatalperiode* das ganze Leben lang verschlüsselt werden. Die Festlegung des zeitlichen Ursprungs bedarf der fachlichen Einschätzung im Einzelfall.

Postexpositionsprophylaxe beim gesunden Neugeborenen

Wenn ein gesundes Neugeborenes nach der Geburt eine medikamentöse Prophylaxe erhält, wird gemäss Indikation der entsprechende Z20.– *Kontakt mit und Exposition gegenüber übertragbaren Krankheiten* abgebildet.

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

Beispiele:

Kodierung des Neugeborenen bei Strepto-B-Positivität der Mutter:

1. ohne Aufwand > 0 : nichts kodieren

Eine mehr oder weniger engmaschige Überwachung ist hier in der Routine des Z38.- Lebendgeborene nach dem Geburtsort inbegriffen.

2. mit Aufwand > 0

– *Postexpositions-Prophylaxe (Antibiotika) : Z20.8 + B95.1!*

– *Kind mit infektiöser Pathologie: die Pathologie + der Kode P00.8 Schädigung des Fetus 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!*

Gesundes Neugeborenes einer Diabetikerin

Falls ein **gesundes** Neugeborenes einer Diabetikerin eine wiederholte Blutzuckerüberwachung benötigt, wird dies mit dem Kode Z83.3 *Diabetes mellitus in der Familienanamnese* abgebildet (und nicht mit P70.– *Transitorische Störungen des Kohlenhydratstoffwechsels, die für den Fetus und das Neugeborene spezifisch sind*).

S1605a Totgeborene

Obgleich die Information «Totgeborenes» (z.B. Z37.1 *Totgeborener Einling*) bereits im Datensatz der Mutter erscheint, muss auch ein Minimaldatensatz (d.h. ein Fall) und ein Neugeborenen-Zusatzdatensatz für das Kind angelegt werden. Es wird aber für das Kind **keine** Kodierung vorgenommen, MedPlaus ist in diesem Sinne adaptiert.

S1606j Besondere Massnahmen für das (kranke) Neugeborene

Parenterale Therapie

Der Kode 99.1 – *Injektion oder Infusion einer therapeutischen oder prophylaktischen Substanz* wird z.B. zugewiesen, wenn eine parenterale Flüssigkeitszufuhr zur Behandlung mit Kohlenhydraten, zur Hydratation oder bei Elektrolytstörungen eingesetzt wird.

Gleiches gilt für die präventive parenterale Flüssigkeitszufuhr bei Frühgeborenen unter 2000 Gramm, die erfolgt, um einer Hypoglykämie oder Elektrolytentgleisung vorzubeugen.

Lichttherapie

Bei der Diagnose Neugeborenenengelbsucht wird der Kode für die Lichttherapie

99.83 *Sonstige Phototherapie*

nur erfasst, wenn diese **mindestens während zwölf Stunden** durchgeführt wurde.

Primäre Reanimation

Hinweis:

Für die Abbildung des CHOP-Kodes 99.65 *Akute Behandlung einer Adaptationsstörung beim Neugeborenen (sog. Primäre Reanimation)* müssen alle unter dem «Beachte» aufgeführten Bedingungen erfüllt sein.

Sind die Bedingungen nicht vollständig erfüllt, darf der Kode nicht erfasst werden.

Für die Beurteilung des Kriteriums «[...] - Unterstützende Massnahmen der Atmung (CPAP, Beatmung) [...]» wird ebenfalls auf die Kodierregel S1001i *Maschinelle Beatmung; Kontinuierlicher positiver Atemwegsdruck (CPAP)* verwiesen.

S1607c Atemnotsyndrom bei hyaliner Membranenkrankheit / Surfactantmangel

Der Kode für das Atemnotsyndrom bei Frühgeborenen/Neugeborenen

P22.0 *Atemnotsyndrom [Respiratory distress syndrome] des Neugeborenen*

ist der Kodierung folgendes Zustandes vorbehalten:

- Hyaline Membranenkrankheit
- Surfactant-Mangel

Die Applikation von Surfactant bei Neugeborenen wird nur durch die Liste der hochteuren Medikamente mit dem ATC-Kode eingetragen, welcher auch die Applikationsart beinhaltet. Ein CHOP-Kode wird nicht abgebildet.

Beachte: P22.0 setzt voraus, dass ein spezifisch definiertes Krankheitsbild vorliegt und ist von vorübergehenden Anpassungsstörungen, wie z.B. transitorische Tachypnoe (P22.1), abzugrenzen!

S1608c Atemnotsyndrom bei massivem Aspirationssyndrom, Wet lung oder transitorische Tachypnoe beim Neugeborenen

Die Kategorie

P24. – *Aspirationssyndrome beim Neugeborenen*

ist zu verwenden, wenn die Atemstörung – bedingt durch das Aspirationssyndrom – eine Sauerstoffzufuhr von **über** 24 Stunden Dauer erforderte.

Der Kode

P22.1 *Transitorische Tachypnoe beim Neugeborenen*

ist bei folgenden Diagnosen zu verwenden:

- Transitorische Tachypnoe beim Neugeborenen (ungeachtet der Dauer der Sauerstofftherapie)
- Aspirationssyndrom beim Neugeborenen, wenn die Atemstörung eine Sauerstoffzufuhr von **weniger** als 24 Stunden Dauer erforderte
- Wet lung

S1609j Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie (HIE)

Die hypoxisch-ischämische Enzephalopathie wird klinisch, nach Sarnat-Stadien¹ und/oder nach Thompson Score², wie folgt eingestuft:

1. Stadium **nach Sarnat**: Übererregbarkeit, Hyperreflexie, erweiterte Pupillen, Tachykardie, aber keine Krampfanfälle (entspricht Thompson Score² 1-6 Punkte)
2. Stadium **nach Sarnat**: Lethargie, Miosis, Bradykardie, verminderte Reflexe (z.B. Moro-Reflex), Hypotonie und Krampfanfälle (entspricht Thompson Score² 7-12 Punkte)
3. Stadium **nach Sarnat**: Stupor, Schlaffheit, Krampfanfälle, fehlende Moro- und bulbäre Reflexe (entspricht Thompson Score² > 12 Punkte).

Die ICD-10-GM sieht für die Kodierung einer hypoxisch-ischämischen Enzephalopathie den Kode *P91.6 Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie beim Neugeborenen [HIE]* vor.

Die Kodes für den jeweiligen Schweregrad der HIE sind wie folgt aufgelistet **zusätzlich** zu kodieren. Die oben aufgeführten Symptome sind – mit Ausnahme von Konvulsionen (*P90 Krämpfe beim Neugeborenen*) – nicht separat zu kodieren.

Kodierung HIE 1. Stadium	<i>P91.3</i>	<i>Zerebrale Übererregbarkeit des Neugeborenen</i>
Kodierung HIE 2. Stadium	<i>P91.4</i>	<i>Zerebraler Depressionszustand des Neugeborenen</i>
Kodierung HIE 3. Stadium	<i>P91.5</i>	<i>Koma beim Neugeborenen</i>

Zusätzlich vorhandene Störungen/Diagnosen (z.B. *P21.0 Schwere Asphyxie unter der Geburt*) werden separat kodiert.

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 ≤ 5 im Alter von 5 Minuten
- Schwere Azidose in der ersten Lebensstunde: pH ≤ 7.00 (in Nabelarterie, Nabelvene oder mittels arterieller oder kapillärer Blutentnahme)
- Basendefizit ≤ -16 mmol/l im Nabelschnurblut oder während der ersten Lebensstunde
- Laktat ≥ 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* kodiert.

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 ≤ 7 im Alter von 5 Minuten
- Mittelschwere Azidose in der ersten Lebensstunde: pH < 7.15 (in Nabelarterie, Nabelvene oder mittels arterieller oder kapillärer Blutentnahme)
- Leichte oder mittelschwere Enzephalopathie (Sarnat Stadium I oder II)

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

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 ≤ 7 im Alter von 5 Minuten
- Tiefster pH-Wert in der ersten Lebensstunde ≥ 7.15 (in Nabelarterie, Nabelvene oder mittels arterieller oder kapillärer Blutentnahme)

¹ <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/987769>; Neonatal encephalopathy following fetal distress. A clinical and electroencephalographic study. Sarnat HB, Sarnat MS, 1976

² <https://www.karger.com/Article/FullText/490721>; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27343024>

P20.- Intrauterine Hypoxie

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

Die metabolische Azidose wird folgendermassen definiert:

Beide Kriterien müssen zutreffen.

- APGAR > 7 im Alter von 5 Minuten
- Mittelschwere Azidose in der ersten Lebensstunde: pH < 7.15 (in Nabelarterie, Nabelvene oder mittels arterieller oder kapillärer Blutentnahme)

Definition der Norm gemäss folgenden Werten:

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

Die unter *P20.-* aufgeführten Befunde wie z.B. «Distress», «Gefahrenzustand», «Mekonium im Fruchtwasser» oder «Mekoniumabgang» sind als Beobachtungen ohne Krankheitswert zu verstehen und werden nicht kodiert.

Die Adaptationsstörungen werden unter *P22.8* kodiert.

Gemäss Regel G 40a ist der **behandelnde Arzt** für die **Diagnosestellung** und die Dokumentation aller Diagnosen während des gesamten Spitalaufenthaltes zuständig. Eine direkte Kodierung durch Kodierer/Innen mit diesen Kriterien ist nicht erlaubt.

S1611j Respiratorisches Versagen beim Neugeborenen

Ein respiratorisches Versagen des Neugeborenen entspricht einer partiellen resp. globalen respiratorischen Insuffizienz und wird mit *P28.5 Respiratorisches Versagen beim Neugeborenen* kodiert, wenn ein Neugeborenes/Frühgeborenes zur weiteren Betreuung auf eine von der SGN/SGI anerkannten neonatologischen IMC/IPS verlegt wird, sowie in Folge eine invasive, eine nichtinvasive Beatmung oder eine Atemunterstützung mit CPAP stattfindet.

Die Diagnose einer partiellen resp. globalen respiratorischen Insuffizienz muss in der ärztlichen Dokumentation vorhanden sein (siehe Kodierregel S1002).

Bei Vorliegen weiterer Zustände, die das Atmungssystem betreffen (z.B. *P20.-*, *P21.-*, *P22.-*, *P23.-*, *P24.-*, *P25.-* etc.) werden diese unter Berücksichtigung der bestehenden Kodierregeln zusätzlich kodiert.

S1800 Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind

S1801a Inkontinenz

Der Befund Inkontinenz ist von klinischer Bedeutung, wenn

- die Inkontinenz nicht im Rahmen einer Behandlung als «normal» angesehen werden kann (z.B. nach bestimmten Operationen und bei bestimmten Zuständen)
- die Inkontinenz nicht als der normalen Entwicklung entsprechend angesehen werden kann (wie z.B. bei Kleinkindern)
- die Inkontinenz bei einem Patienten mit deutlicher Behinderung oder geistiger Retardierung andauert.

Die Codes für Urin- oder Stuhlinkontinenz

N39.3 Belastungsinkontinenz [Stressinkontinenz]

N39.4– Sonstige näher bezeichnete Harninkontinenz

R32 Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz

R15 Stuhlinkontinenz

sind nur anzugeben, wenn die Inkontinenz ein Grund für eine stationäre Behandlung ist oder eine oben genannte klinische Bedeutung hat. Zu den Inkontinenzen, die im Rahmen einer Behandlung/Operation als «normal» angesehen werden und deshalb nicht zu kodieren sind, zählen beispielsweise eine postoperativ vorübergehende Harninkontinenz nach Prostataresektion oder die Stuhlinkontinenz nach tiefer Rektumresektion.

S1802a Dysphagie

Kodierregel wurde gelöscht.

Kodierung einer Dysphagie gemäss Kodierregeln G54 «Die Nebendiagnosen» oder G52 «Die Hauptdiagnose».

S1803a Fieberkrämpfe

R56.0 Fieberkrämpfe

wird nur dann als Hauptdiagnosecode angegeben, wenn keine auslösenden Erkrankungen wie Pneumonie oder andere Infektionsherde vorliegen.

Ist eine zugrunde liegende Ursache bekannt, wird diese als Hauptdiagnose angegeben und *R56.0 Fieberkrämpfe* wird als Nebendiagnose zusätzlich kodiert.

S1804f Schmerzdiagnosen und Schmerzbehandlungsverfahren

Akuter Schmerz

Wenn ein Patient wegen postoperativer Schmerzen oder wegen Schmerzen im Zusammenhang mit einer anderen Erkrankung behandelt wird, sind nur die durchgeführte Operation oder die schmerzverursachende Erkrankung zu kodieren.

R52.0 Akuter Schmerz

wird nur dann zugeordnet, wenn Lokalisation und Ursache des akuten Schmerzes nicht bekannt sind.

Nichtoperative Analgesieverfahren für akuten Schmerz (mit Ausnahme des CHOP-Kodes 93.A3 – *Akutschmerzbehandlung*) sind anzugeben, wenn sie als alleinige Massnahme durchgeführt werden (siehe auch P02, Beispiel 3).

Chronischer/therapieresistenter Schmerz

Wird ein Patient speziell zur Schmerzbehandlung aufgenommen und wird ausschliesslich der Schmerz behandelt, ist der Kode für die Lokalisation des Schmerzes als Hauptdiagnose anzugeben. Die zugrunde liegende Erkrankung ist als Nebendiagnose zu kodieren.

Die Kodes

R52.1 Chronischer unbeeinflussbarer Schmerz oder

R52.2 Sonstiger chronischer Schmerz

sind nur dann als **Hauptdiagnose** anzugeben, wenn die Lokalisation der Schmerzen nicht näher bestimmt ist (siehe Ausschlusshinweise bei Kategorie *R52.-*) **und** die Definition der Hauptdiagnose (Regel G 52) zutrifft.

In allen anderen Fällen von chronischem Schmerz muss die Erkrankung, die den Schmerz verursacht, als Hauptdiagnose angegeben werden, soweit diese für die stationäre Behandlung verantwortlich war.

S1805e Aufnahme zur Implantation eines Neurostimulators/ (Test)Elektroden bei Schmerzbehandlung

Bei Aufnahme zur Implantation eines Neurostimulators/(Test)Elektroden wird die **Krankheit als Hauptdiagnose** angegeben, zusammen mit den passenden Prozedurenkodes.

Der Kode

Z45.80 Anpassung und Handhabung eines Neurostimulators

wird **nicht** abgebildet.

(Gleiche Regel unter S0605: Aufnahme zur Implantation eines Neurostimulators).

S1806e Aufnahme zur Entfernung eines Neurostimulators/ (Test)Elektroden bei Schmerzbehandlung

Bei Aufnahme zur Entfernung eines Neurostimulators/(Test)Elektroden ist als Hauptdiagnosekode

Z45.80 Anpassung und Handhabung eines Neurostimulators

zuzuweisen, zusammen mit den passenden Prozedurenkodes. Die Grundkrankheit wird nur als Nebendiagnose kodiert, wenn sie die Nebendiagnosendefinition erfüllt.

(Gleiche Regel unter S0606: Aufnahme zur Entfernung eines Neurostimulators).

S1900 Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äusserer Ursachen

Sofern es in den Kodierrichtlinien nicht anders geregelt ist, folgen die Codes der äusseren Ursachen (V01 – Y84) zwingend den Codes S und T.

S1901a Oberflächliche Verletzungen

Abschürfungen und Prellungen werden nicht kodiert, wenn sie mit schwereren Verletzungen derselben Lokalisation im Zusammenhang stehen, es sei denn, sie erhöhen den Aufwand für die Behandlung der schwereren Verletzung, z.B. durch zeitliche Verzögerung.

Beispiel 1

Ein Patient kommt nach einem Sturz zur Behandlung einer linken suprakondylären Humerusfraktur und Prellung des Ellbogens sowie einer Fraktur des linken Skapulakorpus.

HD S42.41 Fraktur des distalen Endes des Humerus, suprakondylär

L 2

ZHD X59.9! Sonstiger näher bezeichneter Unfall

ND S42.11 Fraktur der Skapula, Korpus

L 2

In diesem Fall ist die Prellung des Ellbogens nicht zu kodieren.

S1902a Fraktur und Luxation

Zur Kodierung von Wirbelfrakturen/Luxationen siehe S1905.

Fraktur und Luxation mit Weichteilschaden

Zum Kodieren einer Fraktur/Luxation mit Weichteilschaden werden zwei Codes benötigt: zuerst wird der Code der Fraktur, bzw. der Luxation angegeben, danach der entsprechende Code für den Schweregrad des Weichteilschadens. Die Zusatzcodes für Weichteilschaden sind:

Sx1.84! – Sx1.86! Weichteilschaden Grad I bis III bei geschlossener Fraktur/Luxation
(x je nach Körperregion)

Sx1.87! – Sx1.89! Weichteilschaden Grad I bis III bei offener Fraktur/Luxation
(x je nach Körperregion)

In der ICD-10-GM findet sich bei den Codes jeweils ein begleitender Text, der den Schweregrad umschreibt.

Bei Verlegungen zur Weiterbehandlung oder Wiederaufnahmen wird der Weichteilschaden nur noch abgebildet, wenn er die Definition der Nebendiagnose (G54) erfüllt.

Ausnahme: Nur geschlossene Frakturen mit einfacher Bruchform oder Luxationen mit Weichteilschaden Grad 0 oder n.n.b. erhalten diesen zusätzlichen Code nicht.

Beispiel 1

Patient mit einer offenen rechten Oberschenkelchaftfraktur II. Grades nach Sturz.

HD S72.3 Fraktur des Femurschaftes

L 1

ZHD X59.9! Sonstiger näher bezeichneter Unfall

ND S71.88! Weichteilschaden II. Grades bei offener Fraktur oder Luxation der Hüfte und des Oberschenkels

L 1

Luxationsfraktur

In diesen Fällen ist sowohl für die Fraktur als auch für die Luxation ein Kode zuzuweisen; der erste Kode für die Fraktur.

Zu beachten ist, dass die ICD-10-GM in bestimmten Fällen Kombinationskodes vorsieht, z.B.:

S52.31 Fraktur des distalen Radiuschaftes mit Luxation des Ulnakopfes

Fraktur und Luxation an gleicher oder unterschiedlicher Lokalisation

Bei Vorliegen einer kombinierten Verletzung an gleicher Lokalisation ist die Angabe eines Zusatzkodes für den Schweregrad des Weichteilschadens ausreichend.

Beispiel 2

Eine Patientin wird nach einem Sturz zur Behandlung einer offenen rechten Humeruskopffraktur I. Grades mit offener rechter Schulterluxation nach vorne mit Weichteilschaden I. Grades aufgenommen.

HD S42.21 Fraktur des proximalen Endes des Humerus, Kopf

L 1

ZHD X59.9! Sonstiger näher bezeichneter Unfall

ND S43.01 Luxation des Humerus nach vorne

L 1

ND S41.87! Weichteilschaden I. Grades bei offener Fraktur oder Luxation des Oberarmes

L 1

Liegen bei einem Patienten mehrere Frakturen/Luxationen unterschiedlicher Lokalisation vor, so muss für jede Lokalisation der Weichteilschaden Grad I – III erfasst werden.

Knochenkontusion

Eine Knochenkontusion mit radiologisch nachgewiesener Fraktur der Spongiosa bei intakter Kortikalis wird wie eine Fraktur kodiert.

S1903c Offene Wunden/Verletzungen

Für jede Körperregion steht eine Kategorie für offene Wunden zur Verfügung.

Dort finden sich neben den «!>-Kodes für Weichteilschäden bei Fraktur auch «!>-Kodes für Verletzungen, bei denen durch die Haut in Körperhöhlen eingedrungen wurde (intrakranielle, intrathorakale oder intraabdominale Wunden).

Die offene Wunde ist in diesen Fällen **zusätzlich** zur Verletzung (z.B. der Fraktur) zu kodieren.

Offene Verletzungen mit Gefäß-, Nerven- und Sehnenbeteiligung

Liegt eine Verletzung mit Gefäßschaden vor, hängt die Reihenfolge der Codes davon ab, ob der Verlust der betroffenen Gliedmasse droht. Ist dies der Fall, so ist bei einer Verletzung mit Schädigung von Arterie und Nerv:

- zuerst die arterielle Verletzung
- dann die Verletzung des Nerven
- danach ggf. die Verletzung der Sehnen, die Fraktur, die offene Wunde anzugeben.

In Fällen, bei denen trotz einer Nerven- und Arterienbeschädigung der Verlust von Gliedmassen unwahrscheinlich ist, ist die Reihenfolge der Kodierung je nach der Schwere der jeweiligen Schäden festzulegen.

Offene intrakranielle / intrathorakale / intraabdominelle Verletzung

Wenn eine offene intrakranielle / intrathorakale / intraabdominelle Verletzung vorliegt, ist zuerst der Kode für die intrakranielle / intrathorakale / intraabdominelle Verletzung anzugeben, gefolgt vom Kode für die offene Wunde.

Beispiel 1

Patient mit Messerstichverletzung am Thorax mit Hämatothorax.

HD S27.1 Traumatischer Hämatothorax

ZHD Y09.9! Tätlicher Angriff

ND S21.83! Offene Wunde (jeder Teil des Thorax) mit Verbindung zu einer intrathorakalen Verletzung

Offene Fraktur mit intrakranieller/intrathorakaler/intraabdomineller Verletzung

Wenn eine offene Schädelfraktur verbunden mit einer intrakraniellen Verletzung oder offene Fraktur des Rumpfes mit einer intrathorakalen / intraabdominellen Verletzung vorliegt, ist

- ein Kode für die intrakranielle / intrakavitäre Verletzung anzugeben,
- einer der folgenden Codes
S01.83! Offene Wunde (jeder Teil des Kopfes) mit Verbindung zu einer intrakraniellen Verletzung
S21.83! Offene Wunde (jeder Teil des Thorax) mit Verbindung zu einer intrathorakalen Verletzung
 oder
S31.83! Offene Wunde (jeder Teil des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens) mit Verbindung zu einer intraabdominalen Verletzung
- die Kodes für die Fraktur

und

- ein Kode für den Schweregrad des Weichteilschadens der offenen Fraktur aus
S01.87! – S01.89! Weichteilschaden I – III. Grades bei offener Fraktur oder Luxation des Kopfes
S21.87! – S21.89! Weichteilschaden I – III. Grades bei offener Fraktur oder Luxation des Thorax
 oder
S31.87! – S31.89! Weichteilschaden I – III. Grades bei offener Fraktur oder Luxation der Lendenwirbelsäule und des Beckens

Komplikationen einer offenen Wunde

Die Kodierung von Komplikationen offener Wunden ist davon abhängig, ob die Komplikation wie z.B. eine Infektion, mit einem spezifischen Kode näher bezeichnet werden kann. Ist die Kodierung mit einem spezifischen Kode der ICD-10-GM möglich, so ist zuerst der spezifische Kode für die Komplikation (z.B. Infektion wie Erysipel, Phlegmone etc.) gefolgt von dem Kode für die offene Wunde anzugeben.

Beachte: Bei einer Sepsis als Komplikation einer offenen Wunde ist auch Regel S0102 zu beachten.

Beispiel 2

Eine Patientin wird mit einer Phlegmone an der linken Hand nach einem Katzenbiss aufgenommen. Das Alter des Bisses ist nicht bekannt. Bei der Aufnahme finden sich am Daumenballen zwei punktförmige Wunden, die Umgebung ist gerötet, die Hand und der Unterarm sind stark geschwollen. Im Abstrich findet sich ein Staphylococcus aureus. Es wird eine intravenöse antibiotische Therapie eingeleitet.

HD L03.10 Phlegmone an der oberen Extremität

L 2

ND B95.6! Staphylococcus aureus als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind

ND S61.0 Offene Wunde eines oder mehrerer Finger ohne Schädigung des Nagels

L 2

ND W64.9! Unfall durch Exposition gegenüber mechanischen Kräften belebter Objekte

Ist eine spezifische Verschlüsselung der Komplikation einer offenen Wunde nicht möglich, ist der Kode für die offene Wunde anzugeben, gefolgt von einem Kode aus

T89.0– Komplikationen einer offenen Wunde

Beachte: Kodes für äussere Ursachen werden nur einmal, beim ersten stationären Aufenthalt kodiert.

S1904j Bewusstlosigkeit*Bewusstlosigkeit*

Wenn ein Verlust des Bewusstseins im Zusammenhang mit einer Verletzung aufgetreten ist, ist die Art der Verletzung vor einem Kode aus *S06.7–!* *Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma* für die Dauer der Bewusstlosigkeit anzugeben.

Beispiel 1

Patient wird mit einer Fraktur des Siebbeins (Röntgenaufnahme) aufgenommen. Im CT zeigt sich ein grosses subdurales Hämatom. Der Patient war 3 Stunden bewusstlos.

HD S06.5 Traumatische subdurale Blutung
 ZHD X59.9! Sonstiger näher bezeichneter Unfall
 ND S02.1 Schädelbasisfraktur
 ND S06.71! Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma, 30 Minuten bis 24 Stunden

Hinweis: Schädel-Hirn-Trauma (SHT)

Wenn ein Schädel-Hirn-Trauma (alphabetischer Index *S06.9 Intrakranielle Verletzung, nicht näher bezeichnet*) ohne nachgewiesene intrakranielle Verletzung vorliegt, wird nicht der Kode *S06.9* abgebildet, sondern *S06.0 Gehirnerschütterung* kodiert

Beachte: Bei einem Schädel-Hirn-Trauma mit anschliessendem künstlichen Koma, Dauer > 24 Stunden, werden folgende Codes abgebildet:

S06.72! Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma, mehr als 24 Stunden, mit Rückkehr zum vorher bestehenden Bewusstseinsgrad oder
S06.73! Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma, mehr als 24 Stunden, ohne Rückkehr zum vorher bestehenden Bewusstseinsgrad

Schwere Bewusstseinsstörung

Unresponsive Wakefulness Syndrom (UWS), frühere Bezeichnung Vegetative State (VS) und Minimally Conscious State (MCS)

Das «Unresponsive Wakefulness Syndrom (UWS)» ist definiert als ein Zustand der Unmöglichkeit mit der Umwelt zu interagieren, d.h. ohne kohärente Antworten und ohne bewusstes Reagieren auf optische, akustische, taktile und schmerzhafte Reize und ohne Bewusstsein über sich selbst oder über die Umwelt.

Der Minimally Conscious State (MCS) ist definiert als Zustand mit schwer veränderter Bewusstseinslage, bei dem minimale, aber deutliche Verhaltensmerkmale reproduzierbar nachweisbar sind, die ein Bewusstsein für sich selbst oder die Umgebung erkennen lassen.

Die exakte Klassifikation und Zuordnung erfolgt durch die CRS-R (Coma Recovery Scale-Revised) als Ergebnis der Bewertungen in den sechs Subskalen der CRS-R: CRS-auditiv – CRS-visuell – CRS-motorisch – CRS-sprachlich – CRS-Kommunikation – CRS-Erwachen. Dieses Assessment ist nicht zuverlässig anwendbar für Patienten vor dem 12. Lebensjahr. Bis zum Erreichen dieses Alters gilt die vom Arzt gestellte Diagnose ohne Referenz auf das CRS-R.

Stadieneinteilung der schweren Bewusstseinsstörung

Subskala CRS-R	Unresponsive Wakefulness Syndrom (UWS)	Minimally Conscious State minus (MCS –)	Minimally Conscious State plus (MCS+)	Emerge from Minimally Conscious State (EMCS)
Auditiv	≤ 2 und	≤ 2 und	3 – 4	
Visuell	≤ 1 und	2 – 5 oder	4 – 5	
Motorisch	≤ 2 und	3 – 5 oder	3 – 5	= 6 und
Sprachlich	≤ 2 und	≤ 2 oder	3	
Kommunikation	= 0	= 0 und	1 – 2	= 2
Erwachen	1 – 2	1 – 2	1 – 3	

d.h.:

- Ein Unresponsive Wakefulnesssyndrom (UWS) liegt vor, wenn alle Bedingungen für ein UWS erfüllt sind.
- Ein Minimally Conscious State minus (MCS-) liegt vor, wenn **eine einzige Subskala** die für MCS- geforderten Werte erfüllt (d.h. Lokalisation von schmerzhaften Reizen oder visuelles Verfolgen oder adäquates Lachen oder Weinen) und die übrigen Werte dem Stadium UWS entsprechen.
- Ein Minimally Conscious State plus (MCS+) liegt vor, wenn die Subskala «auditiv» den Wert 3 (Antwort auf Befehl), oder die Subskala «sprachlich» den Wert 3 (Sprachverständnis), oder die Subskala «Kommunikation» den Wert 1–2 (intentionelle oder funktionale Kommunikation) erreicht.
- Ein Emerge from Minimally Conscious State (EMCS) liegt vor, wenn die Subskala «motorisch» und die Subskala «Kommunikation» den Maximalwert erreicht haben. Um ein Emerge-Stadium zuzuteilen, muss eine Evaluierung zweimal innerhalb einer Woche durchgeführt werden.

Eine Stadieneinteilung kann frühestens 24 h nach Absetzen der kontinuierlichen Sedierung auf der IPS erfolgen und wenn die Voraussetzung erfüllt ist, dass keine medikamentösen Einflüsse den Zustand mitverursachen (allenfalls mit dokumentierten Blutanalysen). Eine vorübergehende Sedierung z. B. für die Pflege des Patienten oder beim Zustand der Agitation ist keine Kontraindikation für eine Evaluierung. Das Stadium muss mindestens 1 Woche bestehen oder sich zu einem anderen Stadium der Bewusstseinsstörung entwickeln. Eine zweite Evaluation in der folgenden Woche (mindestens 2–3 Tage Abstand) ist nötig, um die Diagnose der Bewusstseinsstörung zu bestätigen.

Eine Bewusstseinsstörung wird mit G93.80 Apallisches Syndrom kodiert, wenn:

- eine schwere Bewusstseinsstörung Stadium Vegetative State (VS), Synonym Unresponsive Wakefulness Syndrome (UWS) oder ein Minimally Conscious State gemäss obenstehenden Definitionen vorliegt.

Hinweis: Bewusstseinsstörungen, die die oben definierten Kriterien für VS/UWS und MCS nicht erfüllen, werden NICHT mit G93.80 kodiert. Dazu gehört das Stadium Emerge from Minimally Conscious State (EMCS).

Literatur: Giacino, J.T., Kalmar, K., & Whyte, J. (2004). The JFK Coma Recovery Scale-Revised: Measurement characteristics and diagnostic utility 1. Archives of physical medicine and rehabilitation, 85(12), 2020–2029.

Gosseries, O., Zasler, N.D., & Laureys, S. (2014). Recent advances in disorders of consciousness: focus on the diagnosis. Brain injury, 28(9), 1141 – 1150.

Schnakers, C., Majerus, S., Giacino, J., Vanhaudenhuyse, A., Bruno, M.A., Boly, M.,... & Damas, F. (2008). A french validation study of the Coma Recovery Scale-Revised (CRS-R). Brain injury, 22 (10), 786–792.

Seel, R.T., Sherer, M., Whyte, J., Katz, D.I., Giacino, J.T., Rosenbaum, A.M., ...& Biester, R.C. (2010). Assessment scales for disorders of consciousness: evidence-based recommendations for clinical practice and research. Archives of physical medicine and rehabilitation, 91 (12), 1795–1813.

S1905c Verletzung des Rückenmarks (mit traumatischer Paraplegie und Tetraplegie)

Die akute Phase – unmittelbar posttraumatisch

Unter der akuten Phase einer Rückenmarksverletzung versteht man den Behandlungszeitraum unmittelbar nach dem Trauma. Sie kann **mehrere** Spitalaufenthalte umfassen.

Wenn ein Patient mit einer Verletzung des Rückenmarks aufgenommen wird (z.B. mit Kompression des Rückenmarks, Kontusion, Riss, Querschnitt oder Quetschung), sind folgende Details zu kodieren:

- Die Art der Läsion des Rückenmarks ist als erster Kode anzugeben (komplette oder inkomplette Querschnittverletzung)
- Die funktionale Höhe (Ebene) der Rückenmarksläsion ist mit
S14.7–!, S24.7–!, S34.7–! Funktionale Höhe der zervikalen/thorakalen/lumbosakralen Rückenmarksverletzung
zu verschlüsseln. Für die Höhenangabe der funktionalen Höhe sind die Hinweise bei S14.7–!, S24.7–! und S34.7–! in der ICD-10-GM zu beachten.

Patienten mit Rückenmarksverletzungen haben mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Wirbelfraktur oder Wirbelluxation erlitten; demnach sind auch folgende Angaben zu kodieren:

- Die Bruchstelle, wenn eine Fraktur der Wirbel vorliegt
- Der Ort der Luxation, wenn eine Luxation vorliegt
- Der Schweregrad des Weichteilschadens der Fraktur/Luxation

Beispiel 1

Eine Patientin wird nach einem Sturz mit einer Kompressionsfraktur an T12 aufgenommen. Es liegt eine Kompressionsverletzung des Rückenmarks auf derselben Höhe mit inkompletter Paraplegie auf der funktionalen Höhe L2 vor.

HD S24.12 Inkomplette Querschnittverletzung des thorakalen Rückenmarkes

ZHD X59.9! Sonstiger näher bezeichneter Unfall

ND S34.72! Funktionale Höhe einer Verletzung des lumbosakralen Rückenmarkes, L2

ND S22.06 Fraktur eines Brustwirbels, T11 und T12

Die akute Phase – Verlegung des Patienten

Wenn ein Patient infolge eines Traumas eine Verletzung des Rückenmarks erlitten hat und unmittelbar von einem Akutspital in ein anderes Akutspital verlegt wurde, ist in beiden Häusern der Code für die Art der Verletzung als Hauptdiagnose anzugeben und der entsprechende Code für die funktionale Höhe der Rückenmarksverletzung als erste Nebendiagnose.

Beispiel 2

Ein Patient wird nach einem Sturz mit einer schweren Rückenmarksverletzung in Spital A aufgenommen. Ein CT bestätigt eine Luxation des T7/T8 Wirbels mit Verletzung des Rückenmarks auf derselben Höhe. Neurologisch zeigt sich ein inkompletter Querschnitt unterhalb T8. Nach Stabilisierung im Spital A wird der Patient ins Spital B verlegt, in dem eine Spondylodese durchgeführt wird.

Spital A:

HD S24.12 Inkomplette Querschnittverletzung des thorakalen Rückenmarkes

ZHD X59.9! Sonstiger näher bezeichneter Unfall

ND S24.75! Funktionale Höhe einer Verletzung des thorakalen Rückenmarkes, T8/T9

ND S23.14 Luxation eines Brustwirbels, Höhe T7/T8 und T8/T9

Spital B:

HD S24.12 Inkomplette Querschnittverletzung des thorakalen Rückenmarkes

ND S24.75! Funktionale Höhe einer Verletzung des thorakalen Rückenmarkes, T8/T9

ND S23.14 Luxation eines Brustwirbels, Höhe T7/T8 und T8/T9

Beachte: Codes für äussere Ursachen werden nur einmal beim ersten stationären Aufenthalt (im ersten Spital) kodiert.

Rückenmarksverletzung – chronische Phase

Von der chronischen Phase einer Paraplegie/Tetraplegie spricht man, wenn die Behandlung der akuten Erkrankung (z.B. einer akuten Rückenmarksverletzung), die die Lähmungen verursachte, abgeschlossen ist.

Kommt ein Patient in dieser chronischen Phase zur Behandlung der Paraplegie/Tetraplegie, ist ein Code der Kategorie

G82.– *Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie, fünfte Stelle «.2» oder «.3»*

als Hauptdiagnose anzugeben.

Wird ein Patient dagegen zur Behandlung einer anderen Erkrankung wie z.B. Harnwegsinfektion, Fraktur des Femur usw. aufgenommen, ist die zu behandelnde Erkrankung gefolgt von einem Code der Kategorie

G82.– *Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie, fünfte Stelle «.2» oder «.3»*

anzugeben sowie andere vorliegende Erkrankungen. Die Reihenfolge dieser Diagnosen muss sich an der Definition der Hauptdiagnose orientieren.

Für die funktionale Höhe der Rückenmarksschädigung ist zusätzlich der passende Kode aus

G 82.6–! Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarks

anzugeben.

Die Codes für die Verletzung des Rückenmarks sind nicht anzugeben, da diese nur in der akuten Phase zu verwenden sind.

Beispiel 3

Eine Patientin wird zur Behandlung einer Infektion des Harntraktes aufgenommen. Zusätzlich bestehen eine inkomplette schlaffe Paraplegie auf Höhe von L2, ein inkomplettes Cauda-(equina-)Syndrom und eine neurogene Blasenentleerungsstörung.

HD N39.0 Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet

ND G82.03 Schlaffe Paraparese und Paraplegie, chronische inkomplette Querschnittslähmung

ND G82.66! Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarks, L2 – S1

ND G83.41 Inkomplettes Cauda-(equina-)Syndrom

ND G95.81 Harnblasenlähmung bei Schädigung des unteren motorischen Neurons

Anmerkung: Soll das Vorliegen einer neurogenen Blasenfunktionsstörung angegeben werden, ist wie im Beispiel eine zusätzliche Schlüsselnummer aus G95.8– zu verwenden.

Kodierung von Wirbelfrakturen und Wirbelluxationen

Siehe auch S1902 Fraktur und Luxation.

Bei Mehrfachfrakturen oder -luxationen wird jede Höhe einzeln angegeben.

Beispiel 4

Ein Patient wird nach einem Autounfall mit einer komplizierten offenen Fraktur II. Grades des zweiten, dritten und vierten Brustwirbels mit Verschiebung auf Höhe T2/T3 und T3/T4 und kompletter Durchtrennung des Rückenmarks in Höhe T3 aufgenommen. Die neurologische Untersuchung bestätigt einen kompletten Querschnitt unterhalb T3.

HD S24.11 Komplette Querschnittverletzung des thorakalen Rückenmarkes

ZHD V99! Transportmittelunfall

ND S24.72! Funktionale Höhe einer Verletzung des thorakalen Rückenmarkes, T2/T3

ND S22.01 Fraktur eines Brustwirbels, Höhe: T1 und T2

ND S22.02 Fraktur eines Brustwirbels, Höhe: T3 und T4

ND S23.11 Luxation eines Brustwirbels, Höhe: T1/T2 und T2/T3

ND S23.12 Luxation eines Brustwirbels, Höhe: T3/T4 und T4/T5

ND S21.88! Weichteilschaden II. Grades bei offener Fraktur oder Luxation des Thorax

S1906a Mehrfachverletzungen

Diagnosen

Die einzelnen Verletzungen werden, wann immer möglich, entsprechend ihrer Lokalisation und ihrer Art so genau wie möglich kodiert. Kombinationskategorien für Mehrfachverletzungen *T00 – T07 Verletzungen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen* und Codes aus *S00 – S99*, die mit einer «7» an vierter Stelle multiple Verletzungen kodieren, sind nur dann zu verwenden, wenn die Anzahl der zu kodierenden Verletzungen die maximale Zahl der übermittelbaren Diagnosen überschreitet.

In diesen Fällen sind spezifische Codes (Verletzung nach Lokalisation/Art) für die schwerwiegenderen Verletzungen zu verwenden und die Mehrfachkategorien, um weniger schwere Verletzungen (z.B. oberflächliche Verletzungen, offene Wunden sowie Distorsion und Zerrung) zu kodieren.

Hinweis: Das alphabetische Verzeichnis der ICD-10-GM schlägt für eine «Mehrfachverletzung» oder ein «Polytrauma» den Code *T07 Nicht näher bezeichnete multiple Verletzungen* vor. Dieser Code ist unspezifisch und deshalb nach Möglichkeit **nicht** zu verwenden.

Reihenfolge der Codes bei multiplen Verletzungen

Die Wahl der Hauptdiagnose erfolgt nach Regel G 52.

Beispiel 1

Eine Patientin wird nach einem Autounfall mit fokaler Hirnkontusion, traumatischer Amputation des rechten Ohres, 20-minütiger Bewusstlosigkeit, Prellung von Kehlkopf und rechter Schulter sowie mit Schnittwunden in rechter Wange und rechtem Oberschenkel aufgenommen.

HD	S06.31	Umschriebene Hirnkontusion
ZHD	V99!	Transportmittelunfall
ND	S06.70!	Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma, weniger als 30 Minuten
ND	S08.1	Traumatische Amputation des Ohres
L	1	
ND	S01.41	Offene Wunde der Wange
L	1	
ND	S71.1	Offene Wunde des Oberschenkels
L	1	
ND	S10.0	Prellung des Rachens
ND	S40.0	Prellung der Schulter und des Oberarms
L	1	

In diesem Fall werden *S09.7 Multiple Verletzungen des Kopfes* und *T01.8 Offene Wunden an sonstigen Kombinationen von Körperregionen* **nicht** angegeben, da individuelle Codes anzugeben sind, wann immer dies möglich ist.

S1907j Verbrennungen und Verätzungen

Reihenfolge der Codes

Das Gebiet mit der schwersten Verbrennung/Verätzung ist zuerst anzugeben. Eine Verbrennung/Verätzung dritten Grades ist demnach vor einer Verbrennung/Verätzung zweiten Grades anzugeben, auch wenn letztere einen grösseren Teil der Körperoberfläche betrifft. Verbrennungen/Verätzungen desselben Gebietes, aber unterschiedlichen Grades, sind als Verbrennungen/Verätzungen des höchsten vorkommenden Grades anzugeben.

Beispiel 1

Verbrennung 2. und 3. Grades des rechten Knöchels (< 10%) durch heisses Wasser.

HD	T25.3	Verbrennung 3. Grades der Knöchelregion und des Fusses
L	1	
ZHD	X19.9!	Verbrennung oder Verbrühung durch Hitze oder heisse Substanzen
ND	T31.00!	Verbrennungen von weniger als 10% der Körperoberfläche

Verbrennungen/Verätzungen, die eine Hauttransplantation erfordern, sind immer vor denjenigen anzugeben, die keine erfordern.

Liegen mehrere Verbrennungen/Verätzungen desselben Grades vor, dann wird das Gebiet mit der grössten betroffenen Körperoberfläche zuerst angegeben. Alle weiteren sind – wenn immer möglich – mit ihrer jeweiligen Lokalisation zu kodieren.

Beispiel 2

Verbrennung Grad 2a der Bauchwand (15%) und des Perineums (10%) durch heisses Wasser.

HD	T21.23	Verbrennung Grad 2a des Rumpfes, Bauchdecke
ZHD	X19.9!	Verbrennung oder Verbrühung durch Hitze oder heisse Substanzen
ND	T21.25	Verbrennung Grad 2a des Rumpfes, (äusseres) Genitale
ND	T31.20	Verbrennungen von 20 bis 29% der Körperoberfläche

Wenn die Zahl der Diagnosen die Anzahl der maximal übermittelbaren Diagnosen übersteigt, ist der Kode *T29.– Verbrennungen oder Verätzungen mehrerer Körperregionen* zu verwenden.

Bei Verbrennungen/Verätzungen dritten Grades sind immer die differenzierten Codes zu verwenden. Wenn Mehrfachcodes erforderlich sind, werden diese für Verbrennungen/Verätzungen zweiten Grades benutzt.

Körperoberfläche (KOF)

Jeder Verbrennungs-/Verätzungsfall ist **zusätzlich** mit einem Kode aus

T31.–! Verbrennungen, klassifiziert nach dem Ausmass der betroffenen Körperoberfläche

bzw.

T32.–! Verätzungen, klassifiziert nach dem Ausmass der betroffenen Körperoberfläche

zu versehen, um den Prozentsatz der betroffenen Körperoberfläche anzuzeigen.

Die vierte Stelle beschreibt die Summe aller einzelnen Verbrennungen/Verätzungen, angegeben in Prozent der Körperoberfläche. Ein Kode aus *T31.–!* und *T32.–!* ist nur einmal nach dem letzten Kode für die betroffenen Gebiete anzugeben.

Beachte: Eine Narbenrevision in Folge von Verbrennungen/Verätzungen wird gemäss Kodierregeln S1201 «Plastische Chirurgie» und D06 "Folgezustände" Beispiel 2 kodiert.

Die Hauptdiagnose Verbrennung (*T20 - T32*) ist nur dann anzugeben, wenn es um die **akute Behandlungsphase** einer Verbrennung geht.

S1908b Vergiftung durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen

Die Diagnose «Vergiftung durch Arzneimittel/Drogen» wird gestellt bei **irrtümlicher** Einnahme oder **unsachgemässer** Anwendung, Einnahme zwecks Selbsttötung und Tötung und bei Nebenwirkungen verordneter Medikamente, die in Verbindung mit einer Eigenmedikation eingenommen werden.

Vergiftungen sind in den Kategorien

T36 – T50 Vergiftungen durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen

und

T51 – T65 Toxische Wirkung von vorwiegend nicht medizinisch verwendeten Substanzen

klassifiziert.

Bei Vergiftungen **mit Manifestation(en)** (z.B. Koma, Arrhythmie) ist der Kode für die Manifestation als Hauptdiagnose anzugeben. Die Codes für die Vergiftung durch die beteiligten (Wirk-)Stoffe (Medikamente, Drogen, Alkohol) sind als Nebendiagnose zu verschlüsseln.

Beispiel 1

Ein Patient wird im Koma aufgrund einer Kodeinüberdosis aufgenommen.

HD R40.2 Koma, nicht näher bezeichnet

ZHD X49.9! Akzidentelle Vergiftung

ND T40.2 Vergiftung durch Betäubungsmittel und Psychodysleptika [Halluzinogene], sonstige Opiode

Beispiel 2

Ein Patient wird mit Hämatemesis aufgrund der Einnahme von Cumarin (verordnet) versehentlich in Verbindung mit Acetylsalicylsäure (nicht verordnet) aufgenommen.

HD K92.0 Hämatemesis

ZHD X49.9! Akzidentelle Vergiftung

ND T39.0 Vergiftung durch Salizylate

ND T45.5 Vergiftung durch primär systemisch und auf das Blut wirkende Mittel, anderenorts nicht klassifiziert, Antikoagulanzen

Bei Vergiftungen **ohne Manifestation** ist als Hauptdiagnose ein Kode aus den Kategorien

T36 – T50 Vergiftungen durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen

und

T51– T65 Toxische Wirkung von vorwiegend nicht medizinisch verwendeten Substanzen

anzugeben.

Beispiel 3

Eine Patientin stellt sich in der Notaufnahme vor und gibt an, kurz zuvor in einer unüberlegten Kurzschlussreaktion 20 Tabletten Paracetamol eingenommen zu haben. Nach einer Magenspülung zeigen sich im weiteren Verlauf keine Manifestationen.

HD T39.1 Vergiftung durch nicht-opioidhaltige Analgetika, Antipyretika und Antirheumatika, 4-Aminophenol-Derivate
ZHD X84.9! Absichtliche Selbstbeschädigung

Insulinüberdosierung beim Diabetiker

Die **Ausnahme** dieser Regel ist die Insulinüberdosierung bei einem Diabetiker, bei der ein Kode aus
E10 – E14 vierte Stelle «.6» Diabetes mellitus mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen

vor dem Kode für die Vergiftung

T38.3 Vergiftung durch Insulin und orale blutzuckersenkende Arzneimittel [Antidiabetika]
anzugeben ist.

S1909j Unerwünschte Nebenwirkungen von Arzneimitteln (bei Einnahme gemäss Verordnung)

Unerwünschte Nebenwirkungen indikationsgerechter Arzneimittel bei Einnahme **gemäss Verordnung** werden wie folgt kodiert:

- Ein oder mehrere Codes für den krankhaften Zustand, in dem sich die Nebenwirkungen manifestieren, ergänzt durch Y57.9! *Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen*, wenn dies nicht im Diagnosenkode beinhaltet ist.

Beispiel 1

Eine Patientin wird mit einer akuten, hämorrhagischen Gastritis aufgrund von ordnungsgemäss eingenommener Acetylsalicylsäure aufgenommen. Eine andere Ursache der Gastritis wird nicht gefunden.

HD K29.0 Akute hämorrhagische Gastritis
ZHD Y57.9! Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen

Beispiel 2

Ein HIV-positiver Patient kommt zur Behandlung einer hämolytischen Anämie, die durch die antiretrovirale Therapie induziert ist.

HD D59.2 Arzneimittelinduzierte nicht-autoimmunhämolytische Anämie
ND Z21 Asymptomatische HIV-Infektion [Humane Immundefizienz-Virusinfektion]

- Unter Antikoagulation stehende Patientinnen und Patienten** mit Blutung bei ordnungsgemäss eingenommenen Antikoagulanzen werden mit D68.33 *Hämorrhagische Diathese durch Cumarine (Vitamin-K-Antagonisten)*, D68.34 *Hämorrhagische Diathese durch Heparine*, D68.35 *Hämorrhagische Diathese durch sonstige Antikoagulanzen* + die Blutung abgebildet, ergänzt durch Y57.9! *Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen*, wenn dies nicht im Diagnosenkode beinhaltet ist.

Die Reihenfolge der Codes richtet sich nach Kodierregel G52.

Beispiel 3

Eine Patientin mit unstillbarem Nasenbluten unter Antikoagulation bei ordnungsgemäss eingenommenem Cumarinpräparat erhält eine Nasentamponade, die Antikoagulation wird vorübergehend pausiert, ein Vitamin-K-Präparat wird verabreicht.

HD R04.0 Epistaxis
ZHD Y57.9! Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen
ND D68.33 Hämorrhagische Diathese durch Cumarine (Vitamin-K-Antagonisten)
ND U69.12! Temporäre Blutgerinnungsstörung

Beispiel 4

Ein Patient unter indikationsgerecht eingestellter Antikoagulation bei ordnungsgemäss eingenommenem Cumarinpräparat wird mit Schlaganfallsymptomatik stationär aufgenommen. Ein Trauma ist nicht bekannt. Im Schädel-CT zeigt sich ein grosses, komprimierendes Subduralhämatom.

Die Antikoagulation wird pausiert, ein Vitamin-K-Präparat verabreicht.

Die zerebrale Symptomatik verschlechtert sich trotz beschriebener Massnahmen.

Es erfolgt die intravenöse Gabe von Gerinnungsfaktoren, Ausräumung des Hämatoms durch Bohrlochtrepation und Anlage einer subduralen Drainage.

HD	I61.00	Nichttraumatische subdurale Blutung, akut
ZHD	Y57.9!	Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen
ND	D68.33	Hämorrhagische Diathese durch Cumarine (Vitamin-K-Antagonisten)
ND	U69.12!	Temporäre Blutgerinnungsstörung

Beispiel 5

Ein Patient mit Status nach künstlichem Aortenklappenersatz und mit Vorhofflimmern, unter indikationsgerecht eingestellter Antikoagulation, wird nach Kontrolluntersuchung beim Hausarzt wegen starker Überschreitung der therapeutischen INR-Zielwerte bei hoher Blutungsgefahr stationär eingewiesen. Aufnahme zur Stabilisierung der Gerinnungssituation, u.a. erfolgt die sofortige Verabreichung von Gerinnungsfaktoren.

HD	D68.33	Hämorrhagische Diathese durch Cumarine (Vitamin-K-Antagonisten)
ND	U69.12!	Temporäre Blutgerinnungsstörung
ND	I48.9	Vorhofflimmern und Vorhofflattern, n.n.bez.
ND	Z95.2	Vorhandensein einer künstlichen Herzklappe

Beispiel 6

Eine Patientin mit Vorhofflimmern unter indikationsgerechter und ordnungsgemäss eingestellter Antikoagulation, wird zur geplanten endovaskulären Gefässintervention bei pAVK Fontaine-Stadium 2b aufgenommen.

Die Antikoagulation wurde präoperativ umgestellt.

Am Eintrittstag erhält sie ein Vitamin-K-Präparat zur Prophylaxe. Der INR im präoperativen Labor liegt bei 2.4.

HD	I70.22	Atherosklerose vom Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m
ND	Z92.1	Dauertherapie (gegenwärtig) mit Antikoagulanzen in der Eigenanamnese

Beispiel 7

Ein Patient steht dauerhaft unter einer prophylaktischen Therapie mit Thrombozytenaggregationshemmern bei arterieller Hypertension und Aortenklappeninsuffizienz.

Er tritt nach Hämatemesis über den Notfall ein.

Es folgt eine Endoskopie mit der Diagnose eines kleinen Ulcus ventriculi mit Blutungsstigmata (bedingt durch Einnahme oben angegebener Medikamente), welches geklippt wird.

Der orale Thrombozytenaggregationshemmer wird pausiert und mit einem Heparin-Präparat für die Dauer des stationären Aufenthaltes ersetzt.

HD	K25.4	Ulcus ventriculi, chronisch oder nicht näher bezeichnet, mit Blutung
ZHD	Y57.9!	Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen
ND	D69.80	Hämorrhagische Diathese durch Thrombozytenaggregationshemmer
ND	U69.12!	Temporäre Blutgerinnungsstörung

Beachte: Unter der Kodierregel S1909 wird ausschliesslich die Gerinnungsstörung »Hämorrhagische Diathese (mit oder ohne Blutung) durch indikationsgerecht angewendete Medikamente» geregelt.

Hinweise:

- Hämorrhagische Diathesen sind allgemein definiert als angeborene (hereditäre) oder erworbene Gerinnungsstörungen mit erhöhter Blutungsneigung. Hämorrhagische Diathese bedeutet eine (pathologisch) erhöhte Blutungsneigung und/oder Blutung. Die mit einer hämorrhagischen Diathese verbundenen Blutungen können sich als zu lang, zu stark und/oder aus inadäquatem Anlass (z.B. Bagateltrauma) entstanden zeigen.
- Die einmalige Gabe eines Vitamin-K-Antagonisten oder eines Vitamin-K-Präparates erlaubt nicht die Kodierung des Kodes D68.4 *Erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren*.

– Die prophylaktische Gabe eines Vitamin-K-Präparates erlaubt nicht die Kodierung der Codes *D68.33 Hämorrhagische Diathese durch Cumarine (Vitamin-K-Antagonisten)* oder *D68.8 Sonstige näher bezeichnete Koagulopathien*, auch wenn die Intensität der oralen Antikoagulation die gemessenen Grenzwerte (z.B. INR) der jeweiligen erkrankungsbezogenen Thromboembolieprophylaxe übersteigt.

– Die übliche postpartale prophylaktische Gabe eines Vitamin-K-Präparates bei einem termingeborenen Neugeborenen erlaubt nicht die Kodierung des Codes *P53 Hämorrhagische Krankheit bei Fetus und Neugeborenen*.

– Antikoagulierter Patient **ohne Blutung**:

Bei Aufwand > 0 (z.B. prophylaktische Verabreichung von Vitamin K und /oder Heparin)

ND Z92.1 Dauertherapie (gegenwärtig) mit Antikoagulanzen in der Eigenanamnese

– Antikoagulierter Patient (**mit oder ohne Blutung**) mit der Notwendigkeit der Verabreichung von Gerinnungsfaktoren und/oder anderen Blutersatzprodukten (z.B. Thrombozytenkonzentrate, Fresh Frozen Plasma etc.)

und/oder notwendiger stationärer Stabilisierung der Gerinnungssituation:

D68.- Sonstige Koagulopathien, D69.-Purpura und sonstige Hämorrhagische Diathesen (HD oder ND gemäss KR G52)

Hinweis: Alle aufgeführten Beispiele dienen der Orientierung und sind nicht als vollständig zu betrachten.

S1910b Unerwünschte Nebenwirkungen/Vergiftung von zwei oder mehr in Verbindung eingenommenen Substanzen (bei Einnahme entgegen einer Verordnung)

Vergiftung durch Arzneimittel in Kombination mit Alkohol

Eine Nebenwirkung eines Medikamentes, das in **Verbindung mit Alkohol** eingenommen wurde, ist als **Vergiftung durch beide (Wirk-)Stoffe** zu kodieren.

Vergiftung durch verordnete Medikamente, die in Verbindung mit nicht verordneten Medikamenten eingenommen werden

Eine Nebenwirkung, die wegen der Verbindung eines **verordneten** und eines **nicht verordneten** Medikamentes auftritt, ist als **Vergiftung durch beide (Wirk-)Stoffe** zu kodieren.

Beachte auch S1908.

S2000 Äussere Ursachen von Morbidität und Mortalität

Dieses Kapitel erlaubt die Klassifizierung von Umweltereignissen und Umständen als Ursache von Verletzungen, Vergiftungen, Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen und anderen schädlichen Wirkungen. Sie sind aus epidemiologischen Gründen zu erfassen.

Sofern es in den Kodierrichtlinien nicht anders geregelt ist, folgen die Codes der äusseren Ursachen (V – Y) zwingend den Codes der Verletzungen, Vergiftungen, Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen und anderen schädlichen Wirkungen.

Ein äusserer Ursachen-Code **pro Ereignis** genügt, dies wird nur im **ersten stationären** Aufenthalt abgebildet.

Falls der Code für Verletzungen, Vergiftungen, Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen und anderen schädlichen Wirkungen in der **Hauptdiagnose** steht, ist der Code der äusseren Ursache (V – Y) als **Zusatz zur Hauptdiagnose** (ZHD) anzugeben. Wenn die Verletzungen, Vergiftungen, Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen und anderen schädlichen Wirkungen in den **Nebendiagnosen** aufgeführt sind, folgt der Code der äusseren Ursache (V – Y) diesem Code direkt. Wenn der Code der äusseren Ursache mehreren Nebendiagnosen-Codes zugeordnet werden kann, ist er nur einmal am Ende dieser Nebendiagnosen-Codes anzugeben.

Beispiel 1

Offene Wunde des Oberschenkels durch Fahrradunfall.

HD S71.1 Offene Wunde des Oberschenkels

ZHD V99! Transportmittelunfall

Beispiel 2

Patient mit fokaler Hirnkontusion, 20-minütiger Bewusstlosigkeit und Schnittwunden am Oberschenkel.

HD S06.31 Umschriebene Hirnkontusion

ZHD X59.9! Sonstiger oder nicht näher bezeichneter Unfall

ND S06.70! Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma, weniger als 30 Minuten

ND S71.1 Offene Wunde des Oberschenkels

Beispiel 3

Tiefe postoperative Beinvenenthrombose nach Behandlung einer Tibiafraktur.

HD I80.28 Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger tiefer Gefässe der unteren Extremitäten

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

Ausnahme: Wenn im Diagnosekode die äussere Ursache präzise inbegriffen ist:

Beispiel 4

Arzneimittelinduzierte Anämie.

D59.2 Arzneimittelinduzierte nicht-autoimmunhämolytische Anämie

Hier wird Y57.9! nicht abgebildet, da im Code inbegriffen (entgegen der Bemerkung in der ICD-10-GM, Bemerkung, die noch aus der WHO-Version stammt).

S2100 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen

Für die Benützung dieser Z-Kodes ist Folgendes zu beachten:

- Die Kodierrichtlinien, welche die Abbildung eines Z-Kodes beinhalten.
- Das «Definitionshandbuch SwissDRG, Band 5, Anhang D, Plausibilitäten, D5: Z-Kodes als unzulässige Hauptdiagnose» oder das «Definitionshandbuch TARPSY, unzulässige Hauptdiagnosen».
- Die Hinweise am Anfang des Kapitels XXI der ICD-10-GM.

Beachte: kommt der Patient zur Kontrolle einer bestehenden und bekannten Krankheit, ist diese Krankheit als Hauptdiagnose abzubilden. Erfüllt der Z-Kode in dieser Situation die Nebendiagnosendefinition (G54), ist er zusätzlich zu erfassen.

Kodierrichtlinien Rehabilitation

Dieses Kapitel betrifft Rehabilitationsfälle mit Austrittsdatum ab 1. Januar 2021.

Es handelt sich im Folgenden um Kodierrichtlinien, die für Rehabilitation gelten und enthält konkrete Beispiele betreffend rehabilitativer Diagnosen und Behandlungen.

Geltungsbereich:

Diese Vorgaben zur Kodierung stationärer Rehabilitationsfälle sind anzuwenden für alle Behandlungen in Rehabilitations-Kliniken oder Rehabilitations-Abteilungen der Akutkliniken, die derzeit nach einem Rehabilitations-Tarif vergütet und die zukünftig unter den Anwendungsbereich des Tarifs ST Reha fallen werden.

Gültige Instrumente zur medizinischen Kodierung:

Für die Kodierung aller stationären Fälle mit Austrittsdatum ab 1.1.2021 sind gültig:

- Medizinisches Kodierungshandbuch: Der offizielle Leitfaden der Kodierrichtlinien in der Schweiz. Version 2021
- Rundschreiben für Kodiererinnen und Kodierer: 2021 / Nr. 1 und Nr. 2
- Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP): Systematisches Verzeichnis – Version 2021
- ICD-10-GM 2020 Systematisches Verzeichnis: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme: 10. Revision – German Modification
- ICD-10-GM 2020 Systematisches Verzeichnis, deutsche Version: Zusatzinformationen für den schweizerischen Kontext

Falls Widersprüche zwischen dem Kodierungshandbuch (inkl. dieser Kodierrichtlinien) und den Klassifikationen CHOP und ICD-10-GM 2020 bestehen, hat das Kodierungshandbuch (inkl. diesen Kodierrichtlinien) Vorrang für die Kodierung.

Abzugrenzen von der stationären Rehabilitation sind:

Frührehabilitation:

Die Frührehabilitation bezeichnet die besonders intensive Phase der Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Schädigungen nach der Akutversorgung oder bei Patienten mit akuter Exazerbation bei vorbestehenden chronischen Krankheiten.

93.86 Fachübergreifende Frührehabilitation, nach Anzahl der Behandlungstage

93.89.1.- Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation, nach Anzahl Behandlungstage

Akutrehabilitation:

Spezielle rehabilitative Leistungen, die bei akutstationären Patienten erbracht werden.

93.89.9.- Geriatrische Akutrehabilitation

93.89.2.- Physikalisch-medizinische Akutrehabilitation

93.9A.1.- Pneumologische Akutrehabilitation

Die Kodierung in der Frührehabilitation und der Akutrehabilitation erfolgt wie in der Akutsomatik.

Kodierrichtlinien

Diagnosen - ICD-10-GM

Hauptdiagnose:

Als Hauptdiagnose wird die Grundkrankheit kodiert, welche der Hauptanlass für die Rehabilitation bzw. die Ursache für die Funktionseinschränkung ist. Diese Hauptdiagnose muss nicht identisch mit der Hauptdiagnose des akutstationären Falles sein.

Bemerkung: Bei statistischen Auswertungen ist eine eindeutige Zuordnung des Falls zum Anwendungsbereich der Tarifstrukturen über die Variable 4.8.V01 der Medizinischen Statistik möglich, d.h. die epidemiologische Auswertung der Akutdiagnosen ist gewährleistet.

Beispiele zur Kodierung der Hauptdiagnose:

Kardiovaskulär

Ein Patient tritt nach akutem Myokardinfarkt zur Rehabilitation ein. Ein postinterventioneller Wundinfekt wird mittels VAC-Behandlung therapiert.

HD I21.0 Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand

Muskuloskelettal

Ein Patient tritt nach Implantation einer Hüftendoprothese bei primärer Koxarthrose zur Rehabilitation ein. Problemloser Verlauf.

HD M16.1 Sonstige primäre Koxarthrose

Nebendiagnose:

Die Nebendiagnose ist definiert als:

«Eine Krankheit oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich während des Spital-/Rehabilitationsaufenthaltes entwickelt».

Bei der Kodierung werden diejenigen Nebendiagnosen berücksichtigt, die das Patientenmanagement in der Weise beeinflussen, dass irgendeiner der folgenden Faktoren erforderlich ist:

- Therapeutische Massnahmen
- Diagnostische Massnahmen
- Erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand

Medizinischer Aufwand > 0 wird kodiert.

Spezielle Gültigkeit für die Rehabilitation:

Handelt es sich beim Rehabilitationsfall um eine Verlegung, ist gemäss Regel **D15** ein Kode aus Z50.-! *Rehabilitationsmassnahmen* als Nebendiagnose zu kodieren. Im Fall einer kardialen Rehabilitation ist Z50.0! *Rehabilitationsmassnahmen bei Herzkrankheit* zutreffend, bei den übrigen Rehabilitationsarten wird Z50.8! *Sonstige Rehabilitationsmassnahmen* kodiert.

Das Ausmass der Funktionseinschränkung bei Eintritt muss als Nebendiagnose über die Codes U50.- *Motorische Funktionseinschränkung* und U51.- *Kognitive Funktionseinschränkung* abgebildet werden. Dies erfolgt zusätzlich zur Assessmenterhebung, welche mittels CHOP-Kapitel AA.— kodiert wird. (Siehe unter Abschnitt «Prozeduren»)

Erfolgt die Rehabilitation im Anschluss an einen operativen Eingriff mit Einsetzen von Implantaten oder nach einer Organtransplantation, wird der Kode Z94.- *Zustand nach Organ- oder Gewebetransplantation* oder Z95.- ff. als Nebendiagnose kodiert.

Beispiele zur Kodierung der Nebendiagnosen

Kardiovaskulär

Ein Patient tritt nach Herztransplantation wegen dilatativer Kardiomyopathie zur Rehabilitation ein. Der Barthel-Index beträgt bei Eintritt 68 Punkte, der MMSE 29 Punkte.

HD I42.0 Dilatative Kardiomyopathie

ND Z50.0! Rehabilitationsmassnahme bei Herzkrankheit

ND Z94.1 Zustand nach Herztransplantation

ND U50.20 Barthel-Index: 60-75 Punkte

ND U51.02 MMSE: 24-30 Punkte

Neurologisch

Ein Patient tritt nach akutstationär behandeltem embolischem Stroke des Medialstromgebietes mit neurologischen Defiziten (schlafte Hemiplegie mit Sprach- und Schluckstörung) zur Rehabilitation ein. Bei Eintritt wird ein Barthel-Index von 27 Punkten erhoben. Es werden nur leichte kognitive Defizite festgestellt, MMSE 28 Punkte.

HD	I63.4	Hirnfarkt durch Embolie zerebraler Arterien
ND	Z50.8!	Sonstige Rehabilitationsmassnahmen
ND	R47.0	Dysphasie und Aphasie
ND	G81.0	Schlaffe Hemiparese und Hemiplegie
ND	U50.40	Schwere motorische Funktionseinschränkung. Barthel-Index: 20-35 Punkte
ND	U51.02	MMSE: 24-30 Punkte

Pneumologisch

Ein Patient mit zystischer Fibrose wird vom Hausarzt wegen Verschlechterung bei bekannter und dokumentierter chronischer respiratorischer Insuffizienz in die pneumologische Rehabilitation eingewiesen. Es wird eine Heimbeatmung eingeleitet. Bei Eintritt dokumentierter Barthel-Index von 80 Punkten, MMSE unauffällig.

HD	E84.0	Zystische Fibrose mit Lungenmanifestationen
ND	J96.1-	Chronisch respiratorische Insuffizienz, andernorts nicht klassifiziert
ND	U50.10	Barthel-Index: 80-95 Punkte
ND	U51.02	MMSE: 24-30 Punkte

Prozeduren

Bei jedem Rehabilitationsfall müssen die untenstehenden 3 Informationen erfasst werden:

1) Basisleistung CHOP BA– unterteilt nach 8 Rehabilitations-Arten

Kodierung 1x pro Aufenthalt, ausser bei Wechsel der Rehabilitationsart aus medizinischen Gründen.
Die Basisleistung wird auch kodiert bei einer Rehabilitation von weniger als 7 Behandlungstagen, bei interner Verlegung oder Tod des Patienten oder bei Entlassung gegen ärztlichen Rat.
Der Grund ist in Variable «Entscheid für Austritt (1.5.V02)» zu erfassen.

2) Assessments – CHOP AA

Die Alltagsfunktionsmessungen beziehen sich auf folgende Subkategorien:

- AA.11.- - Erweiterter Barthel-Index (EBI)
- AA.31.- - 6-Minuten-Gehtest
- AA.32.- - Spinal Cord Independence Measure (SCIM)

Die zutreffenden Alltagsfunktionsmessungen müssen bei Eintritt und Austritt erhoben und dokumentiert werden.

Die Multimorbiditätsmessung bezieht sich auf folgende Subkategorie:

- AA.21.- - Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)

und muss einmal pro Aufenthalt, bei Eintritt, erhoben und dokumentiert werden.

Die Eintrittsmessung hat grundsätzlich innerhalb von drei Arbeitstagen* nach Klinikeintritt zu erfolgen (Eintrittstag eingerechnet).

Die Austrittsmessung erfolgt analog frühestens drei Arbeitstage vor Klinikaustritt (Austrittstag eingerechnet).

Für FIM® wird EBI mit Kode AA.11 erfasst; die Überleitungstabelle FIM®-EBI findet sich unter folgenden Links:

- Deutsch: https://www.swissdrg.org/application/files/7915/4090/1364/Ueberleitungstabelle_FIM_EBI_CHOP_Code_2019.pdf
- Auf Französisch: https://www.swissdrg.org/application/files/7515/4090/1379/Ueberleitungstabelle_FIM_EBI_CHOP_Code_2019_f.pdf
- Auf Italienisch: https://www.swissdrg.org/application/files/9115/4090/1379/Ueberleitungstabelle_FIM_EBI_CHOP_Code_2019_i.pdf

* Definition «innerhalb von 3 Arbeitstagen»: um die drei Arbeitstage berechnen zu können gilt es zu beachten, dass nur der Sonntag als Feiertag gilt. Samstage gelten als Arbeitstage.

3) Die Zuordnung zu den Leistungsbereichen (LB) ST Reha erfolgt 2021 weiterhin über die folgenden Analogie-Kodes:

I Nervensystem-Funktionseinschränkung	93.19 Übung, n.a.klass.
II Herz-Funktionseinschränkung	93.36.00 Kardiologie Rehabilitation n.n.bez.
III Lungen-Funktionseinschränkung	93.9A.00 Pneumologische Rehabilitation, n.n.bez.
IV Andere Funktionseinschränkungen	93.89.09 Rehabilitation, n.a.klass.

Weitere Leistungen und Allgemeines**– Zusatzleistungen, falls erbracht****CHOP BB.1 - Zusatzaufwand Pflege, Ärzte und Therapeuten in der Reha**

Mit diesen Kodes werden besonders pflege- und therapieintensive Fälle in der Rehabilitation abgebildet. Dieser Kode umfasst klar definierte Leistungen, die zusätzlich zur Basisleistung erbracht werden. Dabei können 8 Indikationsbereiche abgebildet werden.

Für jede Leistung ist ein Mindestaufwand und eine Anzahl Aufwandspunkte pro Tag definiert. Die Aufwandspunkte pro Tag werden addiert, ein Maximum von 10 Punkten pro Tag ist festgelegt.

Abgebildet wird die Gesamtsumme pro Aufenthalt mit dem CHOP-Kode BB.1-. Die Pflegekomplexbehandlung 99.C1.- wird nicht zusätzlich erfasst.

Prozeduren, die kodiert werden müssen (nicht abschliessend):

Alle signifikanten Prozeduren, welche zusätzlich zur rehabilitativen Therapie durchgeführt werden während des Rehabilitationsaufenthaltes, 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.

Externe ambulante Behandlungen: Erhält ein stationärer Patient externe ambulante Leistungen (z.B. MRI, Dialysen, Chemotherapie, usw.), werden diese beim stationären Fall kodiert und mit dem speziellen Item «ambulante Behandlung auswärts» (Variablen 4.3.V016, 4.3.V026, 4.3.V036 usw.) gekennzeichnet.

Mindestmerkmale

Die im systematischen Verzeichnis der CHOP aufgeführten Mindestmerkmale einer Prozedur sind alle zu erfüllen und fallbezogen zu dokumentieren. Hinweise, Bemerkungen, Inklusiva und Exklusiva sind zu beachten.

Prozeduren, die nicht kodiert werden

Nicht kodiert werden Prozeduren, die routinemässig bei den meisten Patienten mit einer bestimmten Erkrankung durchgeführt werden. Der Aufwand für diese Prozeduren widerspiegelt sich in der Diagnose oder in den anderen angewendeten Prozeduren. Wurde keine signifikante Prozedur erbracht, ist kein CHOP-Kode abzubilden.

Zum Beispiel (nicht abschliessend):

- Konventionelle Röntgenuntersuchungen
- EKG (Ruhe-, Langzeit-, Belastungs-EKG)
- Blutentnahme und Laboruntersuchungen
- medikamentöse Therapien **mit Ausnahme von:**
 - Zytostatikatherapien, Immuntherapien, Thrombolyse, Gerinnungsfaktoren, Blutprodukte
 - Hochturen Medikamenten (ATC-Kode)

Sonderfall Paraplegiologische Rehabilitation:

Die Paraplegiologische rehabilitative Komplexbehandlung (93.87) gilt sowohl für die Akutsomatik als auch für die Rehabilitation. Aus diesem Grund wird für die Paraplegiologische Rehabilitation *keine Basisleistung* aus dem CHOP-Kapitel 18 erfasst. Der Pflegeaufwand wird über den Pflegekomplexbehandlungskode 99.C1.-- erfasst und nicht über den Kode BB.7- *Zusatzaufwand in der Rehabilitation*.

Erfasst werden:

- 93.87 Paraplegiologische rehabilitative Komplexbehandlung
- Alltagsfunktions- und Multimorbiditätsmessungen – CHOP AA
- die Zuordnung zu den Leistungsbereichen ST Reha als Nervensystem-Funktionseinschränkung 93.19 Übung n.a. klass. (nur für 2019, 2020 und 2021)
- weitere Leistungen, die kodiert werden müssen:
 - o 99.C1 Pflegekomplexbehandlung
 - o 93.9F Mechanische Beatmung und Atmungsunterstützung
 - o und weitere

Beispiele und Erläuterungen:

HD	HB Basisleistungen (BA) = 8 REHA-Arten oder Paraplegiologische Rehabilitation (93.87)
Hauptdiagnose = Diagnose, die eine Rehabilitation erfordert	BA.1 Neurologische Rehabilitation BA.2 Psychosomatische Rehabilitation BA.3 Pulmonale Rehabilitation BA.4 Kardiale Rehabilitation BA.5 Muskuloskelettale Rehabilitation BA.6 Internistische oder onkologische Rehabilitation BA.7 Pädiatrische Rehabilitation BA.8 Geriatrische Rehabilitation 93.87.- Paraplegiologische rehabilitative Komplexbehandlung

Bei den nachfolgenden Beispielen ist jeweils U50.- und /oder U51.- gemäss medizinischer Dokumentation als Nebendiagnose zu kodieren.

Beispiel 1: Neurologische Rehabilitation

Ein Patient wird verlegt zur stationären Rehabilitation nach Hirninfarkt im Mediastromgebiet mit schlaffer Halbseitenlähmung. Nebendiagnostisch besteht eine koronare Herzkrankheit zweier Gefässe, die medikamentös behandelt wird. Pflegerisch benötigt der Patient einen über die Basisleistung hinausgehenden dokumentierten Zusatzaufwand von 73 Aufwandspunkten. Ausserdem erfolgt während der Rehabilitation

HD	I63.4	Hirninfarkt nach Embolie zerebraler Arterien
ND	Z50.8!	Sonstige Rehabilitationsmassnahmen
ND	G81.0	Schlaffe Hemiparese und Hemiplegie
ND	I25.12	Atherosklerotische Herzkrankheit: Zwei-Gefäß-Erkrankung
ND	U50.-	Motorische Funktionseinschränkung
ND	U51.-	Kognitive Funktionseinschränkung
HB	BA.1	Neurologische Rehabilitation
NB	AA.1-	Messinstrumente zur Activity of daily living (ADL)
NB	AA.21.--	Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)
NB	BB.18	Zusatzaufwand in der Rehabilitation, mindestens 71 bis 80 Aufwandspunkte
NB	93.89.D2	Diagnostischer Hausbesuch als Teil einer akutrehabilitativen oder rehabilitativen Abklärung, Dauer von mehr als 4 bis 6 Stunden
LB	93.19	Übung, n. a. klass.

ein Hausbesuch zur Abklärung der häuslichen Situation sowie der weiteren Rehabilitationsziele und Massnahmen.

Beispiel 2: Psychosomatische Rehabilitation

Ein Patient tritt in die stationäre Rehabilitation ein wegen im ambulanten Setting nicht kontrollierbarer, persistierender Rückenschmerzen ohne eindeutige Ursache. Ein übermässiger Gebrauch von Schmerz- und Schlafmedikamenten sowie eine im Verlauf der Rehabilitation diagnostizierte depressive Episode wird gemäss Dokumentation behandelt.

HD	F45.0	Somatisierungsstörung
ND	M54.5	Kreuzschmerz
ND	F32.9	Depressive Episode, nicht näher bezeichnet
ND	F13.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika schädlicher Gebrauch
ND	U50.-	Motorische Funktionseinschränkung
ND	U51.-	Kognitive Funktionseinschränkung
HB	BA.2	Psychosomatische Rehabilitation
NB	AA.1-	Messinstrumente zur Activity of daily living (ADL)
NB	AA.21.--	Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)
LB	93.89.09	Rehabilitation, n. a. klass.

Beispiel 3: Pulmonale Rehabilitation

Übertritt eines Patienten mit chronischer obstruktiver Lungenkrankheit Gold III, als Folge von jahrelangem und persistierendem Nikotinabusus und akut entzündlicher unterer Atemwegserkrankung. Weitere Nebendiagnosen gemäss medizinischer Dokumentation. Bei protrahiertem Verlauf unter antibiotischer Therapie und gelegentlichem Erstickungsempfinden wird eine Bronchoskopie mit bronchoalveolärer Lavage durchgeführt. Zur Atemunterstützung wird bei respiratorischer Insuffizienz eine unterstützende CPAP-Beatmung für 3 Tage durchgeführt. Von pflegerischer und therapeutischer Seite findet eine Rauchstopp-Schulung und eine Atemtherapie-Schulung statt. Die tägliche intensive Atemtherapie ergibt einen dokumentierten Zusatzaufwand von 35 Aufwandspunkten.

HD	J44.01	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege FEV1 $\geq$ 35 % und $<$ 50 % des Sollwertes
ND	Z50.8!	Sonstige Rehabilitationsmaßnahmen
ND	F17.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Schädlicher Gebrauch
ND	J96.99	Respiratorische Insuffizienz, Typ nicht näher bezeichnet
ND	I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
ND	U50.-	Motorische Funktionseinschränkung
ND	U51.-	Kognitive Funktionseinschränkung
HB	BA.3	Pulmonale Rehabilitation
NB	AA.1-	Messinstrumente zur Activity of daily living (ADL)
NB	AA.21.--	Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)
NB	AA.31	6-Minuten-Gehtest
NB	BB.14	Zusatzaufwand in der Rehabilitation, mindestens 31 bis 40 Aufwandspunkte
NB	33.24.11	Tracheobronchoskopie (flexibel) (starr) mit bronchoalveolärer Lavage
NB	93.9G.11	Maskenüberdrucktherapie, CPAP, Ersteinstellung, innerhalb von 3 Tagen
LB	93.9A.00	Pneumologische Rehabilitation, n. n. bez

Beispiel 4: Kardiale Rehabilitation

Verlegung eines Patienten aus der Akutklinik nach subendokardialen Herzinfarkt bei koronarer 2-Gefäss-Krankheit. Er leidet an behandlungsrelevanter morbid Adipositas.

HD	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt
ND	Z50.0!	Rehabilitationsmaßnahmen bei Herzkrankheit
ND	I25.12	Atherosklerotische Herzkrankheit: Zwei-Gefäss-Erkrankung
ND	E66.89	Sonstige Adipositas: Grad nicht näher bezeichnet
ND	U50.-	Motorische Funktionseinschränkung
ND	U51.-	Kognitive Funktionseinschränkung
HB	BA.4	Kardiale Rehabilitation
NB	AA.1-	Messinstrumente zur Activity of daily living (ADL)
NB	AA.21	Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)
LB	93.36.00	Kardiale Rehabilitation, n. n. bez.

Beispiel 5: Muskuloskelettale Rehabilitation

Ein Patient wird vom Hausarzt zur stationären Rehabilitation zugewiesen mit posttraumatischer Kniearthrose, begleitet von entlastungsbedingten Kreuzschmerzen. In die stationäre Behandlung fließen die Abklärung und Behandlung der Begleiterkrankungen ein. Im Zentrum steht die analgetische Behandlung begleitet von muskulärer Rekonditionierung.

HD	M17.3	Sonstige posttraumatische Gonarthrose
ND	M54.5	Kreuzschmerz
ND	E11.90	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
ND	U50.-	Motorische Funktionseinschränkung
ND	U51.-	Kognitive Funktionseinschränkung
HB	BA.5	Muskuloskelettale Rehabilitation
NB	AA.1-	Messinstrumente zur Activity of daily living (ADL)
NB	AA.21	Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)
LB	93.89.09	Rehabilitation, n. a. klass.

Beispiel 6: Internistische oder onkologische Rehabilitation

Ein Patient mit Bronchus-Karzinom des Oberlappens und Lymphknotenbefall verschiedener Regionen tritt eine stationäre Rehabilitation an im Anschluss an die Hospitalisation im Akutspital. Die im Akutspital begonnene Chemotherapie wird weitergeführt. Ziel der Behandlung ist eine Verbesserung der Körperfunktion im Sinne der Rekonditionierung. Während des Aufenthaltes findet im Akutspital eine interdisziplinäre Tumorfallbesprechung in Anwesenheit des Patienten statt.

HD	C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)
ND	Z50.8!	Sonstige Rehabilitationsmaßnahmen
ND	C77.8	Lymphknoten mehrerer Regionen
ND	U50.-	Motorische Funktionseinschränkung
ND	U51.-	Kognitive Funktionseinschränkung
HB	BA.6	Internistische oder onkologische Rehabilitation
NB	AA.1-	Messinstrumente zur Activity of daily living (ADL)
NB	AA.21	Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)
NB	89.93 Extern ambulant	Interdisziplinäre (Tumor-) Fallbesprechung (Tumorboard)
LB	93.89.09	Rehabilitation, n. a. klass.

Beispiel 7: Pädiatrische Rehabilitation

Übertritt eines Kindes nach Enzephalomyelitis zur Rehabilitation bei verbleibenden krankheitsbedingten hirnorganischen Dysfunktionen mit Funktionsdefiziten und rezidivierenden epileptischen Anfällen. Die Dysfunktionen erfordern einen erheblichen pflegerischen und therapeutischen Mehraufwand, der gemäss Dokumentation 139 Aufwandspunkte beträgt. Zur Rehabilitationssteuerung werden periodisch diagnostische Massnahmen erbracht.

HD	G04.9	Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis, nicht näher bezeichnet
ND	Z50.8!	Sonstige Rehabilitationsmassnahmen
ND	G40.8	Sonstige Epilepsien
ND	F06.8	Sonstige näher bezeichnete organische psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit
ND	U50.-	Motorische Funktionseinschränkung
ND	U51.-	Kognitive Funktionseinschränkung
HB	BA.7	Pädiatrische Rehabilitation
NB	AA.1-	Messinstrumente zur Activity of daily living (ADL)
NB	AA.21	Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)
NB	BB.1C	Zusatzaufwand in der Rehabilitation, mindestens 101 bis 150 Aufwandspunkte
LB	93.89.09	Rehabilitation, n. a. klass.

Beispiel 8: Geriatrische Rehabilitation

Ein multimorbider Patient tritt im Anschluss an die Behandlung im Akutspital zur Rehabilitation ein mit Rückenschmerzen, begleitet von radikulären schmerzhaften Ausstrahlungen und Lähmungserscheinungen. Kodierung der Nebendiagnosen gemäss medizinischer Dokumentation.

Während der Rehabilitation erfolgt ein Hausbesuch zur Abklärung der häuslichen Situation und zum Festlegen der weiteren Rehabilitationsziele und Massnahmen.

HD ZHD (Zusatz zur Hauptdiagnose)	M48.06 G55.3*	Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (M45-M46†, M48.-†, M53-M54†)
ND	Z50.8!	Sonstige Rehabilitationsmassnahmen
ND	E03.9	Hypothyreose, nicht näher bezeichnet
ND	I50.13	Linksherzinsuffizienz mit Beschwerden bei leichter Belastung
ND	E11.72†	Diabetes mellitus Typ 2, mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet
ND	G63.2*	Diabetische Polyneuropathie
ND	N08.3*	Glomeruläre Krankheiten bei Diabetes mellitus
ND	N18.3	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 3
ND	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
ND	E44.1	Leichte Energie- und Eiweissmangelernährung
ND	E55.9	Vitamin-D-Mangel, nicht näher bezeichnet
ND	U50.-	Motorische Funktionseinschränkung
ND	U51.-	Kognitive Funktionseinschränkung
HB	BA.8	Geriatrische Rehabilitation
NB	AA.1-	Messinstrumente zur Activity of daily living (ADL)
NB	AA.21.--	Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)
NB	93.89.D2	Diagnostischer Hausbesuch als Teil einer akutrehabilitativen oder rehabilitativen Abklärung, Dauer von mehr als 4 bis 6 Stunden
LB	93.89.09	Rehabilitation, n. a. klass.

Anhang

Entgleister Diabetes mellitus

An **fünfter Stelle** werden angegeben:

- 0 für *nicht als entgleist bezeichneter Diabetes mellitus*
- 1 für *als entgleist bezeichneter Diabetes mellitus*
- 2 für *Diabetes mellitus mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet*
- 3 für *Diabetes mellitus mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet*
- 4 für *Diabetes mellitus mit diabetischem Fussyndrom, nicht als entgleist bezeichnet*
- 5 für *Diabetes mellitus mit diabetischem Fussyndrom, als entgleist bezeichnet*

Dabei ist zu beachten, dass nicht alle Kombinationen der jeweiligen 4-stelligen Codes mit den fünften Stellen medizinisch sinnvoll sind. Weder bei Diabetes mellitus Typ 1 noch bei Diabetes mellitus Typ 2 ist der Blutzuckerspiegel zum Zeitpunkt der Aufnahme als Kontrollindikator für die Diagnose «entgleister Diabetes mellitus» zu nehmen. Die Einstufung als «entgleist» oder «nicht entgleist» wird generell in Kenntnis des gesamten Behandlungsverlaufs vorgenommen (retrospektiv). Der Begriff «entgleist» bezieht sich dabei auf die Stoffwechsellage.

Einige Kriterien für den entgleisten Diabetes mellitus (besprochen mit der Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie):

- Rezidivierende Hypoglykämien unter 3 mmol/l mit Symptomen, mit 3 × tgl Blutzucker (BZ)-Kontrollen und Therapieanpassung oder
- stark schwankende BZ-Werte (Diff. mind. 5 mmol/l) mit 3 × tgl BZ-Kontrollen und Therapieanpassung oder
- deutlich überhöhtes HbA1C (> 9%) während der letzten 3 Mo und 3 × tgl BZ-Kontrollen und / oder
- mindestens 3 mal Werte > 15 mmol/l mit mehrfacher Therapieanpassung
- bei Werten < 15 mmol/l aber aufwändigem Management mit an mehreren Tagen mehr als 3 × tgl BZ und dokumentiertem Nachspritzen

Auswahl von Diagnosen, die zum klinischen Bild des diabetischen Fussssyndroms gehören können:

1. Infektion und/oder Ulkus

Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten	L02.4
Phlegmone an Zehen	L03.02
Phlegmone an der unteren Extremität	L03.11

Hinweis: Die folgenden Viersteller zu L89.- Dekubitalgeschwür und Druckzone verschlüsseln an fünfter Stelle die Lokalisation der Druckstellen (siehe ICD-10-GM):

Dekubitus 1. Grades	L89.0–
Dekubitus 2. Grades	L89.1–
Dekubitus 3. Grades	L89.2–
Dekubitus 4. Grades	L89.3–
Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet	L89.9–
Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert	L97
Malum perforans pedis	L98.4
Osteomyelitis	M86.–

2. Periphere vaskuläre Erkrankung

Atherosklerose der Extremitätenarterien, ohne Beschwerden	I70.20
Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke 200 m und mehr	I70.21
Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m	I70.22
Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerzen	I70.23
Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	I70.24
Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	I70.25

3. Periphere Neuropathie

Diabetische Polyneuropathie	G 63.2*
Autonome Neuropathie bei endokrinen und Stoffwechselkrankheiten	G 99.0*

4. Deformitäten

Hallux valgus (erworben)	M20.1
Hallux rigidus	M20.2
Sonstige Deformität der Grosszehe (erworben)	M20.3
Sonstige Hammerzehe(n) (erworben)	M20.4
Sonstige Deformitäten der Zehen (erworben)	M20.5
Flexionsdeformität, Knöchel und Fuss	M21.27
Hängefuss (erworben), Knöchel und Fuss	M21.37
Plattfuss [Pes planus] (erworben)	M21.4
Erworbener Klauenfuss und Klumpfuss, Knöchel und Fuss	M21.57
Sonstige erworbene Deformitäten des Knöchels und des Fusses	M21.67
Sonstige näher bezeichnete erworbene Deformitäten der Extremitäten, des Knöchels und des Fusses	M21.87

5. Frühere Amputation(en)

<i>Verlust des Fusses und des Knöchels, einseitig, Zehe(n), auch beidseitig</i>	<i>Z89.4</i>
<i>Verlust der unteren Extremität unterhalb oder bis zum Knie, einseitig</i>	<i>Z89.5</i>
<i>Verlust der unteren Extremität oberhalb des Knies, einseitig</i>	<i>Z89.6</i>
<i>(Teilweiser) Verlust der unteren Extremität, beidseitig</i>	<i>Z89.7</i>
<i>Exkl.: Isolierter Verlust der Zehen, beidseitig (Z89.4)</i>	

HIV / AIDS: CDC-Klassifikation (1993)

Die Laborkategorien 1 bis 3:

- 1: ab 500/ μ l CD4-Lymphozyten
- 2: 200 – 499/ μ l CD4-Lymphozyten
- 3: < 200/ μ l CD4-Lymphozyten

Die klinischen Kategorien A bis C:

Kategorie A

- Asymptomatische HIV-Infektion
- Persistierende generalisierte Lymphadenopathie (LAS)
- Akute, symptomatische (primäre) HIV-Infektion (auch in der Anamnese)

Kategorie B

Krankheitssymptome oder Erkrankungen, die nicht in die AIDS-definierende Kategorie C fallen, dennoch aber der HIV-Infektion ursächlich zuzuordnen sind oder auf eine Störung der zellulären Immunabwehr hinweisen:

- Bazilläre Angiomatose
- Oropharyngeale Candida-Infektion
- Vulvovaginale Candida-Infektionen, die entweder chronisch (länger als ein Monat) oder nur schlecht therapierbar sind
- Zervikale Dysplasien oder Carcinoma in situ
- Konstitutionelle Symptome wie Fieber über 38,5 Grad Celsius oder länger als vier Wochen bestehende Diarrhöe
- Orale Haarleukoplakie
- Herpes Zoster bei Befall mehrerer Dermatome oder nach Rezidiven in einem Dermatom
- Idiopathische thrombozytopenische Purpura
- Listeriose
- Entzündungen des kleinen Beckens, besonders bei Komplikationen eines Tuben- oder Ovarialabszesses
- Periphere Neuropathie

Kategorie C (AIDS-definierende Erkrankungen)

- Pneumocystis jirovecii-Pneumonie
- Toxoplasma-Enzephalitis
- Ösophageale Candida-Infektion oder Befall von Bronchien, Trachea oder Lunge
- Chronische Herpes simplex, -Ulcer oder Herpes-Bronchitis, -Pneumonie oder -Ösophagitis
- CMV-Retinitis
- Generalisierte CMV-Infektion (nicht von Leber oder Milz)
- Rezidivierende Salmonellen-Septikämien
- Rezidivierende Pneumonien innerhalb eines Jahres
- Extrapulmonale Kryptokokken-Infektionen
- Chronische intestinale Kryptosporidien-Infektion
- Chronische intestinale Infektion mit Isospora belli
- Disseminierte oder extrapulmonale Histoplasmose
- Tuberkulose
- Infektionen mit Mykobakterium avium complex oder M. kansasii, disseminiert oder extrapulmonal
- Kaposi-Sarkom
- Maligne Lymphome (Burkitt's, immunoblastisches oder primär zerebrales Lymphom)
- Invasives Zervix-Karzinom
- HIV-Enzephalopathie
- Progressiv multifokale Leukenzephalopathie
- Wasting-Syndrom

Mangelernährung

Definition der Stadien der Mangelernährung bei Erwachsenen

- **E43 Nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweissmangelernährung**

Eine erhebliche Mangelernährung liegt vor, wenn folgende 2 Bedingungen erfüllt sind:

- NRS-Gesamtscore (Nutritional Risk Screening*) von mindestens 5

und

- BMI < 18.5 kg/m² bei reduziertem Allgemeinzustand

oder

- ungewolltem Gewichtsverlust > 5% in 1 Monat und reduzierter Allgemeinzustand

oder

- in der vergangenen Woche ungewollt praktisch keine Nahrung zugeführt** (0 – 25% des Bedarfs) (entspricht der Verschlechterung des Ernährungszustandes Grad 3).

- **E44.0 Mässige Energie- und Eiweissmangelernährung**

Eine mässige Mangelernährung liegt vor, wenn folgende 2 Bedingungen erfüllt sind:

- NRS-Gesamtscore von mindestens 4

und

- BMI 18.5 – 20,5 kg/m² bei reduziertem Allgemeinzustand

oder

- ungewolltem Gewichtsverlust > 5% in 2 Monaten und reduzierter Allgemeinzustand

oder

- in der vergangenen Woche ungewollt weniger als die Hälfte des Bedarfs zugeführt ** (zwischen 25 – 50% des Bedarfs) (entspricht der Verschlechterung des Ernährungszustandes Grad 2).

- **E44.1 Leichte Energie- und Eiweissmangelernährung**

Eine leichte Mangelernährung liegt vor, wenn folgende 2 Bedingungen erfüllt sind:

- NRS-Gesamtscore von mindestens 3

und

- ungewolltem Gewichtsverlust > 5% in 3 Monaten

oder

- in der vergangenen Woche ungewollt weniger als 50 – 75% des Bedarfs zugeführt** (entspricht der Verschlechterung des Ernährungszustandes Grad 1).

Tabelle zur Erläuterung der Zuordnung der ICD-Mangelernährungsdiagnose:

Grad der Verschlechterung des Ernährungszustandes		1	2	3
NRS-Gesamtscore*	≥ 5	E44.1	E44.0	E43
	4	E44.1	E44.0	E44.0
	3	E44.1	E44.1	E44.1

* Modifiziert nach Kondrup Guidelines for Nutrition Risk Screening 2002. Clin Nutr (2003); 22(3): 321 – 336

** Nahrungszufuhr entspricht jeglicher Ernährungsform (parenteral, enteral, per os).

Definition der Stadien der Mangelernährung bei Kindern

Die Definitionen sind für Kinder und Jugendliche im Alter von 1 – 16 Jahre gültig. Im Säuglingsalter (0 – 12 Monate) ist der PYMS (Paediatric Yorkhill Malnutrition Score*) nicht anwendbar und es reicht für die Diagnosestellung, wenn eines der drei Argumente erfüllt wird.

- **E43 Nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweissmangelernährung**

Eine erhebliche Mangelernährung liegt vor, wenn folgende 2 Bedingungen erfüllt sind:

- **1. Bedingung:** PYMS-Gesamtscore (Paediatric Yorkhill Malnutrition Score) von mindestens 4 und **2. Bedingung:** zusätzlich eines der folgenden 3 Kriterien:
 - a) Bis 120 cm: Gewicht für Länge ≥ -3 SD (standard deviation) z-Score bzw. $< P 0.5$ WHO Perzentilen Kurven bei reduziertem Allgemeinzustand
 - b) Ab 120 – 175 cm Knaben und 120 – 163 cm Mädchen: Längen-Sollgewicht (Wellcome Klassifikation) $< 70\%$ bei reduziertem Allgemeinzustand
 - c) Ab 175 cm Knaben bzw. 163 cm Mädchen: BMI ≥ -3 SD z-Score unter dem entsprechenden Wert für Alter und Geschlecht bzw. $< P 0.5$ WHO Perzentilen Kurven bei reduziertem Allgemeinzustand

oder
 ungewollter Gewichtsverlust $\geq 10\%$ bei reduziertem Allgemeinzustand
oder
 in der vergangenen Woche ungewollt reduzierte Nahrungsaufnahme (0 – 25% des Bedarfs)

- **E44.0 Mässige Energie- und Eiweissmangelernährung**

Eine mässige Mangelernährung liegt vor, wenn folgende 2 Bedingungen erfüllt sind:

- **1. Bedingung:** PYMS-Gesamtscore (Paediatric Yorkhill Malnutrition Score) von mindestens 3 und **2. Bedingung:** zusätzlich eines der folgenden 3 Kriterien:
 - a) Bis 120 cm: Gewicht für Länge ≥ -2 bis -2.9 SD (standard deviation) z-Score bzw. $< P 3$ WHO Perzentilen Kurven bei reduziertem Allgemeinzustand
 - b) Ab 120 – 175 cm Knaben und 120 – 163 cm Mädchen: Längen-Sollgewicht (Wellcome Klassifikation) 70 – 79% bei reduziertem Allgemeinzustand
 - c) Ab 175 cm Knaben bzw. 163 cm Mädchen: BMI -2 bis -2.9 SD z-Score unter dem entsprechenden Wert für Alter und Geschlecht (BMI Perzentilen) bei reduziertem Allgemeinzustand

oder
 ungewollter Gewichtsverlust $\geq 7,5\%$ bei reduziertem Allgemeinzustand
oder
 in der vergangenen Woche ungewollt reduzierte Nahrungsaufnahme (26 – 50% des Bedarfs)

- **E44.1 Leichte Energie-und Eiweissmangelernährung**

Eine leichte Mangelernährung liegt vor, wenn folgende 2 Bedingungen erfüllt sind:

- **1 Bedingung:** PYMS-Gesamcore (Paediatric Yorkhill Malnutrition Score) von mindestens 2 und
 - 2. Bedingung:** zusätzlich eines der folgenden 3 Kriterien:
 - a) Bis 120 cm: Gewicht für Länge – 1 bis – 1,9 SD (standard deviation) z-Score bzw. < P 16 WHO Perzentilen Kurven bei reduziertem Allgemeinzustand
 - b) Ab 120 – 175 cm Knaben und 120 – 163 cm Mädchen: Längen-Sollgewicht (Wellcome Klassifikation) 80 – 89% bei reduziertem Allgemeinzustand
 - c) Ab 175 cm Knaben bzw. 163 cm Mädchen: BMI – 1 bis – 1.9 SD z-Score des entsprechenden Wertes für Alter und Geschlecht bei reduziertem Allgemeinzustand
- oder**
 ungewollter Gewichtsverlust $\geq 5\%$ bei reduziertem Allgemeinzustand
- oder**
 in der vergangenen Woche ungewollt reduzierte Nahrungsaufnahme (51 – 75% des Bedarfs)

Alphabetisches Verzeichnis

A

Abkürzungen	10
Abnorme	
– Befunde	35
– Kindslagen und -einstellungen	145
Abort	141
– Komplikationen nach Abort	141
Abort/Fehlgeburt	
– Definitionen	140
Abstossung eines Kornea-Transplantates	120
Abstoßungsreaktion einer Transplantation	74
ACS (Acute Coronary Syndrom)	123
Adhäsionen	76
Aggregatwechsel	128
AIDS	90
Allgemeine Kodierrichtlinien	
– für Krankheiten/Diagnosen D00-D16	35
– für Prozeduren P00-P09	63
Angina pectoris	123
Anhang	195
– CDC-Klassifikation	198
– Entgleister Diabetes mellitus	195
– HIV / AIDS Kategorien	198
– Stadien der Mangelernährung bei Erwachsenen	200
– Stadien der Mangelernährung bei Kindern	201
Anonymisierung	13
Anpassung	
– Hörgerät (implantiert)	121
Appendizitis	135
Arthroskopie	66
Asphyxie unter der Geburt	155
Aspirationssyndrom	154
Atemnotsyndrom	
– bei hyaliner Membranenkrankheit	154
– bei massivem Aspirationssyndrom	154
– bei Surfactantmangel	154
– bei transitorischer Tachypnoe	154
– bei Wet lung	154
Atmungssystem	130
Auge und Augenanhangsgebilde	120
Ausrufezeichenkodes	40
Äussere Ursachen	171
AV-Fistel	
– Anlage	139
– Verschluss	139

AV-Shunt

– Anlage	139
– Entfernen	139

B

Bakteriämie	81
Bariatrische Chirurgie	
– Hautoperationen	137
Behandlungsbeginn (Uhrzeit)	63
Behandlungsdatum	63
Behandlungsfall	
– Definitionen	28
Bewusstlosigkeit	
– im Zusammenhang mit einer Verletzung	162
– ohne Zusammenhang mit Verletzung	118
Bilaterale	
– Diagnosen	37
– Operationen	71
– Prozeduren	71
Blutung	
– Gastrointestinale	135
– Postpartale	150
Brustimplantat	
– Entfernung	137

C

Chemotherapie	104
CHOP	
– Abkürzungen	25
– Allgemeines	22
– alphabetisches Verzeichnis	22
– Klassifikationsstruktur	23
– Resteklassen	24
– Struktur	22
– systematisches Verzeichnis	23
– typografische Vereinbarungen	25
Chronische Krankheiten mit akutem Schub	46
CPAP	
– bei Erwachsenen, Kindern, Jugendlichen	133
– bei Neugeborenen und Säuglingen	133
– Ersteinstellung	133
– Kontrolle oder Optimierung	133

D		
Datensätze	14	
Dauer der Schwangerschaft	147	
Defibrillator	128	
– Aggregatwechsel	128	
– Komplikationen	128	
Definitionen		
– Abort/Fehlgeburt	140	
– Behandlungsfall	28	
– Exklusivum	20	
– Frühgeburt	140	
– Geburtshilfe	140	
– Hauptbehandlung	34	
– Hauptdiagnose	29	
– Lebendgeburt	140	
– Nachgeburtsperiode	140	
– Nebenbehandlungen	34	
– Nebendiagnosen	32	
– neonatale Periode	151	
– perinatale Periode	151	
– Postplazentarperiode	140	
– Schwangerschaftsdauer	140	
– Termingeburt	140	
– Totgeburt	140	
– Übertragung	140	
– Wochenbett	140	
– Zusatz zur Hauptdiagnose	31	
Dehydration		
– bei Gastroenteritis	136	
Diabetes mellitus		
– als Hauptdiagnose	107	
– als Nebendiagnose	109	
– in der Schwangerschaft	143	
– Kategorien	106	
– mit Augenerkrankungen	110	
– mit diabetischem Fussyndrom	112	
– mit Komplikationen	107	
– mit Neuropathie	111	
– mit Nierenkomplikationen	110	
– mit peripherer Angiopathie	111	
– Typen	106	
Diagnosen		
– bilaterale	37	
– Differenzialdiagnosen	27	
– Dokumentation	27	
– multiple Lokalisationen	37	
– unilaterale	37	
– Verdachtsdiagnosen	45	
Dialyse		
– AV-Fistel	139	
– AV-Shunt	139	
– Entfernung Peritonealkatheter	139	
– Peritonealkatheter	139	
Dokumentation		
– der Diagnosen	27	
– der Prozeduren	27	
Drohende Krankheit	44	
Dysphagie	157	
E		
Eingriff		
– abgebrochenen	68	
– arthroskopisch	66	
– endoskopisch	66	
– komplex	67	
– laparoskopisch	66	
– panendoskopisch	66	
– unvollständig durchgeführt	68	
Endoskopie	66	
– Wechsel auf offen	68	
Entfernen		
– AV-Shunt	139	
– Brustimplantat	137	
Erkrankungen		
– der Herzklappen	127	
– der Leber in der Schwangerschaft	143	
– mehrerer Herzklappen	127	
Extrauterin gravidität		
– Komplikationen nach	141	
F		
Fallzusammenführung		
– auf Grund einer Komplikation	61	
– zur Fallabrechnung SwissDRG	28	
Fehlen von	41	
Fieberkrämpfe	157	
Folgen von	42	
Folgezustände	42	
Forcierungen	15	
Fraktur		
– an gleicher/unterschiedlicher Lokalisation	160	
– mit Weichteilschaden	159	
– offen, mit abdomineller Verletzung	161	
– offen, mit intrakranieller Verletzung	161	
– offen, mit thorakaler Verletzung	161	
– Wirbelfrakturen	165	
Frühgeburt	148	
– Definition	140	
Frustrane Kontraktionen	148	
G		
Gastritis		
– mit Magenulkus	135	
Gastrointestinale Blutung	135	
Geburt		
– abnorme Kindslagen und -einstellungen	145	
– Definitionen	140	
– Einling durch Schnittentbindung	147	
– Einling durch Vakuumextraktion	147	
– Einling durch Zangen	147	
– Einling, spontane vaginale Entbindung	146	
– Entbindung vor der Aufnahme	148	
– Frühgeburt	148	
– frustrane Kontraktionen	148	
– Komplikationen	145	
– Mehrlingsgeburt	147	

– Resultat der Entbindung	147
– spezielle Kodierregeln	146
– Uterusnarbe	145
– verminderte Kindsbewegungen	145
– vorzeitige Wehen	148
– Zuordnung der Hauptdiagnose	146
Geburtshilfe	140
Geplante Folgeeingriffe	43
Gerinnungsstörungen in der Schwangerschaft	145
Geschichte	11
Gewebeentnahme	75
– Tabelle	73
– zur Transplantation	74
Gewebespende	75
– postmortal	11
– Tabelle	11
Grundlagen G00 – G56	

H

Hämodialyse	138
Hämorrhagien und Uterusatonie	150
Handhabung	
– Hörgerät (implantiert)	121
Hauptbehandlung	
– Definition	34
Hauptdiagnose	
– Definition	29
Haut und der Unterhaut	137
Herzklappenerkrankungen	127
Herzkrankheit	
– hypertensive	122
– ischämische	124
Herzschrittmacher	128
– Aggregatwechsel	128
– Komplikationen	128
– permanent	128
Herzstillstand	128
Herztransplantation	
– Nachuntersuchung	128
HIV	
– akutes Infektionssyndrom	90
– asymptomatisch	90
– HIV-Krankheiten	91
– Kategorien	91
– Laborhinweis	90
– Reihenfolge und Auswahl der Codes	92
– Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	91
Hörgerät	
– Anpassung/Handhabung	121
Hörverlust	121
Hyaline Membranenkrankheit	154
Hypertonie	
– und hypertensive Herzkrankheit	122
– und hypertensive Herz- und Nierenkrankheit	122
– und hypertensive Nierenkrankheit	122
Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie (HIE)	155

I

ICD-10-GM	
– Abkürzungen	19
– alphabetisches Verzeichnis	19
– Einführung	16
– Geschichte	16
– Struktur	16
– systematisches Verzeichnis	17
– typografische Vereinbarungen	19
Infektionen Urogenitaltrakt	
– in der Schwangerschaft	143
Inkontinenz	157
Insuffizienz	
– respiratorische	134
Insulinüberdosierung	168
Intoxikation	
– akute akzidentelle	115
– akute nicht akzidentelle	115
– Rausch	115
Intubation ohne maschinelle Beatmung	
	133
Ischämische Herzkrankheit	
– akuter Myokardinfarkt	123
– alter Myokardinfarkt	124
– Angina pectoris	123
– chirurgisch behandelt (Stent/Bypass)	124
– Koronarsyndrom	123
– Reinfarkt	123
– rezidivierender Myokardinfarkt	123
K	
Klassifikationen	
– CHOP	22
– ICD-10-GM	16
Knochenkontusion	160
Kodes	
– Ausrufezeichen	40
– für äussere Ursachen	171
– Kreuz †-Stern*	38
– Z-Kodes	172
Kodierung	
– Weg zur korrekten Kodierung	26
Komplexe Operationen	67
Komplikationen	
– abnorme Kindslagen und -einstellungen	145
– der Schwangerschaft	145
– einer offenen Wunde	161
– Erkrankungen nach medizinischen Massnahmen	48
– Uterusnarbe	145
– verminderte Kindsbewegungen	145
Kontusion	
– Knochen	160
Koronarsyndrom	123
Krankheit	
– chronisch mit akutem Schub	46
– der Haut und der Unterhaut	137
– des Atmungssystems	130

– des Auges und der Augenanhangsgebilde	
– des Kreislaufsystems	
– des Nervensystems	
– des Ohres und des Warzenfortsatzes	
– des Urogenitalsystems	
– des Verdauungssystems	
– drohende	
– endokrine, Ernährungs- und Stoffwechsel-	
– in der Schwangerschaft	
– infektiöse und parasitäre	
– mit Ursprung in der Perinatalperiode	
Kreislaufsystem	
Kreuz †-Stern*- Kodes	
Krupp	
– echter Krupp	
– Kruppsyndrom	
– Pseudokrupp	

L

Laparoskopie	
– Wechsel auf offen	
Lateralität	
– bei Diagnosen	
– bei Prozeduren	
Lebendgeburt	
– Definition	
Lichttherapie	
Lungenödem	
– akut	
Luxation	
– gleiche/unterschiedlicher Lokalisation	
– mit Weichteilschaden	
– Wirbel-	
Lymphangiosis carcinomatosa	
Lymphom	

M

Magenulkus	
– mit Gastritis	
Mangelernährung	
– bei Erwachsenen	
– bei Kindern	
– Stadien bei Erwachsenen	
– Stadien bei Kindern	
Maschinelle Beatmung	
– Beginn der Dauer	
– Berechnung der Dauer	
– Definition	
– Ende der Dauer	
– Entwöhnung	
– Kodierung	
– verlegte Patienten	
Medizinischer Datensatz	
– Definitionen und Variablen	
– Minimaldatensatz	
– Neugeborenendatensatz	
– Patientengruppendatensatz	
– Psychiatriedatensatz	

120	– Zusatzdatensätze	14
122	Medizinische Statistik und medizinische Kodierung	
116	– gesetzliche Grundlagen	12
121	– Organisation	12
138	– Patientenklassifikationssystem SwissDRG	15
135	– Ziele	13
44	Mehrfach durchgeführte Prozeduren	69
106	Mehrfachverletzungen	165
143	Mehrlingsgeburt	147
81	Myokardinfarkt	
152	– akut	123
122	– alt	124
38	– Reinfarkt	123
	– rezidivierend	123
93		
93	N	
93	Nachgeburtsperiode	
	– Definition	140
	Nachuntersuchung	
66	– Herztransplantation	128
68	Nebenbehandlung	
	– Definition	34
37	– Reihenfolge	34
63	Nebendiagnose	
	– Diagnose	32
140	– Reihenfolge	33
154	Nebenwirkungen von Arzneimitteln	
	– bei Einnahme entgegen Verordnung	170
128	– bei Einnahme gemäss Verordnung	168
	Neonatalperiode	
160	– Definition	151
159	Nervensystem	116
159	Neubildungen	94
103	– Auswahl und Reihenfolge der Diagnosen	96
104	– Behandlung des primären Tumors	96
	– Behandlung des Primärtumors und der Metastasen	97
	– Chemo- und Radiotherapie	104
	– des hämatopoetischen/lymphatischen Systems	95
135	– Diagnostik des primären Tumors	96
	– Lymphangiosis carcinomatosa	103
113	– Lymphom	104
114	– mit endokriner Aktivität	101
200	– Palliativbehandlung	97, 105
201	– Remission bei Leukämie	103
	– Suche im alphabetischen Verzeichnis	94
131	– Symptombehandlung	96, 97
131	– überlappende Lokalisation	102
130	Neugeborene	
132	– Asphyxie unter der Geburt	155
132	– Definitionen	151
130	– gesund, Diabetes bei der Mutter	153
133	– hyaliner Membranenkrankheit	154
	– hypoxisch-ischämische Enzephalopathie	155
14	– Lichttherapie	154
14	– massives Aspirationssyndrom	154
14	– medizinischer Datensatz	151
14	– parenterale Therapie	154
14	– perinatale und neonatale Periode	151

– Postexpositionsprophylaxe	153	– Zustände mit Ursprung Perinatalperiode	152
– respiratorisches Versagen	156	Peritonealkatheter	
– Surfactantmangel	154	– Anlage	139
– Totgeborene	154	– Entfernung	139
– transitorische Tachypnoe	154	Plastische Chirurgie	137
– Wahl der Hauptdiagnose	151	Postexpositionsprophylaxe Neugeborene	153
– Wet lung	154	Postplazentarperiode	
– Zustände mit Ursprung Perinatalperiode	152	– Definition	140
Neurostimulator		Prophylaktische Operationen	
– Entfernung	119, 158	– wegen Risikofaktoren	104
– Implantation	119, 158	Protrahierte Geburt	149
Niereninsuffizienz		Prozeduren	
– Akute	138	– abgebrochen	68
– Chronische	138	– Behandlungsbeginn (Uhrzeit)	63
– nach medizinischen Massnahmen	138	– Behandlungsdatum	63
Nierenkrankheit		– bilaterale	71
– hypertensive	122	– die kodiert werden müssen	64
		– die nicht kodiert werden	65
		– Dokumentation	27
O		– Lateralität	63
Ohr und Warzenfortsatz	121	– mehrfach durchgeführte	69
Operation		– nicht durchgeführt	56
– abgebrochen	68	– postmortale	65
– arthroskopisch	66	– routinemässig	65
– bilateral	71	– Seitigkeit	63
– endoskopisch	66	– signifikante	64
– komplexe	67	– unvollständig durchgeführte	68
– laparoskopisch	66	Psychische und Verhaltensstörungen	
– nach Gewichtsabnahme	137	– akute akzidentelle Intoxikation	115
– nicht durchgeführt	56	– akute nicht akzidentelle Intoxikation	115
– panendoskopisch	66	– durch Drogen, Medikamente, Alkohol und Nikotin	115
– prophylaktisch, wegen Risikofaktoren	104	– durch psychotrope Substanzen	115
– unvollständig durchgeführte	68	– Rausch	115
Organentnahme		– schädlicher Gebrauch (Alkohol, Drogen)	115
– Tabelle	75		
– zur Transplantation	73	R	
Organkomplikationen		Radiotherapie	104
Organspende		Rehabilitation	57, 185
– postmortale	74	Rehospitalisation	
– Tabelle	75	– für Komplikationen innerhalb 18 Tagen	61
P		Rekonvaleszenz	57
Palliativbehandlung	30	Relaparotomie	72
– bei Tumorpatienten	105	Remission	
Panendoskopie	66	– bei Leukämie	103
Pankreas		Reoperation	72
– Störungen der inneren Sekretion	112	– an Herz und Perikard	72
Paraplegie, nicht traumatisch		Respiratorisches Versagen	
– initiale (akute) Phase	117	– beim Neugeborenen	156
– späte (chronische) Phase	117	Resultat der Entbindung	147
Paraplegie, traumatisch		Rethorakotomie	72
– akute Phase – unmittelbar posttraumatisch	163	Revision	
– akute Phase – Verlegung des Patienten	164	– an Herz und Perikard	72
– chronische Phase	164	– einer Narbe	137
Parenterale Therapie	154	– eines Operationsgebietes	72
Patientenklassifikationssystem SwissDRG	15	Rückenmarkverletzung	163
Perinatalperiode			
– Definition	151		

S		
Schlaganfall		
– akut	116	
– alt	116	
– Funktionsstörungen	116	
Schmerzbehandlungsverfahren	157	
Schmerzdiagnosen		
– akuter Schmerz	157	
– chronischer Schmerz	158	
– therapieresistenter Schmerz	158	
Schnittentbindung		
– primäre und sekundäre	147	
Schrittmacher		
– Aggregatwechsel	128	
– Komplikationen	128	
– permanent	128	
Schwangerschaft		
– abnorme Kindslagen und -einstellungen	145	
– Abort	141	
– Dauer	147	
– Definitionen	140	
– Diabetes mellitus	143	
– Erkrankungen der Leber	143	
– Extrauterin gravidität	141	
– Gerinnungsstörungen	145	
– Infektion Urogenitaltrakt	143	
– Komplikationen	145	
– Krankheiten	143	
– Lebendgeburt	142	
– Mehrlingsgeburt	147	
– Molenschwangerschaft	141	
– Totgeburt	142	
– Übertragung	148	
– Uterusnarbe	145	
– verlängerte Dauer	148	
– verminderte Kindsbewegungen	145	
– vorzeitige Beendigung	141, 142	
Schwangerschaftsdauer		
– Definition	140	
Schwerhörigkeit	121	
Sectio		
– primäre oder sekundäre	145	
Seitigkeit		
– bei Diagnosen	37	
– bei Prozeduren	63	
Sepsis		
– Auswahl des Sepsis-Kodes	82	
– in Zusammenhang mit Kapitel XV (O)	82	
– mit Organkomplikationen	79	
Serosaverletzung	89	
SIRS		
Spende		
– nach Gehirntod	74	
– postmortale	74	
Spezielle Kodierrichtlinien S0100 – S2100	81	
Status nach	41	
		Störungen
		– der inneren Sekretion des Pankreas
		– nach medizinischen Massnahmen
		Surfactantmangel
		SwissDRG Patientenklassifikationssystem
		Symptome
		– abnorme klinische, Laborbefunde
		– als Hauptdiagnose
		– als Nebendiagnosen
		– Dysphagie
		– Fieberkrämpfe
		– Inkontinenz
		Syndrom
		– als Nebendiagnose
		– angeboren
		– diabetischer Fuss
		Syndrome
		T
		Tabelle Transplantation
		Taubheit
		Termingeburt
		– Definition
		Tetraplegie, nicht traumatisch
		– initiale (akute) Phase
		– späte (chronische) Phase
		Tetraplegie, traumatisch
		– akute Phase – unmittelbar posttraumatisch
		– akute Phase – Verlegung des Patienten
		– chronische Phase
		Thrombose
		– von koronarem Stent resp. Bypass
		Totgeburt
		– Definition
		– Kodierung
		Transitorische Tachypnoe
		Transplantation
		– Abstossungsreaktion
		– Empfänger
		– Evaluation
		– Herz, Nachuntersuchung
		– Nachkontrolle
		– postmortale Spende
		– Tabelle
		– Versagen
		Tumor
		– Auswahl und Reihenfolge der Diagnosen
		– Behandlung des primären Tumors
		– Behandlung Primärtumor und Metastasen
		– Chemo- und Radiotherapie
		– des hämatopoetischen/lymphatischen Systems
		– Diagnostik des primären Tumors
		– Lymphangiosis carcinomatosa
		– Lymphom
		– mit endokriner Aktivität
		– Palliativbehandlung
		– Remission bei Leukämie

– Suche im alphabetischen Verzeichnis	94	Vorhandensein von	41
– Symptombehandlung	96, 97	Vorzeitige Wehen	148
– überlappende Lokalisation	102		
U		W	
Übertragung (Schwangerschaft)	148	Wahl der Hauptdiagnose	29
– Definition	140	– bei Komplikationen innerhalb von 18 Tagen	61
Unilaterale		Wartepatienten	28
– Diagnosen	37	Wechsel	
– Prozeduren	63	– auf offen	68
Urogenitalsystem	138	Weichteilschaden	159
Uterusnarbe	145	Weiterbehandlung	
		– Rehabilitation	57
		– Rekonvaleszenz	57
V		Wet lung	154
Verätzungen	166	Wirbelfrakturen	165
– Körperoberfläche	167	Wirbelluxationen	165
Verbrennungen	166	Wochenbett	
– Körperoberfläche	167	– Definition	140
Verdacht		Wunde	
– auf Tumor oder Metastasen	100	– offen	160
Verdachtsdiagnose		– offen mit Komplikationen	161
– ausgeschlossene	45		
– bei Verlegung in ein anderes Spital	45	Z	
– wahrscheinlich	45	Z-Kodes	172
Verdauungssystem	135	Zusatz zur Hauptdiagnose	31
Vergiftung		Zustand nach	41
– durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen	167	Zystische Fibrose	113
– durch Arzneimittel in Kombination mit Alkohol	170		
– durch verordnete Medikamente zusammen mit nicht verordneten Medikamenten	170		
– Insulinüberdosierung	168		
Verlängerte Schwangerschaftsdauer	148		
Verlegung			
– gesundes Neugeborenes	60		
– mit Rückverlegung ins Primärspital	59		
– zur Behandlung	58		
– zur Behandlung ins Zentrumspital	59		
– zur Rehabilitation	57		
– zur Rekonvaleszenz	57		
– zur Weiterbehandlung	57		
Verletzungen			
– abdominelle	160		
– mehrfache	165		
– oberflächliche	159		
– offene	160		
– offene intrakranielle	160		
– offene mit Gefäß-, Nerven- und Sehnenbeteiligung	160		
– Rückenmark	163		
– thorakale	160		
Verminderte Kindsbewegungen	145		
Versagen			
– eines Kornea-Transplantates	120		
– nach Transplantation	74		
Verschluss			
– AV-Fistel	139		
– von koronarem Stent resp. Bypass	125		

Publikationsprogramm BFS

Das Bundesamt für Statistik (BFS) hat als zentrale Statistikstelle des Bundes die Aufgabe, statistische Informationen zur Schweiz breiten Benutzerkreisen zur Verfügung zu stellen. Die Verbreitung geschieht gegliedert nach Themenbereichen und mit verschiedenen Informationsmitteln über mehrere Kanäle.

Die statistischen Themenbereiche

- 00 Statistische Grundlagen und Übersichten
- 01 Bevölkerung
- 02 Raum und Umwelt
- 03 Arbeit und Erwerb
- 04 Volkswirtschaft
- 05 Preise
- 06 Industrie und Dienstleistungen
- 07 Land- und Forstwirtschaft
- 08 Energie
- 09 Bau- und Wohnungswesen
- 10 Tourismus
- 11 Mobilität und Verkehr
- 12 Geld, Banken, Versicherungen
- 13 Soziale Sicherheit
- 14 Gesundheit
- 15 Bildung und Wissenschaft
- 16 Kultur, Medien, Informationsgesellschaft, Sport
- 17 Politik
- 18 Öffentliche Verwaltung und Finanzen
- 19 Kriminalität und Strafrecht
- 20 Wirtschaftliche und soziale Situation der Bevölkerung
- 21 Nachhaltige Entwicklung, regionale und internationale Disparitäten

Die zentralen Übersichtspublikationen

Statistisches Jahrbuch der Schweiz



Das vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebene Statistische Jahrbuch ist seit 1891 das Standardwerk der Schweizer Statistik. Es fasst die wichtigsten statistischen Ergebnisse zu Bevölkerung, Gesellschaft, Staat, Wirtschaft und Umwelt des Landes zusammen.

Taschenstatistik der Schweiz



Die Taschenstatistik ist eine attraktive, kurzweilige Zusammenfassung der wichtigsten Zahlen eines Jahres. Die Publikation mit 52 Seiten im praktischen A6/5-Format ist gratis und in fünf Sprachen (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rätoromanisch und Englisch) erhältlich.

Das BFS im Internet – www.statistik.ch

Das Portal «Statistik Schweiz» bietet Ihnen einen modernen, attraktiven und stets aktuellen Zugang zu allen statistischen Informationen. Gerne weisen wir Sie auf folgende, besonders häufig genutzte Angebote hin.

Publikationsdatenbank – Publikationen zur vertieften Information

Fast alle vom BFS publizierten Dokumente werden auf dem Portal gratis in elektronischer Form zur Verfügung gestellt. Gedruckte Publikationen können bestellt werden unter der Telefonnummer 058 463 60 60 oder per Mail an order@bfs.admin.ch.
www.statistik.ch → Statistiken finden → Kataloge und Datenbanken → Publikationen

NewsMail – Immer auf dem neusten Stand



Thematisch differenzierte E-Mail-Abonnemente mit Hinweisen und Informationen zu aktuellen Ergebnissen und Aktivitäten.
www.news-stat.admin.ch

STAT-TAB – Die interaktive Statistikdatenbank



Die interaktive Statistikdatenbank bietet einen einfachen und zugleich individuell anpassbaren Zugang zu den statistischen Ergebnissen mit Downloadmöglichkeit in verschiedenen Formaten.
www.stattab.bfs.admin.ch

Statatlas Schweiz – Regionaldatenbank und interaktive Karten



Mit über 4500 interaktiven thematischen Karten bietet Ihnen der Statistische Atlas der Schweiz einen modernen und permanent verfügbaren Überblick zu spannenden regionalen Fragestellungen aus allen Themenbereichen der Statistik.
www.statatlas-schweiz.admin.ch

Individuelle Auskünfte

Zentrale Statistik Information

058 463 60 11, info@bfs.admin.ch

Im Rahmen der Medizinischen Statistik werden sämtliche stationären Spitalaufenthalte erfasst.

Die Erhebung, die in allen Krankenhäusern und Kliniken durchgeführt wird, umfasst neben administrativen Daten und soziodemografischen Merkmalen der Patientinnen und Patienten auch die Diagnosen und Behandlungen. Um diese Informationen zu erfassen, werden zwei medizinische Klassifikationen verwendet. Es handelt sich dabei um die ICD-10-GM für die Diagnosen und die Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP) für die Behandlungen.

Die Kodierung der Diagnosen und Behandlungen unterliegt präzisen Richtlinien. Der Bereich Medizinische Klassifikationen des Bundesamtes für Statistik (BFS) redigiert, überprüft und passt diese Regeln allenfalls an, pflegt die obengenannten Klassifikationen und unterstützt alle, die sich mit der Kodierung befassen.

Das Kodierungshandbuch beinhaltet alle Kodierrichtlinien, die bis zu seiner Genehmigung veröffentlicht wurden.

Das Kodierungshandbuch ist die Grundlage für die Kodierung.

Online

www.statistik.ch

Print

www.statistik.ch

Bundesamt für Statistik

CH-2010 Neuchâtel

order@bfs.admin.ch

Tel. 058 463 60 60

BFS-Nummer

543-2101-05

**Statistik
zählt für Sie.**

www.statistik-zaehlt.ch