

2022



14

Gesundheit

Neuchâtel 2021

Medizinisches Kodierungshandbuch

Der offizielle Leitfaden der Kodierrichtlinien in der Schweiz

Vorabversion 2022

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 2021

Bundesamt für Statistik, Neuchâtel 2020, 460 Seiten
BFS-Nummer 659-2100

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

Krebs in der Schweiz 2012–2016

Bundesamt für Statistik, Nationales Institut für
Krebsepidemiologie und -registrierung (NICER), Neuchâtel 2020

Statistik der Arztpraxen und ambulanten Zentren (MAS),

Arztpraxen und ambulante Zentren 2017

Bundesamt für Statistik, Neuchâtel 2019
BFS-Nummer: 1803-1700, 12 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 2022

Redaktion Bereich Medizinische Klassifikationen
Herausgeber Bundesamt für Statistik (BFS)

Neuchâtel 2021

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 2021
Wiedergabe unter Angabe der Quelle
für nichtkommerzielle Nutzung gestattet
BFS-Nummer: 543-2201-05

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	7	Allgemeine Kodierrichtlinien für Krankheiten/Diagnosen D00 – D16	35
Einleitung Version 2022	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	D03k 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	D07k Geplante Folgeeingriffe	43
G05a Anonymisierung der Daten	13	D08a Sich anbahnende oder drohende Krankheit	45
G06a Der medizinische Datensatz, Definitionen und Variablen	14	D09g Verdachtsdiagnosen	46
G 10i Medizinische Statistik, die Patientenklassifikationssysteme SwissDRG und TARPSY	15	D10g Chronische Krankheiten mit akutem Schub	47
G 20a Die Klassifikationen (ICD-10-GM und CHOP)	16	D11i Kombinationskodes	48
G21a ICD-10-GM	16	D12k Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen (Komplikationen)	49
G22k Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP)	22	D13a Syndrome	56
G 30a Der Weg zur korrekten Kodierung	26	D14g Aufnahme zur Operation/Prozedur nicht durchgeführt	57
G 40g Dokumentation der Diagnosen und der Prozeduren	27	D15j Verlegungen	58
G 50g Definitionen	28	D16i Wahl der Hauptdiagnose bei Rehospitalisationen innerhalb von 18 Tagen wegen Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen	62
G51k 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	SD0213a	Lymphangiosis carcinomatosa	111
		SD0214g	Lymphom	111
P00g Erfassung der Prozedur im medizinischen Datensatz	63	SD0215a	Chemo- und Radiotherapie	112
		SD0216k	Prophylaktische Operationen wegen Risikofaktoren	112
P01k Prozeduren, die kodiert werden müssen	64	SD0217k	Palliativbehandlung	113
P02k Prozeduren, die nicht kodiert werden	65	SD0400 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten		114
P03c Endoskopie und endoskopische Eingriffe	66	SD0401c	Allgemeines	114
		SD0402a	Regeln zur Kodierung des Diabetes mellitus	115
P04i Kombinationseingriffe/Komplexe Operationen	67	SD0403a	Spezifische Komplikationen des Diabetes mellitus	118
P05a Unvollständig durchgeführte Eingriffe	68	SD0404a	Metabolisches Syndrom	120
		SD0405a	Störungen der inneren Sekretion des Pankreas	120
P06k Mehrfach durchgeführte Prozeduren	69	SD0406a	Zystische Fibrose	121
		SD0407e	Mangelernährung bei Erwachsenen	121
P07a Bilaterale Operationen	73	SD0408e	Mangelernährung bei Kindern	122
P08j Revisionen eines Operationsgebietes/Reoperationen	74	SD0500 Psychische und Verhaltensstörungen		123
		SD0501k	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Alkohol, Drogen, Medikamente und Nikotin)	123
P09i Organentnahme und Transplantation	75			
P10j Adhäsiolyse	78	SD0600k Krankheiten des Nervensystems		125
		SD0601k	Akuter «Schlaganfall etc.», Subarachnoidalblutung, sonstige nichttraumatische intrakranielle Blutung	125
P11h Serosaverletzung mit Übernähung	81	SD0602k	Folgen eines/Status nach: «Schlaganfall etc.», einer nichttraumatischen Subarachnoidalblutung oder sonstigen nichttraumatischen intrakraniellen Blutung	127
Spezielle Kodierrichtlinien für Diagnosen SD0100 – SD02100	83	SD0603a	Paraplegie und Tetraplegie, nicht traumatisch	128
SD0100 Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	83	SD0604i	Bewusstseinsstörungen	129
SD0101a	83	SD0605e	Aufnahme zur Implantation eines Neurostimulators / (Test)Elektroden	130
SD0102j	84	SD0606e	Aufnahme zur Entfernung eines Neurostimulators / (Test)Elektroden	130
SD0103j	91	SD0607h	Kodierung der Parkinsonstadien (G 20.-)	130
SD0104d	92			
SD0105a	94	SD0700 Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde		131
		SD0701a	Versagen oder Abstossung eines Kornea-Transplantates	131
SD0200k Neubildungen	95	SD0800 Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes		132
SD0202k	96	SD0801a	Schwerhörigkeit und Taubheit	132
SD0203k	104	SD0802d	Anpassung/Handhabung eines implantierten Hörgerätes	132
SD0204k	104			
SD0205k	105	SD0900 Krankheiten des Kreislaufsystems		133
		SD0901a	Hypertonie und Krankheiten bei Hypertonie	133
SD0206a	108	SD0902e	Ischämische Herzkrankheit	134
SD0208a	108	SD0903k	Thrombose resp. Verschluss von koronarem Stent resp. Bypass	136
SD0209a	109	SD0904d	Erkrankungen der Herzklappen	138
SD0210k	109			
SD0211a	110			
SD0212a	110			

SD0905a	Schrittmacher/Defibrillator	139	SD1608c	Atemnotsyndrom bei massivem Aspirationssyndrom, Wet lung oder transitorische Tachypnoe beim Neugeborenen	177
SD0906a	Nachuntersuchung nach Herztransplantation	139	SD1609j	Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie (HIE)	177
SD0907a	Akutes Lungenödem	139	SD1610h	Asphyxie unter der Geburt	178
SD0908k	Herzstillstand	139	SD1611j	Respiratorisches Versagen beim Neugeborenen	179
SD0910j	Erfassung der Behandlungsdauer mit einem herzkreislauf- und lungenunterstützenden System	141			
SD1000	Krankheiten des Atmungssystems	143	SD1800	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	180
SD1001k	Maschinelle Beatmung	143	SD1801a	Inkontinenz	180
SD1002j	Respiratorische Insuffizienz	147	SD1802a	Dysphagie	180
SD1100	Krankheiten des Verdauungssystems	148	SD1803a	Fieberkrämpfe	180
SD1101j	Appendizitis als klinische Diagnose	148	SD1804k	Schmerzdiagnosen und Schmerzbehandlungsverfahren	180
SD1103a	Magenulkus mit Gastritis	148	SD1805e	Aufnahme zur Implantation eines Neurostimulators/(Test)Elektroden bei Schmerzbehandlung	187
SD1104i	Gastrointestinale Blutung	148	SD1806e	Aufnahme zur Entfernung eines Neurostimulators/(Test)Elektroden bei Schmerzbehandlung	187
SD1105a	Dehydratation bei Gastroenteritis	149			
SD1200	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	150	SD1900	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äusserer Ursachen	188
SD1201g	Plastische Chirurgie	150	SD1901a	Oberflächliche Verletzungen	188
SD1202j	Spannungsblasen	151	SD1902a	Fraktur und Luxation	188
SD1400	Krankheiten des Urogenitalsystems	152	SD1903c	Offene Wunden/Verletzungen	189
SD1401d	Dialyse	152	SD1904j	Bewusstlosigkeit	191
SD1402a	Anogenitale Warzen	152	SD1905c	Verletzung des Rückenmarks (mit traumatischer Paraplegie und Tetraplegie)	192
SD1404g	Niereninsuffizienz	153	SD1906a	Mehrfachverletzungen	194
SD1405d	Aufnahme zur Anlage eines Peritonealkatheters zur Dialyse	153	SD1907j	Verbrennungen und Verätzungen	195
SD1406d	Aufnahme zur Entfernung eines Peritonealkatheters zur Dialyse	153	SD1908b	Vergiftung durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen	196
SD1407d	Aufnahme zur Anlage einer AV-Fistel oder eines AV-Shunts zur Dialyse	153	SD1909j	Unerwünschte Nebenwirkungen von Arzneimitteln (bei Einnahme gemäss Verordnung)	197
SD1408a	Aufnahme zum Verschluss einer AV-Fistel oder zum Entfernen eines AV-Shunts	153	SD1910b	Unerwünschte Nebenwirkungen/Vergiftung von zwei oder mehr in Verbindung eingenommenen Substanzen (bei Einnahme entgegen einer Verordnung)	199
SD1500	Geburtshilfe	154	SD2000	Äussere Ursachen von Morbidität und Mortalität	200
SD1501b	Definitionen	154	SD2100	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	201
SD1502a	Vorzeitige Beendigung einer Schwangerschaft	155	SD2200k	Schlüsselnummern für besondere Zwecke	201
SD1503j	Krankheiten in der Schwangerschaft	156			
SD1504e	Komplikationen der Schwangerschaft, Mutter oder Kind betreffend	158			
SD1505k	Spezielle Kodierregeln für die Geburt	159			
SD1600	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	174			
SD1601a	Medizinischer Datensatz	174			
SD1602a	Definitionen	174			
SD1603i	Neugeborene	174			
SD1604g	Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	175			
SD1605a	Totgeborene	176			
SD1606j	Besondere Massnahmen für das (kranke) Neugeborene	176			
SD1607c	Atemnotsyndrom bei hyaliner Membranenkrankheit / Surfactantmangel	177			

Spezielle Kodierrichtlinien für Prozeduren und Behandlungen SP0100 – SP0200	203
<hr/>	
SP0100 Komplexbehandlungen	203
SP0101k Berufsbezeichnungen in der CHOP	203
SP0200 Frührehabilitation, paraplegiologische Rehabilitation, Akutrehabilitation	203
SP0201k Frührehabilitation	203
SP0202k Paraplegiologische Rehabilitation	205
SP0203k Akutrehabilitation	209
Kodierrichtlinien Rehabilitation	211
<hr/>	
Kodierrichtlinien	212
Diagnosen - ICD-10-GM	212
Anhang	221
<hr/>	
Entgleister Diabetes mellitus	221
HIV/AIDS: CDC-Klassifikation (1993)	223
Die Laborkategorien 1 bis 3:	223
Die klinischen Kategorien A bis C:	223
Mangelernährung	224
Definition der Stadien der Mangelernährung bei Erwachsenen	224
Definition der Stadien der Mangelernährung bei Kindern	225
Alphabetisches Verzeichnis	227
<hr/>	

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 Version 2022 durch die Expertinnen und Experten der Arbeitsgruppe Medizinisches Kodierungshandbuch und durch den Bereich Medizinische Klassifikationen.

Einleitung Version 2022

Das vorliegende Handbuch richtet sich an alle Personen, die sich im Rahmen der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser und der auf Pauschalen basierenden Tarifsysteme SwissDRG, TARPSY und ST Reha mit der Kodierung der Diagnosen und Behandlungen der stationären Behandlungsfälle befassen. Dies gilt für alle akutsomatischen Betriebe, sowie psychiatrische Spitäler, Rehabilitationskliniken und die 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, Rundschreiben und Offizielle Kommunikationen zu verwenden.

Abweichende Richtlinien anderer Kodierungshandbücher (z.B. Kodierungshandbuch aus Deutschland oder auch spitalintern erstellte Kodierungshandbücher) haben in der Schweiz keine Gültigkeit.

Die Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser werden in der gesamten Schweiz einheitlich erfasst und seit 1. Januar 2012 im Rahmen des Fallpauschalensystems SwissDRG, 1. Januar 2018 für die Tarifstruktur TARPSY für Erwachsene, 1. Januar 2019 im Rahmen der Tarifstruktur TARPSY für Kinder- und Jugendliche und seit 1. Januar 2020 für forensische Psychiatrie verwendet.

Ab 1. Januar 2022 werden die Daten neu im Rahmen von ST Reha (stationäre Tarifstruktur für die Rehabilitation) für Behandlungen im Kontext Rehabilitation schweizweit einheitlich erfasst und verwendet.

Aufgrund der angegebenen Verwendungszwecke mussten und müssen die Kodierrichtlinien laufend aktualisiert werden. Die in der vorliegenden Publikation enthaltenen Vorgaben basieren auf den epidemiologischen Bedürfnissen der Medizinischen Statistik, sowie den Erfordernissen der pauschalenbasierten Tarifsysteme.

Gemäss Artikel 49 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) sind für die Vergütung stationärer Behandlungen leistungsbezogene Pauschalen, die auf einer gesamtschweizerischen einheitlichen Struktur beruhen, anzuwenden. Die SwissDRG AG ist für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen SwissDRG, TARPSY und ST Reha zuständig.

Die Tarifstruktur ST Reha, welche eine Abgeltung der stationären Leistungsbereiche der Rehabilitation gewährleistet, wird am 1. Januar 2022 eingeführt.

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 meistens unter Anwendung von Informatikprogrammen durchgeführt wird, ist es wesentlich, ebenfalls 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: für Diagnosen Kapitel SD
- Spezielle Kodierrichtlinien für Prozeduren und Behandlungen: Kapitel SP

In den speziellen Kodierrichtlinien für Diagnosen (SD) und für Prozeduren und Behandlungen (SP) werden besondere Fallkonstellationen beschrieben, die entweder der konkreten Festlegung dienen oder bei denen aufgrund Logiken der Tarifsysteme von den allgemeinen Kodierrichtlinien abgewichen werden muss.

Das Kapitel der speziellen Kodierrichtlinien für Diagnosen folgt in der Nummerierung der Einteilung der ICD-10-GM. Das Kapitel der speziellen Kodierrichtlinien für Prozeduren und Behandlungen wird im Kodierungshandbuch 2022 neu eingeführt.

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-GM bzw. der CHOP und den Kodierrichtlinien Widersprüche bestehen, haben die Kodierrichtlinien Vorrang.

Alle Kodierrichtlinien haben eine alphanumerische Kennzeichnung (z.B. D01, SD0103), 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 2022 sind durch ein Kennzeichen «k» 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, Tarifsysteme TARPSY und ST Reha abgegeben werden.

Das medizinische Kodierungshandbuch 2022 ist ab dem 1. Januar 2022 gültig und ersetzt alle früheren Versionen.

Basis dieses Handbuches sind die Klassifikationen ICD-10-GM 2021 und CHOP 2022. Für die Kodierung aller stationären Fälle mit Austrittsdatum ab 1. Januar 2022 sind die ICD-10-GM-Kodes der Version 2021 und die CHOP-Kodes der Version 2022 zu verwenden.

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

Die Publikation durch FAQ gibt es seit 2017 nicht mehr. Die bis dahin veröffentlichten FAQ's wurden in PDF-Format auf unserer Internetseite aufgeschaltet. Im Laufe eines Kalenderjahres werden Informationen und Präzisierungen durch Rundschreiben und Offizielle Kommunikationen veröffentlicht. Dies sind offizielle Kodierungsmittel des BFS und müssen für Fälle mit Austritt ab 1. des folgenden Monats der Publikation oder nach publiziertem Gültigkeitsdatum berücksichtigt werden (1.1.2022, gegebenenfalls 1.7.2022 etc.).

Abkürzungen des Kodierungshandbuches

D	Kodierrichtlinien der Diagnosen
G	Grundlagen
HB	Hauptbehandlung
HD	Hauptdiagnose
L	Lateralität/Seitigkeit
NB	Nebenbehandlung
ND	Nebendiagnose
P	Kodierrichtlinien der Prozeduren
SD	Spezielle Kodierrichtlinien Diagnosen
SP	Spezielle Kodierrichtlinien für Prozeduren und Behandlungen
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 sozialmedizinischen 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, BBI 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 Spitälern 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 Januar .2022** zur Kodierung der Diagnosen verwendet wird, ist die **ICD-10-GM 2021** (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 Zusatzcodes 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 **vierstelligen 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)
	K 35.– Akute Appendizitis
Vierstellige Subkategorie	K 35.2 Akute Appendizitis mit generalisierter Peritonitis Appendizitis (akut) mit generalisierter (diffuser) Peritonitis nach Perforation oder Ruptur
Fünfstellige Codes	K 35.3- Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis K 35.30 Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis ohne Perforation oder Ruptur K 35.31 Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis mit Perforation oder Ruptur K 35.32 Akute Appendizitis mit Peritonealabszess K 35.8 Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet Akute Appendizitis ohne Angabe einer lokalisierten oder generalisierten Peritonitis
Dreistellige Kategorie	K 36 Sonstige Appendizitis Inkl.: Appendizitis: • chronisch • rezidivierend
	K 37 Nicht näher bezeichnete Appendizitis
Vierstellige Subkategorien	K 38.– Sonstige Krankheiten der Appendix K 38.0 Hyperplasie der Appendix K 38.1 Appendixkonkremente Koprolith Appendix Kotstein K 38.2 Appendixdivertikel K 38.3 Appendixfistel K 38.8 Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Appendix Invagination der Appendix K 38.9 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
	<i>Inkl.:</i> Bluthochdruck Hypertonie (arteriell) (essentiell) (primär) (systemisch)

Sie werden zur Angabe der zutreffenden Schlüsselnummer bei Exklusiva benutzt:

H01.0	Blepharitis
	<i>Exkl.:</i> 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 Codes.

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: <ul style="list-style-type: none"> • 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: <ul style="list-style-type: none"> • Strabismus convergens (alternierend) (unilateral) • Strabismus divergens

Punkt Strich . – :

Wird in Band 1 verwendet. Der Strich steht für eine weitere Stelle des Codes, 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

Inkl.: Bronchopneumonie durch andere Bakterien als *S. pneumoniae* und *H. influenzae*

o.n.A.:

Diese Abkürzung bedeutet «ohne nähere Angaben» und ist gleichbedeutend mit «nicht näher bezeichnet». Kodes 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) 006.9

Und:

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

I74.– Arterielle Embolie und Thrombose

Diese Kategorie umfasst Embolien, Thrombosen und Thromboembolien.

G22k 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 2022 umfasst die Erweiterungen und Änderungen aus dem Antragsverfahren 2020.

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 R sonstige

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

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

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.

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 Code 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 Restklassen «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 Restkategorien.

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.

Konventionen, Abkürzungen und typografische Vereinbarungen für die CHOP

- 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 Klammern¹ kommen in «Kode-Titel», «ergänzenden Beschreibungen», «Kapitel-Titel», «Beachte», «Kodierte ebenso», «Exklusiva» und «Inklusiva» vor.
Runde Klammern in «Kode-Titel», «Inklusiva», «ergänzenden Beschreibungen» sowie «Beachte»:
 Runde Klammern enthalten zusätzliche Wörter, ergänzende Bezeichnungen oder Erläuterungen zu einem Eingriff/einer Prozedur/einer Behandlung. Sie ergänzen den Kode-Titel, das Inklusivum, die ergänzende Beschreibung oder das Beachte ohne dessen Bedeutung für die Kodierung zu beeinflussen. Die Aufzählungen in den runden Klammern sind nicht als abschliessend zu betrachten.
Runde Klammern in «Kapitel-Titel»:
 In den Kapitel-Titeln befinden sich die Kapitel-Nummern in runden Klammern.
Runde Klammern in "Kodierte ebenso" und "Exklusiva":
 Am Ende von "Kodierte ebenso" und "Exklusiva" befinden sich Hinweise/Referenzen auf andere Codes in den runden Klammern.
- []** Eckige Klammern¹ enthalten Synonyme, alternative Bezeichnungen, Abkürzungen
- EXKL.** Ein Exklusivum¹ weist darauf hin, dass ein Eingriff, den man unter einer bestimmten Klasse erwarten würde, in einer anderen Klasse abgebildet ist.
 D.h. der genannte Eingriff im Exklusivum ist nicht in der Klasse abgebildet unter der das Exklusivum steht. Die im Exklusivum aufgeführten Eingriffe sind unter dem dort angegebenen Kode zu klassifizieren. Die Codes schliessen sich jedoch nicht strikt aus. Sie können, falls zutreffend, zusammen kodiert werden.
Beispiel:
 67.62.- Verschluss einer zervikalen Fistel
 Zervikosigmoidale Fistulektomie
 EXKL. Zervikovesikale Fistulektomie (57.84.-)
 Ein Benutzer der Klassifikation könnte erwarten, dass die «Zervikovesikale Fistulektomie» unter der Subkategorie 67.62.- «Verschluss einer zervikalen Fistel» abgebildet ist. Klassifikatorisch weist das Exklusivum auf die Subkategorie 57.84.-, mit der der «Verschluss einer anderen Harnblasenfistel» abgebildet wird.
- EXKL. -
 Kode weglassen** Ein «Exklusivum - Kode weglassen» hingegen, schliesst die gemeinsame Kodierung von zwei Codes zum Zeitpunkt X für die Lokalisation Y aus.
Beispiel: Da eine Rektumresektion bereits Teil einer totalen Proktokolektomie ist, wird unter der 3-stelligen Kategorie 48.6- «Sonstige Rektumresektion» ein «Exklusivum - Kode weglassen» aufgeführt: EXKL. «Kode weglassen - Kolektomie und Proktokolektomie (45.8-)».
- Hinweis:** "Ergänzende Beschreibungen", "Inklusiva", und "Kodierte ebenso" sind nicht als abschliessende Aufzählungen zu betrachten
- INKL.** Diese Eingriffe sind Bestandteil des Kodes.
- Kodierte ebenso** Diese Eingriffe müssen, wenn durchgeführt, zusätzlich kodiert werden.
- Kode weglassen und** Diese Eingriffe sind bereits in einem anderen Kode beinhaltet. Der Begriff «und» wird im Sinne von «und/oder» verwendet.
- *** Ein Sternchen bezeichnet eine Schweizer Ergänzung zum Original.
- [L]** Lateralität (Seitigkeitsangabe muss erfasst werden).

¹ Zum Zeitpunkt der Publikation der Vorabversion des Medizinischen Kodierungshandbuchs 2022 befinden sich die Konventionen « () » und « [] » in Bereinigung für die CHOP 2022. Die Bereinigung der «Exklusiva» wird schrittweise in den nächsten CHOP-Versionen erfolgen.

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 «Kodiere 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 fünfstelligen Codes der ICD-10-GM und sechsstellige 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

G51k 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 durch die behandelnden Ärztinnen oder Ärzte festgelegten und dokumentierten Todeszeitpunkt der Patientin oder des Patienten.
- **Wartepatientinnen, bzw. -patienten:** Bei einer Verlängerung eines Aufenthaltes, weil die Patientin bzw. der Patient auf einen Pflegeplatz warten, 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 «Definitionshandbuch-SwissDRG, Band 5, Anhang D, Plausibilitäten, D5: Unzulässige Hauptdiagnose» oder im «Definitionshandbuch 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 *SD0200* Neubildungen und *D15* Verlegungen).

G53g Der Zusatz zur Hauptdiagnose

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

- Stern-Kodes (*), siehe 1.
 - Codes 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 entgegensteht (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 entgegensteht 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 G40.

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 Meniskusklaision 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 zugrundeliegenden 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

D03k 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 Therapie 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 Kode. 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 Kode 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 intraabdominalen Verletzung*

Es kann vorkommen, dass ein Kode 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 SD2000 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 *Klebsiella pneumoniae*
 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-Spitalsaufenthalt (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>
	<i>Folgen von Verletzungen, Vergiftungen und sonstigen Auswirkungen äusserer Ursachen</i>
T90 – T98	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.

D07k 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 SD2000).

Beispiel 5

Geplanter Eintritt ins Akutspital nach Rehabilitation (Dauer 3 Monate) bei Status nach ischämischem Media- Infarkt rechts mit Hirnödem/ Hirnschwellung. Ursache des (embolischen) Hirninfarktes war ein nicht erkanntes Vorhofflimmern.

In der Akutbehandlungsphase wurde u.a. eine Kraniektomie (mit offen belassenem Kranium) notwendig.

Weiterhin bestehende Defizite/Folgen sind eine Fazialisparese mit Kau- und Schluckstörung, eine sensomotorische residuale Hemiparese links mit Gangstörung (s.g. Wernicke-Mann-Gangstörung) und eine Aphasie.

Es erfolgt der sekundäre Verschluss der Kraniektomie mit autologem Knochendeckel. Die Folgen des Hirninfarktes gelten alle gemäss Kodierregel G54 als behandelt.

HD	I63.4	Hirinfarkt durch Embolie zerebraler Arterien
L	1	
ND	Z48.8	Sonstige näher bezeichnete Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff
ND	I48.9	Vorhofflimmern und Vorhofflattern, nicht näher bezeichnet
ND	G51.0	Fazialisparese
L	2	
ND	R13.90	Sonstige und nicht näher bezeichnete Dysphagie
ND	G81.9	Hemiparese und Hemiplegie, nicht näher bezeichnet
L	2	
ND	R26.1	Paretischer Gang
ND	R47.00	Dysphasie und Aphasie
ND	I69.3	Folgen eines Hirninfarktes
HB		Reinsertion autologer Knochendeckel gemäss medizinischer Dokumentation

Es wird für die Kodierung im Kontext Schlaganfall etc. auch auf die Kodierregeln SD0601 und SD0602 verwiesen.

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 6

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

HD T81.3 Aufreissen einer Operationswunde, anderenorts nicht klassifiziert

Beispiel 7

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 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 fremdanamnestisch 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 Ausschlussinweise 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

D12k 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 Augenanhangsgebildes nach med. Massnahmen, a.n.k*
- H95.– Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes nach med. Massnahmen, a.n.k*
- I97.– Kreislaufkomplikationen nach med. Massnahmen, a.n.k*
- J95.– Krankheiten der Atemwege nach med. Massnahmen, a.n.k*
- K91.– 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 entgegensteht 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:

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

Es gelten folgende Kodiervorgaben bezüglich der oben genannten Kodes:

Beispiel 1

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

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

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

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 4

Implantatassoziierte eitrige Arthritis mit Erregernachweis

- HD M00.-/0-8 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

Periprothetische 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 Fixateurs 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.	K 62.7
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 Knöchelosteozythese				
I26.– Lungenembolie Inkl. Postoperative Lungenembolie	I97.8 Sonstige Kreislaufkomplikationen nach med. Massnahmen, a.n.k.	T84.9 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.	T84.9 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. T84.9 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 Schnittverbindungs-wunde	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 Kolon descendens				
∅	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				
∅	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 Code F05.8 ist das postoperative Delir aufgeführt + Y beschreibt die Ursache.				
Postoperativer Darmverschluss				
∅	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 K59.09 Sonstige und nicht näher bezeichnete Obstipation				
Iatrogener Pneumothorax				
∅	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

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 – T 88	4. In den Kapiteln: Organkode ohne Begriff «nach medizinischen Massnahmen»	Präzise Kodierung
<p>J95.80 beschreibt präzise die Pathologie und die Ursache.</p>				
<p>Luxation einer Hüftgelenkendoprothese beim Aufstehen (z. B. vom Bett oder vom Stuhl)</p>				
Ø	M96.88 Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach med. Massnahmen	T 84.04 Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese des Hüftgelenks (Fehllage, Leckage, Verlagerung, usw.)	M24.45 Habituelle Luxation eines Gelenkes, Hüfte oder S73.0- Luxation der Hüfte	T 84.04 + Y
<p>M96.88 beschreibt «sonstige» Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems. T 84.04 beschreibt eine mechanische Komplikation der Gelenkendoprothese. M24.45 beschreibt eine Pathologie eines Gelenkes, S73.0– beschreibt eine Luxation durch Trauma, einen Unfall.</p>				
<p>Aber: Luxation einer Hüftgelenkendoprothese durch Sturz z. B. von einer Leiter (= Unfall)</p>				
Ø	Ø	T 84.04 Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese des Hüftgelenks (Fehllage, Leckage, Verlagerung, usw.)	S73.0– Luxation der Hüfte	S73.0– + X
<p>S73.0– beschreibt eine Luxation durch Trauma, durch einen Unfall. (+ X59.9 für den Sturz + Z96.64 für das Vorhandensein der Prothese)</p>				
<p>Tiefes Hämatom im Gelenk nach Knieprothesenimplantation</p>				
Ø	M96.88 Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach med. Massnahmen	T 81.0 Blutung als Komplikation eines Eingriffes, a.n.k. Exkl: Blutung durch Prothesen, Implantate, Transplantate (T 84.8)	M25.06 Hämarthros, Kniegelenk oder S80.0 Prellung des Knies	T 84.8 + Y
<p>M96.88 beschreibt eine «sonstige» Krankheit des Muskel-Skelett-Systems. T 81.0 beschreibt eine Blutung a.n.k. und hat ein Exkl. auf T 84.8. M25.06 beschreibt eine Pathologie des Kniegelenkes, S80.0 beschreibt ein Trauma, einen Unfall.</p>				
<p>Verlagerter Herzschrittmacher</p>				
Ø	I97.8 Sonstige Kreislaufigkomplikationen nach med. Massnahmen, a.n.k.	T 82.1 Mechanische Komplikation durch ein kardiales elektronisches Gerät	Ø	T 82.1 + Y
<p>I97.8 beschreibt «sonstige» Kreislaufigkomplikationen. T 82.1 beschreibt eine mechanische Komplikation durch ein kardiales elektronisches Gerät.</p>				
<p>Peritonitis durch Peritonealdialysekatheter</p>				
Ø	K91.88 Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems nach med. Massnahmen, a.n.k	T 85.71 Infektion und entzündliche Reaktion durch Katheter zur Peritonealdialyse	K 65.09 Sonstige und nicht näher bezeichnete akute Peritonitis	T 85.71 + Y

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
<p>K91.88 beschreibt «sonstige» Komplikationen des Verdauungssystems. T85.71 beschreibt die Pathologie (Infektion) und den Katheter als Ursache. K65.09 Sonstige und nicht näher bezeichnete akute Peritonitis Infektion, ein Y würde die Ursache beschreiben, aber nicht die präzise medizinische Massnahme (= den Katheter).</p>				
<p>Blutung nach Prostataektomie</p>				
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
<p>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.</p>				
<p>Phlebitis am Vorderarm wegen Infusion durch Venenverweilkanüle</p>				
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
<p>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.</p>				
<p>Harnwegsinfekt unbestimmter Lokalisation bei Dauerkatheterträger</p>				
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
<p>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.</p>				
<p>Intraoperativer Durariss mit sofortigem Verschluss abhängig von der Verletzungshöhe</p>				
Ø	G97.88 Sonstige Krankheiten des Nervensystems nach med. Massnahmen	T81.2 Versehentliche Stich- 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
<p>G97.88 beschreibt «sonstige» Krankheiten des Nervensystems. T81.2 beschreibt eine versehentliche Stich- 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.</p>				
<p>Knochen-/Knochenmarknekrose durch Arzneimittel</p>				
M87.1	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
<p>Im Kode M87.1 ist die präzise Pathologie sowie die Ursache in einem Kode inbegriffen. Es ist das Exklusivum unter M87- zu beachten</p>				

D13a Syndrome

Wenn es für ein Syndrom einen spezifischen Kode gibt, so ist dieser Kode 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 Kode für das Syndrom, so sind die einzelnen Manifestationen zu kodieren.

Bei einem angeborenen Syndrom ist ein zusätzlicher Kode aus der Kategorie Q87– *Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungssyndrome mit Beteiligung mehrerer Systeme* als Nebendiagnose zu den bereits kodierten Manifestationen anzugeben. Dieser zusätzliche Kode dient als Hinweis, dass dies ein angeborenes Syndrom ist, dem kein spezifischer Kode 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 Kode 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 G52) 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 SD0601).

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 Gippschienen-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: Codes 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 Akutspital 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 Koronarangiographie 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 zurückverlegt.

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 zurückverlegt.

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/Geburtshaus** 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 Geburtshaus» angegeben, gefolgt von der entsprechenden Variablen

1.2.V03 (Eintrittsart).

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

Verlegendes Spital:

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

Neugeborenes: 1.5.V03 Ziffer «8 = andere»

Aufnehmendes Spital/Geburtshaus:

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

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

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

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 Kodierungshandbuchs. 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 link
- 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.

P01k **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, CT etc.) 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.

Hinweis:

Wird eine primäre oder sekundäre Sectio caesarea in **Allgemeinanästhesie (Vollnarkose)** durchgeführt, muss der entsprechende CHOP-Kode aus Kategorie 93.92- *Anästhesie* obligatorisch zusätzlich zur entsprechenden Sectio-Prozedur erfasst werden, entgegen dem «Beachte» unter der Kodekategorie 93.92.-.

Dabei ist unerheblich, ob im Geburtsverlauf bereits eine PDA, ein PDK gelegt oder eine Spinalanästhesie zur Schmerzbekämpfung sub partu verabreicht wurden.

Als Prozedurendatum und Prozedurenzeit für den Code der Allgemeinanästhesie muss das entsprechende Prozedurendatum und der Zeitpunkt der Sectio caesarea gewählt werden.

Entsprechende Beispiele finden sich unter S1505 «Spezielle Kodierregeln für die Geburt», Primäre und sekundäre Schnittentbindung.

P02k 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
 - Für TARPSY und ST REHA: Antiinfektiöse Therapien, z.B. i.v. Verabreichung von Antibiotika (CHOP-Kode 99.22.1- Injektion einer antiinfektiösen Substanz, nach Anzahl Behandlungstage)
- Beachte: Die Erfassung des CHOP-Kodes 99.22.1- Injektion einer antiinfektiösen Substanz nach Anzahl Behandlungstage ist für die Akutsomatik fakultativ
- 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 Kode enthalten und wird nicht gesondert kodiert.

Ausnahmen:

- Anästhesie bei Prozeduren, die normalerweise ohne erbracht werden, z.B. Narkose für eine MRI beim Kind.
- **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.
- Zur Kodierung von Schmerztherapien im Kontext von Operationen, Interventionen, Diagnostik und Schmerzbehandlungsverfahren wird auf die Kodierregel S1804 verwiesen.
- **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 Probelaparotomie*

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*

P06k 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 Code 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-Code beinhaltet eine Angabe betr. Anzahl der Behandlungen, der Dauer, Mengen usw.: hier wird der Code nur einmal pro Aufenthalt/Fall abgebildet, mit der Gesamtmenge/Gesamtanzahl und Datum der ersten Prozedur (z.B. Transfusionen, Komplexbehandlungen, Coils (1× den Code für die Gesamtanzahl aller intrakraniellen, extrakraniellen und spinalen Coils, 1× den Code 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 Code 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.A2.45MMST, 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 Elementegruppe 92.28.4 – «Radiojodtherapie» kodiert.

Vakuumversiegelungstherapie /Behandlung mit Vakuumverband

Für die Abbildung der **Dauer** einer kontinuierlichen Sogbehandlung bei einer s.g. Vakuumversiegelung/Behandlung mit Vakuumverband steht in der CHOP die Elementegruppe 93.571- *Kontinuierliche Sogbehandlung bei einer Vakuumversiegelung, nach Anzahl Behandlungstage* zur Verfügung.

Die Kodierverantwortlichen sind häufig mit der Tatsache konfrontiert, dass in **einem** stationären Aufenthalt mehrere Vakuumverbandstherapien (Anlage, Wechsel, Entfernung) stattfinden (müssen) und diese Behandlungen sich auf eine oder mehrere Lokalisationen beziehen können.

Es wird **pro stationären Fall nur ein Kode** für die **Dauer** der Sogbehandlung erfasst.

Für die korrekte Erfassung des Kodes werden die Tage aller stattgefundenen Sogbehandlungen addiert. Dabei ist unerheblich, ob die Behandlung nur an einer oder an mehreren Lokalisationen (auch gleichzeitig) stattfand.

Die Tage der **Anlage**, des **Wechsels** und **Entfernens** eines oder mehrerer Vakuumverbände werden in die Zählung der Dauer miteinbezogen. Angebrochene Tage (z.B. auch bei Verlegung) werden dabei als ganze Tage gezählt.

Einzelne Tage dürfen bei der Bestimmung der Gesamtdauer jedoch nicht doppelt gezählt werden.

Als Tage zählen die Kalendertage.

Die folgenden (stark vereinfachten) Beispiele sollen aufzeigen, wie die möglichen unterschiedlichen Szenarien durch die Kodierverantwortlichen erfasst werden müssen.

Beispiel 1

- 01.01. – 05.01. 5 Tage Vakuumbehandlung am offenen Abdomen
- 01.01. – 05.01. 5 Tage Vakuumbehandlung zusätzlich tiefreichend an Knochen der Extremität
- 05.01. – 09.01. 5 Tage Vakuumbehandlung subkutan Abdomen oder an anderer Lokalisation

Kodierung:

- 86.88.13 Operative Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung in Regional- oder Allgemeinanästhesie, am offenen Abdomen 01.01.
- 86.88.17 Operative Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung in Regional- oder Allgemeinanästhesie, tiefreichend, an Knochen und Gelenken der Extremitäten 01.01.
- 86.88.15 Operative Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung in Regional- oder Allgemeinanästhesie, an Haut und Subkutangewebe 05.01.
- 93.5715 Kontinuierliche Sogbehandlung bei einer Vakuumversiegelung mindestens 7 bis 13 Behandlungstage 01.01.

Da vom 01.01. – 05.01. die Vakuumbehandlung des offenen Abdomens (86.88.I3) und an der Extremität (86.88.I1) gleichzeitig erfolgten, ist als Endsumme

93.57.15 *Kontinuierliche Sogbehandlung bei einer Vakuumversiegelung, mindestens 7 bis 13 Behandlungstage* für eine 9 Tage dauernde Sogbehandlung zu wählen.

Das Prozedurendatum ist mit 01.01. anzugeben.

Der 05.01. darf als Einzeltag nicht doppelt gezählt werden, auch wenn ein Wechsel (Beenden der Behandlung am offenen Abdomen) der Vakuumbehandlung von offenem Abdomen auf subkutane Behandlung am Abdomen **oder an andere Lokalisation** (Neuanlage an anderer Lokalisation) erfolgte.

Beispiel 2

Eintritt 05.02.

06.02. *Anlage Vakuumverbände an Abdomen links subkutan und Unterschenkel rechts subkutan (Allgemeinanästhesie)*

09.02. *Wechsel der Vakuumverbände an beiden Lokalisationen (Allgemeinanästhesie)*

12.02. *Verlegung in anderes Akutspital zur Weiterbehandlung mit liegenden Vakuumverbänden an Unterschenkel und Abdomen*

Kodierung:

86.88.I5	<i>Operative Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung in Regional- oder Allgemeinanästhesie, an Haut und Subkutangewebe</i>	06.02.
L	0	
86.88.I5	<i>Operative Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung in Regional- oder Allgemeinanästhesie, an Haut und Subkutangewebe</i>	09.02.
L	0	
93.57.15	<i>Kontinuierliche Sogbehandlung bei einer Vakuumversiegelung, mindestens 7 bis 13 Behandlungstage</i>	06.02.

Da die Tage der Anlage, des Wechsels und der angebrochene Tag der Verlegung in die Erfassung der Dauer der Sogbehandlung der liegenden Vakuumverbände einfließen, ergibt sich eine Gesamtdauer von 7 Tagen.

Beispiel 3

Stationärer Aufenthalt 01.03.-20.03.

01.03. *Anlage Vakuumverband am offenen Abdomen*

05.03. *Wechsel Vakuumverband am offenen Abdomen*

10.03. *Verschluss Abdomen, Entfernung Vakuumverband*

Später im Aufenthalt:

15.03. *Anlage Vakuumverband subkutan Abdomen bei Nahtdehiszenz*

18.03. *Verschluss Haut und Subkutangewebe Abdomen nach Entfernung Vakuumverband*

Kodierung:

86.88.I3	<i>Operative Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung in Regional- oder Allgemeinanästhesie, am offenen Abdomen</i>	01.03.
86.88.I3	<i>Operative Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung in Regional- oder Allgemeinanästhesie, am offenen Abdomen</i>	05.03.
93.57.16	<i>Kontinuierliche Sogbehandlung bei einer Vakuumversiegelung, mindestens 14 bis 20 Behandlungstage</i>	01.03.
	<i>Verschluss Abdomen gemäss medizinischer Dokumentation</i>	10.03.
86.88.I5	<i>Operative Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung in Regional- oder Allgemeinanästhesie, an Haut und Subkutangewebe</i>	15.03.
	<i>Verschluss Haut und Subkutangewebe gemäss medizinischer Dokumentation</i>	18.03.

Auch in diesem Beispiel werden die Tage der Anlage (01.03. und 15.03.) sowie der Tag des Wechsels (05.03.) in die Erfassung der Gesamtdauer einbezogen.

Da am 11., 12., 13. und 14.03. keine Vakuumbehandlung erfolgte, dürfen diese Tage des stationären Aufenthaltes zur Gesamtdauer der Sogbehandlung nicht hinzuaddiert werden.

Hinweis:

Für **ausführliche** Beispiele¹ wird auf das Rundschreiben 2021 Nr.1 verwiesen.

Es werden keine zukünftigen sprachlichen Änderungen bezüglich ICD-10-GM-Kodes oder CHOP-Kodes publiziert.

Sollten sich inhaltliche Änderungen der im betreffenden Dokument publizierten Beispiele 1 bis 3 ergeben, wird dieser Hinweis adaptiert.

Behandlung auf einer IPS und/oder IMC

Für die Berechnung der Aufwandspunkte, die der korrekten Erfassung der Kodes für die Behandlung auf einer Intensivstation (IS) (99.B7.-) oder Intermediate-Care Unit (IMCU) (99.B8.-) dienen, werden alle Werte der pro (Pfleger)-Schicht erhobenen NEMS und einmalig pro IS/IMCU-Aufenthalt SAPS II, CRIB II oder PIM II gemäss den Vorgaben des MDSi²/MDSimc verwendet.

Zur Bestimmung des zutreffenden CHOP-Kodes aus den entsprechenden Subkategorien 99.B7.- und 99.B8.- wird wie folgt vorgegangen: Die Anzahl der Aufwandspunkte errechnet sich aus SAPS II (oder PIM II, CRIB II) + Summe der NEMS aller Schichten.

Bei einer 8-Stunden Schichtdauer wird NEMS aufsummiert, bei einer 12-Stunden Schichtdauer wird die jeweils erhobene Punktzahl für NEMS mit 1.5 multipliziert.

Wird eine Patientin/ein Patient während eines stationären Falles mehrfach auf einer Intensivstation und /oder Intermediate-Care Unit desselben Spitals, oder sequentiell in verschiedenen Intensivstationen/Intermediate Care Units desselben Spitals (auch mit mehreren Standorten) betreut, werden die Summen aller NEMS der Einzelaufenthalte und die SAPS II, CRIB II oder PIM der jeweiligen Einzelaufenthalte zusammengerechnet und der zur Gesamtsumme passende CHOP-Kode erfasst.

Bei Transfer/Transport einer Patientin oder eines Patienten während **eines stationären Falles**

- von IS **Standort A** auf IS **Standort B** desselben Spitals **oder**
- von IMCU **Standort A** auf IMCU **Standort B** desselben Spitals **oder**
- von IS A auf IS B innerhalb **desselben Spitalstandortes** **oder**
- von IMCU A auf IMCU B innerhalb **desselben Spitalstandortes** **oder**
- von **IS Standort A** auf **IMCU Standort B** desselben Spitals oder vice versa **oder**
- von **IS auf IMCU** innerhalb **desselben Spitalstandortes** oder vice versa **oder**
- externe Verlegung von IS/IMCU eines Spitals auf IS/IMCU eines anderen Spitals oder vice versa

werden **durch die transferierende /verlegende wie auch aufnehmende Einrichtung** für die jeweilige (Pfleger)-Schicht, **auch wenn der Transfer/ die Verlegung in der gleichen Schicht erfolgt**, die entsprechenden NEMS und gemäss Bestimmungen der SAPS II, PIM II oder CRIB II erhoben.

Als aufnehmende Einrichtung gelten IS/IMCU (gemäss Richtlinien SGI und/oder KAIMC, zertifizierte einzelne Organisationseinheiten) innerhalb des gleichen Spitalstandortes, IS/IMCU in verschiedenen Standorten desselben Spitals oder in gänzlich verschiedenen Spitälern.

Diese Bestimmungen gelten auch für kurze Aufenthalte < 24h auf der Intensivstation und/oder Intermediate-Care Unit.

Es gelten die Vorgaben der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI), respektive der Kommission für Anerkennung der IMC (KAIMC).

¹ Rundschreiben für Kodierinnen und Kodierer 2021 Nr. 1 - Anzuwenden bei Fällen mit Austrittsdatum ab 01.01.2021 | Publikation | Bundesamt für Statistik (admin.ch)

² SGI-SSMI. Kommission Datensatz (KDS). Minimaler Datensatz der SGI MDSi. Abschnitte 2.3.5 «Schwere Grad der akuten Erkrankung» und 2.4.1 «IS spezifischer Aufwand- Score (NEMS)». (Download der aktuell gültigen Version via: <https://www.sgi-ssmi.ch/de/datensatz.html>)

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 Adrenalectomie.

HB 07.3 *Beidseitige Adrenalectomie*

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 etc.).

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

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 ABO – 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 SDO202 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–,–	Knochen transplantation an Gesichtsschädelknochen Knochen transplantation und Knochen transposition
		7A.2A	Knochenentnahme an der Wirbelsäule zur Transplantation	7A.51	Knochen transplantation und Knochen transposition 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 Adhäsiolyse

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

Handelt es sich um Adhäsiolyseeingriffe am Peritoneum der Organe/Organsysteme des Abdominalraumes und Beckens (viszerale, urologische, gynäkologische, neonatologische Adhäsiolysen), stehen spezifische Codes, die den Sachverhalt der Adhäsiolyse 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 perirenaln oder periureteralen Adhäsionen
- 59.03.- Laparoskopische Lösung von perirenaln oder periureteralen Adhäsionen
- 59.11 Sonstige Lösung von perivesikalen Adhäsionen
- 59.12 Laparoskopische Lösung von perivesikalen Adhäsionen

Adhäsiolyse als Nebenprozedur:

Sofern die Operationsdauer der Adhäsiolyse(n) (Zeitsumme der einzelnen Adhäsiolyseeingriffe während eines Eingriffes oder eine alleinige Adhäsiolyse z.B. nur am abdominalen Peritoneum oder nur an den Adnexen) die 60-Minutengrenze überschreitet, dürfen die entsprechenden CHOP-Kodes 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 Adhäsiolysen oder als Adhäsiolyse an einem Organ/Organsystem), darf **kein** Adhäsiolyse-Kode 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 (Adhäsiolysezeitsumme ≤ 60 min):

Eine Patientin wird mit persistierendem linksseitigem Ovarialbefund aufgenommen.

Intraoperativ werden massive postentzündliche und endometriale Verwachsungen konstatiert.

Es erfolgt eine aufwändige Adhäsiolyse (perivesikal, periuterin, ovarial, Peritoneum des Darmes). Dokumentierte Zeitsumme der Adhäsiolysen: 55 min.

Erst nach Freilegung des Befundes kann eine laparoskopische Salpingoovarektomie bei grossem, linksseitigem ovariellem Endometriom 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 Codes 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 G54 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 G55 (*Die Hauptbehandlung*) widerspiegelt.

Es können zusätzlich in den Nebendiagnosen und in den Nebenprozeduren weitere Codes 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 für Diagnosen SD0100 – SD02100

SD0100 Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten

SD0101a 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).

SD0102j 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 and 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 oder extrakorporellen Devices ^g
Gerinnung					
Thrombozyten, x103/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 ^e	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
<p>a Adaptiert von Vincent et al²⁷</p> <p>b verabreichte Katecholamin-Dosen in μg/kg/min für mindestens eine Stunde</p> <p>c Bei sedierten oder intubierten Patienten wird der Score angegeben, den der Patient vermutlich ohne Sedation hätte («angenommener GCS» bzw. «letzter bekannter GCS»)</p> <p>d 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.</p> <p>e Nicht invasive Beatmung und High-Flow-Therapie werden im SOFA-Kontext als «respiratorische Unterstützung» gewertet.</p> <p>f jede Form akuter mechanischer Kreislaufunterstützung, insbes. IABP, Herzpumpen, vaECMO, vvaECMO</p> <p>g extrakorporelle Geräte zur Unterstützung der Oxygenation und/oder CO₂-Elimination</p> <p>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.</p>					

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 isotonomischer 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		

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 Kodes

Eine Sepsis wird mit folgenden Kodes 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 Kode 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 Kode *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 insgesamter 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 *E. coli*

ND R57.2 Septischer Schock

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 J96.09 Akute respiratorische Insuffizienz, andernorts nicht klassifiziert, Typ nicht näher bezeichnet

ND N17.93 Akutes Nierenversagen, n.n.bez. 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 AKIN-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 isotonomischer 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		PaO ₂ /FiO ₂ $< 300\text{ mmHg}$ ($< 40\text{ kPa}$) in Abwesenheit zyanotischer Herzvitien oder präexistierender Lungenerkrankheiten	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)
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.bez. 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	$PaO_2/FiO_2 < 300\text{ mmHg}$ ($< 40\text{ kPa}$) 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	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	P271	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 Codes, 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 SD0101a).

SD0103j 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 SD0101a bleibt bestehen).

SD0104d HIV/AIDS

HIV-Kodes sind:

R75	Laborhinweis auf Humanes Immundefizienz-Virus [HIV] (d.h. unsicherer Nachweis nach nicht eindeutigen 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 SD1503 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 <i>Asymptomatische HIV-Infektion</i> [Humane Immundefizienz-Virusinfektion]	U60.1!
	Persistierende generalisierte Lymphadenopathie (LAS)	B23.8 <i>Sonstige näher bezeichnete Krankheitszustände infolge HIV-Krankheit (Persistierende) generalisierte Lymphadenopathie</i>	U60.1!
	Akute HIV-Infektion	B23.0 <i>Akutes HIV-Infektionssyndrom</i>	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 im 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 Kode 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 Kode 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 |

SD0105a 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) | A36.2 | Kehlkopfdiphtherie |
| Viraler Krupp | J05.0 | Akute obstruktive Laryngitis [Krupp] |
| Pseudokrupp oder falscher (spastischer) Krupp | J38.5 | Laryngospasmus (Pseudokrupp) |
| Bakterieller Krupp | J04.2 | Akute Laryngotracheitis |

SD0200k Neubildungen

Allgemeiner Hinweis:

Das Kapitel SD0200 «Neubildungen» muss zur Behandlung aller Neubildungen angewendet werden. Dies gilt sowohl für die malignen wie benignen Neubildungen als auch die Neubildungen unsicheren und unbekanntem Verhaltens.

Maligne Neubildungen: z.B. Karzinom (Prostatakarzinom, Endometriumkarzinom), Sarkom, selten Thymome oder Meningeome mit WHO-Grad III (welche histopathologisch eindeutig als maligne klassifiziert werden), Lymphome, Leukämien oder andere bösartige immunproliferative Erkrankungen etc.

Benigne Neubildungen: z.B. Adenome (Prostata etc.), Myome (Uterus etc.), Lipome (z.B. des Unterhautfettgewebes oder des viszeralem Fettgewebes), Meningeome mit WHO-Grad I oder II (welche histopathologisch eindeutig als benigne klassifiziert werden) etc.

Neubildungen unsicheren und unbekanntem Verhaltens: z.B. Borderlinetumor des Ovars, Thymome und andere Tumore deren Dignität histopathologisch nicht eindeutig in benigne oder maligne klassifiziert werden kann etc.

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 Verzeichnisses 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/ unbekanntem 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 unbekanntes 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 etc.) 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 dieser Codes 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

SD0202k Auswahl und Reihenfolge der Diagnosen

Die unter SD0202 aufgeführten Regeln betreffend die Wahl der Hauptdiagnose im Kontext von Tumorerkrankungen gelten nur, wenn **keine andere eigenständige, tumorunabhängige Erkrankung** (z.B. Herzinfarkt) die Definition der Hauptdiagnose erfüllt. Bei Vorliegen einer tumorunabhängigen Erkrankung/Zustand/Manifestation wird die Kodierregel G52 «Die Hauptdiagnose» angewendet.

Beispiel 1

Eintritt zur beidseitigen Operation von Inguinalhernien (inkarziert, kein Rezidiv).
Bei gleichzeitigem Vorliegen eines lymphogen (Becken) metastasierten Prostatakarzinoms erfolgt im stationären Setting am vorletzten Hospitalisierungstag die Verabreichung einer Chemotherapie im Zyklus.
Die Behandlung der beidseitigen Inguinalhernien wird in der medizinischen Dokumentation als Hauptaufwand des Aufenthaltes deklariert.

HD	K40.00	Doppelseitige Hernia inguinalis mit Einklemmung, ohne Gangrän, nicht als Rezidivhernie bezeichnet
ND	C61	Bösartige Neubildung der Prostata
ND	C77.5	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Lymphknoten, intrapelvine Lymphknoten
HB		Operation Hernia inguinalis gemäss medizinischer Dokumentation
L	0	
NB		Chemotherapie gemäss medizinischer Dokumentation

Beispiel 2

Notfalleintritt aufgrund Herzinfarkt (Vorderwand) bei koronarer 3-Gefässerkrankung. Notfallkoronarintervention und folgende Bypassoperation. Aufgrund eines zusätzlich vorliegenden Rektumkarzinoms erhält der Patient Chemo- und Immuntherapie im Zyklus zur besseren Überwachung im letzten Drittel des stationären Aufenthaltes. Es treten Komplikationen der Tumorthherapie (Mukositis Verdauungstrakt n.n.bez. und Neutropenie) auf, welche die Hospitalisierungszeit weiter verlängern.

In der Gesamtschau aller Befunde übersteigen die Aufwände hinsichtlich der Herzerkrankung dennoch die Aufwände der Tumorbehandlung und ihrer Folgen.

HD	I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand
ND	I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit, Drei-Gefäss-Erkrankung
ND	C20	Bösartige Neubildung des Rektums
ND	K92.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Verdauungssystems
ND	Y57.9!	Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen
ND	D70.19	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie, nicht näher bezeichnet

HB		Bypassoperation gemäss medizinischer Dokumentation
NB		Koronarintervention gemäss medizinischer Dokumentation
NB		Chemotherapie und Immuntherapie gemäss medizinischer Dokumentation

Beachte:

Obwohl in den Beispielen 1 und 2 eine systemische Tumorthherapie verabreicht wurde, gelangt dennoch die Kodierregel G52 «Die Hauptdiagnose» zur Anwendung, da zwei voneinander unabhängige Erkrankungen gleichzeitig bestehen.

Siehe dazu auch unter Absatz «Systemische Therapie».

Hinweis:

Auch wenn die Behandlung einer malignen Neubildung in einem Fall nur die Bedingungen der Kodierregel G54 «Die Nebendiagnosen» erfüllt, sind zusätzlich vorhandene (beschriebene) Metastasen und vorhandenes Carcinoma in situ ebenfalls als Nebendiagnose anzugeben (entgegen der Definition der Nebendiagnose G54, die einen Aufwand > 0 für die zulässige Kodierung einer Nebendiagnose postuliert).

Das gleiche gilt für die Behandlung von Metastasen, welche die Nebendiagnosenregel bei Vorliegen eines anderen Zustandes als Hauptdiagnose, erfüllen. Dann wird der entsprechende Primarius gemäss Vorgaben und entgegen der KR G54 ebenfalls erfasst. Das «Beachte» zu «vorhanden» (beschrieben) ist zu berücksichtigen.

Beispiel 3

Aufnahme einer Patientin zur Entfernung eines Uterus myomatosus (vorwiegend intramurale, auch submuköse Myome) bei anhaltenden Blutungsstörungen (ätiologisch den Myomen zugeordnet). Während des Aufenthaltes erleidet die Patientin erstmals einen epileptischen Anfall. Eine chronische Eisenmangelanämie (aufgrund Hypermenorrhoe) wird diagnostiziert und Eisen i.v. substituiert.

Die Diagnostik mittels MRI zeigt den hochgradigen Verdacht auf ein Meningeom. Nach Etablierung antiepileptischer Medikamente Entlassung nach Hause und Planung der weiteren Meningeom-bezogenen Behandlungen.

Die operative Sanierung des Uterus myomatosus wird als Hauptaufwand des Falles deklariert.

HD	D25.1	Intramurales Leiomyom des Uterus
ND	D25.0	Submuköses Leiomyom des Uterus
ND	D50.0	Eisenmangelanämie nach Blutverlust (chronisch)
ND	D32.0	Gutartige Neubildung der Meningen, Hirnhäute

HB		Hysterektomie gemäss medizinischer Dokumentation
NB		MRI Neurokranium

Maligne Neubildungen/Carcinoma in situ

Der Kode für die maligne Neubildung und/oder das Carcinoma in situ ist als Hauptdiagnose für **jeden** Spitalaufenthalt zur Behandlung der malignen Neubildung und/oder des Carcinoma in situ oder zu notwendigen Folgebehandlungen (z.B. Operationen, Chemo-/Strahlentherapie, sonstige Therapien) 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/eines Carcinoma in situ folgen. Denn obwohl das Malignom/Carcinoma in situ operativ entfernt worden ist, wird der Patient nach wie vor wegen notwendigen Folgebehandlungen und/oder Folgediagnostik des Malignoms und/oder Carcinoma in situ hospitalisiert.

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

Der Terminus «Folgen» in dieser Kodierregel ist auch gemäss Kodierregel D07 «Geplante Folgeeingriffe» zu betrachten.

Für stationäre Aufenthalte aufgrund Störungen nach medizinischen Massnahmen, therapiebedingten Folgen/Erkrankungen im Kontext von Tumorerkrankungen wird auf die Kodierregel SD0205 verwiesen.

Beispiel 4

Patientin mit Mastektomie und Axilladisektion bei Mammakarzinom (und lobulärem CIS) 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)
ND	D05.0	Lobuläres Carcinoma in situ der Brustdrüse

Beachte: Bei gleichzeitigem Vorliegen von einem Karzinom (z.B. auf Boden eines ausgedehnten CIS) und Carcinoma in situ ist der bösartige Tumor **vor** dem Carcinoma in situ zu erfassen.

Beispiel 5

Eintritt zur bilateralen Mastektomie bei beidseitigem Carcinoma in situ (stanzbioptisch gesichert).

Im postoperativen histopathologischen Bericht wird ein ausgedehntes, beidseitiges duktales Carcinoma in situ und ein kleiner Anteil eines invasiven Karzinoms (Grösse 0.4 x 0.3 mm, rechts 9-Uhr-Achse) dokumentiert.

HD	C50.8	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma], mehrere Teilbereiche überlappend
L	1	
ND	D05.1	Carcinoma in situ der Milchgänge
L	0	

Beispiel 6

Eintritt zur geplanten Re-TUR-B bei Harnblasenkarzinom (beide Seitenwände) und Instillation von zytotoxischen Medikamenten.

HD	C67.2	Bösartige Neubildung der Harnblase, laterale Harnblasenwand
L	0	

HB	TUR-B
NB	Reoperation
NB	Instillation zytotoxischer Medikamente

Die Reihenfolge der anzugebenden Codes hängt von der Behandlung während des betreffenden Spitalaufenthaltes ab. Bei gleichzeitiger Behandlung/Diagnostik von malignen Tumoren/Neubildungen UND Metastasen UND systemischer Therapie gelangt die Kodierregel G 52 « Die Hauptdiagnose» zur Anwendung.

- **Diagnostik/Behandlung des primären Tumors:** Der Primarius, (lokale) Rezidivprimarius ist als Hauptdiagnose zu kodieren. Zusätzlich vorhandene (beschriebene) Metastasen und vorhandenes Carcinoma in situ 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 C 80.– Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation kodiert.

Beispiel 7

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

HD C 34.1 Bösartige Neubildung des Oberlappens (-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) und vorhandenes Carcinoma in situ werden als Nebendiagnose angegeben (entgegen der Definition der Nebendiagnose G 54, die einen Aufwand > 0 für die zulässige Kodierung einer Nebendiagnose postuliert).

Beispiel 8

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

HD C 78.7 Sekundäre bösartige Neubildung der Leber

ND C 19 Bösartige Neubildung am Rektosigmoid, Übergang

- **Systemische Therapie** (Ganzkörperbestrahlung, iv-Radiotherapie, systemische Chemotherapie) oder sonstige systemische Tumorthérapien wie z.B. Hormontherapien; siehe Beispiel 10) **des Primärtumors und/oder der Metastasen:** Der Primarius/(lokale) Rezidivprimarius wird als Hauptdiagnose angegeben. Zusätzlich andere vorhandene (beschriebene) Metastase(n) und vorhandenes Carcinoma in situ 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 C 80.– Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation kodiert.

Beispiel 9

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

HD C 19 Bösartige Neubildung am Rektosigmoid, Übergang

ND C 78.7 Sekundäre bösartige Neubildung der Leber

Bei gleichzeitiger Behandlung einer malignen Erkrankung, welche systemisch behandelt wird, und einer von der malignen Neubildung unabhängigen Erkrankung/Zustand/Manifestation im gleichen stationären Aufenthalt gelangt die Kodierregel G 52 «Die Hauptdiagnose» zur Anwendung und die hier befindliche Kodierregel wird ausser Kraft gesetzt.

Siehe dazu Beispiele 1 und 2.

Beispiel 10

Eintritt einer 84-jährigen Patientin mit dekompensierter Herzinsuffizienz NYHA 3-4 zur Rekompensation und Medikamenteneinstellung auf die Abteilung «Innere Medizin». Sie leidet zusätzlich an einem bereits vor 1.5 Jahren operierten, in die axillären Lymphknoten metastasierten Mammakarzinom rechts oberer äusserer Quadrant.

Momentan keine Chemotherapie geplant, stable disease.

Aufgrund eines Östrogen-Rezeptor-positiven Karzinoms erhält sie während des Aufenthaltes eine weitere fällige Injektion eines Östrogen-blockers.

HD	I50.14	Linksherzinsuffizienz, mit Beschwerden in Ruhe
ND	C50.4	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma], oberer äusserer Quadrant der Brustdrüse
L	1	
ND	C77.3	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Lymphknoten, axilläre Lymphknoten und Lymphknoten der oberen Extremität
L	1	

- **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 und vorhandenes Carcinoma in situ werden als Nebendiagnose angegeben (entgegen der Definition der Nebendiagnose G 54, die einen Aufwand > 0 für die zulässige Kodierung einer Nebendiagnose postuliert).

Beispiel 11

Eintritt zur Operation einer Knochenmetastase (Sternum) bei primärem Karzinom im vorderen Mediastinum.

Am Ende des Aufenthaltes erfolgt die Verabreichung einer systemischen Chemotherapie.

Ärztlich deklarerter Hauptaufwand des stationären Falles ist die Behandlung der sekundären Neubildung Sternum.

HD	C79.5	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes
ND	C38.1	Bösartige Neubildung des Herzens, des Mediastinums und der Pleura, vorderes Mediastinum

Beispiel 12

Eintritt einer Patientin zur Lymphknotenbiopsie bei Verdacht auf inguinale Lymphknotenmetastasen (rechts) eines malignen Melanoms der rechten Labia majora.

Das Staging bestätigt den Verdacht.

Die Patientin erhält im gleichen Aufenthalt eine systemische Therapie mit Chemotherapeutika und Immuntherapie mit Antikörpern.

Die medizinische Dokumentation lässt erkennen, dass die systemische Behandlung einen höheren Aufwand an Mitteln und Aufwänden im Sinne der Kodierregel G 52 benötigte als das Staging mittels Lymphknotenbiopsie.

HD	C51.0	Bösartige Neubildung der Vulva, Labium majus
L	1	
ND	C77.4	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Lymphknoten, inguinale Lymphknoten und Lymphknoten der unteren Extremität
L	1	

Bei gleichzeitiger systemischer Therapie und Behandlung Metastase (Beispiel 11) und Diagnostik einer Metastase (Beispiel 12) erfolgt die Bestimmung des Hauptaufwandes gemäss Kodierregel G 52 «Die Hauptdiagnose».

- **Palliativbehandlung des Tumorpatienten:** Der Tumor (Primarius, (lokaler) Rezidivprimarius) ist als Hauptdiagnose, vorhandene (beschriebene) Metastasen und/oder Carcinoma in situ 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 G54, 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 (G52) erzeugt hat, als Hauptdiagnose abzubilden. Falls eine Metastase Hauptdiagnose ist, wird der Primarius/(lokale) Rezidivprimarius als Nebendiagnose angegeben, sowie andere vorhandene (beschriebene) Metastase(n) **und/oder Carcinoma in situ** (entgegen der Definition der Nebendiagnose G54, 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 (G52) 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 G54, die einen Aufwand > 0 für die zulässige Kodierung einer Nebendiagnose postuliert). Die Erkrankung selbst ist bei Erfüllung der Kodierregel G54 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 **oder benignem Meningeom**
- Poststenotische Pneumonie bei Bronchuskarzinom
- Wirbelkörperfraktur bei ossären Metastasen
- Anämie bei ossärer Metastasierung
- Lebersagen bei Obstruktion des Ductus choledochus durch ein Pankreaskopfkarzinom
- Mechanischer Ileus bei Kolonkarzinom

Beispiel 13

Eintritt einer Patientin mit erstmals aufgetretenem tonisch-klonischem Anfall.

Die Diagnostik u.a. mit Schädel-CT ergibt eine strukturelle Epilepsie bei frontaler Raumforderung mit Verdacht auf benignes Falx-Meningeom.

Eine Medikation mit Antiepileptika wird etabliert und die Patientin in mittelfristiger Zukunft für die Behandlung des Meningeoms aufgeboten.

HD	D32.0	Gutartige Neubildung der Meningen, Hirnhäute
ND	G40.2	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit komplexen fokalen Anfällen

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-Kode 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 und/oder eine mit dem Tumor ätiologisch verbundene Erkrankung können weitere Folgeerkrankungen auslösen.

Steht eine solche Folgeerkrankung in direkter Verbindung mit dem/der paraneoplastischen Symptom/Syndrom/Manifestation oder einer Erkrankung, die ätiologisch mit dem Tumor verbunden ist, gilt sie als **nicht mehr direkt mit dem Tumor vergesellschaftet** und wird als Hauptdiagnose kodiert (sofern sie Kodierregel G52 erfüllt).

Die Paraneoplasie und/oder die mit dem Tumor ätiologisch verbundene Erkrankung 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 14

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 15

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 16

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	Hirnininfarkt 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, (lokalem)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 metastasenfri sind.

Beispiel 17

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 18

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

SD0203k Nachresektion im Tumorgebiet

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

Wird der früher entfernte Tumor als metastasiert dokumentiert und/oder finden sich (aktuell) vorhandene (beschriebene) Metastase(n) und/oder Carcinoma in situ, werden diese Diagnosen ebenfalls erfasst (entgegen der Definition der Nebendiagnose G54, die einen Aufwand > 0 für die zulässige Kodierung einer Nebendiagnose postuliert).

Die Abbildung der Re-Operation im gleichen Gebiet erfolgt wie gewohnt entweder über spezielle Re-Eingriffskodes oder über die zusätzliche Erfassung des CHOP-Kodes 00.99.10 Reoperation.

SD0204k Tumornachweis nur in der Biopsie

Wenn das Ergebnis einer vorangegangenen Biopsie zur Diagnose einer malignen Neubildung, eines Carcinoma in situ oder einer sonstigen Diagnose führt, sich aber diese im aktuell intraoperativ entnommenen Gewebe nicht bestätigen lässt, ist die ursprüngliche Diagnose, die aufgrund der vorangegangenen Biopsie gestellt wurde, nur zu kodieren, wenn sich klinisch und/oder histopathologisch keine anderen Diagnosen und/oder Befunde ergeben.

SD0205k (Akute, chronische) Erkrankungen, Störungen nach und/oder Folgen von medizinischen Massnahmen im Kontext von Behandlungen maligner Neubildungen (solide, hämatologisch)

Durch die/bei der Behandlung/Therapie maligner Erkrankung treten häufig therapiebedingte Erkrankungen/Störungen/Folgen/Syndrome/Symptome/andere Manifestationen auf.

In den verschiedenen Kapiteln der ICD-10-GM finden sich, wie bereits in der Kodierregel D12 aufgeführt, spezifische Diagnosekodes wie z.B. *D70.1- Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie, D90 Immunkompromittierung nach Bestrahlung, Chemotherapie und sonstigen immunsuppressiven Massnahmen, K52.1 Toxische Gastroenteritis und Kolitis, G62.0 Arzneimittelinduzierte Polyneuropathie* etc. Ist kein spezifischer Diagnosekode gemäss Kodierregel D12 vorhanden, wird zur Suche nach einem geeigneten Diagnosekode wie in genannter Kodierregel vorgegangen.

Z.B. *B37.0 Candida-Stomatitis + Y84.9! Zwischenfälle durch medizinische Massnahmen, nicht näher bezeichnet, R11 Übelkeit und Erbrechen + Y57.9! Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen* etc.

Wird/Werden während einer Hospitalisation **ausschliesslich** die Erkrankung(en) bzw. Störung(en) nach medizinischer Massnahme behandelt und **bezüglich maligner Neubildung** keine Massnahmen 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 SD0205 und ist anzuwenden.

Beachte:

Gilt eine maligne Neubildung als geheilt und ist die Behandlung abgeschlossen (d.h. es erfolgen keine aktuellen Therapien mehr, z.B. auch keine Hormonblockierungstherapien) und es sind auch zukünftig keine erneuten oder weiterführenden Therapien geplant, wird kein ICD-10-Kode für die maligne Neubildung und/oder Carcinoma in situ angegeben.

Um abzubilden, dass es sich um eine Störung nach medizinischen Massnahmen handelt und eine maligne Neubildung vorlag, sind Codes aus den Kapiteln XX und XXI zu benutzen (Beispiele 6,7,8).

Der Status «Heilung» im Kontext maligner Grunderkrankungen ist von der jeweiligen Erkrankung abhängig und wird mit unterschiedlichen und sich ändernden Fristen und Parametern definiert (siehe dazu auch Kodierregel SD0207).

Somit folgt, dass der ärztlichen Dokumentation deutlich zu entnehmen sein muss, ob eine vollständige Heilung, bezogen auf die maligne Grunderkrankung, vorliegt.

Beispiel 1

Behandlung eines Lymphödems infolge einer Mastektomie wegen Mammakarzinom.

HD 197.2 Lymphödem nach Mastektomie

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

Beispiel 2

Eintritt mit Neutropenie und Anämie nach Verabreichung der 2. Chemotherapie im Zyklus bei in die pelvinen Lymphknoten metastasiertem Endometriumkarzinom. Der histopathologische Bericht zeigte zusätzlich am entnommenen Uterus ein endozervikales Carcinoma in situ. Hauptaufwand der Behandlung war die Neutropenie mit allen Folgen. Aufgrund Anämie Verabreichung von 2 Erythrozytenkonzentraten. Es erfolgte keine auf die maligne Neubildung ausgerichtete spezifische Behandlung und /oder Diagnostik.

HD	D70.1-	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie
ND	D61.1	Aplastische Anämie infolge zytostatischer Therapie
ND	C54.1	Bösartige Neubildung des Corpus uteri, Endometrium
ND	C77.5	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Lymphknoten, intrapelvine Lymphknoten
ND	D06.0	Carcinoma in situ der Cervix uteri, Endozervix

Beispiel 3

Eintritt mit Candidastomatitis 15 Tage nach letztmalig durchgeführter Chemo- und Immuntherapie bei Pankreaskopfkarcinom mit regionalen Lymphknotenmetastasen.

Der Patient zeigt eine Panzytopenie mit Fokus auf therapiebedingter Anämie.

Der gesamte Mundbereich zeigt enorale Aphten, andere Entzündungsstigmata und hartnäckige Soorbeläge.

Aufgrund der starken Schmerzen bei Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme liegen als Folgen Dehydrierung und Hyponatriämie

"(behandelt mit NaCl-haltigen Infusionen)", beginnende Mangelernährung (hochkalorische Flüssignahrung) und damit ein herabgesetzter Allgemeinzustand vor.

Als Hauptaufwand wird bei Gabe von 2 EC, 1 TC, granulozytenstimulierendem Faktor-Medikament (einmalig) und 8 Tagen aufwändiger Soorbehandlung/Entzündungsbehandlung und Rekonditionierung die Candidastomatitis ärzlich deklariert.

Alle aktuellen Erkrankungen werden als Folgen/Störungen nach verabreichter Chemotherapie bezeichnet. Am Ende der Behandlung der o.a. Störungen erfolgt ein Staging-CT und die Verabreichung einer weiteren palliativ intendierten Chemotherapie unter stationärer Überwachung.

HD	C25.0	Bösartige Neubildung des Pankreas, Pankreaskopf
ND	C77.2	Sekundäre und n.n.bez. bösartige Neubildung der Lymphknoten, intraabdominale Lymphknoten
ND	B37.0	Candida-Stomatitis
ND	E87.1	Hypoosmolalität und Hyponatriämie
ND	E86	Volumenmangel
ND	E46	Nicht näher bezeichnete Energie- und Eiweissmangelernährung
ND	D61.10	Aplastische Anämie infolge zytostatischer Therapie
ND	D70.1-	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie
ND	D69.58	Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet
ND	Y579!	Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen

Aufgrund des Wiedereintrittes 15 Tage nach erfolgter Chemotherapie und ihrer Folgen gelangt die Kodierregel/Abrechnungsregel D16 zur Anwendung.

Wäre der Wiedereintritt am 19. Tag nach Austritt erfolgt, würde die Kodierregel S0205 zur Anwendung gelangen und der Kode C 25.0 wäre ebenfalls die Hauptdiagnose des Falles.

Beispiel 4

Eintritt einer 34-jährigen Patientin mit starken Knochenschmerzen direkt im Anschluss nach geplanter Radiotherapie eines Unterkieferosteosarkoms links mit einer solitären zervikalen Lymphknotenmetastase links. Zustand nach Primäroperation und Start der postoperativen Chemotherapie.

Nach Gabe intravenöser Schmerzmittel (3-mal in 24 h) schnelle Besserung der Schmerzsituation.

Aufgrund vorliegender weiterer Verdachtsmomente erfolgen ein Staging-MRI des Neurokraniums und eine Darstellung der Halsweichteile mittels CT. Es kann kein Progress der Grunderkrankung erkannt werden.

Die Patientin ist jung und zeigt aufgrund ihrer malignen Grunderkrankung ein mittelstarkes, neu aufgetretenes depressives Zustandsbild, welches ein einmaliges psychiatrisches Konsil und die Etablierung einer antidepressiven Medikation erforderte.

Nach Absprache erfolgt die nächste Chemotherapie, auch zur besseren Überwachung, im gleichen Aufenthalt.

Da die Radiotherapie im gleichen Spital am Eintrittstag erfolgte, fließt sie ebenfalls in die stationäre Kodierung ein.

HD	C41.1	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels sonstiger und nicht näher bezeichneter Lokalisationen, Unterkieferknochen
L	2	
ND	C77.0	Sekundäre und n.n.bez. bösartige Neubildung der Lymphknoten des Kopfes, des Gesichtes und des Halses
L	2	
ND	K10.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Kiefer
L	2	
N	84.9!	Zwischenfälle durch medizinische Maßnahmen, nicht näher bezeichnet
ND	F32.1	Mittelgradige depressive Episode

Beispiel 5

Nach Abschluss der Behandlung eines Melanoms der Stirn rechts (Resektion, plastische Deckung, Chemo- und Antikörpertherapie) und einer nachgewiesenen Mikrometastase in den, bei der Primär-Operation entnommenen zervikalen Lymphknoten rechts kommt es zur Ausbildung eines störenden Narbenkeloids. Die ärztliche Dokumentation enthält keinen Hinweis auf Heilung.

Eintritt zur Revision des Narbenkeloids

HD	L91.0	Hypertrophe Narbe
L	7	
ND	C43.3	Bösartiges Melanom der Haut sonstiger und n.n.bez. Teile des Gesichtes
L	7	
ND	C77.0	Sekundäre und n.n.bez. bösartige Neubildung der Lymphknoten des Kopfes, des Gesichtes und des Halses
L	7	

Beispiel 6

Eintritt zur Operation einer Urethrastriktur 6 Jahre nach transurethraler Operation eines Harnblasenkarzinoms.

Die Behandlung gilt als abgeschlossen, der Patient als geheilt.

HD	N99.1	Harnröhrenstriktur nach medizinischen Massnahmen
ND	Z85.5	Bösartige Neubildung der Harnorgane in der Eigenanamnese

Beispiel 7

Eintritt zur Abklärung zunehmender signifikanter kognitiver und motorischer Defizite. Eine postaktinische Hirnschädigung vom Typ ALERT (Acute Late-onset Encephalopathy after Radiotherapie) wird diagnostiziert. Anamnestisch liegt die abgeschlossene Behandlung eines frontalen Astrozytoms (vor 17 Jahren) vor. Bezüglich des malignen Tumors gilt der Patient als geheilt.

HD	G93.88#	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Gehirns
ZHD	F02.8*	Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheitsbildern
ND	Y84.9!	Zwischenfälle durch medizinische Massnahmen, n.n.bez.
ND	Z85.8	Bösartige Neubildungen sonstiger Organe oder Systeme in der Eigenanamnese

Beispiel 8

Eintritt zur ersten Chemo- und Immuntherapie bei neu diagnostiziertem Lungenkarzinom (Unterlappen rechts).

Zustand nach Bestrahlung eines Non Hodgkin-Lymphoms im rechten Mediastinum vor 20 Jahren.

Die ärztliche Dokumentation zeigt einen ätiologischen Zusammenhang des Zweitumors (pulmonal) mit der Radiotherapie der ersten, Jahre zuvor aufgetretenen und behandelten malignen Neubildung.

HD	C34.3	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge, Unterlappen (-Bronchus)
L	7	
ZHD	Y84.9!	Zwischenfälle durch medizinische Massnahmen, n.n.bez.
ND	Z85.7	Andere bösartige Neubildungen des lymphatischen [...] Gewebes in der Eigenanamnese

SD0206a 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.

SD0207a 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.

SD0208a 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

SD0209a 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

SD0210k 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 einzeln nach der jeweiligen spezifischen Lokalisation kodiert. Erfüllt die Behandlung von einzelnen Lymphknotenmetastasen oder Lymphknotenarealen die Bedingungen der Hauptdiagnose werden alle anderen vorhandenen befallenen Lymphknotenareale und zusätzlich andere vorhandene (beschriebene) Metastase(n) und der Primarius/Rezidivprimarius als Nebendiagnose angegeben (entgegen der Definition der Nebendiagnose G 54, die einen Aufwand > 0 für die zulässige Kodierung einer Nebendiagnose postuliert).

Beispiel 1

Endometriumkarzinom mit Metastasen im Retroperitoneum, Pleura, Knochen und folgenden befallenen Lymphknotenstationen: retroperitoneal, mediastinal, inguinal, pelvin, supraclavikulär und zervikal (Hals). Eintritt zur Antikörpertherapie

HD C54.1 Bösartige Neubildung des Corpus uteri, Endometrium

ND C78.2 Sekundäre bösartige Neubildung der Pleura

ND C78.6 Sekundäre bösartige Neubildung des Retroperitoneums und des Peritoneums

ND C79.5 Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes

ND C77.0 Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Lymphknoten, Lymphknoten des Kopfes, des Gesichtes und des Halses

ND C77.1 Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Lymphknoten, Intrathorakale Lymphknoten

D C77.2 Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Lymphknoten, Intraabdominale Lymphknoten

ND C77.4 Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Lymphknoten, Inguinale Lymphknoten und Lymphknoten der unteren Extremität

ND C77.5 Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Lymphknoten, Intrapelvine Lymphknoten

Beispiel 2

Eintritt zur Diagnostik bei Verdacht (und folgend Bestätigung) auf mediastinale Lymphknotenmetastasen eines in die zervikalen (Hals) Lymphknoten metastasierten Mundbodenkarzinoms.

HD	C77.1	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Lymphknoten, Intrathorakale Lymphknoten
ND	C77.0	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Lymphknoten, Lymphknoten des Kopfes, des Gesichtes und des Halses
ND	C04.9	Bösartige Neubildung des Mundbodens, Mundboden, nicht näher bezeichnet

Beispiel 3

Diagnostik eines folliculären (nodulären) Non-Hodgkin-Lymphoms mit Befall der axillären, zervikalen Lymphknotenstationen und grossem mediastinalem Lymphknoten - Bulk.

HD	C82.9	Follikuläres Lymphom, nicht näher bezeichnet
----	-------	--

SD0211a 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 SD0213).

Beispiel 3

Zervixkarzinom (Ektozervix), mit Infiltration der Vagina.

C53.1 Bösartige Neubildung der Ektozervix

SD0212a Remission bei malignen immunoproliferativen Erkrankungen und Leukämie

Bei den Kodes

C88.– Bösartige immunoproliferative Krankheiten

C90.– Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen

C91 – C95 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 *C91 – C95*, die auf eine Standard-Induktionstherapie refraktär sind, ist die zusätzliche Schlüsselnummer

C95.8! Leukämie, refraktär auf Standard-Induktionstherapie

anzugeben.

SD0213a 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 *C78.2 Sekundäre bösartige Neubildung der Pleura* kodiert.

SD0214g 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 Kodes **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.

SD0215a 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.

SD0216k Prophylaktische Operationen wegen Risikofaktoren

Diese Operationen werden z.B. bei Diagnosen wie Brustkrebs oder Ovarkrebs in der Familienanamnese, genetischer Veranlagung, 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

SD0217k Palliativbehandlung

Die Palliativ**behandlung** bei (Tumor-)Patientinnen/Patienten wird über die passenden CHOP-Kodes abgebildet.

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

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

Der Kode *Z51.5* wird gemäss Vorgaben der Kodierregel D15 vom aufnehmenden Spital erfasst

Beachte: «Wahl der Hauptdiagnose bei Palliativbehandlungen» unter Kodierregel G52 und «Symptome einer Tumorerkrankung», «Erkrankungen, die ätiologisch mit dem Tumor verbunden sind» Kodierregel SD0202

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.

Enthält die ärztliche und/oder medizinische Dokumentation Hinweise darauf, dass sich z.B. die Behandlungsintention von kurativ zu palliativ geändert hat, dass eine Operation in palliativer Absicht durchgeführt wurde, dass eine Chemotherapie palliativ intendiert ist etc., darf der Kode *Z51.5 Palliativbehandlung* nicht erfasst werden.

Die Kodierung des Kodes *Z51.5 Palliativbehandlung* ist nur den oben angegebenen Bedingungen vorbehalten.

SD0400 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten

SD0401c 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.).

SD0402a 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 Kode 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-femorale Bypass

Hinweis: Der Kode 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.

SD0403a 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:

E10† – E14† mit vierter Stelle «.3» Diabetes mellitus mit Augenkomplikationen
H28.0 Diabetische Katarakt*

Wenn kein kausaler Zusammenhang besteht, sind Katarakte bei Diabetikern wie folgt zu kodieren:
 der zutreffende Kode aus *H25.– Cataracta senilis*
 oder *H26.– Sonstige Kataraktformen*
 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:

E10† – E14† mit vierter Stelle «.4» Diabetes mellitus mit neurologischen Komplikationen
G59.0 Diabetische Mononeuropathie*

Diabetische Amyotrophie:

E10† – E14† mit vierter Stelle «.4» Diabetes mellitus mit neurologischen Komplikationen
G73.0 Myastheniesyndrome bei endokrinen Krankheiten*

Diabetische Polyneuropathie:

E10† – E14† mit vierter Stelle «.4» Diabetes mellitus mit neurologischen Komplikationen
G63.2 Diabetische Polyneuropathie*

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:

E10† – E14† mit vierter Stelle «.5» Diabetes mellitus mit peripheren vaskulären Komplikationen
I79.2 Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten*

Diabetisches Fusssyndrom (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 Fusssyndrom, nicht als entgleist bezeichnet*

oder

.75 *Diabetes mellitus mit multiplen Komplikationen, mit diabetischem Fusssyndrom, als entgleist bezeichnet*

Die Codes für beide Manifestationen/Komplikationen des Fusssyndroms

G 63.2 Diabetische Polyneuropathie*

I 79.2 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 Fusssyndroms» gehören können, befindet sich im Anhang.

Beispiel 3

Ein Patient mit entgleistem Diabetes mellitus Typ 1 wird zur Behandlung eines diabetischen Fusssyndroms 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 Fusssyndrom, als entgleist bezeichnet

ZHD G 63.2 Diabetische Polyneuropathie*

ND I 79.2 Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten*

ND I 70.24 Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration

L 1

ND A46 Erysipel [Wundrose]

Hinweis: Der Code *I 70.24 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.

SD0404a 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 G 54).

SD0405a Störungen der inneren Sekretion des Pankreas

Die Codes

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.

SD0406a 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 Kode 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 E84.0 Zystische Fibrose mit Lungenmanifestationen*
- ND J20.1 Akute Bronchitis durch Haemophilus influenzae*

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 Kode aus *E84.– Zystische Fibrose* als Nebendiagnose verschlüsselt, wenn sie die Nebendiagnosendefinition erfüllt.

SD0407e 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).

SD0408e 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).

SD0500 Psychische und Verhaltensstörungen

SD0501k 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 SD1900.

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*

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.

Hinweise:

- Codes aus den Rubriken *F10.- bis F19.-*, die mit der vierten Stelle «1» den «schädlichen Gebrauch» einer psychotropen Substanz anzeigen (*F10.1 - F19.1*), werden **nicht** in Kombination mit den Codes der Rubriken *F10.2 - 4 bis F19.2 - 4* zusammen kodiert. Die Codes der Rubriken *F10.- bis F19.-* mit den Endziffern -0,-5,-6,-7,-8 und -9 können gleichzeitig mit dem «schädlichen Gebrauch» auftreten und wären unter Berücksichtigung der Kodierregeln G52 und G54 zusammen kodierbar.
- Codes aus verschiedenen F-Kategorien können bei gemeinsamem Vorliegen, unter der üblichen Anwendung aller Kodierregeln und unter Beachtung der unter den Codes befindlichen Hinweise, dennoch zusammen kodiert werden. Das bedeutet, es könnten z.B. bei gleichzeitigem Vorliegen *F10.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Schädlicher Gebrauch* zusammen mit *F14.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain, Abhängigkeitssyndrom* erfasst werden.

Gemeinsame Kodierung Abhängigkeits- und Entzugssyndrom

Wird im Rahmen eines stationären Aufenthalts **ausschliesslich** ein (z.B. Alkohol-)Entzugssyndrom (mit oder ohne Delir) therapiert, wird dies nur mit den Codes der Rubriken **F10.3 - F19.3 Psychische und Verhaltensstörungen durch...; Entzugssyndrom** **oder** **F10.4 - F19.4 Psychische und Verhaltensstörungen durch Entzugssyndrom mit Delir** kodiert.

Bei alleiniger Therapie/Behandlung eines Entzuges ist die (ärztlich dokumentierte) Abhängigkeit nicht zusätzlich zu kodieren, ausser Aufwände bezüglich dieser Diagnose sind gemäss Kodierregel G 54 nachweisbar.

In Fällen, bei denen (z.B. in einer Suchtfachklinik etc.) einer anfänglichen Entzugssyndrombehandlung (Entgiftung) während desselben stationären Aufenthaltes z.B. eine Motivations- und Folgebehandlung angeschlossen wird oder ein anderer Aufwand gemäss Kodierregel G 54 nachweisbar ist, spricht nichts gegen eine gleichzeitige Kodierung beider Codes (**F10.3 - F19.3 Psychische und Verhaltensstörungen durch...; Entzugssyndrom** **oder** **F10.4 - F19.4 Psychische und Verhaltensstörungen durch...; Entzugssyndrom mit Delir** **und** **F10.2 - F19.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch...; Abhängigkeitssyndrom**) unter Berücksichtigung aller Kodierregeln.

Als Hauptdiagnose ist derjenige Diagnosekode anzugeben, der den grössten Aufwand an medizinischen Mitteln im entsprechenden Aufenthalt erforderte.

Ein körperliches Entzugssyndrom (biologisches Korrelat) kann grundsätzlich auch ohne das Vorliegen eines Abhängigkeitssyndroms (psychologisches Konstrukt) auftreten. Diese Konstellation tritt in der klinischen Praxis aber eher selten auf.

z.B. Entzugssymptomatik bei Neugeborenen, welche keine aktive Abhängigkeit aufweisen, sondern der entsprechenden psychoaktiven Substanz intrauterin durch den Konsum der Mutter ausgesetzt waren

D.h. eine Abhängigkeit ist in den meisten klinischen Fällen inhärent in einem Entzugssyndrom.

Voraussetzung für das Auftreten eines körperlichen Entzugssyndroms ist die vorangegangene Toleranzentwicklung.

Das Entzugssyndrom ist somit nur ein **(1)** Indikator für eine Abhängigkeit.

Je nach quantitativ konsumierter Menge und der individuellen intrinsischen Biologie der betroffenen Patientinnen/Patienten kann sich die Zeit eines Entzugssyndroms von unterschiedlicher Dauer zeigen.

Entzugszustände verlaufen häufig fluktuierend und die Patientinnen/Patienten müssen auch über das akute Entzugsgeschehen hinaus überwacht werden.

SD0600k Krankheiten des Nervensystems

Beachte:

Die Kodierregeln SD0601 und SD0602 gelten für alle Zustände, die unter den Kodekategorien I60-I64 aufgeführt sind, auch für die Kodierung einer Subarachnoidalblutung oder sonstigen nichttraumatischen intrakraniellen Blutung und der daraus resultierenden, möglichen neurologischen Defizite.

SD0601k Akuter «Schlaganfall etc.», Subarachnoidalblutung, sonstige nichttraumatische intrakranielle Blutung

Hinweis: Als «Schlaganfall, Stroke, Apoplex, Insult, Cerebrovascular accident (CVA), Cerebrovascular Insult (CVI) etc.» wird/werden ein oder mehrere **akut** einsetzend(e) neurologisch(e) Defizit(e) aufgrund zerebraler Durchblutungsstörung (ischämisch) oder/und intrazerebraler Blutung (hämorrhagisch) bezeichnet. Die Symptomatik variiert je nach betroffenem Hirnareal und zeigt unterschiedliche und unmittelbare Folgen.

Solange eine Patientin/ein Patient **fortgesetzte stationäre Spitalbehandlung** eines akuten «Schlaganfalls etc.», einer nichttraumatischen Subarachnoidalblutung oder sonstigen nichttraumatischen intrakraniellen Blutung und der unmittelbaren Folgen (Defizite) 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 etc.) zuzuweisen.

Es werden im akuten Setting immer alle unmittelbaren Folgen (Defizite), die eindeutig auf das akute Geschehen zurückzuführen sind, erfasst. Mit der Diagnostik/Therapie/Pflege der ursächlichen Erkrankung gelten im akuten Geschehen die resultierenden (neurologischen) Defizite als ebenfalls behandelt.

Bei erneutem Akut-Spitalaufenthalt innerhalb von 18 Tagen, z.B. Rückverlegung aus der Rehabilitation oder Wiedereintritt, wird bei Erkrankungen/Störungen nach medizinischen Massnahmen, die sich auf Behandlungen beziehen, welche im Voraufenthalt erbracht wurden, gemäss den Kodierungsrichtlinien D16 und S0206 vorgegangen (siehe Beispiel 3).

Steht im erneuten Akut-Spitalaufenthalt (Rückverlegung aus der Rehabilitation oder Wiedereintritt) die Behandlung einer(s) unmittelbaren Folge/neurologischen Defizites des akuten «Schlaganfalls etc.» im Vordergrund oder erfolgt der Wiedereintritt aufgrund eines neu aufgetretenen medizinischen Problems (siehe Beispiel 2) oder erfolgt der Wiedereintritt ausserhalb von 18 Tagen aufgrund einer Erkrankung/ Störung nach medizinischer Massnahme (siehe Beispiel 4), welche im Voraufenthalt erbracht wurde, wird gemäss Kodierregeln G52, G54 und/oder S0602 vorgegangen.

Für **geplante Folgebehandlungen** im Kontext der Behandlung eines akuten «Schlaganfalls etc.», einer nichttraumatischen Subarachnoidalblutung oder sonstigen nichttraumatischen intrakraniellen Blutung wird auf die Kodierregel D07 «Geplante Folgeeingriffe» verwiesen.

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

Beispiel 2

Wiedereintritt nach 5 Tagen Rehabilitationsaufenthalt aufgrund neu aufgetretener instabiler Angina pectoris und Verdacht auf Herzinfarkt. Die bereits im vorherigen Fall (Beispiel 1) behandelten Folgen des Hirninfarktes erzeugen weiteren dokumentierten Aufwand. Eine koronare Eingefässerkrankung wird diagnostiziert und entsprechend versorgt.

Hauptaufwand des Wiedereintrittes ist gemäss ärztlicher Dokumentation die Behandlung der instabilen Angina pectoris.

HD	I20.0	Instabile Angina pectoris
HD	I25.11	Atherosklerotische Herzkrankheit, Ein-Gefäss-Erkrankung
ND	G81.0	Schlaffe Hemiparese und Hemiplegie
L	1	
ND	R47.0	Aphasie
ND	I69.3	Folgen eines Hirninfarktes

Beispiel 3

Wiedereintritt nach 4 Tagen Rehabilitationsaufenthalt aufgrund Infektion an der Einstichstelle des zentralvenösen Katheters (gelegt im Beispiel 1).

Die bereits im vorherigen Fall behandelten Folgen des Hirninfarktes erzeugen weiteren dokumentierten Aufwand.

Hauptaufwand des Wiedereintrittes ist gemäss ärztlicher Dokumentation die Behandlung der medizinischen Komplikation auf die Hauptdiagnose des Voraufenthaltes (Beispiel 1) bezogen.

HD	I63.5	Hirninfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien
L	2	
ND	T82.7	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefässen
ND	Y84.9!	Zwischenfälle durch medizinische Massnahmen, nicht näher bezeichnet
ND	G81.0	Schlaffe Hemiparese und Hemiplegie
L	1	
ND	R47.0	Aphasie
ND	I69.3	Folgen eines Hirninfarktes

In einer möglichen/nötigen Fallzusammenführung (z.B. Beispiel 1+3 bei Rückverlegung gemäss Abrechnungsregeln SwissDRG AG) nach Anwendung der Kodierregel D16 wird ein Kode aus Kategorie I69.- gelöscht.

Beispiel 4

(Wieder-) Eintritt nach 23 Tagen Rehabilitationsaufenthalt (Status nach akuter Subarachnoidalblutung rechts, ausgehend von A. basilaris, Hemiplegie schlaff links, fortwährend bestehende Urininkontinenz, Aphasie und Dysphagie) aufgrund persistierender Infektion an der Einstichstelle des zentralvenösen Katheters (gelegt im Kontext der Behandlung der akuten Subarachnoidalblutung). Die Entzündungsparameter steigen im Rehabilitationsaufenthalt, der Patient hat Fieber, trübt zunehmend ein und ist tachypnoeisch.

Die bereits im 1. (akuten) Fall behandelten Defizite/ Folgen der Subarachnoidalblutung erzeugen weiteren dokumentierten Aufwand.

Eine «Kathetersepsis» (Staphylokokkus aureus, akute Niereninsuffizienz, zunehmende Thrombozytopenie, hypoxische respiratorische Insuffizienz) wird diagnostiziert und über 3 Wochen behandelt.

Alle Folgen des Schlaganfalles werden (auch bei zusätzlicher Verschlechterung aufgrund der Sepsis) weiter behandelt.

HD	A41.0	Sepsis durch Staphylococcus aureus
ND		alle ND bezogen auf Sepsis gemäss Kodierregeln G54 und S0102
ND	G81.0	Schlaffe Hemiparese und Hemiplegie
L	2	
ND	R47.0	Aphasie
ND	R13.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Dysphagie
ND	R32	Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz
ND	I69.0	Folgen einer Subarachnoidalblutung

SD0602k Folgen eines/Status nach: «Schlaganfall etc.», einer nichttraumatischen Subarachnoidalblutung oder sonstigen nichttraumatischen intrakraniellen Blutung

Wenn eine Patientin/ein Patient die Anamnese eines «Schlaganfalles etc.», einer nichttraumatischen Subarachnoidalblutung oder sonstigen nichttraumatischen intrakraniellen Blutung aufweist und aktuell noch/weiterhin neurologische Ausfälle (z.B. Hemiplegie, Aphasie, Hemianopsie, Neglect etc.) bestehen, werden diese Erkrankungen/Zustände/Manifestationen entsprechend der Kodierregel G54 «Die Nebendiagnosen» gefolgt von einem Kode aus Kategorie **I69.– Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit** erfasst. Erfüllt kein(e) andere(r) Erkrankung/Zustand/Manifestation die Bedingungen für die Kodierregel G52 «Die Hauptdiagnose», ist der behandelte (neurologische) Folgezustand (z.B. Hemiplegie, Aphasie, Inkontinenz etc.), dessen Behandlung die Bedingungen der Kodierregel G52 erfüllt, als Hauptdiagnose zu erfassen.

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 *Streptococcus pneumoniae*
 ND G81.1 Spastische Hemiparese und Hemiplegie
 L 2

NDI69.4 Folgen eines Schlaganfalls, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet

Beispiel 2

Ein Patient wird aufgrund eines Dekubitus sakral II. Grades und Zeichen pflegerischer Vernachlässigung (z.B. Mundsoor, Mangelernährung etc.) hospitalisiert. Ätiologisch wird sein Zustand in Zusammenhang mit Bettlägerigkeit und einer häuslichen desolaten Pflegesituation bei einer ausgeprägten spastischen Hemiparese rechts (Status nach schwerer nichttraumatischer intrakranieller Blutung 2 Jahre zuvor) gebracht.

Er zeigt in den klinischen Untersuchungen u.a. starke (Gelenk-)Kontrakturen an der rechten Hand und dem rechten Fuss.

Hauptaufwand des Aufenthaltes ist die akut notwendige Rekonditionierung, insbesondere Lagerungs- und Mobilisationstherapie bezogen auf Verbesserung der spastischen Hemiparese.

Alle anderen vorliegenden Störungen/Erkrankungen/Zustände erfordern einen Aufwand gemäss Kodierregel G54.

HD G81.1 Spastische Hemiparese und Hemiplegie
 L 7
 ND I69.2 Folgen einer sonstigen nichttraumatischen intrakraniellen Blutung
 ND L89.14 Dekubitus, Stadium 2, Kreuzbein
 ND B37.0 Candida-Stomatitis
 ND E46 Nicht näher bezeichnete Energie- und Eiweissmangelernährung
 ND M24.5- Gelenkkontraktur (5.Stelle gemäss Lokalisation)
 L 7

Funktionsstörungen

Die Kodierung einer Urin- und/oder Stuhlinkontinenz im Rahmen eines akuten «Schlaganfalles etc.», einer nichttraumatischen Subarachnoidalblutung oder sonstigen nichttraumatischen intrakraniellen Blutung oder bei Behandlung der Folgen (Status nach) erfolgt gemäss Kodierregeln G52 «Die Hauptdiagnose» und/oder G54 «Die Nebendiagnosen» und /oder SD0602 «Folgen eines/Status nach: «Schlaganfall etc.», einer nichttraumatischen Subarachnoidalblutung oder sonstigen nichttraumatischen intrakraniellen Blutung».

SD0603a Paraplegie und Tetraplegie, nicht traumatisch

Zur Kodierung einer traumatischen Paraplegie/Tetraplegie siehe SD1905 «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 Femurs 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.

SD0604i 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., Vanhauzenhuysse, 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.

SD0605e 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 SD1805: Aufnahme zur Implantation eines Neurostimulators bei Schmerzbehandlung).

SD0606e 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 SD1806: Aufnahme zur Entfernung eines Neurostimulators bei Schmerzbehandlung)

SD0607h 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.

SD0700 Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde

SD0701a 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.

SD0800 Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes

SD0801a 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 werden
- plötzlicher Hörverlust bei Erwachsenen

SD0802d Anpassung/Handhabung eines implantierten Hörgerätes

Hier ist nur

Z45.3 Anpassung und Handhabung eines implantierten Hörgerätes
zuzuweisen, zusammen mit den passenden Prozedurenkodes.

SD0900 Krankheiten des Kreislaufsystems

SD0901a 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.

SD0902e 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 ycardial 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 ycardial 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).

SD0903k 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	00.66.38	Perkutan-transluminale Gefässintervention an den Koronarien, selektive Thrombolyse

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	00.66.38	Perkutan-transluminale Gefässintervention an den Koronarien, selektive Thrombolyse

SD0904d Erkrankungen der Herzklappen

Bei den Erkrankungen der Herzklappen unterscheiden wir zwischen:

- Angeborene Krankheit (zu kodieren mit einem Q-Code)
- 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.

SD0905a 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*

SD0906a 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.

SD0907a Akutes Lungenödem

Ein akutes Lungenödem wird nach der zugrundeliegenden 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.

SD0908k 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.

Ein Kode aus der Rubrik *I46.- Herzstillstand* ist nur als Hauptdiagnose anzugeben, wenn die zugrundeliegende/auslösende Ursache nicht bekannt ist und/oder nicht eruiert werden kann und gemäss Kodierregel G52 kein anderer Diagnosenkode als Hauptdiagnose in Frage kommt.

Wenn die zugrundeliegende Erkrankung für den Herzstillstand oder Herz- und Atemstillstand bekannt und damit als Hauptdiagnose erfasst wird, ist ein Kode für den Herzstillstand oder Herz- und Atemstillstand aus Kategorie *I46.- Herzstillstand* als Nebendiagnose zu erfassen.

Die Definition des unmittelbaren zeitlichen Zusammenhanges richtet sich nach den Bestimmungen unter den Kodes *I46.0 Herzstillstand mit erfolgreicher Wiederbelebung*, *I46.9 Herzstillstand, nicht näher bezeichnet* und *U69.13! Herz-Kreislauf-Stillstand vor Aufnahme in das Krankenhaus* innerhalb von 24 Stunden vor stationärer Behandlung ausserhalb des Spitals aufgetreten und umfasst damit einen Zeitraum von ≤ 24 h.

Tritt ein Herzstillstand oder ein Herz-Atemstillstand als Folge oder Komplikation einer stationären Behandlung oder plötzlich während eines stationären Aufenthaltes auf und bleiben die Wiederbelebungsmaßnahmen im stationären Setting erfolglos, dann dürfen etwaige mögliche Diagnosen eines später vorliegenden Autopsieberichtes nicht in die Kodierung einfließen, da der Fall mit dem Tod endet. Der passende Kode aus *I46.-* soll zusammen mit der ärztlich dokumentierten (Verdachts)-Diagnose, die den Herz- oder Herz-Atemstillstand erklärt, erfasst werden.

Beispiel 1

Aufnahme einer Patientin nach Auffinden in reanimationsbedürftiger Situation ca. 2 h vor stationärer Aufnahme.

Gemäss Recherche kann der genaue Zeitpunkt des Herz-Kreislaufstillstandes nicht bestimmt werden, liegt aber mit hoher Wahrscheinlichkeit innerhalb der letzten 24 h vor stationärer Aufnahme.

Durch ambulante CPR konnte wieder eine Herz-Kreislauf-Zirkulation erreicht werden.

Die Patientin wird beatmet und unter Herz-Kreislauf-regulierender Medikation auf die Intensivstation aufgenommen.

Nach Diagnostik und Feststellung des Hirntodes Entschluss zur Beendigung der intensivmedizinischen Massnahmen und darauf folgend Versterben der Patientin.

Es werden mehrere mögliche Ursachen des Herz-Kreislauf-Versagens ärztlich diskutiert, aber es kann keine konkrete Ursache oder Verdachtsdiagnose zum Zeitpunkt der Kodierung benannt werden.

HD	<i>I46.0</i>	<i>Herzstillstand mit erfolgreicher Wiederbelebung</i>
ND	<i>U69.13!</i>	<i>Herz-Kreislauf-Stillstand vor Aufnahme in das Krankenhaus</i>

Der Zusatzkode:

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.

soll ergänzend zu *I46.- Herzstillstand* oder *Herz-Atem-Stillstand* kodiert werden.

Für die Kodierung des Kodes *U69.13!* muss der medizinischen Dokumentation der Hinweis zu entnehmen sein, dass ein Herz-Kreislauf-Stillstand aufgrund einer(s) Erkrankung/Zustands/Manifestation vorliegt, der innerhalb der letzten 24 h vor dem aktuellen Spitalaufenthalt, unabhängig von seiner Ursache, auftrat. Die Erfassung von *U69.13!* erfolgt unabhängig vom Ergebnis der Reanimationsmassnahmen.

Beispiel 2

30 min vor Spitaleintritt erfolgreiche CPR durch Ambulanz und anschliessender Transport ins Spital, wo als Ursache für den Herzstillstand ein akuter Vorderwandinfarkt diagnostiziert wird.

Nach Stabilisierung und Notfalldiagnostik erfolgt eine dringende Bypassoperation.

Nach initial erfolgreicher Operation Zustandsverschlechterung aufgrund schwerer Linksherzinsuffizienz (Orthopnoe, EF 20% und sinkend) bei (vorbestehender) ischämischer Kardiomyopathie und danach folgend Tod des Patienten.

HD	I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand
ND	I46.0	Herzstillstand mit erfolgreicher Wiederbelebung
ND	U69.13!	Herz-Kreislauf-Stillstand vor Aufnahme in das Krankenhaus
ND	I50.14	Linksherzinsuffizienz mit Beschwerden in Ruhe
ND	I25.5	Ischämische Kardiomyopathie

Bei Reanimation im Rahmen eines Herzstillstandes ist im stationären Setting der CHOP-Kode für die Reanimation zu kodieren.

Beachte:

Die Feststellung des Todeszeitpunktes, welcher vor oder nach dem Spitaleintritt liegen kann, obliegt nur den behandelnden Ärztinnen und Ärzten.

Je nach ärztlich festgelegtem und dokumentiertem Todeszeitpunkt erfolgt die Eröffnung eines stationären Falles oder nicht.

Wird der Todeszeitpunkt als im Spital stattgefunden ärztlich festgelegt und dokumentiert, kann in jedem Fall von einem Aufwand > 0 gemäss Kodierregeln G52 und G54 ausgegangen werden.

Beispiel 3

Eintritt unter CPR (keine eigene Herzaktion, keine Spontanatmung) auf Notfallstation (Alarmierung der Sanität 1h zuvor aufgrund akuter Bewusstlosigkeit und Atemstillstand, Beginn Laienreanimation). Weiterführen der Massnahmen. 35 min nach Spitaleintritt wird durch den betreuenden Notfallmediziner der Tod festgestellt (Eintritt 10.00 Uhr, ärztlich festgestellter Todeszeitpunkt 10:35 Uhr).

In der durchgeführten Autopsie wird als wahrscheinliche Todesursache eine schwere Lungenembolie konstatiert.

Eröffnung eines stationären Falles gemäss Falldefinitionen SwissDRG AG.

HD	I46.9	Herzstillstand, nicht näher bezeichnet
ND	U69.13!	Herz-Kreislauf-Stillstand vor Aufnahme in das Krankenhaus
HB		Reanimation

SD0910j 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 Code *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 Code aus der Elementegruppe *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-Code 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 Elementegruppen 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*

SD1000 Krankheiten des Atmungssystems

SD1001k 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 der Patientinnen und Patienten.

Maschinelle Beatmung auf einer Intensivstation

Bei der künstlichen Beatmung ist die Patientin oder der Patient in der Regel intubiert oder tracheotomiert und wird fortlaufend beatmet. Bei intensivmedizinisch* versorgten Patientinnen und 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 gilt nicht als maschinelle Beatmung (ausser bei Neugeborenen und Säuglingen bis und mit zum ersten Lebensjahr).

* Die intensivmedizinische Versorgung muss nachvollziehbar dokumentiert sein (Überwachung, Beatmungsprotokolle etc.) und setzt entsprechende räumliche und personelle Ausstattung voraus. Dabei handelt es sich um anerkannte Intensivstationen (IMC und Aufwachräume zählen nicht dazu). Patientinnen und Patienten, die keiner intensivmedizinischen Versorgung bedürfen (z.B. bereits vorbestehende Heimbeatmung, jetzt Aufnahme zur geplanten Chemotherapie etc.), zählen nicht hierzu.

Für die Erfassung der NEMS IS wird die maschinelle Beatmung auf der IS berücksichtigt. Die Beatmungsstunden werden im Feld 4.4.V01 «Dauer der künstlichen Beatmung» erfasst.

Maschinelle Beatmung auf einer Intermediate Care Station (IMC)

Die künstliche Beatmung auf der IMC** erfolgt meist über Maskensysteme. Gelegentlich ist jedoch eine invasive Beatmung über einen Trachealtubus oder ein Tracheostoma möglich.

CPAP ist eine Massnahme zur Atemunterstützung und gilt nicht als maschinelle Beatmung (ausser bei Neugeborenen und Säuglingen bis und mit zum ersten Lebensjahr).

** Die Versorgung auf einer IMC muss nachvollziehbar dokumentiert sein (Überwachung, Beatmungsprotokolle etc.) und setzt eine entsprechende räumliche und personelle Ausstattung voraus. Dabei handelt es sich um anerkannte IMC (IS und Aufwachräume zählen nicht dazu). Patientinnen und Patienten, die keiner Versorgung auf einer IMC bedürfen (z.B. bereits vorbestehende Heimbeatmung, jetzt Aufnahme zur geplanten Chemotherapie etc.), zählen nicht hierzu. Für die Erfassung der NEMS IMC wird die maschinelle Beatmung auf der IMC berücksichtigt. Die Erfassung der Beatmungsstunden in einem dafür vorgesehenen Datenfeld des BFS (analog 4.4.V01 «Dauer der künstlichen Beatmung») erfolgt nicht (ausser bei Neugeborenen und Säuglingen bis und mit zum ersten Lebensjahr).

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 Atemunterstützung 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.

SD1002j 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.

SD1100 Krankheiten des Verdauungssystems

SD1101j 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

SD1103a 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.

SD1104i 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 «peranalen 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.

SD1105a 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.

SD1200 Krankheiten der Haut und der Unterhaut

SD1201g 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.

SD1202j 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-Kode 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 Kodes aus *L89.- Dekubitalgeschwür und Druckzone* muss bei Vorliegen von Spannungsblasen, die Pathogenese ärztlich bestätigt werden.

SD1400 Krankheiten des Urogenitalsystems

SD1401d Dialyse

Bei den Codes 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.

SD1402a 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.

SD1404g 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 Code *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*.

SD1405d 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).

SD1406d 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)

SD1407d 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).

SD1408a 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

SD1500 Geburtshilfe

SD1501b 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].

SD1502a 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	Kontaklanlässe 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, unvollständig, 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)

SD1503j 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 Kodes 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 *O23.- 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 *O24.--Diabetes mellitus in der Schwangerschaft* zur Verfügung. Falls eine Präzisierung möglich ist, werden diese (mit Ausnahme von *O24.4*) 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 *SD0400* zu verschlüsseln.

Um Erkrankungen der Leber in der Schwangerschaft zu kodieren, steht der Kode *O26.6 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 *O26.60* 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	O26.4	Herpes gestationis
ND	O09.3!	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	O98.3	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	O09.5!	Schwangerschaftsdauer 34. Woche bis 36 vollendete Wochen

Diffuse Beschwerden bei bestehender Schwangerschaft, für die keine spezifische Ursache gefunden wird, sind mit *O26.88 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 hauptsächlichlicher Anlass für geburtshilfliche Massnahmen sind) zu kodieren, stehen die Kategorien *O98 - O99* 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 *O98* und *O99* in der ICD-10-GM).

Beispiel 4

Eine Patientin wird wegen einer schweren schwangerschaftsbedingten Eisenmangelanämie eingewiesen.

HD	O99.0	Anämie, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert
ND	D50.8	Sonstige Eisenmangelanämien
ND	O09.- !	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

SD1504e 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 Forzeps** 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 zugrundeliegende Ursache nicht bekannt ist. Wenn eine zugrundeliegende 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.

SD1505k Spezielle Kodierregeln für die Geburt

Die untenstehenden Regeln gelten gleichermaßen für Spitäler und Geburtshäuser (sofern die betreffende Leistung gemäss den 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 «spontan» bezieht sich auf die Geburt, nicht auf den Wehenbeginn/die Wehentätigkeit, welche spontan oder induziert sein kann. **Es wird für alle vaginalen Geburten ohne instrumentale Extraktion der Prozedurenkode *73.59 Manuell unterstützte Geburt, sonstige* erfasst.**

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*
- 93.92.99 Anästhesie, sonstige***

Hinweis: Der Kode *93.92.99 Anästhesie, sonstige* ist für die geburtshilfliche intravenöse Gabe von Opioiden (Remifentanyl) im PCA-Modus, s.g. Remifentanyl-PCA zu benutzen.

Hinweis: Einer (notwendigen) Episiotomie können eine oder mehrere Indikationen zugrunde liegen. Ist der Grund für den Dammschnitt in der ärztlichen Dokumentation aufgeführt (z.B. rigide Weichteile, Notwendigkeit der schnellen Beendigung der späten Austreibungsphase, beginnende Verletzung etc.) wird dieser zusammen mit dem Prozedurenkode für die Episiotomie erfasst und die Kodierung des Kodes *O80 Spontangeburt eines Einlings* entfällt.

Dammrisse, die trotz Episiotomie auftreten, werden zusätzlich erfasst.

Die Naht eines Dammschnittes ist im Prozedurenkode *73.6 Episiotomie* enthalten.

Die Versorgung (zusätzlich auftretender) (von) Dammrisse(n) werden mit einem Kode aus der Kategorie *75.6- Naht eines anderen frischen geburtsbedingten Risses* abgebildet.

Beachte:

Eine Geburtseinleitung (Weheneinleitung) hat das Ziel, fetale oder maternale Morbidität und Mortalität zu minimieren und bedarf einer ärztlichen Indikation.

Für (den Versuch) eine(r) medikamentöse(n) und andere(n) (z.B. instrumentellen) Weheneinleitung liegt normalerweise eine ärztlich dokumentierte Indikation/Begründung vor, z.B. frustrane, schmerzhafte Wehen bei Multipara, Oligo- oder Polyhydramnion, (V.a.) Plazentainsuffizienz und/oder intrauterine Größenretardierung, Übertragung, vorzeitiger Blasensprung, (massive) Erschöpfung/Ermüdung der Schwangeren etc.

Sind der ärztlichen und/oder medizinischen Dokumentation ein bzw. mehrere Gründe oder Indikationen für eine Geburtseinleitung (Weheneinleitung) zu entnehmen, ist (sind) diese Diagnose(n) zu wählen und die Kodierung des Kodes *O80 Spontangeburt eines Einlings* in Haupt- oder Nebendiagnose entfällt.

Auch wenn eine Beendigung des Geburtsvorganges oder einer Schwangerschaft vaginal-operativ (Vakuumentraktion, Forzepsextraktion) oder per Sectio caesarea (primär, sekundär) erfolgt, muss die Kodierung der Einleitungsindikation(en) erfolgen.

Die Wahl der Hauptdiagnose erfolgt gemäss Kodierregel G 52.

Geburtshilfliche Einleitungen können mehrere Stunden bis Tage (auch iterativ) verlaufen.

Nicht selten erfüllt somit auch die Indikation für die Einleitung die Bedingungen der Kodierregel G 52 «Die Hauptdiagnose».

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	O48	Übertragene Schwangerschaft
ND	O09.7!	Schwangerschaftsdauer mehr als 41 vollendete Wochen
ND	Z37.0!	Lebendgeborener Einling
HB	73.59	Manuell unterstützte Geburt, sonstige

Beispiel 4

Spontane vaginale Geburt in 36.2 SSW, nach Einleitung (2 Tage, medikamentös) bei Verdacht auf intrauterine Größenretardierung, Plazentainsuffizienz und etlichen placentaren Kalkeinlagerungen und Zeichen weißer Infarkte. Dammriss II. Grades, Naht. Die CTG-Aufzeichnung war streckenweise pathologisch, das Fruchtwasser zeigte eine grüne Farbe, so dass eine ununterbrochene Überwachung der Schwangeren notwendig wurde.

HD	036.5	Betreuung der Mutter wegen fetaler Wachstumsretardierung
ND	043.8	Sonstige pathologische Zustände der Plazenta
ND	060.3	Vorzeitige Entbindung ohne spontane Wehen
ND	068.1	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz mit Mekonium im Fruchtwasser
ND	070.1	Dammriss 2. Grades unter der Geburt
ND	009.6!	Schwangerschaftsdauer 37. Woche bis 41 vollendete Wochen
ND	Z37.0!	Lebendgeborener Einling
HB	73.4	Medikamentöse Weheneinleitung
NB	73.59	Manuell unterstützte Geburt, sonstige
NB	75.69	Naht eines anderen frischen geburtsbedingten Risses

Entbindung eines Einlings durch Zangen-, Vakuumextraktion oder Schnittentbindung (081 – 082)

Der Beendigung des Geburtsvorganges mittels Vakuum- und/oder Forzepsextraktion oder per Sectio caesara (primär oder sekundär) liegen immer eine oder mehrere Indikationen zugrunde, z.B. pathologische Herzfrequenz (kombiniert mit Veränderungen der Fruchtwasserfarbe), primäre oder sekundäre Wehenschwäche, maternale Erschöpfung, Einstellungs- Haltungs- oder Lageanomalien des Fetus, prä- oder intrapartale (placentare) Blutungen, rigide Gewebesituationen etc.

Die Erfassung der Codes

081	Geburt eines Einlings durch Zangen- oder Vakuumextraktion
und	
082	Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea]

entfällt bei Kodierung der entsprechenden Indikation.

Beispiel 5

Forzepsextraktion (vorangehender Teil Höhenstand Beckenboden) bei Erstgebärender (medikamentöse Einleitung wegen Übertragung 41.3 SSW, Wehenbeginn 3 h nach erster Prostaglandingabe) aufgrund Dezelerationen und Bradykardie (pathologisches Kardiotokogramm). Die Austreibungswehen zeigen sich zu kurz und zu wenig stark. Eine sekundäre Wehenschwäche in protrahierter (95 min) Austreibungsphase wird ebenfalls ärztlich dokumentiert.

Die vaginal-operative Entbindung erfolgt ohne elektive Episiotomie, ein Dammriss 1. Grades wird versorgt.

HD	068.0	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz
ND	063.1	Protrahiert verlaufende Austreibungsperiode (bei der Geburt)
ND	062.1	Sekundäre Wehenschwäche
ND	070.0	Dammriss 1. Grades unter der Geburt
ND	048	Übertragene Schwangerschaft
ND	009.7!	Schwangerschaftsdauer, Mehr als 41 vollendete Wochen
ND	Z37.0!	Lebendgeborener Einling
HB	72.19	Tiefe Zange, sonstige
NB	75.69	Naht eines anderen frischen geburtsbedingten Risses
NB	73.4	Medikamentöse Weheneinleitung

Primäre und sekundäre Sectio caesarea in der medizinischen Kodierung

Die **medizinische** Definition einer Sectio caesara lautet wie folgt:

Eine **primäre** Sectio caesarea ist die Durchführung einer Schnittentbindung vor Geburtsbeginn (Wehenbeginn und/oder Blasensprung). Sie wird auch als elektive, geplante oder Sectio 1.Grades bezeichnet.

Eine **sekundäre** Sectio caesarea ist die Durchführung einer Schnittentbindung nach Geburtsbeginn (Wehenbeginn und/oder Blasensprung). Sie wird auch als ungeplante oder Sectio 2.Grades bezeichnet.

Die Notwendigkeit/Entscheidung zur Durchführung einer Sectio caesarea stellt in den meisten Fällen ein **multifaktorielles** Geschehen dar. Das bedeutet, nicht nur **eine** Indikation, sondern **eine Kombination** aus (mütterlichen und/oder kindlichen) **Indikationen und anderen Gründen** kann zur Entscheidung der Schnittentbindung führen.

Beachte:

Alle in der medizinischen Dokumentation aufgeführten (absolute und/oder relative) **Indikationen und andere Gründe**, die zur Entbindung per Sectio caesarea führen, sind mit dem jeweiligen ICD-10-GM-Kode zu erfassen.

Der gemäss Kodierregeln G52 «Die Hauptdiagnose» und G54 «Die Nebendiagnosen» nachzuweisende Aufwand hinsichtlich der Diagnosen ist mit der durchgeführten Schnittentbindung (jeder Art) erbracht.

Die für den Entscheid für eine Sectio caesarea bedeutendste Diagnose wird bei Erfüllung der Kodierregel G52 als Hauptdiagnose erfasst, wenn nicht eine andere Diagnose die Kriterien der Hauptdiagnoseregul erfüllt.

Es werden in der klinischen Geburtshilfe **absolute** und **relative** Indikationen für eine Sectio caesarea unterschieden.

Hinweis: Die unten aufgeführten Beispiele für Indikationen sind nicht als vollständig zu betrachten und können in medizinischen Publikationen und im klinischen Alltag variieren.

Die hier erfolgte Aufzählung richtet sich u.a. nach den Guidelines¹ der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe.

Absolute Indikationen: Bei Vorliegen dieser Indikationen muss zur Rettung von Leben und/oder Gesundheit des Kindes und/oder der Mutter zwingend zur Sectio caesarea geraten werden. Auf solche Indikationen weisen auch die Termini «Notfall-Sectio» oder «dringliche Sectio» hin.

z.B. Querlage, (drohende) Uterusruptur, fetale Azidose (pH-Wert von ≤ 7.20 als Ergebnis einer Fetalblutanalyse), absolutes Missverhältnis, Becken deformitäten, schwere therapieresistente fetale Bradykardie, Nabelschnurvorfal, Placenta praevia (mit oder ohne Blutung), vorzeitige Plazentalösung, Geburtsstillstand, Amnioninfektionssyndrom, Eklampsie, HELLP-Syndrom, Nabelschnurvorfal etc.

Relative Indikationen: Bei Vorliegen dieser Indikationen ist die Durchführung einer Sectio caesarea nicht zwingend. Das Leben und/oder die Gesundheit des Kindes und/oder der Mutter sind nicht unmittelbar in Gefahr. Die vorliegenden Indikationen, die zu einer Schnittentbindung führen können, müssen den Geburtsmodus betreffend hinsichtlich aller Vor- und Nachteile und geburtsmedizinischen Risiken mit der werdenden Mutter individuell besprochen und abgewogen werden.

z.B. Beckenendlage (reine Steisslage, reine Fusslage, Steiss-Fusslage), intrauterine Wachstumsretardierung/Wachstumsrestriktion, Mehrlingsschwangerschaft, cephalo-pelvines Missverhältnis, absolute fetale Makrosomie (> 4500g), HIV-Infektion, primäre genitale Herpes Simplex Virus (HSV)-Infektion im dritten Trimenon, pathologisches CTG, protrahierte Geburt, Präeklampsie, Status nach vorangegangener Sectio, Frühgeburlichkeit, mütterliche Erschöpfung, psychisch motivierte Sectio caesarea (Angstgefühle hinsichtlich kindlicher Sicherheit, Geburtsschmerzen und organischer Spätschäden), mütterliche Herzinsuffizienz, weitere ähnlich schwere Erkrankungen der Mutter (z.B. entgleister Diabetes mellitus etc.)

Es existieren noch etliche weitere Gründe für den Entscheid für eine primäre oder sekundäre Sectio caesarea, z.B.

- Hepatitis B-Infektion
- Hepatitis C-Infektion
- HPV-Infektion
- Wunschsectio ohne jegliche medizinische Indikation

Auch diese Zustände und weitere Gründe müssen ebenfalls, wenn in der medizinischen Dokumentation angegeben, in der Kodierung als (ein) Grund für eine Sectio caesarea erfasst werden.

¹ Guideline_Sectio_Caesarea_2015.pdf (sggg.ch)

In der CHOP stehen seit 2014 sechsstellige Codes für die Erfassung verschiedener Arten einer Sectio caesarea zur Verfügung. Für die korrekte Wahl des entsprechenden Prozedurenkodes ist die folgende, für eine schweizweit einheitliche Kodierung notwendige, Regelung zu beachten:

- Für die Wahl des entsprechenden CHOP-Kodes **74.0X.10, 74.1X.10, 74.2X.10, 74.4X.10** wird die Art der Sectio caesarea erfasst, die als **antepartal geplante Prozedur** vor oder nach dem Geburtsbeginn (Einsetzen der Wehen und/oder Blasensprung) durchgeführt wird. Die Entscheidung für eine Entbindung per Sectio caesarea wird dabei **vor dem Geburtsbeginn, d.h. vor Einsetzen von Wehen und/oder stattgefundenem Blasensprung** getroffen. Es handelt sich dabei auch um die s.g. elektive Sectio caesarea. Voraussetzung für die Wahl eines Kodes mit den Endziffern -.10 ist, dass nicht eine zusätzlich auftretende mütterliche und/oder kindliche (absolute und/oder relative) Sectio-Indikation oder andere Gründe die Kodierung eines CHOP-Kodes der Rubrik 74.- mit der Endziffer -.20 erfordert (z.B. in Notfallsituation etc.).
- Für die Wahl des entsprechenden CHOP-Kodes **74.0X.20, 74.1X.20, 74.2X.20, 74.4X.20** wird die Art Sectio caesarea erfasst, die entweder (unabhängig davon, ob initial geplant* oder ungeplant) aufgrund einer **akuten dringlichen Indikation** oder **Notfallsituation** (siehe absolute Sectioindikationen) **zwingend vor dem Geburtsbeginn stattfinden musste** oder die Entscheidung für die Sectio caesarea **(ungeplant) nach dem Geburtsbeginn (während des Geburtsverlaufes)** aufgrund einer **Notfallsituation, dringlicher oder anderer absoluter und/oder relativer Indikationen** erforderlich wurde.

*Auch, wenn es sich z.B. initial um eine antepartal geplante Prozedur handelte und die Geburt noch nicht begonnen hat, kann das Auftreten neuer/zusätzlicher Indikationen und/oder Gründe die Kodierung eines CHOP-Kodes mit der Endziffer -.20 erfordern.

Hinweis:

Die häufigste Methode der Sectio caesarea ist die s.g. tiefe isthmische, horizontale Schnittentbindung. Diese wird mit den Codes **74.1X.10 Tiefe zervikale Sectio caesarea, primär** und **74.1X.20 Tiefe zervikale Sectio caesarea, sekundär** abgebildet.

Methodenbeschreibungen wie z.B. nach «Pfannenstiel», nach «Joel-Cohen» oder «Modified Misgav-Ladach-Technik» subsumieren ebenfalls unter Kategorie **74.1X.** - **Tiefe zervikale Sectio caesarea**, auch wenn sie eigentlich die Eröffnung der Bauchwand beschreiben. Für die Erfassung einer extraperitonealen Sectio caesarea muss diese spezielle Technik explizit in der ärztlichen Dokumentation aufgeführt sein.

Für die Kodierung einer korporalen Sepsis werden die Codes aus Rubrik **74.0X.** - **Klassische Sectio caesarea** genutzt.

Es erfolgt dabei eine **vertikale und/oder horizontale Uterusinzision** im Korpusbereich des Uterus und wird (selten) bei Entbindungen z.B. in sehr frühen Schwangerschaftswochen angewendet.

Sehr selten werden Schnittentbindungen per Längslaparatomie oder andere Sectio caesarea vollzogen. Diese werden mit der Resteklasse **74.4X Sectio caesarea eines anderen näher bezeichneten Typs** abgebildet.

Frühgeburlichkeit und Sectio caesarea:

Eine geplante oder ungeplante Sectio caesarea, die bis **zur 36.6 SSW** durchgeführt werden muss, wird immer mit einem CHOP-Kode der Kategorie 74.- mit den Endziffern -.20 abgebildet. Dies gilt auch für die Entbindung von Mehrlingsschwangerschaften.

Es kann davon ausgegangen werden, dass es keine (geplante, ungeplante) Sectio caesarea einer Frühgeburt gibt ohne entsprechend dringliche Indikation.

Beachte: Aufgrund bestehender Differenzen zwischen der medizinischen Definition einer «primären» und «sekundären» Sectio caesarea einerseits und den Vorgaben zur Erfassung der CHOP-Kodes aus Rubrik **74.** - **Sectio caesarea und Extraktion des Fetus** andererseits, können die Kodierverantwortlichen nicht davon ausgehen, dass die ärztlich-medizinische Dokumentation von «primär» oder «sekundär» immer eins zu eins in die Kodierung übernommen werden kann.

Es gelten unter anderem die Vorgaben dieser Kodierregeln und der folgenden Beispiele.

Folgende Beispiele sollen die Kodierung veranschaulichen und sind aus diesem Grund quantitativ ausführlicher gestaltet.

Sie sind fokussiert auf die Wahl der ICD-10-Kodes bezüglich **Indikationen/anderer Gründe** und des korrekten CHOP-Kodes für die Schnittentbindung. Sie sind nicht als vollständig zu betrachten hinsichtlich Erfassung der Prozedurenkodes.

Beispiele zur Erfassung der CHOP-Kodes «primäre» Sectio caesarea**Beispiel 6**

Elektive Sectio caesarea in intravenöser Allgemeinanästhesie (Angst vor Spinalanästhesie) bei persistierender reiner Beckenendlage in der 39.3 SSW, vorgezogen bei vorzeitigem Blasensprung mit beginnenden spontanen Wehen (6 h nach Blasensprung).

HD 032.1 Betreuung der Mutter wegen Beckenendlage
 ND 042.0 Vorzeitiger Blasensprung, Wehenbeginn innerhalb von 24 Stunden
 ND 009.6! Schwangerschaftsdauer, 37. Woche bis 41 vollendete Wochen
 ND Z37.0! Lebendgeborener Einling

HB 74.IX.10 Tiefe zervikale Sectio caesarea, primär
 NB 93.92.10 Intravenöse Anästhesie Datum und Zeit der HB 74.IX.10

Die Sectio caesarea bei BEL (relative Sectioindikation) war eine geplante Prozedur vor Geburtsbeginn. Bei Vorliegen eines vorzeitigen Blasensprunges (Blasensprung vor Einsetzen der Wehen) und danach beginnenden Wehen handelt es sich gemäss medizinischer Definition um eine sekundäre Sectio caesarea (Sectio caesarea nach Geburtsbeginn).

Aufgrund der von der medizinischen Definition abweichenden Kodierregel zur Erfassung der CHOP-Kodes für die Sectio caesarea gelangt hier der CHOP-Kode 74.IX.10 Tiefe zervikale Sectio caesarea, **primär** zur Anwendung.

Beispiel 7

Eintritt zur elektiven Sectio caesarea 20 Tage vor errechnetem Geburtstermin bei absoluter Querlage und Vorliegen eines mütterlichen Trichterbeckens (kongenital).

Durchführen der geplanten Sectio vor Blasensprung und Wehenbeginn.

HD 032.2 Betreuung der Mutter bei Quer- und Schräglage
 ND 033.3 Betreuung der Mutter bei Missverhältnis durch Beckenausgangsverengung
 ND 099.8 Sonstige näher bezeichnete Krankheiten und Zustände, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren
 ND Q74.2 Sonstige angeborene Fehlbildungen der unteren Extremität(en) und des Beckengürtels
 ND 009.6! Schwangerschaftsdauer, 37. Woche bis 41 vollendete Wochen
 ND Z37.0! Lebendgeborener Einling

HB 74.IX.10 Tiefe zervikale Sectio caesarea, primär

Bei Vorliegen einer Querlage (absolute Sectioindikation) und eines Trichterbeckens (absolute Sectioindikation) planmässig durchgeführte Sectio caesarea vor Geburtsbeginn. Gemäss medizinischer Definition und in Anlehnung an oben beschriebene Kodierregel handelt es sich um eine primäre Sectio caesarea und der CHOP-Kode 74.IX.10 Tiefe zervikale Sectio caesarea, **primär** wird erfasst.

Beispiel 8

Eintritt einer I.Para, 0.Gravida (42 Jahre) in der 37.2 SSW zur geplanten Sectio caesarea bei vorliegendem Gestationsdiabetes, grosser Angst vor einer vaginalen Entbindung und Verdacht auf beginnende Plazentainsuffizienz (noch keine intrauterine Grössenretardierung).

Die Patientin wünscht eine Sectio caesarea zum aktuellen Zeitpunkt, auch aufgrund zunehmender Müdigkeit und Erschöpfung. Es liegen zusätzlich eine ernährungsbedingte Adipositas permagna (BMI 42) aggraviert durch eine überdurchschnittliche Gewichtszunahme in der Schwangerschaft und ein Status nach IVF vor.

Nach Aufklärung der Vor- und Nachteile und geburtshilflichen Risiken bleibt die Patientin bei ihrem Wunsch und die elektive Sectio wird am folgenden Tag durchgeführt.

HD	024.4	Diabetes mellitus, während der Schwangerschaft auftretend
ND	026.88	Sonstige näher bezeichnete Zustände, die mit der Schwangerschaft verbunden sind
ND	043.8	Sonstige pathologische Zustände der Plazenta
ND	Z35.0	Überwachung einer Schwangerschaft bei Infertilitätsanamnese
ND	Z35.5	Überwachung einer älteren Erstschwangeren
ND	026.0	Übermässige Gewichtszunahme in der Schwangerschaft
ND	099.2	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren
ND	E66.02	Adipositas durch übermässige Kalorienzufuhr, Adipositas Grad III (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und Älter
ND	009.6!	Schwangerschaftsdauer, 37. Woche bis 41 vollendete Wochen
ND	Z37.0!	Lebendgeborener Einling
HB	74.1X.10	Tiefe zervikale Sectio caesarea, primär

Der Entscheid für die geplante Sectio caesarea wurde aufgrund des Vorliegens mehrerer relativer Sectioindikationen getroffen (Gestationsdiabetes, Angst vor vaginaler Entbindung, beginnende plazentare Insuffizienz, Müdigkeit und Erschöpfung) und dem Vorliegen einer Risikoschwangerschaft bei Zustand nach In-vitro-Fertilisation, Alter der Erstschwangeren etc.

Keine der angegebenen Indikationen und Gründe erfordert eine dringliche Schnittentbindung. Die Geburt hat nicht begonnen, die Sectio caesarea erfolgt geplant.

Der Kode Z35.0 zeigt das Vorliegen einer künstlichen Befruchtung an und fliesst als ein Grund für den Sectioentscheid mit in die Kodierung ein. Die Adipositas per magna und die zusätzliche übermässige Gewichtszunahme in der Schwangerschaft gelten ebenfalls als Risikofaktoren für eine vaginale Geburt und somit auch als Gründe für die indizierte Sectio caesarea.

Dem dringlichen Wunsch einer werdenden Mutter nach einer Entbindung per Sectio aufgrund psychischer Beweggründe ist von ärztlicher Seite, auch bezüglich rechtlich-forensischer Belange, Folge zu leisten (nach entsprechender Aufklärung) und gilt als relative Sectioindikation.

Es handelt sich bei o.a. Beispiel medizinisch wie auch kodiert technisch um eine 74.1X.10 Tiefe zervikale Sectio caesarea, **primär**.

Beispiel 9

Eintritt einer 7.Gravida, 6.Para zur elektiven Re-Sectio in der 37.3 SSW. Es handelt sich um die 5. Sectio caesarea in Folge.

Bereits nach der 4. Sectio wurde aufgrund «ausgedünnter» Bauchdecken, einer gedeckten Perforation im Isthmusbereich und schwerer Adhäsionen für den Fall einer erneuten Schwangerschaft eine korporale Sectio anstelle der tiefen isthmischen Schnittführung geplant.

HD	034.2	Betreuung der Mutter bei Uterusnarbe durch vorangegangenen chirurgischen Eingriff
ND	099.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten und Zustände, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren
ND	N99.4	Peritoneale Adhäsionen im Becken nach medizinischen Massnahmen
ND	Z35.2	Überwachung einer Schwangerschaft bei sonstiger ungünstiger geburtshilflicher oder Reproduktionsanamnese
ND	009.6!	Schwangerschaftsdauer, 37. Woche bis 41 vollendete Wochen
ND	Z37.0!	Lebendgeborener Einling
HB	74.0X.10	Klassische Sectio caesarea, primär
NB	00.99.10	Reoperation

Bei Status nach mehreren Schnittentbindungen (relative Sectioindikation), Status nach gedeckter Perforation (drohende absolute Sectioindikation) und Verdacht auf Vorliegen schwerer postoperativer Adhäsionen im Becken (keine absolute oder relative Sectioindikation, aber ein Entscheidungsgrund für die Änderung des Modus operandi) wird eine **primäre** korporale Sectio caesarea (vertikale Inzision des Uterus im Korpusbereich) durchgeführt.

Auch gemäss der geltenden Kodierregeln wird der Kode für primäre Schnittentbindung gewählt, da es sich um eine geplante Sectio vor Geburtsbeginn handelt.

Sollte die werdende Mutter allerdings mit Wehen und/oder Blasensprung eintreten, kann bei o.a.Status, der einer Risikoschwangerschaft entspricht, sehr schnell eine dringende (Notfall)-Sectio notwendig werden, insbesondere bei CTG-Verschlechterungen, die auf eine erneute Uterusperforation hinweisen können. Wenn dies in der medizinischen Dokumentation festgehalten ist, dürfte anstelle der primären eine sekundäre Sectio kodiert werden.

Beispiel 10

Eintritt einer 30-jährigen 1.Gravida in der 39.2 SSW zur geplanten Wunschsectio wegen Angst vor vaginaler Entbindung. Alle Risiken und Alternativen wurden mit der werdenden Mutter im Vorfeld besprochen und dokumentiert.

HD	026.88	Sonstige näher bezeichnete Zustände, die mit der Schwangerschaft verbunden sind
ND	009.6!	Schwangerschaftsdauer, 37. Woche bis 41 vollendete Wochen
ND	Z37.0!	Lebendgeborener Einling
HB	74.1X.10	Tiefe zervikale Sectio caesarea, primär

Es handelt sich um das Vorliegen einer relativen Sectioindikation.

Im medizinischen Sinn als auch in Anlehnung an oben angegebene Kodierregel wird der Code für die primäre Sectio 74.1X.10 Tiefe zervikale Sectio caesarea, **primär** erfasst.

Beachte:

Für die Abbildung der relativen Sectioindikation «Angst vor vaginaler Entbindung» ist auf den Code 026.88 zurückzugreifen.

Es ist **kein** Code aus der Kategorie F41.- im Speziellen oder aus dem Kapitel V der ICD-10-GM im Allgemeinen zu benutzen, ausser es liegt eine dokumentierte eindeutige, auch vorher bestehende, psychiatrische (Angst-)Diagnose vor.

Aufgrund des Vorliegens einer relativen Sectioindikation ist der Code 082 Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea] nicht zu erfassen.

Beispiel 11

Eintritt in der 38.5 SSW zur terminierten Sectio an Wunschdatum (1.Gravida).

Die Schnittentbindung wird ohne Vorliegen anderer relativer oder absoluter Sectioindikationen auf Wunsch der Eltern an speziellem Datum durchgeführt.

HD	082	Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea]
ND	009.6!	Schwangerschaftsdauer, 37. Woche bis 41 vollendete Wochen
ND	Z37.0!	Lebendgeborener Einling
HB	74.1X.10	Tiefe zervikale Sectio caesarea, primär

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-Code 082 Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea] verschlüsselt.

Der ICD-Code 082 Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea] kann nicht mit den CHOP-Kodes 74.1x.20 Tiefe zervikale Sectio caesarea, sekundär (oder 74.0X.20 Klassische Sectio caesarea, sekundär; 74.2X.- Extraperitoneale Sectio caesarea) verschlüsselt werden.

Beispiele zur Erfassung der CHOP-Kodes «sekundäre» Sectio caesarea**Beispiel 12**

Notfallmässige Sectio caesarea in Allgemeinanästhesie (kombiniertes Verfahren aus inhalativer und intravenöser Anästhesie) bei schwerer fetaler Bradykardie mit silenter Oszillation in früher Eröffnungsperiode mit regelmässigen Kontraktionen (kein Vena-Cava-Kompressionssyndrom). 36.1 SSW, liegende PDA bei früher maternaler Wehenintoleranz.

HD	068.0	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz
ND	060.1	Vorzeitige spontane Wehen mit vorzeitiger Entbindung
ND	075.8	Sonstige näher bezeichnete Komplikationen bei Wehentätigkeit und Entbindung
ND	009.6!	Schwangerschaftsdauer, 37. Woche bis 41 vollendete Wochen
ND	Z37.0!	Lebendgeborener Einling
HB	74.IX.20	Tiefe zervikale Sectio caesarea, sekundär
NB	03.91.21	Injektion eines Anästhetikums in den Spinalkanal zur Anästhesie bei Untersuchungen und Interventionen
NB	93.92.12	Balancierte Anästhesie Datum und Zeit der HB 74.IX.20

Die Entscheidung zur Notfallsectio aufgrund schwerer fetaler Bradykardie (absolute Sectioindikation) und bei Frühgeburt (relative Sectioindikation) wurde nach Geburtsbeginn aufgrund des Geburtsverlaufes getroffen.

Der CHOP-Kode 74.IX.20 Tiefe zervikale Sectio caesarea, **sekundär** gelangt zur Anwendung.

Beispiel 13

Stationäre Aufnahme zur Überwachung und ggf. geplanten medikamentösen Geburtseinleitung im Anschluss an Schwangerschaftsuntersuchung in der 39. SSW.

Bei der ambulant durchgeführten Doppleruntersuchung ergaben sich eine pathologische Nabelschnurdurchblutung (Hinweis auf relative Sectioindikation) bei tiefsitzender Plazenta (relative Sectioindikation) und eine intrauterine Grössenretardierung (relative Sectioindikation).

Bei CTG-Kontrolle am darauffolgenden Tag zeigt sich am wehenlosen Uterus ein pathologisches CTG (relative Sectioindikation) ohne adäquate Erholung der fetalen Herzrhythmen.

Eine dringliche Sectio caesarea wird indiziert und durchgeführt.

Der pH-Wert der Nabelschnurarterie und der BE sind normal.

HD	036.3	Betreuung der Mutter wegen Anzeichen für fetale Hypoxie
ND	044.00	Tiefer Sitz der Plazenta ohne (aktuelle) Blutung
ND	036.5	Betreuung der Mutter wegen fetaler Wachstumsretardierung
ND	009.6!	Schwangerschaftsdauer, 37. Woche bis 41 vollendete Wochen
ND	Z37.0!	Lebendgeborener Einling
HB	74.IX.20	Tiefe zervikale Sectio caesarea, sekundär

Bei Vorliegen mehrerer (relativer) Indikationen für eine Sectio caesarea wird aufgrund der Verschlechterung der Gesamtsituation durch zusätzliches Auftreten einer weiteren, prognostisch ungünstigen relativen Sectioindikation (pathologisches CTG vor Wehenbeginn) die Entscheidung zur **dringlichen, ungeplanten Schnittentbindung** getroffen. Obwohl die Prozedur vor dem eigentlichen Geburtsbeginn durchgeführt wurde und damit gemäss medizinischer Definition ein «primärer» Kaiserschnitt vorlag, gelangt auf Grund der Dringlichkeit der CHOP-Kode 74.IX.20 Tiefe zervikale Sectio caesarea, **sekundär** zur Anwendung.

Beispiel 14

Nächtlicher Eintritt mit vorzeitigem Blasensprung (ohne Wehen) 20 Tage vor errechnetem Geburtstermin bei absoluter Querlage. Eine elektive Sectio war im Vorfeld für den übernächsten Tag geplant gewesen.

Bei der geburtshilflichen Eintrittsuntersuchung laufen immer wieder grosse Mengen Fruchtwasser ab.

Das CTG ist (noch) nicht pathologisch, zeigt teilweise leichte Kompressionszeichen des Fetus (Fisher-Score 8 Punkte).

Dringliches Vorziehen der geplanten Sectio bei unmöglicher Geburtslage und vorzeitigem Blasensprung, auch um eine Entbindung vor Wehenbeginn durchzuführen.

HD	032.2	Betreuung der Mutter bei Quer- und Schräglage
ND	042.9	Vorzeitiger Blasensprung, nicht näher bezeichnet
ND	009.6!	Schwangerschaftsdauer, 37. Woche bis 41 vollendete Wochen
ND	Z37.0!	Lebendgeborener Einling

HB 74.IX.20 Tiefe zervikale Sectio caesarea, sekundär

Bei Vorliegen einer Querlage (absolute Sectioindikation) wurde eine elektive Sectio caesarea geplant. Bei Geburtsbeginn (vorzeitiger Blasensprung) wurde auf Grund des Vorliegens einer für vaginale Entbindung geburtsunmöglichen Lage eine dringliche Sectio caesarea indiziert.

Der Geburtsbeginn bei Querlage des Fetus entspricht einer angespannten geburtshilflichen Situation, die jederzeit in einen Notfall konvertieren kann, besonders auch dann, wenn bei der werdenden Mutter Wehen einsetzen würden.

Es handelt sich im medizinischen Sinn und auch gemäss o.a. Kodierrichtlinien um eine sekundäre Sectio caesarea.

Das Beispiel gilt mit der gleichen Begründung für den Geburtsbeginn mit Wehen ohne Blasensprung oder Blasensprung und Wehen bei vorliegender und verifizierter Querlage.

Beispiel 15

Eintritt mit Blasensprung bei BEL in 37.5 SSW. Im Vorfeld war die Sectio caesarea für 6 Tage später geplant gewesen.

Bei der Eintrittsuntersuchung zeigt sich ein suspektes CTG (Fisher-Score 7 Punkte) und reichlich «erbsbreiartiges» (mekoniumhaltiges) Fruchtwasser mit beginnenden regelmässigen Wehen. Aus der Zervix ragt ein tastbarer Fuss des Kindes.

Eine beschleunigte Sectio caesarea wird durchgeführt.

HD	036.3	Betreuung der Mutter wegen Anzeichen für fetale Hypoxie
ND	042.0	Vorzeitiger Blasensprung, Wehenbeginn innerhalb von 24 Stunden
ND	032.1	Betreuung der Mutter wegen Beckenendlage
ND	009.6!	Schwangerschaftsdauer, 37. Woche bis 41 vollendete Wochen
ND	Z37.0!	Lebendgeborener Einling

HB 74.IX.20 Tiefe zervikale Sectio caesarea, sekundär

Das Auftreten von mekoniumhaltigem Fruchtwasser (die erbsbreiartige Konsistenz kann auf einen länger bestehenden Zustand hindeuten) gilt als Indikator, dass der Fetus nicht mehr optimal versorgt ist und einer hypoxischen Situation ausgesetzt war und/oder ist. Auch das bereits pathologische CTG stützt diese Vermutung.

Beide relative Sectioindikationen führen zum Entscheid «dringliche» Sectio, ohne dass aktuell ein akuter Notfall vorliegt.

Da noch keine Wehen vorliegen, kann nicht der Code 068.2 Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz mit Mekonium im Fruchtwasser aus dem Kapitel «Komplikationen bei Wehentätigkeit und Entbindung» gewählt werden. Der vorzeitige Blasensprung ist nicht der Hauptgrund/das «gravierendste» Problem. Die Sectio caesarea erfolgt vor allen Dingen aufgrund der vermuteten hypoxischen Situation des Fetus, welche sich klinisch in der Veränderung von Fruchtwasser und CTG zeigt.

Der Code 74.IX.20 Tiefe zervikale Sectio caesarea, **sekundär** wird erfasst, da es sich im medizinischen Sinne als auch bezüglich der Kodierregel um eine sekundäre Sectio handelt, auch wenn sie im Vorfeld geplant gewesen war.

Beispiel 16

Stationärer Aufenthalt einer I.Gravida seit 4 Wochen wegen intrauteriner Wachstumsretardierung (relative Sectioindikation) und Zervixinsuffizienz (Verkürzung auf 2 cm ohne spürbare Wehen, weiche Konsistenz, keine Trichterbildung). Nach kurzzeitiger Tokolyse wehenloser Uterus. Durchführung täglicher CTG-Kontrollen und ärztliche Überwachung der Versorgung des Fetus und der Zervixlänge. 26.1 SSW bei Eintritt. Bei zunehmender Verschlechterung der Nabelschnurdopplerwerte (Hinweis auf relative Sectioindikation) wird nach Verabreichung von Medikamenten zur Beschleunigung der Lungenreifeentwicklung eine Sectio caesarea in der 30.2 SSW geplant und durchgeführt.

HD	036.5	Betreuung der Mutter wegen fetaler Wachstumsretardierung
ND	034.38	Betreuung der Mutter bei sonstiger Zervixinsuffizienz
ND	036.3	Betreuung der Mutter wegen Anzeichen für fetale Hypoxie
ND	060.3	Vorzeitige Entbindung ohne spontane Wehen
ND	009.4!	Schwangerschaftsdauer, 26. Woche bis 33 vollendete Wochen
ND	Z37.0!	Lebendgeborener Einling
HB	73.7X.14	Stationäre Behandlung vor Entbindung im gleichen Aufenthalt, mindestens 28 bis 55 Behandlungstage
NB	74.1X.20	Tiefe zervikale Sectio caesarea, sekundär
NB		weitere Prozeduren gemäss med. Dokumentation

Die Patientin wurde aufgrund intrauteriner Wachstumsretardierung (relative Sectioindikation) und Zervixinsuffizienz über mehrere Wochen stationär überwacht.

Aufgrund sich zunehmend verschlechternder Parameter bezüglich fetaler Versorgung musste eine Sectio caesarea lange vor Erreichen der 37.0 SSW und vor Geburtsbeginn indiziert werden.

Im medizinischen Sinn handelt es sich um eine primäre, dringlich geplante und durchgeführte Schnittentbindung.

Aufgrund der vorliegenden Indikationen und der Frühgeburtlichkeit wird aber kodiertechnisch eine 74.1X.20 Tiefe zervikale Sectio caesarea, **sekundär** erfasst.

Die Sectio caesarea als Entbindungsform erfüllt in dem Fall nicht die Bedingungen der Kodierregel G52 und muss somit als Nebenbehandlung erfasst werden.

Das vorherrschende Problem des stationären Aufenthaltes war die Betreuung aufgrund intrauteriner Wachstumsretardierung. Die u.a. durchgeführten Doppleruntersuchungen zeigten eine zunehmende Verschlechterung der Versorgungssituation des Fetus und führten zur Entscheidung der frühzeitigen und vorzeitigen Schnittentbindung.

Beispiel 17

Eintritt in 37.1 SSW nach häuslichem Abgang von leichten Blutungen bei Vorliegen einer vollständigen Plazenta praevia und Status nach tiefer isthmischer Sectio caesarea.

Das CTG zeigt keine Auffälligkeiten und keine Wehentätigkeit. Bei Erstuntersuchung der Kleidung und Einlagen imponiert Altblut. Die Sonographie am graviden Uterus ergibt eine stehende Fruchtblase und Status idem bezüglich Plazenta praevia.

Während der folgenden mehrstündigen Überwachung erneuter Abgang von Frischblut.

Entscheid zur vorgezogenen primären Sectio caesarea aufgrund blutender Plazenta praevia. Aufgrund der Lage der Plazenta muss eine sogenannte klassische (korporale) Sectio caesarea anstatt einer tiefen isthmischen Schnittentbindung durchgeführt werden.

HD	044.11	Placenta praevia mit aktueller Blutung
ND	034.2	Betreuung der Mutter bei Uterusnarbe durch vorangegangenen chirurgischen Eingriff
ND	009.6!	Schwangerschaftsdauer, 37. Woche bis 41 vollendete Wochen
ND	Z37.0!	Lebendgeborener Einling
HB	74.0X.20	Klassische Sectio caesarea, sekundär
NB	00.99.10	Reoperation

Auch wenn die Sectio caesarea geplant ist und die Geburt nicht begonnen hat, ist aufgrund des Vorliegens der absoluten Sectioindikation «Plazenta praevia mit akuter Blutung» und mit dem Vorliegen einer beginnenden Gefahrensituation für Mutter und Kind der Kode 74.0X.20 Tiefe zervikale Sectio caesarea, **sekundär** zu erfassen.

Eine weitere relative Sectioindikation (Status nach vorangegangener Sectio caesarea) trägt mit zum Entscheid bei und wird deswegen ebenfalls erfasst.

Beispiel 18

Eintritt einer 3.Gravida, 1.Para (Status nach einem Abort) in der 41.2 SSW zur medikamentösen Weheneinleitung.

Nach iterativer Verabreichung retrozervikaler Medikamente 24 h nach Eintritt und letzter Gabe vorzeitiger Blasensprung mit klarem Fruchtwasser.

Nach entsprechender Pause (6 h) Wechsel auf intravenöse Verabreichung von weheninduzierenden Medikamenten.

Nach weiteren 8 h Beginn regelmässiger, zervixwirksamer Geburtswehen.

In der 11-stündigen Eröffnungsphase Anlage einer Remifentanyl-PCA bei zunehmender Erschöpfung der Patientin. Protrahierte Austreibungsperiode (65 min) und Auftreten schwerer später Dezelerationen mit ungünstigen Zusatzkriterien. Das nach wie vor abgehende Fruchtwasser färbt sich zunehmend grün.

Der Höhenstand des Kopfes erlaubt keine zeitnahe vaginale (instrumentelle) Geburtsbeendigung und ein Geburtsstillstand wird dokumentiert. Nach Stoppen der Wehenmedikamente zur Geburtsunterstützung und Verabreichung einer Tokolyse (wehenhemmende Medikamente) soweit «Normalisierung» der fetalen Herzfrequenzmuster, dass eine sekundäre, beschleunigte Sectio caesarea in Spinalanästhesie durchgeführt werden kann. Bei Eröffnung des Uterus zeigt sich das Vorliegen einer hinteren Hinterhauptslage mit starker Konfiguration der kindlichen Schädelnähte und grosser Geburtsgeschwulst.

HD	068.2	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz mit Mekonium im Fruchtwasser
ND	063.1	Protrahiert verlaufende Austreibungsperiode (bei der Geburt)
ND	064.0	Geburtshindernis durch unvollständige Drehung des kindlichen Kopfes
ND	048	Übertragene Schwangerschaft
ND	075.6	Protrahierte Geburt nach spontanem oder nicht näher bezeichnetem Blasensprung
ND	042.0	Vorzeitiger Blasensprung, Wehenbeginn innerhalb von 24 Stunden
ND	009.7!	Schwangerschaftsdauer, Mehr als 41 vollendete Wochen
ND	Z37.0!	Lebendgeborener Einling
HB	74.IX.20	Tiefe zervikale Sectio caesarea, sekundär
NB	73.4	Medikamentöse Weheneinleitung
NB	93.92.99	Anästhesie, sonstige

Es liegt eine sekundäre Sectio caesarea im medizinischen Sinn vor. Aufgrund des Geburtsverlaufes mit Geburtsstillstand (absolute Sectioindikation), pathologischer fetaler Herzfrequenz mit Mekonium im Fruchtwasser, Erschöpfung der werdenden Mutter, protrahierter Geburt nach Blasensprung und protrahierter Austreibungsperiode wird der CHOP-Kode 74.IX.20 Tiefe zervikale Sectio caesarea, **sekundär** gewählt.

Der dringlichste Grund für die durchgeführte Sectio caesarea ist das pathologische CTG. Eine kurzfristige Beendigung der Geburt vaginal war nicht möglich. Auch wenn während der durchgeführten Schnittentbindung ein (1) Grund für die protrahierte Austreibungsperiode identifiziert werden konnte, wäre die hintere Hinterhauptslage nicht per se eine Indikation für eine Sectio caesarea.

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 Zwillingschwangerschaft

Z37.2! Zwillinge, beide lebendgeboren

zugewiesen.

Wenn die Kinder einer Mehrlingsgeburt auf unterschiedliche Weise geboren werden, sind beide Entbindungsmethoden zu kodieren.

Beispiel 19

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 Zwillingschwangerschaft

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 20

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 21

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, Blasensprengung) zur Geburtsinduktion, Wehenverstärkung oder im Geburtsverlauf:

Intervall zwischen geöffneter Fruchtblase und Geburtszeitpunkt ≥ 24 h

Kodes: 075.5 Protrahierte Geburt **nach Blasensprengung** oder 075.6 Protrahierte Geburt **nach spontanem oder nicht näher bezeichnetem Blasensprung**

Beachte:

- Sind die oben erwähnten Bedingungen für die Kodes 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 Kodes 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 22

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 23

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 G 54).

Stammzellentnahme für Kryokonservierung

Die Entnahme von Stammzellen aus Nabelschnurblut zur Kryokonservierung (meistens Nabelschnurvene, je nach Herstellerangaben und zur Verfügung stehenden Blutvolumen in der Nabelschnur) wird mit dem Code

41.0A.31 Hämatopoetische Stammzellentnahme aus Nabelschnurblut, autolog

im Neugeborenenfall kodiert.

Es ist dabei unerheblich, ob die Entnahme direkt nach einer primären/sekundären Sectio caesarea oder einer vaginalen Geburt erfolgt.

Es ist zu beachten, dass der Code **nicht im Fall der Mutter** kodiert werden darf, sondern ausschliesslich im Fall des Neugeborenen.

Es handelt sich um eine Entnahme von Nabelschnurblut, welches eine hohe Konzentration an hämatopoetischen Stammzellen aufweist.

Mit Hilfe dieser Stammzellen, die kryokonserviert und über Jahre aufbewahrt werden, sollen später im Leben des Neugeborenen (oder seiner Geschwister) eventuell auftretende Erkrankungen wie z.B. Leukämie, Anämie oder Erkrankungen des Immunsystems therapiert werden können.

SD1600 Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben

SD1601a 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 Aufnahmegewicht (Variable 4.5.V01) zu erfassen.

SD1602a 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.

SD1603i 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 Neugeborenenendatensatz 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 Kodes 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:

HDP22.0 Atemnotsyndrom [Respiratory distress] des Neugeborenen

NDP25.1 Pneumothorax mit Ursprung in der Perinatalperiode

NDZ38.0 Einling, Geburt im Krankenhaus

Spital B:

HDP22.0 Atemnotsyndrom [Respiratory distress] des Neugeborenen

NDP25.1 Pneumothorax mit Ursprung in der Perinatalperiode

SD1604g 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 Fetus 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 Streptokokken-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 Streptokokken-B-Trägerin:

– Streptokokken-B ohne Aufwand > 0: nichts kodieren

– Streptokokken-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).

SD1605a Totgeborene

Ogleich die Information «Totgeborenes» (z.B. Z371 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.

SD1606j 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 SD1001i «Maschinelle Beatmung; Kontinuierlicher positiver Atemwegsdruck (CPAP)» verwiesen.

SD1607c Atemnotsyndrom bei hyaliner Membranenkrankheit / Surfactantmangel

Der Kode für das Atemnotsyndrom bei Frühgeborenen/Neugeborenen

P22.0 Atemnotsyndrom [Respiratory distress syndrom] des Neugeborenen

ist der Kodierung folgender Zustände 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!

SD1608c 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 für 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

SD1609j 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, Schläffheit, 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.

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>

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.

SD1610h 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)

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 \geq 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.

SD1611j 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 *SD1002*).

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.

SD1800 Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind

SD1801a 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 Kodes 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 Inkontinenz, 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.

SD1802a Dysphagie

Kodierregel wurde gelöscht.

Kodierung einer Dysphagie gemäss Kodierregeln G54 «Die Nebendiagnosen» oder G52 «Die Hauptdiagnose».

SD1803a Fieberkrämpfe

R56.0 Fieberkrämpfe

wird nur dann als Hauptdiagnosekode angegeben, wenn keine auslösenden Erkrankungen wie Pneumonie oder andere Infektionsherde vorliegen.

Ist eine zugrundeliegende Ursache bekannt, wird diese als Hauptdiagnose angegeben und *R56.0 Fieberkrämpfe* wird als Nebendiagnose zusätzlich kodiert.

SD1804k Schmerzdiagnosen und Schmerzbehandlungsverfahren

Akuter Schmerz

Akuter Schmerz geht meistens mit einer Schädigung/Beeinflussung der Gewebestrukturen einher und wird als «Symptom» und/oder als s.g. «Warnfunktion» des Organismus betrachtet.

Wird eine Patientin oder ein Patient wegen akuter postoperativer und/oder im Rahmen eines Traumas auftretender **akuter** Schmerzen und/oder wegen **akuter** Schmerzen, die in ätiologischem Zusammenhang mit einer Erkrankung/Zustand/Manifestation stehen, behandelt (z.B. Appendizitis, Peritonitis, **akute** Ischämien, Ileus, **akute** Schmerzen aufgrund Tumordinfiltrationen (Primarius und/oder Metastasen), Medikamentennebenwirkungen, postoperative Komplikationen und/oder Störungen etc.), ist der ICD-10-GM-Code **R52.0 Akuter Schmerz nicht** zu erfassen.

Erfasst werden:

- Erkrankungen/Traumata (auch intraoperativ und/oder iatrogen ausgelöst)
 - andere Zustände
 - andere Manifestationen
- die den **akuten** Schmerz auslösen.

Der ICD-10-GM-Code *R52.0 Akuter Schmerz* wird nur dann erfasst, wenn seine Ursache nicht bekannt, nicht zu eruieren und nicht zu definieren ist.

Kodes aus anderen Rubriken, die unter dem Exkl. der Kategorie R52.- erfasst sind, z.B. *R07.1 Brustschmerzen bei der Atmung*, *R10.2 Schmerzen im Becken und am Damm*, *M25.5- Gelenkschmerz* etc. sind ebenfalls nur dann zu erfassen, wenn ihre Ursache nicht erkannt und dokumentiert werden kann.

Beispiel 1

Ein 69-jähriger Patient tritt mit heftigen, plötzlich einsetzenden abdominalen Schmerzen über die Notfallstation ein.

Er ist kaltschweissig und hypoton. Das gesamte Abdomen ist druckdolent.

Die Diagnostik zeigt einen akuten (wahrscheinlich thrombotischen) Gefässverschluss des Truncus coeliacus auf Basis einer generalisierten Arteriosklerose und Ischämiezeichen des Darmes. Es erfolgt eine Notfall-Operation, welche die Diagnosen bestätigt.

HD	K55.0	Akute Gefässkrankheiten des Darmes
ND	I74.8	Embolie und Thrombose sonstiger Arterien
ND	I70.9	Generalisierte und nicht näher bezeichnete Atherosklerose

Beispiel 2

Eine Patientin tritt mit akuten Thoraxschmerzen, mit kurzfristigem Punctum maximum über dem Herzen ein.

Es sind keine kardialen oder vaskulären Vorerkrankungen bekannt.

Eine notfallmässig durchgeführte Linksherzuntersuchung (Koronarangiographie und Ventrikulographie) zeigt keine strukturellen Auffälligkeiten am Herzen und an den Koronargefässen und schliesst eine ischämische Herzerkrankung aus.

Eine weiterführende Diagnostik der anderen möglichen beeinträchtigten Organsysteme (z.B. Lunge, Oesophagus, Magen, muskuloskelettales System) bleibt ergebnislos.

Nach 2 Tagen erfolgt die Entlassung.

HD	R07.2	Präkordiale Schmerzen
----	-------	-----------------------

Beispiel 3

Ein Patient tritt mit retrosternalem Schmerz, Engegefühl und Belastungsdyspnoe ein. Er erhält eine elektive Linksherzuntersuchung (Koronarangiographie und Ventrikulographie), welche keine strukturellen Auffälligkeiten am Herzen und an den Koronargefässen zeigt, die für die seit einigen Wochen bestehende stabile Angina pectoris ursächlich sein könnten.

Die bei Eintritt routinemässig erhobenen Laborparameter zeigen jedoch eine schwere Anämie unbekannter Ätiologie, die für die kardiale Ischämie verantwortlich gemacht wird.

Der Patient erhält 2 Erythrozytenkonzentrate im gleichen Aufenthalt und wird für eine erweiterte Diagnostik zu einem späteren Zeitpunkt auf-geboten.

HD	I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris
ND	D64.9	Anämie, nicht näher bezeichnet

Schmerzbehandlungsverfahren können in operative und nichtoperative Verfahren differenziert werden.

Beispiele für **operative** Schmerzbehandlungsverfahren sind (Aufzählung nicht abschliessend):

- Implantation von Neurostimulatoren und/oder (Test) - Elektroden
- Implantation von (u.a. subkutanen) Schmerzpumpen
- Durchtrennung von Nerven
- Dekompression von Nerven
- andere Operationen, die Ursachen für akute Schmerzen beheben (z.B. Operation eines Diskusprolapses)

Beachte: Operative Schmerzbehandlungsverfahren sind unter Beachtung der Kodierregeln G 52, G 54, G 55 und G 56 **zwingend** zu kodieren.

Beispiele für **nichtoperative** Schmerzbehandlungsverfahren sind (Aufzählung nicht abschliessend):

- Periduralanästhesie (PDA)
- Spinalanästhesie
- Periduralkatheter (PDK)
- Patient-controlled analgesia (PCA), parenteral und/oder peridural
- Analgosedierung
- orale oder intravenöse medikamentöse Analgesien
- physikalische Schmerztherapien
- periphere Regionalanästhesie, z.B. Plexus- und Pudendusanästhesien
- Schmerztherapieschemata

Beachte:

Verfahren zur (nichtoperativen) Schmerzausschaltung bei Durchführung einer Operation/Intervention/Diagnostik werden nicht kodiert. Eine Ausnahme dazu bilden die geburtshilflichen, nichtoperativen Schmerzbehandlungsverfahren.

Hinweis:

Im Rahmen des geburtshilflichen Settings sind **nichtoperative** Schmerzbehandlungsverfahren, ausser zur postoperativen Schmerzbehandlung, zu kodieren.

Hierzu zählen z.B. die Patient-controlled analgesia (PCA) parenteral und/oder peridural, der Periduralkatheter, die (seltene) Spinalanästhesie zur Schmerzausschaltung bei nicht möglicher Anlage eines Periduralkatheters oder transvaginale Pudendusanästhesien zur Erleichterung der Austreibungsperiode bei spontanen oder vaginal-operativen Entbindungen (z.B. Vakuumentextraktion, Forcepsextraktion). Die KR S1505 ist zu beachten.

Wird zur Erleichterung der Austreibungsperiode eine transvaginale Pudendusanästhesie verabreicht, ist nach Entbindungsart wie folgt zu kodieren:

Spontanpartus: 04.81.11 Injektion von Anästhetikum und Analgetikum an periphere Nerven, zur Schmerztherapie, ohne bildgebende Verfahren

Vaginal-operativ: 04.81.42 Injektion eines Anästhetikums an periphere Nerven zur Anästhesie bei Untersuchungen und Interventionen

Nichtoperative Schmerzbehandlungsverfahren im Kontext des **akuten** Schmerzes werden unter Anwendung anderer in diesem Buch publizierter Kodierregeln nur erfasst, wenn sie als **alleinige** Massnahme im stationären Fall durchgeführt werden.

Nichtoperative Schmerzbehandlungsverfahren, die für die üblichen postoperativen Schmerztherapien (z.B. Periduralkatheter nach grosser viszeralchirurgischer Operation) direkt oder verzögert angewendet werden, sind unabhängig davon, zu welchem Zeitpunkt sie erbracht wurden, **nicht** zu kodieren.

Aufwände hinsichtlich **nichtoperativer Schmerzbehandlungsverfahren**, die im Kontext perioperativer **akuter** Schmerzen erbracht werden, sind durch die Codes der ICD-10-GM, die den Anlass für den operativen Eingriff und seiner Folgen (z.B. Grund für verstärkte postoperative Schmerzen) bilden, abgegolten.

Hinweis:

Der CHOP-Code *93.A3.3- Komplexe Akutschmerzbehandlung, nach Anzahl Behandlungstage* kann bei schweren akuten postoperativen Schmerzzuständen, bei Traumata und/oder exazerbierten (**akuten**) Tumorschmerzen **etc.** bei dokumentierter Erfüllung der Mindestmerkmale entgegen der o.a. Weisungen jedoch erfasst werden.

Das « Kod. eb. » unter dem CHOP-Code ist zwingend zu beachten.

Beispiel 4

Ein Patient muss sich einer subtotalen Kolektomie bei schwerer ulzeröser Kolitis unterziehen.

Er erhält einen Periduralkatheter für das postoperative Schmerzmanagement.

Keine Kodierung des Periduralkatheters.

Beispiel 5

Ein Patient muss sich einer offenen subtotalen Kolektomie bei schwerer ulzeröser Kolitis unterziehen.

Er erhält einen Periduralkatheter für das postoperative Schmerzmanagement.

Trotz aller Vorsorge sind die postoperativen Schmerzen so anhaltend stark, dass die erbrachten und dokumentierten Aufwände die Kodierung einer Akutschmerzbehandlung CHOP-Code 93.A3.3- erlauben.

Der stationäre Aufenthalt verlängert sich durch das komplizierte Schmerzmanagement um 20 Tage.

HD K51.9 Colitis ulcerosa, nicht näher bezeichnet

HB 45.81.11 Subtotale Kolektomie, offen chirurgisch

NB 93.A3.3- Komplexe Akutschmerzbehandlung, nach Anzahl Behandlungstage

NB 03.91.11 Injektion von Anästhetikum und Analgetikum in den Spinalkanal zur Schmerztherapie

Beispiel 6

5 Tage nach ausgedehnter Operation einer inkarzierten abdominalen Narbenhernie verursacht ein ausgedehntes postoperatives Hämatom starke Druckschmerzen bei einer Patientin.

Sie erhält am 5. postoperativen Tag eine parenterale PCA und ab dem Zeitpunkt physikalische Schmerztherapien.

Durch diese Massnahmen kann eine operative Hämatomausräumung vermieden werden.

HD K43.0 Narbenhernie, inkarziert mit Einklemmung, ohne Gangrän

ND T81.0 Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, andernorts nicht klassifiziert

ND Y84.9! Zwischenfälle durch medizinische Massnahmen, nicht näher bezeichnet

Keine Kodierung der PCA und der physikalischen Schmerztherapien.

Chronischer/therapieresistenter Schmerz

Im Rahmen von chronischen Schmerzen kann es zum Verlust der «Warnfunktion» (siehe unter «akuter Schmerz») kommen. Für die Betrachtung und Behandlung des chronischen Schmerzes sind auch psychologische Faktoren und ihre Behandlung relevant.

Chronischer Schmerz hat einen eigenen Krankheitswert. Eine mögliche vorliegende Entkoppelung von Schmerz und nachweisbarer Gewebeschädigung dient u.a. der Differenzierung des chronischen vom akuten Schmerz.

Die den chronischen Schmerz betreffende(n) Diagnose(n) muss/müssen ärztlich dokumentiert sein, damit die folgende Kodierregel angewendet werden kann.

1) Wird eine Patientin/ein Patient zur **Schmerzbehandlung** aufgenommen und stellt diese den Hauptaufwand des Aufenthaltes dar, ist der Kode für die **Lokalisation des Schmerzes als Hauptdiagnose** anzugeben. Die dem chronischen Schmerz zugrundeliegende Erkrankung ist entgegen der Kodierregel zur Nebendiagnose (G54) zusätzlich zu kodieren.

Beispiel 7

Eine Patientin tritt stationär für 7 Tage wegen chronischer atemungsabhängiger Schmerzen, thorakal rechts (Thorakal-Syndrom) ein. Die Schmerzen werden von den behandelnden Medizinern als chronisch dokumentiert und u.a. einer vorliegenden postmenopausalen Osteoporose und Fehlbelastung, besonders im zervikalen-thorakalen Bereich der Wirbelsäule zugeschrieben. Es liegen keine osteoporotischen Frakturen oder Impressionen vor.

Die Patientin ist durch die Schmerzen stark im Alltag limitiert und leidet an psychischen Begleiterscheinungen, insbesondere an einer akuten, reaktiven Depression, mittlerer Ausprägung.

Sie erhält eine parenterale PCA für 5 Tage, regelmässige Physiotherapie, ein an die Situation angepasstes Medikamentschema und Schmerzvisiten.

Zusätzlich erfolgt während des Aufenthalts ein psychiatrisches Konsil mit Etablierung einer antidepressiven Medikation.

HD	M54.6	Schmerzen im Bereich der Brustwirbelsäule
ND	M81.08	Postmenopausale Osteoporose ohne pathologische Fraktur, sonstige Lokalisationen
ND	F32.1	Mittelgradige depressive Episode

HB	PCA
NB	Schmerzvisiten

Beachte:

Ausnahmen zum Absatz «Chronischer/therapieresistenter Schmerz» stellen die folgenden Diagnosen dar:

F45.4-	Anhaltende Schmerzstörung
G43.-	Migräne
G44.-	Sonstige Kopfschmerzsyndrome
G54.6	Phantomschmerz
G90.5-	Komplexes regionales Schmerzsyndrom, Typ I
G90.6-	Komplexes regionales Schmerzsyndrom, Typ II
G90.7-	Komplexes regionales Schmerzsyndrom, sonstiger und nicht näher bezeichneter Typ

und chronische Tumorschmerzen (siehe Kodierregel SD0202).

Sind o.a. Diagnosen dokumentiert, ist nicht die Lokalisation des Schmerzes, sondern die genannte/dokumentierte Diagnose als Hauptdiagnose zu verschlüsseln, wenn die Definition der Kodierregel G52 zutrifft.

Bei Vorliegen eines anderen Haupthospitalisationsgrundes gelangt die Kodierregel zur Nebendiagnose G54 zur Anwendung.

Siehe dazu unter Punkt 3.

Das komplexe regionale Schmerzsyndrom (Complex Regional Pain Syndrome - CRPS) und andere Zustände unter G43.-, G44.- und G54.6 können sowohl akut als auch chronisch auftreten.

Gemäss ärztlicher Dokumentation zur Dauer des Bestehens der Symptome gelangt entweder die Kodierregel zum akuten oder zum chronischen Schmerz zur Anwendung.

In den betroffenen Fällen werden das CRPS, die Migräne **etc.** direkt erfasst und nicht die typischen Symptome, wie z.B. anhaltender Schmerz in einer Extremität, Überwärmung, livide oder andere Verfärbungen, Kälteempfindlichkeit, Schwellungen, Funktionseinschränkungen, Myoklonien und/oder Atrophie (CRPS) oder Übelkeit, Halbseitenkopfschmerz, Farbflimmerskotome und/oder Aura-Sensationen (Migräne) etc.

Bei (chronisch) vorliegenden Grunderkrankungen, die akut exazerbieren (können), wird die Kodierung nach Art der Behandlung ausgerichtet.

Handelt es sich bei der Behandlung z.B. um die Linderung der akuten Schmerzen (z.B. bei G44.0 Clusterkopfschmerz oder akut exazerbierten chronischen Tumorschmerzen) kommt die Kodierregel zum akuten Schmerz zur Anwendung.

Handelt es sich um die Behandlung der chronischen Grunderkrankung (z.B. Entzugs- und/oder Schmerzbehandlung bei medikamentenbedingten chronischen Kopfschmerzen) kommt die Kodierregel zum chronischen Schmerz zur Anwendung.

Beispiel 8

Eintritt zur multimodalen Schmerztherapie einer 76-jährigen Patientin 13 Monate nach operativer Behandlung einer distalen Radiusfraktur links nach Sturz.

Sie leidet an einer Funktionseinschränkung, anhaltenden brennenden Ruheschmerzen mit stark ausgeprägter zusätzlicher Berührungskomponente. Die linke Hand zeigt auch einen Tremor.

Die Anamnese ergab eine vorher gescheiterte Schmerzbehandlung und zunehmenden Schmerzmittelkonsum in Eigenregie mit fehlender Compliance gegenüber ärztlichen Vorgaben.

Nebenbefundlich besteht eine pAVK Stadium 2b nach Fontaine des rechten Beines und eine chronische Linksherzinsuffizienz NYHA-Stadium 2, bei Status nach Herzinfarkt 2 Jahre zuvor.

In der ärztlichen Dokumentation findet sich die Diagnose «chronisches CRPS Typ 1 der linken Hand», die Mindestmerkmale für die Kodierung der multimodalen Schmerzbehandlung (11 Tage) sind gemäss medizinischer Dokumentation erfüllt. Bezüglich bestehender Nebendiagnosen ist ein Aufwand >0 erbracht.

Während der Behandlung demaskiert sich eine zusätzliche psychische Komponente als rezidivierende Depression mittelgradiger Episode.

HD G90.50 Komplexes regionales Schmerzsyndrom der oberen Extremität, Typ1

L 2

ND I70.22 Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m

L 1

ND I50.12 Linksherzinsuffizienz, mit Beschwerden bei stärkerer Belastung

ND I25.22 Alter Myokardinfarkt, 1Jahr und länger zurückliegend

ND F33.1 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode

HD 93.A2.44 MMST, mindestens 7 bis 13 Behandlungstage

Nichtoperative Schmerzbehandlungsverfahren im Kontext des **chronischen** Schmerzes werden unter Anwendung anderer in diesem Buch publizierter Kodierregeln nur erfasst, wenn sie als **alleinige** Massnahme im stationären Fall durchgeführt werden.

Bei erfüllten Mindestmerkmalen der CHOP-Kodes 93.A2.- Multimodale Schmerztherapie (MMST) oder 93.A1 Multimodale schmerztherapeutische Kurzzeitbehandlung können diese erfasst werden.

Die Kodes 93.A2.- Multimodale Schmerztherapie (MMST) und 93.A1 Multimodale schmerztherapeutische Kurzzeitbehandlung können bei Vorliegen anderer Erkrankungen/Zustände/Manifestationen, die den Hauptaufwand des stationären Aufenthaltes darstellen, gemäss Kodierregeln G54 und G56 erfasst werden.

Es ist zu beachten, dass die Erfassung der CHOP-Kodes für die komplexen Schmerztherapien nicht explizit nur den in dieser Kodierregel (S1804) genannten Indikationen vorbehalten ist.

2) In den (seltenen) Fällen von stationärer Aufnahme aufgrund chronischer Schmerzen **ohne mögliche Lokalisationszuordnung** (z.B. diffuse Schmerzen) **und/oder** ohne mögliche Zuordnung zu einer Ursache können die Codes

R52.1 Chronischer unbeeinflussbarer Schmerz **oder**

R52.2 Sonstiger chronischer Schmerz

kodiert werden, wenn die Definition der Hauptdiagnose (G52) erfüllt ist.

Beispiel 9

Ein Patient wird stationär für 3 Tage zur Untersuchung eines chronischen, diffusen und therapieresistenten Schmerzes ins Spital aufgenommen. Der Schmerz besteht seit ca. 8 Monaten und beeinträchtigt zunehmend die Lebensqualität.

Die Ursache des Schmerzes (physisch, psychisch) und eine nähere Zuordnung zu einer bestimmten Lokalisation kann während des Spitalaufenthaltes nicht erfolgen.

Nach Erstellung eines Medikamentenplanes, MRI-Untersuchungen der gesamten Wirbelsäule und einem CT-Thorax-Abdomen erfolgt eine psychiatrische Untersuchung. Alle diagnostischen Massnahmen sind bland.

HD R52.1 Chronischer unbeeinflussbarer Schmerz

HB 88.9714 MRI-Übersicht und Teilstücke der Wirbelsäule

NB 87.41.99 Computertomographie des Thorax, sonstige

NB 88.01.10 Computertomographie gesamtes Abdomen

NB 94.19 Psychiatrische Diagnostik, sonstige

3) In allen anderen Fällen aufgrund stationärer Aufnahme wegen chronischem Schmerz muss die Erkrankung, die den Schmerz verursacht, analog zu den Kodieranweisungen unter «Akuter Schmerz», als Hauptdiagnose angegeben werden.

Bei nicht erfüllten Bedingungen der Kodierregel G52 gelangt die Kodierregel G54 zur Anwendung.

Betreffend Behandlungen mit operativen und nichtoperativen Schmerzbehandlungsverfahren bei Patientinnen bzw. Patienten mit chronischem Schmerz gelten die gleichen Bedingungen wie unter Abschnitt «Akuter Schmerz».

Beispiel 10

Ein Patient wird zur Behandlung chronischer Schmerzen steigender Intensität (vorhanden seit ca. 9 Monaten) bei diffusen Knochenmetastasen in der gesamten Wirbelsäule und den Beckenknochen aufgenommen. Gesamtaufenthaltsdauer 15 Tage.

Primärtumor ist ein lymphogen (Becken, Abdomen) metastasiertes Prostatakarzinom.

Implantation einer epiduralen Schmerzpumpe nach initial subkutaner Verabreichung von morphinhaltigen Analgetika.

Während des Aufenthalts wird am Tag vor Austritt noch eine palliative niedrigkomplexe Chemotherapie im Zyklus verabreicht.

HD C79.5 Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes

L 0

ND C61 Bösartige Neubildung der Prostata

ND C77.8 Sekundäre und n.n.bez. bösartige Neubildung der Lymphknoten mehrerer Regionen

HB 03.9B.1- Implantation oder Wechsel einer vollständig implantierbaren Infusionspumpe zur intrathekalen und epiduralen Infusion

NB 03.90.11 Einsetzen oder Ersetzen eines Katheters zur intrathekalen und epiduralen Infusion, Permanenter Katheter zur Dauerinfusion

NB 99.25.51 Nicht komplexe Chemotherapie

Beispiel 11

Ein Patient tritt mit akutem transmuralen Hinterwandinfarkt zur notfallmässigen Bypassoperation ein. In der postoperativen Phase, nach komplikationsloser kardialer Operation, aggraviert ein chronisch bestehender beidseitiger Extremitäten(ruhe)schmerz auf Basis einer diabetischen Polyneuropathie (Typ 2, nicht entgleist) und limitiert den Patienten stark (Schlaflosigkeit, erschwerte postoperative Physiotherapie etc.). Neben neurologischen Untersuchungen bedside, Anpassung der auf die Grunderkrankung ausgerichteten Medikation erhält er ein Medikamentschmerzschema, physikalische Schmerzbehandlungsverfahren etc.

Der gesamten medizinischen Dokumentation ist zu entnehmen, dass die Bedingungen/Mindestmerkmale für die Erfassung einer 93.A1 Multimodalen schmerztherapeutischen Kurzzeitbehandlung für 3 Tage erfüllt sind.

HD	I21.1	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand
ND	E11.40†	Diabetes mellitus, Typ2, Mit neurologischen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet
ND	G 63.2*	Diabetische Polyneuropathie
L	0	

HB		Bypassoperation gemäss geltenden Kodierrichtlinien
NB	93.A1	Multimodale schmerztherapeutische Kurzzeitbehandlung

SD1805e 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 SD0605: Aufnahme zur Implantation eines Neurostimulators).

SD1806e 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 Grunderkrankung wird nur als Nebendiagnose kodiert, wenn sie die Nebendiagnosendefinition erfüllt.

(Gleiche Regel unter SD0606: Aufnahme zur Entfernung eines Neurostimulators).

SD1900 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.

SD1901a 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.

SD1902a Fraktur und Luxation

Zur Kodierung von Wirbelfrakturen/Luxationen siehe SD1905.

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.

SD1903c 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 Nervs
- 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 Kodes
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 SD0102 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.

SD1904j 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 künstlichem 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 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	=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., Vanhauzenhuyse, 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.

SD1905c 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 Code 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 incompletter 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 Kode für die Art der Verletzung als Hauptdiagnose anzugeben und der entsprechende Kode 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 incompletter 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: Kodes 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 Kode der Kategorie

G 82.- *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 Femurs usw. aufgenommen, ist die zu behandelnde Erkrankung gefolgt von einem Kode der Kategorie

G 82.- *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.

Die Kodes 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 SD1902 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

SD1906a 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 Kodes 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 Kodes (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 Kode *T07 Nicht näher bezeichnete multiple Verletzungen* vor. Dieser Kode ist unspezifisch und deshalb nach Möglichkeit **nicht** zu verwenden.

Reihenfolge der Kodes bei multiplen Verletzungen

Die Wahl der Hauptdiagnose erfolgt nach Regel G52.

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 Kodes anzugeben sind, wann immer dies möglich ist.

SD1907j Verbrennungen und Verätzungen

Reihenfolge der Kodes

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 SD1201 «Plastische Chirurgie» und D06 «Folgezustände» Beispiel 2 kodiert.

Die Hauptdiagnose Verbrennung/Verätzung (*T20 - T32*) ist nur dann anzugeben, wenn es um die **akute Behandlungsphase** einer Verbrennung/Verätzung geht.

SD1908b 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.

SD1909j Unerwünschte Nebenwirkungen von Arzneimitteln (bei Einnahme gemäss Verordnung)

Unerwünschte Nebenwirkungen indikationsgerechter Arzneimittel bei Einnahme **gemäss Verordnung** werden wie folgt kodiert:

- Ein oder mehrere Kodes 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 den Kodes:

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 Kodes 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 Bohrlochtrepanation 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 SD1909 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. Bagatelltrauma) 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 Kodes *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 Kodes *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.

SD1910b 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 **SD1908**.

SD2000 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-Kode **pro Ereignis** genügt, dies wird nur im **ersten stationären** Aufenthalt abgebildet.

Falls der Kode für Verletzungen, Vergiftungen, Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen und anderen schädlichen Wirkungen in der **Hauptdiagnose** steht, ist der Kode 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 Kode der äusseren Ursache (V – Y) diesem Kode direkt. Wenn der Kode der äusseren Ursache mehreren Nebendiagnosen-Kodes zugeordnet werden kann, ist er nur einmal am Ende dieser Nebendiagnosen-Kodes 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 Kode inbegriffen (entgegen der Bemerkung in der ICD-10-GM, Bemerkung, die noch aus der WHO-Version stammt).

SD2100 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 (G 54), ist er zusätzlich zu erfassen.

Spezielle Kodierrichtlinien für Prozeduren und Behandlungen SP0100 – SP0200

In Anlehnung an das Kapitel «Spezielle Kodierrichtlinien für Diagnosen (SD) SD0100-SD2100» wird das folgende Kapitel speziell für Prozeduren und Behandlungen eröffnet.

Die Aufgliederung richtet sich vorerst nicht nach der CHOP-Struktur. In den zukünftigen Versionen des Kodierungshandbuchs wird sich dieses neue Kapitel weiterentwickeln.

Die zwei ersten Unterkapitel werden den Komplexbehandlungen und der Früh- sowie Akutrehabilitation und paraplegiologischen Rehabilitation gewidmet und es werden dort erste kurze Kodierrichtlinien und Fallbeispiele aufgenommen.

SP0100 Komplexbehandlungen

SP0101k Berufsbezeichnungen in der CHOP

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

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

- Ergotherapeutin/-therapeut
- Ernährungsberaterin/-berater
- Logopädin/Logopäde
- Osteopathin/Osteopath
- Pflegefachfrau/-mann
- Physiotherapeutin/-therapeut

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

SP0200 Frührehabilitation, paraplegiologische Rehabilitation, Akutrehabilitation

SP0201k Frührehabilitation

Beispiel 1

Notfallaufnahme einer 49-jährigen Patientin mit akuter Subarachnoidalblutung ausgehend von einem rupturierten Aneurysma der A. communicans posterior (nicht als angeboren klassifiziert) und Verlegung auf die neurologisch-neurochirurgische Intensivstation.

Nach endovaskulärer Aneurysmaausschaltung mittels Coiling und Stabilisierung auf der Intensivstation im Verlauf des stationären Aufenthaltes Übernahme auf die neurochirurgisch-neurologische Intermediate Care Unit.

Die Erhebung des Frühreha-Barthel-Index nach Schönle (FRB) (innerhalb der ersten 5 stationären Behandlungstage) ergibt eine Punktzahl von - 145.

Bei der zuvor nur unter Bluthochdruck leidenden Patientin zeigen sich bei schweren zerebralen Vasospasmen neurologische Defizite, u.a. eine schlaffe Halbseitenlähmung,

Während des Aufenthaltes auf der Intensivstation bestanden ein komatöser Zustand und Atemstörungen (u.a. hypoxisch respiratorische Insuffizienz), die eine initiale Beatmung und das Anlegen eines Tracheostomas erforderten.

¹ SR 811.21 - Bundesgesetz vom 30. September 2016 über die Gesundheitsberufe (Gesundheitsberufegesetz, GesBG) (admin.ch)

² SR 832.102 - Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV) (admin.ch)

Bei Übernahme auf die IMCU ist die Patientin wach, ansprechbar, atmet spontan aber ist desorientiert. Das Tracheostoma wurde vorerst belassen und es wird intermittierend mit CPAP die Spontanatmung unterstützt. Stabilität von Herz-Kreislauf-System und Atmungssystem sind in horizontaler Position vorhanden.

Die Patientin ist vollständig von pflegerischer Hilfe abhängig, hat eine Ernährungssonde und leidet unter Harn- und Stuhlinkontinenz. Nach Wiedererlangen des Bewusstseins zeigt sich eine Orientierungsstörung hinsichtlich Zeit und Ort.

Immer wieder versucht die Patientin, sich mit der nicht betroffenen Seite Infusionsleitungen und überwachungsnotwendige Ableitungen zu entfernen.

Für die Vorbeugung weiterer Schädigungen und Verringern des Ausmasses der neurologischen Defizite des zentralen Nervensystems ist eine frührehabilitative Behandlung geplant, die auf der IMCU begonnen wird.

Es erfolgt eine Abklärung und entsprechende Assessments. Die Erhebung des Frühreha-Barthel-Index nach Schönle (FRB) ergibt weiterhin, zusätzlich zu den Indices, die in den ersten 5 stationären Behandlungstagen erhoben wurden, eine Punktzahl von - 145.

Alle anderen Mindestmerkmale des CHOP-Kodes 93.89.1 Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation, nach Anzahl Behandlungstage sind ebenfalls erfüllt.

Während der Zeit bis zum Übertritt in eine spezialisierte Rehabilitationseinrichtung werden wöchentlich weitere Frühreha-Barthel-Indices erhoben, die nie über den Wert von 30 hinausgehen.

Nach mehrwöchigem Aufenthalt Verlegung in eine entsprechende neurologische Rehabilitationseinrichtung.

HD	I60.3	Subarachnoidalblutung, von der A. communicans posterior ausgehend
ND	I67.80!	Vasospasmen bei Subarachnoidalblutung
ND	I67.10	Zerebrales Aneurysma (erworben)
ND	U52.2	Frührehabilitations-Barthel-Index: -200 bis -76 Punkte
ND	G81.0	Schlaffe Hemiparese und Hemiplegie
ND	R06.88	Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen der Atmung
ND	R41.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Symptome, die das Erkennungsvermögen und das Bewusstsein betreffen
ND	R40.2	Koma, nicht näher bezeichnet
ND	J96.00	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert, Typ I [hypoxisch]
ND	R32	Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz
ND	R15	Stuhlinkontinenz
ND	I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet, ohne Angabe einer hypertensiven Krise
HB		alle Behandlungen bezüglich Aneurysma gemäss aktuellen Kodiervorgaben
NB	99.B71-	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) des Erwachsenen, nach Aufwandspunkten
NB	99.B81-	Komplexbehandlung des Erwachsenen in einer Intermediate-Care Unit (IMCU), nach Aufwandspunkten
NB	93.891-	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation, nach Anzahl Behandlungstage

Beispiel 2

Eintritt eines 60-jährigen Patienten in ein Akutspital zur Operation eines grossen intrakraniellen benignen Meningeoms.

Nach dem Eingriff zeigen sich wahrscheinlich Ischämie bedingte neurologische Defizite, und zwar eine inkomplette schlaffe Hemiparese und eine beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung.

Im Kontext der Dysphagie Entwicklung einer Pneumonie aufgrund Nahrungsmittelaspiration am 4. Hospitalisationstag, die jedoch mit entsprechenden Massnahmen gut beherrscht werden kann. Die Folgen der Operation führen zu einem (verlängerten) Aufenthalt auf der Intensivstation.

Nach Abklärung/Assessment ergibt sich am 14. Hospitalisationstag ein Frühreha-Barthel-Index (FRB) von initial 0 Punkten.

Bei Erfüllung der Mindestmerkmale für 93.89.1 Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation, nach Anzahl Behandlungstage Beginn der frührehabilitativen Behandlung auf peripherer Station.

Im Verlauf der ersten frührehabilitativen Behandlungswoche (Tag 5) wird ein Frühreha-Barthel-Index (FRB) von mehr als 30 Punkten gemessen, der bei Kontrolle 7 Kalendertage später (Tag 12) nicht verifiziert werden kann.

Im Verlauf der 3. frührehabilitativen Behandlungswoche wird eine Punktzahl von mehr als 30 Punkten erreicht (Tag 19), die 7 Kalendertage später (Tag 26) mit einem weiteren Anstieg der Punkte bestätigt wird.

Somit sind die Bedingungen für die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation ab Tag 26 nicht mehr erfüllt.

Der Patient wird (bei Bedarf) zur weiteren neurologischen Rehabilitation in eine entsprechende Einrichtung verlegt.

HD	D32.0	Gutartige Neubildung der Meningen, Hirnhäute
ND	G81.0	Schlaffe Hemiparese und Hemiplegie
ND	U52.1	Frührehabilitations-Barthel-Index: -75 bis 30 Punkte
ND	R13.0	Dysphagie mit Beaufsichtigungspflicht während der Nahrungsaufnahme
ND	J69.0	Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes
ND	U69.01!	Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie, die mehr als 48 Stunden nach Aufnahme auftritt
HB		alle Behandlungen bezüglich Meningeom gemäss aktuell geltenden Kodiervorgaben
NB	99.B71-	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) des Erwachsenen, nach Aufwandspunkten
NB	93.89.1M	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation, mindestens 21 bis 27 Behandlungstage

Beachte:

Handelt es sich um Einrichtungen, die sowohl auf frührehabilitative Behandlungen als auch auf Rehabilitationen spezialisiert sind, muss zu dem Zeitpunkt, wenn die Bedingungen der CHOP-Kodes für Frührehabilitation nicht mehr erfüllt sind, der auf die Frührehabilitation bezogene Fall abgeschlossen und ein neuer Fall eröffnet werden.

Der neue Fall wird dann gemäss Kodierrichtlinien «Rehabilitation» erfasst.

SP0202k Paraplegiologische Rehabilitation

Paraplegiologische Rehabilitation - Akute Phase

Beispiel 1

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

Der Patient berichtete über keinen Bewusstseinsverlust und sein Erinnerungsvermögen ist nicht beeinträchtigt. Es wird eine instabile Wirbel-Fraktur auf Höhe des Wirbels C6 mit nachträglicher Verschiebung und Kompression des Rückenmarks diagnostiziert. Im Akutspital erfolgte eine dorsale Stabilisierung C5 bis C7 mit gleichzeitiger Diskektomie C5-6 und C6-7. Der Patient wird am 5. postoperativen Tag zur spezialisierten Erstrehabilitation in ein Paraplegiezentrum verlegt.

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

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

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

Folgende Diagnosen liegen gemäss ärztlicher Austrittsdokumentation vor:

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

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

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

HD	S14.13†	Sonstige inkomplette Querschnittverletzungen des zervikalen Rückenmarkes
ND	N51.8*	Sonstige Krankheiten der männlichen Genitalorgane bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
ND	S14.75!	Funktionale Höhe einer Verletzung des zervikalen Rückenmarkes, C5
ND	Z50.8!	Sonstige Rehabilitationsmaßnahmen
ND	G95.80	Harnblasenlähmung bei Schädigung des oberen motorischen Neurons [UMNL]
ND	G95.82	Harnblasenfunktionsstörung durch spinalen Schock
ND	G90.8†	Sonstige Krankheiten des autonomen Nervensystems
ND	I98.8*	Sonstige näher bezeichnete Störungen des Kreislaufsystems bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
ND	I95.8	Sonstige Hypotonie
ND	F12.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide, Psychotische Störung
ND	K59.2	Neurogene Darmstörung, anderenorts nicht klassifiziert
ND	R25.2	Krämpfe und Spasmen der Muskulatur

HB	93.87.D4	Paraplegiologische rehabilitative Komplexbehandlung, mindestens 280 bis zu 307 Behandlungstage, mit durchschnittlich 30 Therapieeinheiten pro Woche
NB	AA.33-	Spinal Cord Independence Measure (SCIM) - bei Eintritt entsprechend der Score-Erhebung
NB	AA.33-	Spinal Cord Independence Measure (SCIM) - bei Austritt entsprechend der Score-Erhebung
NB	99.C.2.IY	Pflege-Komplexbehandlung bei Erwachsenen, 601 bis 700 Aufwandspunkte
NB	93.A3.34	Komplexe Akutschmerzbehandlung, von 21 und mehr Behandlungstage
NB		psychiatrische und andere Interventionen gemäss med. Dokumentation
NB	57.17	Perkutane suprapubische Zystostomie

Der SCIM ist gemäss den Vorgaben in der CHOP 2022 zu erfassen. Das bedeutet u.a., dass die Codes bei Eintritt innerhalb von 3 Tagen, sowie bei Austritt (d.h. frühestens 3 Tage vor Austritt) zu kodieren sind. Jedes Kriterium ist unterteilt in 3 bis 9 Schweregrade, wobei 0 «höchste Abhängigkeit» bedeutet. Die Stufen sind genau nach den Definitionen des SCIM III abzubilden.

Die in der Akutphase einer Rückenmarkverletzung stattfindende paraplegiologische Rehabilitation wird gemäss Kodierregel SD1905 Absätze «Die akute Phase - unmittelbar posttraumatisch» und «Die akute Phase - Verlegung des Patienten» abgebildet.

Paraplegiologische Rehabilitation - Chronische Phase

Beispiel 2

Eintritt einer 64-jährigen Patientin in Rehabilitationseinrichtung mit Spezialisierung auf paraplegiologische Rehabilitation mit bekannter spastischer Paraplegie auf Läsionshöhe Th7, AIS A, infolge einer Rückenmarksischämie im Rahmen einer Aortendissektion 17 Jahre zuvor mit erfolgter operativer Versorgung.

Es persistieren seit Jahren neurogene Störungen der Blasen-, Darm- und Sexualfunktionen sowie neurogene Schmerzen auf Läsionshöhe. Nach einer Hospitalisierung infolge einer Fraktur der rechten distalen Tibia ohne offensichtliches Trauma, die mit einer Knieschiene behandelt wurde, tritt nach längerer Bettruhe zu Hause ein Dekubitus des Steissbeins Grad II-III auf. Die Patientin hat eine bekannte chronische MRSA-Besiedelung des Urogenitaltraktes, der Leistengegend und der dort und submammär bestehenden Intertrigines.

Spitaleintritt auf Anordnung des behandelnden Arztes aufgrund der ungünstigen Entwicklung zu Hause.

Die Patientin wird über den gesamten Aufenthalt isoliert (die Mindestmerkmale der Komplexbehandlung bei Vorliegen multiresistenter Erreger ist gemäss Dokumentation erfüllt), es erfolgen ein Débridement (ca.18cm²) des Dekubitus in Allgemeinanästhesie und die Einlage eines Dauerkatheters.

Ansonsten weitere konservative Behandlung.

In der Anfangsphase der aktuellen Hospitalisierung unterliegt die Patientin strikter Bettruhe mit Wendemanövern alle zwei Stunden tagsüber und alle vier Stunden in der Nacht.

Eine tägliche Gesamtpflegezeit von 160 Minuten wird dokumentiert.

Sie erhält zusätzlich vorbeugende Atemphysiotherapie, tägliche passive Mobilisation bei bestehenden Kontrakturen des rechten Fusses und zusätzlich zur allgemeinen Kontrakturen-Prophylaxe und physikalische Therapien mit insgesamt zehn Sitzungen pro Woche während 40 Tagen.

Aufgrund der aggravierten Schlafstörungen und der verschlechterten Gesamtsituation erhält die Patientin über den gesamten Aufenthalt psychologische Unterstützung und Schulungen in Entspannungstechniken.

Während der Nacht Verabreichung von CPAP bei vorliegendem obstruktiven Schlafapnoesyndrom.

Der SCIM-Score beträgt 15 von 100 Punkten.

Bei Vorliegen einer Fraktur Durchführung einer Osteodensitometrie mit der Diagnose einer Inaktivitätsosteoporose.

Befüllung der vorhandenen intrathekalen Muskel-Relaxanz-Medikamenten-Pumpe und mehrfache Anpassung der Dosierung vor Entlassung.

Nach Konsolidierung der Fraktur und guter Heilung des Dekubitus, autonome sukzessive Wiederaufnahme der ADL während 2 Wochen.

In dieser Zeitspanne 15 Therapiesitzungen pro Woche und eine tägliche Gesamtpflegezeit von 60 Minuten. Es erfolgen die Anpassung der Hilfsmittel und Wechsel des Dekubituskissens aufgrund von Verschleiss.

Zunehmende Re-Mobilisierung und Rückkehr zur vorherigen Autonomie.

In der letzten Hospitalisierungswoche liegt der SCIM-Score bei 72 von 100 Punkten, es erfolgen 20 therapeutische Sitzungen und es wird eine tägliche Pflegezeit von 30 Minuten dokumentiert.

Es erfolgt die begleitete Entlassung mit Rückkehr nach Hause ohne zusätzliche Hilfe nach 40 Tagen Aufenthalt.

Folgende Diagnosen liegen gemäss ärztlicher Austrittsdokumentation vor:

- Komplette spastische Paraplegie mit sensiblen und motorischem Niveau Th7 AIS A, nach Aortendissektion 17 Jahre zuvor, operiert (Gore-Tex-Prothese), mit:
- Neurogene Harnblasenlähmung bei Schädigung des oberen Motoneurons (Typ UMNL), Behandlung mit Botoxinjektionen alle neun Monate, intermittierende Selbstkatheterisierung mit wiederkehrenden Infektionen (aktuell keine Infektion ersichtlich)
- Neurogen bedingte Störung der Darmfunktion mit verlangsamtem Transit, unter Abführmitteln, Entleerung über manuelle Ausräumung und Einläufe
- Neurogen bedingte Störungen der Sexualfunktionen mit Anorgasmie und Dyspareunie
- Neurogene Schmerzen auf Läsionshöhe mit Brennen im Brustbereich
- Invalidisierende Spastik mit intrathekaler Medikamenten-Pumpe bei 180mcg/24h (Muskelrelaxanzien)
- Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom, CPAP
- Chronischer MRSA-Besiedelung seit 2018 (Urogenitaltrakt, Intertrigines Leistengegend und submammär)

Aktuell:

- pathologische Fraktur der rechtsseitigen distalen Tibia durch Osteoporose
- Dekubitus Steissbein Grad II-III

Zusätzliche Diagnosen:

- Arterielle Hypertonie (weiter behandelt)
- Schlafstörungen
- mittelgradige Episode einer rezidivierenden Depression

An 16 Aufenthaltstagen sind die Bedingungen für die Erfassung der Pflegekomplexbehandlung gemäss Dokumentation ebenfalls erfüllt.

HD	G82.12	Spastische Paraparese und Paraplegie: Chronische komplette Querschnittlähmung
ND	G82.64!	Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes: T7-T10
ND	Z86.7	Krankheiten des Kreislaufsystems in der Eigenanamnese
ND	Z95.88	Vorhandensein von sonstigen kardialen oder vaskulären Implantaten oder Transplantaten
ND	G95.80	Harnblasenlähmung bei Schädigung des oberen motorischen Neurons [UMNL]
ND	K59.2	Neurogene Darmstörung
ND	G47.31	Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom
ND	R07.3	Sonstige Brustschmerzen
ND	L30.4	Intertriginöses Ekzem
L	0	
ND	B95.6!	Staphylococcus aureus als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind
ND	U80.00!	Staphylococcus aureus mit Resistenz gegen Oxacillin oder Methicillin [MRSA]
ND	Z22.3	Keimträger anderer näher bezeichneter bakterieller Krankheiten
ND	M80.26	Inaktivitätsosteoporose mit pathologischer Fraktur: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
L	1	
ND	L89.24	Dekubitus, Stadium 3: Sitzbein
ND	Z45.82	Überprüfung der Funktionsparameter einer Medikamentenpumpe
ND	M62.47	Muskelkontraktur: Knöchel und Fuß
L	1	
ND	I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet, Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
ND	F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode
ND	G47.9	Schlafstörung, nicht näher bezeichnet
HB	93.87.3-	Paraplegiologische rehabilitative Komplexbehandlung, mindestens 28 bis zu 55 Behandlungstage
NB	AA.33-	Spinal Cord Independence Measure (SCIM) - bei Eintritt entsprechend der Score-Erhebung
NB	AA.33-	Spinal Cord Independence Measure (SCIM) - bei Austritt entsprechend der Score-Erhebung
NB	99.C.2.1J	Pflege-Komplexbehandlung bei Erwachsenen, 91 bis 100 Aufwandspunkte
NB	57.94	Einsetzen eines transurethralen Dauerkatheters
NB	93.59.53	Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multiresistenten Erregern, 21 und mehr Behandlungstage
NB	86.2A.2E	Chirurgisches Débridement, mittlerer Ausdehnung, an anderer Lokalisation
NB	00.98.11	Wiederbefüllung und Programmierung einer vollständig implantierten, programmierbaren Infusionspumpe mit konstanter Flussrate zur intrathekalen und intraventrikulären Applikation von Medikamenten
NB	88.98.10	Knochendensitometrie mit Doppelenergie-Röntgen-Absorptiometrie (DXA)

Der SCIM ist gemäss den Vorgaben in der CHOP 2022 zu erfassen. Das bedeutet u.a., dass die Codes bei Eintritt innerhalb von 3 Tagen, sowie bei Austritt (d.h. frühestens 3 Tage vor Austritt) zu kodieren sind. Jedes Kriterium ist unterteilt in 3 bis 9 Schweregrade, wobei 0 «höchste Abhängigkeit» bedeutet. Die Stufen sind genau nach den Definitionen des SCIM III abzubilden.

Die in der chronischen Phase einer Rückenmarksverletzung stattfindende(n) paraplegiologische(n) Rehabilitation(en) werden u.a. mit Kodierregel SD1905 «Rückenmarksverletzung - chronische Phase» abgebildet.

SP0203k Akutrehabilitation**Beispiel 1**

Eintritt eines 59-jährigen Patienten (ohne Vorerkrankungen) in das Akutspital mit COVID-19-Pneumonie aufgrund SARS-CoV-2.

Bei schneller respiratorischer Erschöpfung (schweres ARDS) wird er umgehend auf die Intensivstation verlegt und 17 Tage beatmet.

Nach Beendigung der Intensivbehandlung, die durch eine Lungenembolie mit akutem Cor pulmonale erschwert wurde, besteht ein Gewichtsverlust von ca.15 kg, starke (muskuläre) Dekonditionierung und Rechtsherzinsuffizienz (NYHA 2) aufgrund der erhöhten Druckbelastung des rechten Ventrikels wegen der Lungenembolie.

Da eine Entlassung nach Hause aufgrund persistierender Lungenfunktionseinschränkung und dem herabgesetzten Allgemeinzustand nicht möglich ist, wird nach entsprechenden standardisierten Assessments und Score-Erhebungen eine pneumologische Akutrehabilitation begonnen.

Die Mindestmerkmale des CHOP-Kodes 93.9A.1 sind für 12 Tage gemäss medizinischer Dokumentation erfüllt.

Die Mindestmerkmale für die Erfassung der Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multiresistenten Erregern, nach Anzahl Behandlungstage sind ebenfalls für 26 Tage erfüllt.

Eine Anschlussbehandlung wird initiiert und es erfolgt die direkte Verlegung in eine Rehabilitationseinrichtung zur pulmonalen weiteren Rehabilitation.

HD	J12.8	Pneumonie durch sonstige Viren
ND	J80.03	Schweres Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]
ND	U071!	COVID-19, Virus nachgewiesen
ND	I26.0	Lungenembolie mit Angabe eines akuten Cor pulmonale
ND	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz
ND	I50.03!	Rechtsherzinsuffizienz mit Beschwerden bei stärkerer Belastung
ND	R63.4	Abnorme Gewichtsabnahme
ND	R29.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Symptome, die das Nervensystem und das Muskel-Skelett-System betreffen
ND	R53	Unwohlsein und Ermüdung
HB	99.B71-	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) des Erwachsenen, nach Aufwandspunkten
NB	93.9A.12	Pneumologische Akutrehabilitation, mindestens 7 bis 13 Behandlungstage
NB	93.59.53	Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multiresistenten Erregern, 21 und mehr Behandlungstage
NB		u.a.

Beachte :

Alle rehabilitativen Behandlungsfälle, die **nicht** frührehabilitativen, paraplegiologischen oder akutrehabilitativen Charakter aufweisen und/oder die Bedingungen/Mindestmerkmale gemäss anzuwendender CHOP für Frührehabilitation, paraplegiologische Rehabilitation und Akutrehabilitation **nicht** erfüllen, werden nach Vorgaben der «Kodierrichtlinien Rehabilitation» kodiert.

Für Kodierrichtlinien/Sonderregeln bezüglich paraplegiologischer Rehabilitation wird zusätzlich auf das Kapitel Rehabilitation, Absatz «Sonderfall Paraplegiologische Rehabilitation» verwiesen.

Kodierrichtlinien Rehabilitation

Dieses Kapitel betrifft Rehabilitationsfälle mit Austrittsdatum ab **1. Januar 2022**.

Es handelt sich im Folgenden um Kodierrichtlinien, die für Rehabilitation gelten und enthält konkrete Beispiele betreffend rehabilitativer Diagnosen und Behandlungen.

Geltungsbereich:

Die folgenden Vorgaben zur Kodierung stationärer Rehabilitationsfälle sind anzuwenden für alle Behandlungen in Rehabilitations-Kliniken oder Rehabilitations-Abteilungen von Akutkliniken, die unter den Anwendungsbereich des Tarifs ST Reha fallen.

Gültige Instrumente zur medizinischen Kodierung:

Für die Kodierung aller stationären Fälle mit Austrittsdatum ab **1. Januar 2022** sind gültig:

- Medizinisches Kodierungshandbuch: Der offizielle Leitfaden der Kodierrichtlinien in der Schweiz. Version **2022**
- Rundschreiben für Kodiererinnen und Kodierer: **2022** / Nr. 1 und Nr. 2
- **Offizielle Kommunikationen**
- Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP): Systematisches Verzeichnis – Version **2022**
- ICD-10-GM **2021** Systematisches Verzeichnis: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme: 10. Revision - German Modification
- ICD-10-GM **2021** 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 **2021** 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.

Wir verweisen für Beispiele zur Kodierung von Fällen der Frührehabilitation und Akutrehabilitation auf das Kapitel "Spezielle Kodierrichtlinien für Prozeduren und Behandlungen SP0100 bis SP0200".

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:

Beispiel 1

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

Beispiel 2

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.

Siehe dazu auch Kodierregel G54g «Die Nebendiagnosen».

Spezielle Gültigkeit für die Rehabilitation:

Handelt es sich beim Rehabilitationsfall um eine Verlegung, ist gemäss Kodierregel D15j 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, welches bei Eintritt vorliegt, muss als Nebendiagnose über die Codes

U50.- *Motorische Funktionseinschränkung* und

U51.- *Kognitive Funktionseinschränkung*

abgebildet werden.

Im Falle der paraplegiologischen Rehabilitation ist die Erfassung der Codes U50.- und U51.-, für das Ausmass der Funktionseinschränkung bei Eintritt, fakultativ.

Dies erfolgt zusätzlich zur Assesmenterhebung, welche mittels CHOP-Kapitel AA.- kodiert wird. (Siehe unter Abschnitt «Prozeduren»)

Erfolgt die Rehabilitation im Anschluss an einen operativen Eingriff mit Einsetzen von Implantaten und/oder nach einer Organtransplantation, werden z.B. die Codes Z94.-Zustand nach Organ-oder Gewebetransplantation und/oder Z95.- Vorhandensein von kardialen oder vaskulären Implantaten oder Transplantaten etc. als Nebendiagnose kodiert.

Beispiele zur Kodierung der Nebendiagnosen

Beispiel 1

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

Beispiel 2

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

Beispiel 3

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 in der Rehabilitation, 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, Tod des Patienten oder bei Entlassung gegen ärztlichen Rat.

Die Information ist in Variable «Entscheid für Austritt (1.5.V02) » zu erfassen.

2) Assessments – CHOP AA

Die Alltagsfunktionsmessungen beziehen sich auf folgende Subkategorien:

AA.13.- Items des ADL-Scores

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).

Die ADL-Items werden mit den CHOP-Kodes aus der Subkategorie AA.13.- erfasst.

Für die Erfassung aller ADL-Items ist das Dokument «ANQ, Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken, Bern, Charité, Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft (2020): Überleitungstabelle FIM® bzw. EBI im CHOP Code ADL Score, V.1.0» massgeblich.

Unter folgenden Links sind die Überleitungstabelle und das entsprechende Dokument ersichtlich.

Deutsch: www.anq.ch/uebersetzung-ADL

Französisch: www.anq.ch/conversion-ADL

Italienisch: www.anq.ch/codificazione-AVQ

* 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 2022 weiterhin über die folgenden Analogie-Kodes:

I Nervensystem-Funktionseinschränkung:

93.19 Übung, n.a.klass

II Herz-Funktionseinschränkung:

93.36.00 Kardiale 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 in der Rehabilitation, nach Aufwandspunkten

Mit diesen Kodes werden besonders aufwändige Fälle in der Rehabilitation abgebildet.

Die mit den Kodes der Subkategorie BB.1- abgebildeten Leistungen gehen über die für jede Rehabilitationsart definierten Basisleistungen hinaus.

Kodes der Subkategorie BB.1 umfassen klar definierte Leistungen, die zusätzlich zur Basisleistung erbracht werden.

Es erfolgt also eine Trennung von Leistungen der Basisbehandlung und den unter der Subkategorie BB.1- befindlichen indikationsbezogenen Zusatzaufwänden.

Es können 6 Indikationsbereiche abgebildet/unterschieden werden.

Unter Subkategorie BB.1- sind v.a. pflegerische Leistungen beschrieben.

Die Mindestmerkmale und Hinweise unter der Subkategorie BB.1- sind zu berücksichtigen.

Die Pflege-Komplexbehandlung 99.C- wird **nicht** zusätzlich erfasst.

CHOP BB.2 - Zusatzleistung der Therapie in der Rehabilitation, nach durchschnittlichen Therapieminuten pro Woche

Die Codes der Subkategorie BB.2- dienen der Abbildung besonders therapieintensiver Fälle in der stationären Rehabilitation. Die unter Subkategorie BB.2- beschriebenen Aufwände bilden Leistungen ab, die mindestens 25% über die für jede Rehabilitations-Art definierten, minimalen Schwellenwerte der Therapieminuten pro Woche in den entsprechenden Basisleistungen hinausgehen. Es sind 8 Reha-Arten definiert, in denen Zusatzleistungen indiziert sein können. Diese entsprechen in ihrer Aufstellung jenen des BA- Codes. **Es darf nur ein Kode BB.2- pro Aufenthalt in einer Reha-Art kodiert werden.**

Prozeduren, die kodiert werden müssen (nicht abschliessend):

Alle signifikanten Prozeduren, welche während des Rehabilitationsaufenthaltes durchgeführt werden, sind zu kodieren. Dies schliesst diagnostische, therapeutische und pflegerische Prozeduren ein.

Die Definition einer signifikanten Prozedur ist gemäss Kodierregel P01j, dass sie entweder:

- chirurgischer Natur ist,
- ein Eingriffsrisiko birgt,
- ein Anästhesierisiko birgt,
- Spezialeinrichtungen, Grossgeräte (z.B. MRI, CT etc.) oder spezielle Ausbildung erfordert.

Externe ambulante Behandlungen:

Erhält ein stationärer Patient externe ambulante Leistungen (z.B. MRI, Dialysen, Chemotherapie etc.), werden diese beim stationären Fall kodiert und mit dem speziellen Item «ambulante Behandlung auswärts» (Variablen 4.3.V016, 4.3.V026, 4.3.V036 etc.) 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

Prozeduren, die routinemässig bei den meisten Patienten mit einer bestimmten Erkrankung durchgeführt werden, sind gemäss Kodierregel P02g nicht zu kodieren

Der Aufwand für diese Prozeduren spiegelt sich in der Diagnose oder in den anderen angewendeten Prozeduren wider. Wurde keine signifikante Prozedur erbracht, ist kein CHOP-Kode abzubilden.

Es ist zu beachten, dass die unter Kodierregel P02g dokumentierten, nicht zu kodierenden Prozeduren im akutstationären Setting als Routine und/oder immanent angesehen werden, jedoch in Rehabilitationsaufenthalten unter Umständen nicht als solche definiert werden können und somit kodiert werden müssen.

Sonderfall Paraplegiologische Rehabilitation:

Der CHOP-Kode für die Paraplegiologische rehabilitative Komplexbehandlung (93.87-) gilt **sowohl für akutsomatische Fälle 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 einen CHOP-Kode aus der Kategorie 99.C- *Pflege-Komplexbehandlung* abgebildet.

Der CHOP-Kode 93.87- *Paraplegiologische rehabilitative Komplexbehandlung* wird **nicht zusammen** mit den CHOP-Kodes der Kategorien BB.1- *für den Zusatzaufwand in der Rehabilitation* und/oder BB.2- *für Zusatzleistungen in der Rehabilitation* abgebildet.

Erfasst werden:

- 93.87- *Paraplegiologische rehabilitative Komplexbehandlung*
- AA.32- *Spinal Cord Independence Measure (SCIM)*
- weitere Leistungen, die kodiert werden müssen:
 - 99.C- *Pflege-Komplexbehandlung*
 - 93.9F.- *Mechanische Beatmung und Atmungsunterstützung*
 - und weitere

Wir verweisen für Beispiele zur Kodierung von Fällen der paraplegiologischen Rehabilitation auf das Kapitel "Spezielle Kodierrichtlinien für Prozeduren und Behandlungen SP0100 bis SP0200".

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

In den nachfolgenden Beispielen ist jeweils U50.- und /oder U51.- gemäss medizinischer Dokumentation als Nebendiagnose zu kodieren.

Beispiel 1: Neurologische Rehabilitation

Ein Patient wird zur stationären Rehabilitation verlegt mit Status nach Hirninfarkt im Mediastromgebiet und mit schlaffer Halbseitenlähmung. Nebendiagnostisch besteht eine koronare Herzkrankheit zweier Gefässe, die medikamentös behandelt wird. Pflegerisch benötigt der Patient einen über die Basisleistung hinausgehenden dokumentierten Zusatzaufwand von 73 Aufwandspunkten. Zusätzlich erhält er über 4 Wochen durchschnittlich 700 Minuten pro Woche Logopädie und Ergotherapie. Ausserdem erfolgt während der Rehabilitation ein Hausbesuch zur Abklärung der häuslichen Situation sowie der weiteren Rehabilitationsziele und Massnahmen.

Kodierung:

HD	I63.4	Hirninfarkt nach Embolie zerebraler Arterien
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-	Messung der Activity of Daily Living (ADL)
NB	AA.21.-	Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)
NB	BB.18	Zusatzaufwand in der Rehabilitation, mindestens 71 bis 80 Aufwandspunkt
NB	BB.21.11	Neurologische Rehabilitation, Zusatzleistung der Therapie, mit durchschnittlich 675 bis weniger als 810 Therapieminuten pro Woche
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.

Beispiel 2: Psychosomatische Rehabilitation

Ein Patient tritt wegen, im ambulanten Setting nicht kontrollierbarer, persistierender Rückenschmerzen ohne eindeutige Ursache in die stationäre Rehabilitation ein. Ein übermässiger Gebrauch von Schmerz- und Schlafmedikamenten, sowie eine, im Verlauf der Rehabilitation diagnostizierte depressive Episode, werden gemäss ärztlicher Dokumentation behandelt.

Kodierung:

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-	Messung der 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 in die Rehabilitation mit chronisch obstruktiver Lungenkrankheit Gold-Stadium III, als Folge von jahrelangem, persistierendem Nikotinabusus und aktuell akut entzündlicher unterer Atemwegserkrankung. Weitere Nebendiagnosen gemäss medizinischer Dokumentation, z.B. arterielle Hypertonie, die medikamentös behandelt und überwacht wird.

Bei protrahiertem Verlauf unter antibiotischer Therapie und gelegentlichem Erstickungsempfinden wird eine Bronchoskopie mit bronchoalveolärer Lavage durchgeführt. Zur Atemunterstützung wird bei durch Blutgasanalyse bestätigter, akuter hypoxischer respiratorischer Insuffizienz eine unterstützende CPAP-Beatmung für 3 Tage durchgeführt.

Durch dafür ausgebildetes (medizinisches) Personal erhält der Patient Rauchstopp- und Atemtherapieschulungen und tägliche intensive Atemtherapie durch Physiotherapeuten.

Die Gesamtsumme dieser dokumentierten Therapien beträgt durchschnittlich 820 min pro Woche.

Kodierung:

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	J96.00	Akute respiratorische Insuffizienz, andernorts nicht klassifiziert, Typ I [hypoxisch]
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-	Messung der Activity of Daily Living (ADL)
NB	AA.21.-	Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)
NB	AA.31	6-Minuten-Gehtest
NB	BB.23.12	Pulmonale Rehabilitation, Zusatzleistung der Therapie, mit durchschnittlich 810 bis weniger als 945 Therapieminuten pro Woche
NB	33.24.11	Tracheobronchoskopie (flexibel) (starr) mit bronchoalveolärer Lavage
NB	93.9G.11	Maskenüberdrucktherapie, CPAP, Ersteinstellung, innerhalb von 3 Tagen
NB	99.22.1-	Injektion einer antiinfektiösen Substanz, nach Anzahl Behandlungstage
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, ernährungsbedingter morbiditer Adipositas mit einem BMI von 43.5.

Kodierung:

HD	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt
ND	Z50.0!	Rehabilitationsmaßnahmen bei Herzkrankheit
ND	I25.12	Atherosklerotische Herzkrankheit: Zwei-Gefäß-Erkrankung
ND	E66.02	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr, Adipositas Grad III (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter
ND	U50.-	Motorische Funktionseinschränkung
ND	U51.-	Kognitive Funktionseinschränkung

HB BA.4 Kardiale Rehabilitation

NB	AA.7-	Messung der Activity of Daily Living (ADL)
NB	AA.21	Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)
LB	93.36.00	Kardiale Rehabilitation, n. n. bez.

Beispiel 5: Muskuloskeletale Rehabilitation

Ein Patient wird vom Hausarzt zur stationären Rehabilitation zugewiesen. Er leidet an posttraumatischer Kniearthrose und in Folge an entlastungsbedingten Kreuzschmerzen. In die stationäre Behandlung fließt die Abklärung und Behandlung eines Diabetes mellitus ein. Im Zentrum der rehabilitativen Massnahmen stehen die analgetische Behandlung und muskuläre Rekonditionierung/Kräftigung durch Physiotherapie.

Kodierung:

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 Muskuloskeletale Rehabilitation

NB	AA.7-	Messung der 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

Eine Patientin mit metastasiertem (Lymphknoten mehrerer Regionen) Bronchus-Karzinom des linken Oberlappens tritt zur stationären Rehabilitation im Anschluss an die akutstationäre Hospitalisation ein. Die im Akutspital begonnene Verabreichung einer niedrigkomplexen Chemotherapie und die notwendige Gabe von nicht modifizierten Antikörpern im Rahmen einer Immuntherapie werden während der Rehabilitation einmal ambulant (im Akutspital) weitergeführt.

Ziel der rehabilitativen Behandlung ist eine Verbesserung des Allgemeinbefindens im Sinne einer Rekonditionierung.

Kodierung:

HD	C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)
L2		
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-	Messung der Activity of Daily Living (ADL)
NB	AA.21	Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)
NB	99.25.51	Nicht komplexe Chemotherapie (extern, ambulant)
NB	99.28.11	Andere Immuntherapie, mit nicht modifizierten Antikörpern (extern, ambulant)
LB	93.89.09	Rehabilitation, n. a. klass.

Beispiel 7: Pädiatrische Rehabilitation

Übertritt eines Kindes aus Akutspital zur Rehabilitation mit Status nach Enzephalomyelitis und persistierenden krankheitsbedingten hirnanorganischen Dysfunktionen, Funktionsdefiziten und rezidivierenden epileptischen Anfällen.

Die hirnanorganischen Dysfunktionen erfordern einen erheblichen pflegerischen und therapeutischen Mehraufwand, der gemäss Dokumentation 139 Aufwandspunkte beträgt. Er zeigt sich u.a. in pflegerischen Leistungen und in Beratungsgesprächen der Therapeuten mit den Eltern. Die Aufwandspunkte teilen sich ein in 90 Aufwandspunkte BB.1A für Beratungs- und Pflegeleistungen und BB.27.11 mit mindestens 560 min pro Woche für Physiotherapie, Ernährungstherapie- und Beratung.

Zur Rehabilitationssteuerung werden periodisch diagnostische Massnahmen erbracht.

Kodierung:

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-	Messung der Activity of Daily Living (ADL)
NB	AA.21	Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)
NB	BB.1A	Zusatzaufwand in der Rehabilitation, mindestens 81 bis 90 Aufwandspunkte
NB	BB.27.11	Pädiatrische Rehabilitation, Zusatzleistung der Therapie, mit durchschnittlich 560 bis weniger als 675 Therapieminuten pro Woche
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. Er leidet an Rückenschmerzen aufgrund Spinalkanalstenose begleitet von radikulären schmerzhaften Ausstrahlungen und Lähmungserscheinungen.

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

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

Kodierung:

HD	M48.06	Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich
ZHD	G 55.3*	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	G 63.2*	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-	Messung der 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 Fussyndroms 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, Stadium 1	L89.0-
Dekubitus, Stadium 2	L89.1-
Dekubitus, Stadium 3	L89.2-
Dekubitus, Stadium 4	L89.3-
Dekubitus, Stadium 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	G63.2*
Autonome Neuropathie bei endokrinen und Stoffwechselkrankheiten	G99.0*

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)

Verlust des Fusses und des Knöchels, einseitig, Zehe(n), auch beidseitig	Z89.4
Verlust der unteren Extremität unterhalb oder bis zum Knie, einseitig	Z89.5
Verlust der unteren Extremität oberhalb des Knies, einseitig	Z89.6
(Teilweiser) Verlust der unteren Extremität, beidseitig	Z89.7
Exkl.: Isolierter Verlust der Zehen, beidseitig (Z89.4)	

HIV/AIDS: CDC-Klassifikation (1993)

Die Laborkategorien 1 bis 3:

- 1: ab 500/µl CD4-Lymphozyten
- 2: 200 – 499/µl CD4-Lymphozyten
- 3: < 200/µl 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, -Ulcera 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-Gesamtscore (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)

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	
Dehydratation		
– 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	I	
– spezielle Kodierregeln	146	ICD-10-GM	
– Uterusnarbe	145	– Abkürzungen	19
– verminderte Kindsbewegungen	145	– alphabetisches Verzeichnis	19
– vorzeitige Wehen	148	– Einführung	16
– Zuordnung der Hauptdiagnose	146	– Geschichte	16
Geburtshilfe	140	– Struktur	16
Geplante Folgeeingriffe	43	– systematisches Verzeichnis	17
Gerinnungsstörungen in der Schwangerschaft	145	– typografische Vereinbarungen	19
Geschichte	11	Infektionen Urogenitaltrakt	
Gewebeentnahme		– in der Schwangerschaft	143
– Tabelle	75	Inkontinenz	157
– zur Transplantation	73	Insuffizienz	
Gewebespende		– respiratorische	134
– postmortal	74	Insulinüberdosierung	168
– Tabelle	75	Intoxikation	
Grundlagen G00 – G56	11	– akute akzidentelle	115
		– akute nicht akzidentelle	115
		– Rausch	115
H		Intubation ohne maschinelle Beatmung	133
Hämodialyse	138		
Hämorrhagien und Uterusatonie	150	Ischämische Herzkrankheit	
Handhabung		– akuter Myokardinfarkt	123
– Hörgerät (implantiert)	121	– alter Myokardinfarkt	124
Hauptbehandlung		– Angina pectoris	123
– Definition	34	– chirurgisch behandelt (Stent/Bypass)	124
Hauptdiagnose		– Koronarsyndrom	123
– Definition	29	– Reinfarkt	123
Haut und der Unterhaut	137	– rezidivierender Myokardinfarkt	123
Herzklappenerkrankungen	127		
Herzkrankheit		K	
– hypertensive	122	Klassifikationen	
– ischämische	124	– CHOP	22
Herzschrittmacher	128	– ICD-10-GM	16
– Aggregatwechsel	128	Knochenkontusion	160
– Komplikationen	128	Kodes	
– permanent	128	– Ausrufezeichen	40
Herzstillstand	128	– für äussere Ursachen	171
Herztransplantation		– Kreuz †-Stern*	38
– Nachuntersuchung	128	– Z-Kodes	172
HIV		Kodierung	
– akutes Infektionssyndrom	90	– Weg zur korrekten Kodierung	26
– asymptomatisch	90	Komplexe Operationen	67
– HIV-Krankheiten	91	Komplikationen	
– Kategorien	91	– abnorme Kindslagen und -einstellungen	145
– Laborhinweis	90	– der Schwangerschaft	145
– Reihenfolge und Auswahl der Kodes	92	– einer offenen Wunde	161
– Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	91	– Erkrankungen nach medizinischen Massnahmen	48
Hörgerät		– Uterusnarbe	145
– Anpassung/Handhabung	121	– verminderte Kindsbewegungen	145
Hörverlust	121	Kontusion	
Hyaline Membranenkrankheit	154	– Knochen	160
Hypertonie		Koronarsyndrom	123
– und hypertensive Herzkrankheit	122	Krankheit	
– und hypertensive Herz- und Nierenkrankheit	122	– chronisch mit akutem Schub	46
– und hypertensive Nierenkrankheit	122	– der Haut und der Unterhaut	137
Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie (HIE)	155	– des Atmungssystems	130

– des Auges und der Augenanhangsgebilde	120	– Zusatzdatensätze	14
– des Kreislaufsystems	122	Medizinische Statistik und medizinische Kodierung	
– des Nervensystems	116	– gesetzliche Grundlagen	12
– des Ohres und des Warzenfortsatzes	121	– Organisation	12
– des Urogenitalsystems	138	– Patientenklassifikationssystem SwissDRG	15
– des Verdauungssystems	135	– Ziele	13
– drohende	44	Mehrfach durchgeführte Prozeduren	69
– endokrine, Ernährungs- und Stoffwechsel-	106	Mehrfachverletzungen	165
– in der Schwangerschaft	143	Mehrlingsgeburt	147
– infektiöse und parasitäre	81	Myokardinfarkt	
– mit Ursprung in der Perinatalperiode	152	– akut	123
Kreislaufsystem	122	– alt	124
Kreuz †-Stern*- Kodes	38	– Reinfarkt	123
Krupp		– rezidivierend	123
– echter Krupp	93		
– Kruppsyndrom	93	N	
– Pseudokrupp	93	Nachgeburtsperiode	
		– Definition	140
L		Nachuntersuchung	
Laparoskopie	66	– Herztransplantation	128
– Wechsel auf offen	68	Nebenbehandlung	
Lateralität		– Definition	34
– bei Diagnosen	37	– Reihenfolge	34
– bei Prozeduren	63	Nebendiagnose	
Lebendgeburt		– Diagnose	32
– Definition	140	– Reihenfolge	33
Lichttherapie	154	Nebenwirkungen von Arzneimitteln	
Lungenödem		– bei Einnahme entgegen Verordnung	170
– akut	128	– bei Einnahme gemäss Verordnung	168
Luxation		Neonatalperiode	
– gleiche/unterschiedlicher Lokalisation	160	– Definition	151
– mit Weichteilschaden	159	Nervensystem	116
– Wirbel-	159	Neubildungen	94
Lymphangiosis carcinomatosa	103	– Auswahl und Reihenfolge der Diagnosen	96
Lymphom	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		
Organkomplikationen		R	
Organspende		Radiotherapie	104
– postmortale	74	Rehabilitation	57, 185
– Tabelle	75	Rehospitalisation	
		– 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		
Serosaverletzung	79	
SIRS	89	
Spende		
– nach Gehirntod	74	
– postmortale	74	
Spezielle Kodierrichtlinien S0100 – S2100	81	
Status nach	41	
Störungen		
– der inneren Sekretion des Pankreas		112
– nach medizinischen Massnahmen		48
Surfactantmangel		154
SwissDRG Patientenklassifikationssystem		15
Symptome		36
– abnorme klinische, Laborbefunde		157
– als Hauptdiagnose		36
– als Nebendiagnosen		36
– Dysphagie		157
– Fieberkrämpfe		157
– Inkontinenz		157
Syndrom		
– als Nebendiagnose		55
– angeboren		55
– diabetischer Fuss		112
Syndrome		55
T		
Tabelle Transplantation		75
Taubheit		121
Termingeburt		
– Definition		140
Tetraplegie, nicht traumatisch		
– initiale (akute) Phase		117
– späte (chronische) Phase		117
Tetraplegie, traumatisch		
– akute Phase – unmittelbar posttraumatisch		163
– akute Phase – Verlegung des Patienten		164
– chronische Phase		164
Thrombose		
– von koronarem Stent resp. Bypass		125
Totgeburt		
– Definition		140
– Kodierung		154
Transitorische Tachypnoe		154
Transplantation		
– Abstossungsreaktion		74
– Empfänger		73
– Evaluation		74
– Herz, Nachuntersuchung		128
– Nachkontrolle		74
– postmortale Spende		74
– Tabelle		75
– Versagen		74
Tumor		
– Auswahl und Reihenfolge der Diagnosen		96
– Behandlung des primären Tumors		96
– Behandlung Primärtumor und Metastasen		97
– Chemo- und Radiotherapie		104
– des hämatopoetischen/lymphatischen Systems		95
– Diagnostik des primären Tumors		96
– Lymphangiosis carcinomatosa		103
– Lymphom		104
– mit endokriner Aktivität		101
– Palliativbehandlung		97, 105
– Remission bei Leukämie		103

– 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
		Wet lung	154
V		Wirbelfrakturen	165
Verätzungen	166	Wirbelluxationen	165
– Körperoberfläche	167	Wochenbett	
Verbrennungen	166	– Definition	140
– Körperoberfläche	167	Wunde	
Verdacht		– offen	160
– auf Tumor oder Metastasen	100	– offen mit Komplikationen	161
Verdachtsdiagnose			
– ausgeschlossene	45	Z	
– bei Verlegung in ein anderes Spital	45	Z-Kodes	172
– wahrscheinlich	45	Zusatz zur Hauptdiagnose	31
Verdauungssystem	135	Zustand nach	41
Vergiftung		Zystische Fibrose	113
– durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen	167		
– 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

543-2201-05

**Statistik
zählt für Sie.**

www.statistik-zaehlt.ch