

2024



14

Gesundheit

Neuchâtel 2023

Medizinisches Kodierungshandbuch

Der offizielle Leitfaden der Kodierrichtlinien in der Schweiz

Version 2024



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Statistik BFS

Themenbereich «Gesundheit»

Aktuelle themenverwandte Publikationen

Fast alle vom BFS publizierten Dokumente werden auf dem Portal www.statistik.ch gratis in elektronischer Form zur Verfügung gestellt. Gedruckte Publikationen können unter der Telefonnummer +41 58 463 60 60 oder per E-Mail an order@bfs.admin.ch bestellt werden.

Gesundheit – Taschenstatistik 2023, Bundesamt für Statistik, Neuchâtel 2023, BFS-Nummer: 1540-2300, 36 Seiten

Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP) Systematisches Verzeichnis – Version 2024, Bundesamt für Statistik, Neuchâtel 2023, 488 Seiten, BFS-Nummer 659-2400

Medizinische Statistik der Krankenhäuser: Standardtabellen 2021, Bundesamt für Statistik, Neuchâtel 2022, BFS-Nummer: su-b-14.04.01.02-MKS-2020

Mehrfachnutzung der Daten stationärer Spitalaufenthalte (Projekt SpiGes): Umsetzungsstand und weiteres Vorgehen
Bundesamt für Statistik, Neuchâtel 2022
BFS-Nummer be-d-14.04.01-SpiGes-01, 9 Seiten

Todesursachenstatistik: Sterblichkeit und deren Hauptursachen in der Schweiz 2018, Bundesamt für Statistik, Neuchâtel 2021, BFS-Nummer: 1257-1800, 8 Seiten

Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017 Standardtabellen, Bundesamt für Statistik, Neuchâtel 2019,
www.portal-stat.admin.ch/sgb2017/

Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992–2017, Verhütung in der Schweiz, Bundesamt für Statistik, Neuchâtel 2021, BFS-Nummer: 213-1720, 8 Seiten

Schweizerischer Krebsbericht 2021 - Stand und Entwicklungen, Bundesamt für Statistik, Nationale Krebsregistrierungsstelle (NKRS), Kinderkrebsregister (KiKR), Neuchâtel 2021, BFS-Nummer: 1177-2100, 148 Seiten

Erhebung Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren (Erhebung MAS): Tätigkeit und finanzielle Situation der Arztpraxen vor dem Hintergrund der Covid-19-Pandemie im Jahr 2020, Bundesamt für Statistik, Neuchâtel 2022, BFS-Nummer: 2170-2001, 8 Seiten

Medizinisch unterstützte Fortpflanzung im Jahr 2019

Bundesamt für Statistik, Neuchâtel 2021, BFS-Nummer: 2134-1900, 8 Seiten

Hospitalisierungen mit Intensivpflege, 2014 bis 2021

Bundesamt für Statistik, Neuchâtel 2023, BFS-Nummer: 2231-2100, 8 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

Version 2024

Redaktion
Herausgeber

Bereich Medizinische Klassifikationen
Bundesamt für Statistik (BFS)

Neuchâtel 2023

Herausgeber: Bundesamt für Statistik (BFS)

Auskunft: Kodierungssekretariat BFS
codeinfo@bfs.admin.ch

Redaktion: Bereich Medizinische Klassifikationen

Reihe: Statistik der Schweiz

Themenbereich: 14 Gesundheit

Layout: Bereich Medizinische Klassifikationen;
Publishing und Diffusion PUB, BFS

Online: www.statistik.ch

Print: www.statistik.ch
Bundesamt für Statistik, CH-2010 Neuchâtel,
order@bfs.admin.ch, Tel. +41 58 463 60 60
Druck in der Schweiz

Copyright: BFS, Neuchâtel 2023
Wiedergabe unter Angabe der Quelle
für nichtkommerzielle Nutzung gestattet

BFS-Nummer: 543-2400

ISBN: 978-3-303-14366-7

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	7	Allgemeine Kodierrichtlinien für Krankheiten/Diagnosen D00 – D16	35
Einleitung Version 2024	9	D00m Abnorme Befunde	35
Abkürzungen des Kodierungshandbuches	10	D01g Symptome	36
Grundlagen G00 – G55	11	D02m Unilaterale und bilaterale Diagnosen Diagnosen multipler Lokalisationen	37
G00 SpiGes Erhebung und medizinische Kodierung	11	D03m Kreuz †-Stern*-Kodes	38
G01m Geschichte	11	D04c Kodes mit Ausrufezeichen («!»)	40
G02m Organisation	12	D05m Status nach/Vorhandensein von/Fehlen von	41
G03m Gesetzliche Grundlagen	12	D06c Folgezustände	44
G04m Ziele der SpiGes Erhebung	13	D07l Geplante Folgeeingriffe	45
G05m Anonymisierung der Daten	13	D08a Sich anbahnende oder drohende Krankheit	47
G06m Der medizinische Datensatz, Definitionen und Variablen	14	D09l Verdachtsdiagnosen	48
G10m SpiGes Erhebung, die Patientenklassifikationssysteme SwissDRG und TARPSY	15	D10g Chronische Krankheiten mit akutem Schub	49
G20a Die Klassifikationen (ICD-10-GM und CHOP)	16	D11i Kombinationskodes	50
G21a ICD-10-GM	16	D12m Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen (Komplikationen)	51
G22l Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP)	22	D13a Syndrome	59
G30a Der Weg zur korrekten Kodierung	27	D14g Aufnahme zur Operation/Prozedur nicht durchgeführt	60
G40m Dokumentation der Diagnosen und der Prozeduren	28	D15m Verlegungen	61
G50g Definitionen	29	D16i Wahl der Hauptdiagnose bei Rehospitalisationen innerhalb von 18 Tagen wegen Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen	65
G51m Der Behandlungsfall	29		
G52h Die Hauptdiagnose	30		
G53m Der Zusatz zur Hauptdiagnose	32		
G54g Die Nebendiagnosen	32		
G55m Die Behandlung	34		

Allgemeine Kodierrichtlinien für Prozeduren P00 – P11	67	SD0213a	Lymphangiosis carcinomatosa	120
		SD0214g	Lymphom	120
P00m Erfassung der Prozedur im medizinischen Datensatz	67	SD0215a	Chemo- und Radiotherapie	121
		SD0216k	Prophylaktische Operationen wegen Risikofaktoren	121
P01m Prozeduren, die kodiert werden müssen	68	SD0217m	Palliativbehandlung	122
P02k Prozeduren, die nicht kodiert werden	69	SD0400 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten		123
P03c Endoskopie und endoskopische Eingriffe	70	SD0401c	Allgemeines	123
		SD0402a	Regeln zur Kodierung des Diabetes mellitus	124
P04i Kombinationseingriffe/Komplexe Operationen	71	SD0403a	Spezifische Komplikationen des Diabetes mellitus	127
P05a Unvollständig durchgeführte Eingriffe	72	SD0404a	Metabolisches Syndrom	129
		SD0405a	Störungen der inneren Sekretion des Pankreas	129
P06k Mehrfach durchgeführte Prozeduren	73	SD0406a	Zystische Fibrose	130
		SD0407e	Mangelernährung bei Erwachsenen	130
P07m Bilaterale Operationen	77	SD0408e	Mangelernährung bei Kindern	131
P08m Revisionen eines Operationsgebietes/ Reoperationen	78	SD0500 Psychische und Verhaltensstörungen		132
		SD0501m	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Alkohol, Drogen, Medikamente, Nikotin)	132
P09i Organentnahme und Transplantation	80			
P10m Adhäsiolyse	83	SD0600 Krankheiten des Nervensystems		134
		SD0601l	Akuter «Schlaganfall etc.», Subarachnoidalblutung, sonstige nichttraumatische intrakranielle Blutung	134
P11h Serosaverletzung mit Übernähung	86	SD0602k	Folgen eines/Status nach: «Schlaganfall etc.», einer nichttraumatischen Subarachnoidalblutung oder sonstigen nichttraumatischen intrakraniellen Blutung	136
Spezielle Kodierrichtlinien für Diagnosen SD0100 – SD2200	87	SD0603a	Paraplegie und Tetraplegie, nicht traumatisch	137
SD0100 Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	87	SD0604m	Bewusstseinsstörungen	138
SD0101a Bakteriämie	87	SD0605e	Aufnahme zur Implantation eines Neurostimulators/(Test) Elektroden	140
SD0102m Sepsis	88	SD0606e	Aufnahme zur Entfernung eines Neurostimulators/(Test) Elektroden	140
SD0103l SIRS	97	SD0607h	Kodierung der Parkinsonstadien (G20.-)	140
SD0104d HIV/AIDS	98			
SD0105a Echter Krupp – Pseudokrupp – Kruppsyndrom	100	SD0700 Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde		141
SD0106m COVID-19	101	SD0701a	Versagen oder Abstoßung eines Kornea-Transplantates	141
SD0200k Neubildungen	104	SD0800 Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes		142
SD0202m Auswahl und Reihenfolge der Diagnosen	105	SD0801a	Schwerhörigkeit und Taubheit	142
SD0203k Nachresektion im Tumorgebiet	113	SD0802d	Anpassung/Handhabung eines implantierten Hörgerätes	142
SD0204k Tumornachweis nur in der Biopsie	113			
SD0205k (Akute, chronische) Erkrankungen, Störungen nach und/oder Folgen von medizinischen Massnahmen im Kontext von Behandlungen maligner Neubildungen (solide, hämatologisch)	114	SD0900 Krankheiten des Kreislaufsystems		143
SD0206a Verdacht auf Tumor oder Metastasen	117	SD0901a	Hypertonie und Krankheiten bei Hypertonie	143
SD0207a Nachuntersuchung	117	SD0902e	Ischämische Herzkrankheit	144
SD0208a Rezidive	117	SD0903k	Thrombose resp. Verschluss von koronarem Stent resp. Bypass	146
SD0209a Tumore mit endokriner Aktivität	117	SD0904d	Erkrankungen der Herzklappen	148
SD0210l Multiple Lokalisationen	118			
SD0211a Überlappende Lokalisation	119			
SD0212a Remission bei malignen immunoproliferativen Erkrankungen und Leukämie	120			

SD0905a	Schrittmacher/Defibrillator	149	SD1608c	Atemnotsyndrom bei massivem Aspirationssyndrom, Wet lung oder transitorische Tachypnoe beim Neugeborenen	188
SD0906a	Nachuntersuchung nach Herztransplantation	149	SD1609j	Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie (HIE)	188
SD0907a	Akutes Lungenödem	149	SD1610h	Asphyxie unter der Geburt	189
SD0908k	Herzstillstand	150	SD1611j	Respiratorisches Versagen beim Neugeborenen	190
SD0910j	Erfassung der Behandlungsdauer mit einem herzkreislauf- und lungenunterstützenden System	151			
SD1000	Krankheiten des Atmungssystems	153	SD1800	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	191
SD1001m	Maschinelle Beatmung	153	SD1801a	Inkontinenz	191
SD1002j	Respiratorische Insuffizienz	157	SD1802m	Dysphagie	191
SD1100	Krankheiten des Verdauungssystems	158	SD1803a	Fieberkrämpfe	191
SD1101j	Appendizitis als klinische Diagnose	158	SD1804k	Schmerzdiagnosen und Schmerzbehandlungsverfahren	192
SD1103a	Magenulkus mit Gastritis	158	SD1805e	Aufnahme zur Implantation eines Neurostimulators/(Test) Elektroden bei Schmerzbehandlung	198
SD1104i	Gastrointestinale Blutung	158	SD1806e	Aufnahme zur Entfernung eines Neurostimulators/(Test) Elektroden bei Schmerzbehandlung	198
SD1105a	Dehydratation bei Gastroenteritis	159	SD1807l	Schock	198
SD1200	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	160	SD1900	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äusserer Ursachen	199
SD1201g	Plastische Chirurgie	160	SD1901a	Oberflächliche Verletzungen	199
SD1202j	Spannungsblasen	160	SD1902a	Fraktur und Luxation	199
SD1400	Krankheiten des Urogenitalsystems	161	SD1903c	Offene Wunden/Verletzungen	200
SD1401d	Dialyse	161	SD1905c	Verletzung des Rückenmarks (mit traumatischer Paraplegie und Tetraplegie)	202
SD1402m	Anogenitale Warzen/anogenitaler Herpes	161	SD1906a	Mehrfachverletzungen	204
SD1404l	Niereninsuffizienz	162	SD1907j	Verbrennungen und Verätzungen	204
SD1405l	Aufnahme zur Anlage eines Peritonealkatheters zur Dialyse	162	SD1908b	Vergiftung durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen	205
SD1406d	Aufnahme zur Entfernung eines Peritonealkatheters zur Dialyse	162	SD1909j	Unerwünschte Nebenwirkungen von Arzneimitteln (bei Einnahme gemäss Verordnung)	206
SD1407l	Aufnahme zur Anlage einer AV-Fistel oder eines AV-Shunts zur Dialyse	162	SD1910b	Unerwünschte Nebenwirkungen/Vergiftung von zwei oder mehr in Verbindung eingenommenen Substanzen (bei Einnahme entgegen einer Verordnung)	208
SD1408a	Aufnahme zum Verschluss einer AV-Fistel oder zum Entfernen eines AV-Shunts	162	SD2000	Äussere Ursachen von Morbidität und Mortalität	209
SD1500	Geburtshilfe	163	SD2100	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	210
SD1501b	Definitionen	163	SD2200m	Schlüsselnummern für besondere Zwecke	211
SD1502a	Vorzeitige Beendigung einer Schwangerschaft	164			
SD1503m	Krankheiten in der Schwangerschaft	165			
SD1504e	Komplikationen der Schwangerschaft, Mutter oder Kind betreffend	167			
SD1505m	Spezielle Kodierregeln für die Geburt	168			
SD1506m	Krankheiten im Wochenbett (Puerperium)	183			
SD1600	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	185			
SD1601a	Medizinischer Datensatz	185			
SD1602a	Definitionen	185			
SD1603i	Neugeborene	185			
SD1604g	Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	186			
SD1605a	Totgeborene	187			
SD1606j	Besondere Massnahmen für das (kranke) Neugeborene	187			
SD1607c	Atemnotsyndrom bei hyaliner Membranenkrankheit/Surfactantmangel	188			

**Spezielle Kodierrichtlinien für
Prozeduren und Behandlungen SP0100 – SP0400** 213

SP0100 Komplexbehandlungen 213
SP0101k Berufsbezeichnungen in der CHOP 213

**SP0200 Frührehabilitation, paraplegiologische
Rehabilitation, Akutrehabilitation** 214
SP0201m Frührehabilitation 214
SP0202m Paraplegiologische Rehabilitation 216
SP0203m Akutrehabilitation 220

**SP0300 Kodierrichtlinien zu CHOP Kapitel 9
«Operationen am Verdauungstrakt»** 221
SP0301k Hiatushernie – Fundoplicatio:
Zusätzliche Erfassung CHOP-Kode 44.92
Intraoperative Manipulation am Magen 221

**SP0400 Kodierrichtlinien zu CHOP Kapitel 11
«Operationen an den männlichen
Geschlechtsorganen»** 222
SP0401m Geschlechtsangleichung 222

Kodierrichtlinien Rehabilitation 223

Allgemeine Informationen 223
Diagnosen - ICD-10-GM 224
Prozeduren 225
Beispiele und Erläuterungen 226
Beispiele 228

Anhang 235

Entgleister Diabetes mellitus 235

HIV/AIDS: CDC-Klassifikation (1993) 237
Die Laborkategorien 1 bis 3 237
Die klinischen Kategorien A bis C 237

Mangelernährung 238
Definition der Stadien der Mangelernährung
bei Erwachsenen 238
Definition der Stadien der Mangelernährung
bei Kindern 239

Alphabetisches Verzeichnis 241

Index der veröffentlichten Versionen nach Jahreszahl:

a	2012	h	2019
b	2013	i	2020
c	2014	j	2021
d	2015	k	2022
e	2016	l	2023
f	2017	m	2024
g	2018		

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 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 Schweizerischen technischen Expertengruppe für medizinische Klassifikationen.

Massgeblich unterstützt wurden die Aktualisierungen der Kodierrichtlinien, die Prüfung der Kompatibilität zum SwissDRG-Fallpauschalensystem und die Redaktion der Version 2024 durch die Expertinnen und Experten der Arbeitsgruppe Medizinisches Kodierungshandbuch und durch den Bereich Medizinische Klassifikationen des BFS.

Einleitung Version 2024

Das vorliegende Handbuch richtet sich an alle Personen, die sich im Rahmen der **SpiGes Erhebung** 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 psychiatrischen Spitäler, Rehabilitationskliniken und die diversen Spezialkliniken.

Die an der Erhebung Beteiligten **Leistungserbringer** (d.h. die Spitäler) sind folglich gesetzlich verpflichtet, die nach den Richtlinien des BFS gültigen vorgegebenen Klassifikationen, das Kodierungshandbuch, Rundschreiben und offiziellen Kommunikationen zu verwenden. Abweichende Richtlinien anderer Kodierungshandbücher (z.B. **DKR - Deutsche Kodierrichtlinien** oder auch spitalintern erstellte Kodierungshandbücher) haben in der Schweiz keine Gültigkeit.

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

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

Aufgrund der angegebenen Verwendungszwecke **werden** die Kodierrichtlinien laufend aktualisiert. Die in der vorliegenden Publikation enthaltenen Vorgaben basieren auf den epidemiologischen Bedürfnissen der **SpiGes Erhebung** sowie den Erfordernissen der pauschalenbasierten Tarifsysteme.

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

Das Handbuch enthält neben den Kodierrichtlinien auch Informationen bezüglich der wichtigsten Variablen der **Datenerhebung unter SpiGes**, 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 müssen.

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 wurde 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. Die Kodierrichtlinien haben Vorrang falls zwischen den Hinweisen zur Benutzung der ICD-10-GM bzw. der CHOP und den Kodierrichtlinien Widersprüche bestehen.

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 2024 sind durch ein Kennzeichen «m» bezeichnet und der betroffene Paragraph ist 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 publizierten Kodierrichtlinien in diesem Handbuch sind verbindlich für alle kodierten Daten der Spitäler, die für die SpiGes Erhebung an das Bundesamt für Statistik und im Rahmen des Fallpauschalensystems SwissDRG, TarifsysteME TARPSY und ST Reha abgegeben werden.

Das medizinische Kodierungshandbuch 2024 ist seit dem 1. Januar 2024 gültig und ersetzt alle früheren Versionen.

Basis dieses Handbuches sind die Klassifikationen ICD-10-GM 2022 und CHOP 2024. Für die Kodierung aller stationären Fälle mit Austrittsdatum ab 1. Januar 2024 sind die ICD-10-GM-Kodes der Version 2022 und die CHOP-Kodes der Version 2024 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 gemäss publiziertem Gültigkeitsdatum berücksichtigt werden (1. Januar 2024, gegebenenfalls 1. Juli 2024 etc.).

Abkürzungen des Kodierungshandbuches

G	Grundlagen
D	Kodierrichtlinien der Diagnosen
P	Kodierrichtlinien der Prozeduren
SD	Spezielle Kodierrichtlinien für Diagnosen
SP	Spezielle Kodierrichtlinien für Prozeduren und Behandlungen
HD	Hauptdiagnose
ND	Nebendiagnose
B	Behandlungen
L	Lateralität/Seitigkeit

Grundlagen G00 – G55

G00 SpiGes Erhebung und medizinische Kodierung

G01m Geschichte

Der Verband schweizerischer Krankenanstalten VESKA, als Vorgänger der H+ Die Spitäler der Schweiz, sammelte bereits seit 1969 Daten im Rahmen eines Projektes Spitalstatistik. Die Diagnosen und Behandlungen wurden mit den VESKA-Kodes kodiert, die auf der ICD-9 basierten. Daraus resultierte eine Statistik für die Spitäler. Die Daten waren auf nationaler Ebene nicht repräsentativ, da sich nur einige Kantone für die Erhebung der Daten gesetzlich verpflichteten.

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

Diese Erhebung wird durch eine administrative Statistik der Krankenhäuser (KS) ergänzt. Gleichzeitig erhoben aber auch die Tariforganisation SwissDRG AG, Krankenversicherungen, der Spitalverband H+, die Kantone und das BAG Daten zu denselben Inhalten. Mit der Nationalen Datenbewirtschaftung (NaDB) beschloss der Bundesrat am 27. September 2019 eine Strategie zur Vereinheitlichung und Vereinfachung solcher Prozesse. Das Ziel der Strategie ist die einmalige Erhebung der Daten und deren Mehrfachnutzung. Mit dem Projekt «Spitalstationäre Gesundheitsversorgung» (SpiGes) wurde dieses Vorhaben für die stationären Spitaldaten als Pilotprojekt im Rahmen des NaDB-Programms umgesetzt.

Die Daten der MS, der Fallkostenstatistik (FKS) sowie Teile der KS werden ab 2025 einheitlich erhoben und allen Berechtigten gemäss ihren Nutzungsrechten durch das BFS zur Verfügung gestellt.

Die damit verbundene Datenerfassung wird gemäss SpiGes ab dem 01. Januar 2024 erfolgen.

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.

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

- 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?

G02m Organisation

Die Sektion Gesundheitsversorgung GESV des Bundesamtes für Statistik ist für die SpiGes Erhebung verantwortlich. Die statistischen Ämter der Kantone, die Statistikabteilungen der Gesundheitsdirektionen der Kantone koordinieren kantonsweit die Datenerhebung in den Spitälern. Diese Stellen informieren die Leistungserbringer über die Fristen zur Datenlieferung und überwachen deren Einhaltung. Sie sind verantwortlich für die Einhaltung der Lieferfristen sowie die Qualitätsprüfung, Plausibilisierung und Freigabe auf der SpiGes Plattform.

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 der Daten verpflichtet. Das BFS informiert die kantonalen Erhebungsstellen über die zu liefernden Daten, das Format der Daten und wie diese übermittelt werden müssen. Die Kantone sind verpflichtet, diese Informationen den Spitälern weiterzuleiten. Die Vorgaben sind auch auf der Webseite des BFS veröffentlicht.

G03m Gesetzliche Grundlagen

Die SpiGes Erhebung basiert auf dem BStatG sowie der Statistikerhebungsverordnung, die die Vorschriften über die Durchführung von statistischen Erhebungen des Bundes enthalten und sich auf das Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG, SR 832.10) stützt.

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 SpiGes Erhebung 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 Klassifikation ICD 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). Ausserdem bestimmt das KVG, 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.

G04m Ziele der SpiGes Erhebung

- 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.
- Die Weiterentwicklung des Fallpauschalensystems soll in einem jährlichen Rhythmus möglich sein.
- Die Wirtschaftlichkeit der Spitäler kann mit den SpiGes Daten gemäss den geltenden Methoden verglichen werden. Diese Vergleiche können für die Verhandlung, Festsetzung und Beurteilung der Tarife genutzt werden.
- Ausserdem erlauben die erhobenen Daten eine allgemeine Analyse der von den Spitälern erbrachten Leistungen und ihrer Qualität. Als Beispiel ist die Häufigkeit bestimmter Operationen oder die Häufigkeit von Rehospitalisierungen bei bestimmten Diagnosen oder Behandlungen zu werten.
- 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.

G05m Anonymisierung der Daten

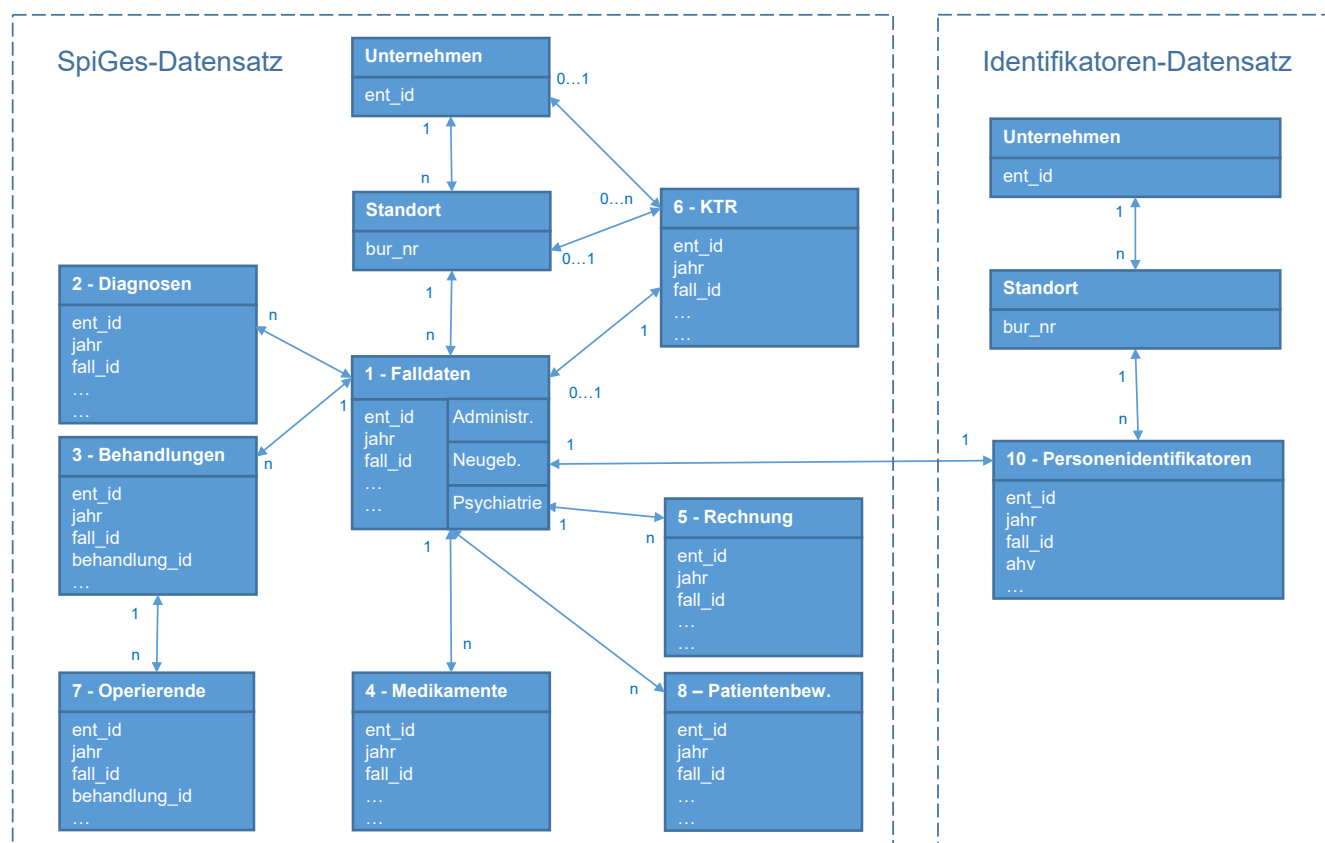
Das BFS darf gemäss Art. 153c AHVG die AHV-Nummer als Personenidentifikator verwenden. Dabei werden sämtliche Rahmenbedingungen zum Schutz der Personendaten eingehalten. Es werden umfangreiche technische und organisatorische Massnahmen zur Gewährleistung des Datenschutzes und der Anonymität der Personendaten getroffen. So werden z.B. die Personenidentifikatoren (AHV-Nummer) in einem separaten File übermittelt und auf der Plattform umgehend pseudonymisiert.

G06m Der medizinische Datensatz, Definitionen und Variablen

Seit der Einführung von SpiGes werden die Variablen im KHB mit dem entsprechendem Variablennamen benannt.

Die Daten der SpiGes Erhebung enthalten verschiedene Datensätze (Tabellen) mit unterschiedlicher Granularität.

Im Zentrum steht die Tabelle «Falldaten», die Informationen umfasst, die einmal pro Fall vorliegt. Weitere Tabellen sind «Diagnosen», «Behandlungen», «Medikamente», «Rechnung», «KTR», «Operierende» und «Patientenbewegungen». Die Tabelle «Personenidentifikatoren» hat zwar den gleichen Detaillierungsgrad wie die Falldaten, sie ist jedoch aus Datenschutzgründen in einem separaten File zu liefern. Die Zusammenhänge der Tabellen können der folgenden Abbildung entnommen werden:



Nicht alle Variablen müssen für alle Fälle (Zeilen) ausgefüllt werden. Für jede Variable ist in der Schnittstellenbeschreibung angegeben, wann sie ausgefüllt werden muss. So müssen z.B. die Angaben für Neugeborene oder Psychiatriepatienten nur für entsprechende Fälle ausgefüllt werden.

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 und der Schnittstelle findet sich auf der Webseite des Bundesamtes für Statistik:

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/projekt-spiGES.html>

G10m SpiGes Erhebung, die Patientenklassifikationssysteme SwissDRG und TARPSY

Seit 2012 wurde die Vergütung der Spitäler auf eidgenössischer Ebene schrittweise auf das Fallpauschalensystem, resp. Tagespauschalensystem umgestellt – zuerst für akutsomatische Leistungen (SwissDRG, 2012), dann für psychiatrische Leistungen (TARPSY, 2018) und zuletzt für die Leistungen der Rehabilitation (St Reha, 2022). Beim Fallpauschalensystem wird jeder Spitalaufenthalt anhand von bestimmten Kriterien wie z.B. Hauptdiagnose, Nebendiagnosen, Behandlungen, Alter und Geschlecht etc. einer Fallgruppe (DRG) zugeordnet und pauschal vergütet.

Im Falle von ST Reha und TARPSY wird ausserdem die stationäre Aufenthaltsdauer herangezogen. 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 der drei Tarifstrukturen.

Folglich muss nach den gültigen Kodierungsinstrumenten (Kodierungshandbuch, CHOP und ICD-10-GM, Rundschreiben und offizielle Kommunikationen) kodiert werden.

Unter SwissDRG, TARPSY und ST Reha muss der Fall vollständig kodiert werden. Es ist nicht zulässig, Diagnosen oder Prozeduren zur Beeinflussung der Gruppierung wegzulassen oder hinzuzufügen, um spezielle Pauschalen 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» von SwissDRG AG.

Im Rahmen der Pflege und Weiterentwicklung der Tarifstrukturen 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). Dasselbe gilt für die Tarifsysteme ST Reha und TARPSY.

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 seit 1. Januar 2022 zur Kodierung der Diagnosen verwendet wird, ist die ICD-10-GM 2022 (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.

Bei der 9. Revision der Klassifikation, ICD-9, wurde 1975 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 für die Morbidität 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 der ICD-10-GM ist in 22 Kapitel unterteilt. Die siebzehn ersten Kapitel beschreiben Krankheiten, das Kapitel XVIII enthält Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, das Kapitel XIX die Verletzungen und Vergiftungen, das Kapitel XX (das eng mit dem Kapitel XIX verbunden ist) die äusseren Ursachen von Morbidität und Mortalität. Das Kapitel XXI betrifft hauptsächlich Faktoren, die zur Inanspruchnahme von Einrichtungen des Gesundheitswesens führen. Im Kapitel XXII finden sich «Schlüsselnummern für besondere Zwecke». Dies sind Zusatzkodes zur genaueren Spezifizierung von anderenorts klassifizierten Krankheiten, Klassierungen von Funktionseinschränkungen usw.

Tabelle der Kapitel mit den entsprechenden Kategorien

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

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

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

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

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

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

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

Alphabetisches Verzeichnis

Das alphabetische Verzeichnis der ICD-10-GM 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	
– Kammer I49.0	
– Vorhof I48.9	
– – atypisch I48.4	Modifizierer
– – 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 Kodes.

Eckige Klammern []:

Die eckigen Klammern werden in Band 1 verwendet um:

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

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

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

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

Doppelpunkt:

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

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

Strich (vertikal):

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

H50.3	Intermittierender Strabismus concomitans
	Intermittierend: • Strabismus convergens (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, die 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) O06.9****Und:**

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

I74.– Arterielle Embolie und Thrombose

Diese Kategorie umfasst Embolien, Thrombosen und Thromboembolien.

G22I 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, die 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 2024 umfasst die Erweiterungen und Änderungen aus dem Antragsverfahren 2022.

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

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

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

Znn.nn.0

Znn.nn.00 → n.n.bez.

Znn.nn.01 (Reserve)

Znn.nn.02 (Reserve)

...

Znn.nn.09 (Reserve)

Znn.nn.10 → Beginn des 1. Segmentes

Znn.nn.11

Znn.nn.12

...

Znn.nn.20 → Beginn des nachfolgenden Segmentes

Znn.nn.21

...

Znn.nn.40 → Bei Bedarf weiteres Segment

Znn.nn.41

...

Znn.nn.97 (Reserve)

Znn.nn.98 (Reserve)

Znn.nn.99 → sonstige

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

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

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

Znn.nn.0

Znn.nn.00 → n.n.bez.

Znn.nn.01 (Reserve)

Znn.nn.02 (Reserve)

...

Znn.nn.09 → sonstige

Znn.nn.1

Znn.nn.10 → n.n.bez.

Znn.nn.11

...

Znn.nn.19 → sonstige

Znn.nn.2

...

Znn.nn.9

Znn.nn.90 → n.n.bez.

Znn.nn.91

...

Znn.nn.99 → sonstige

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

Damit gibt es also potentiell 20 Restelemente in der Dezimalisierung 10×10 . Der 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 Resteklassen «nicht näher bezeichnet» und «sonstige» die Plätze 00 oder n0, resp. die Plätze 99 oder n9, reserviert, entsprechend der gewählten Dezimalisierungsmethode.

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

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

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

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

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

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

Prinzipiell besteht folgende Reihenfolge der Einteilung:

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

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

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 Klammern 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 Klammern enthalten Synonyme, alternative Bezeichnungen, Abkürzungen
- EXKL.** Ein Exklusivum 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 klassifiziert. Die Codes schliessen sich jedoch nicht strikt aus. Sie können, falls zutreffend, zusammen kodiert werden.
Beispiel:
 6762 Verschluss einer zervikalen Fistel
 Zervikosigmoidale Fistulektomie
 EXKL. Zervikovesikale Fistulektomie (57.84.-)
 Ein Benutzer der Klassifikation könnte erwarten, dass die «Zervikovesikale Fistulektomie» unter der Subkategorie 6762- «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-)».
- Kodierte ebenso** Diese Eingriffe müssen, wenn durchgeführt, zusätzlich kodiert werden.
- Kode weglassen** Diese Eingriffe sind bereits in einem anderen Kode beinhaltet.
- INKL.** Diese Eingriffe sind Bestandteil des Kodes.

Sowie	Der Begriff «sowie» wird im Sinne von einer zwingenden Verknüpfung «sowohl als auch» verwendet. «Sowie» drückt somit die Bedingung aus, dass die verknüpften Elemente vorkommen/geleistet werden müssen (A plus B). Folgendes Beispiel soll aufzeigen wie der Begriff «sowie» im Sinne einer zwingenden Verknüpfung «sowohl als auch» verwendet werden muss. Beispiel: 32.31.14 «Anatomische Segmentresektion der Lunge, thorakoskopisch, mit bronchoplastischer (A) sowie mit angioplastischer^(B) Erweiterung» Beim Kode 32.31.14 handelt es sich um eine Segmentresektion (A)«mit bronchoplastischer» plus (B)«mit angioplastischer» Erweiterung (sowohl angioplastisch wie bronchoplastisch).
und	Der Begriff «und» wird im Sinne von «und/oder» verwendet.
*	Ein Sternchen bezeichnet eine Schweizer Ergänzung zum Original.
[L]	Lateralität (Seitigkeitsangabe muss erfasst werden).
Hinweis	«Ergänzende Beschreibungen», «Inklusiva» und «Kodierte ebenso» sind nicht als abschliessende Aufzählungen zu betrachten.

G30a Der Weg zur korrekten Kodierung

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

- Schritt 1 :** Den Leitbegriff im alphabetischen Verzeichnis suchen.
- Schritt 2 :** Den gefundenen Kode im systematischen Verzeichnis überprüfen.
- ICD-10-GM:** Exklusiva, Inklusiva und Hinweise auf allen Ebenen sowie Kodierrichtlinien sind unbedingt zu beachten.
- CHOP:** Die Anweisungen «Kodierte ebenso», «Kode weglassen», Exklusiva und Inklusiva, sowie Kodierrichtlinien sind unbedingt zu beachten.
- Grundsatz:** Es ist immer so spezifisch wie möglich und **endständig** zu kodieren. Das können dreistellige, vierstellige oder fünfstellige Codes der ICD-10-GM und sechsstellige Codes in der CHOP sein.

G40m 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. Während des Aufenthaltes durchgeführte Untersuchungen/Eingriffe und daraus abgeleitete Resultate gehören zur Dokumentation, auch wenn diese erst nach dem Austritt der Patientin, bzw. des Patienten vorliegen. Diese Angaben der ärztlichen Dokumentation 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, **die/das** am ehesten zutrifft.

Zur Wahl eines präzisen und endständigen ICD-Kodes zu einer von der Ärztin, bzw. dem Arzt gestellten Diagnose, ist es den Kodiervantwortlichen 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.
- Bei einer ärztlich gestellten Diagnose «Diabetes mellitus» ist es der Kodierfachkraft gestattet, diese bei erfüllten Kriterien (siehe Anhang unter «Entgleister Diabetes mellitus») mit dem Wort «entgleist» zu präzisieren.
- 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 in 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

G51m Der Behandlungsfall

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

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

Für die Kodierung ist zu berücksichtigen:

- Der stationäre **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 Patientinnen und 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 «tarif» = 7).
- Bei **Fallzusammenführungen** gemäss «Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG» oder unter TARPSY und ST-REHA ist nur der zusammengeführte Fall (eine Kodierung) zu übermitteln (zur Kennzeichnung der Wiedereintritte ist die Variable «grund_wiedereintritt» 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, die 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 entgleiten 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. 2 Erythrozytenkonzentrate 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, der 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.

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

G53m Der Zusatz zur Hauptdiagnose

Das Feld «Zusatz zur Hauptdiagnose» findet unter SpiGes keine Anwendung mehr.

Für die Kodierung von Stern-Kodes (*), siehe D03

Für die Kodierung der äusseren Ursache (V-Y), siehe SD2000

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 einer 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. Ein Beispiel ist 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. Anamnestiche Diagnosen, die die Patientenbehandlung gemäss oben genannter Definition nicht beeinflusst haben, werden nicht kodiert (z.B. ausgeheilte Pneumonie vor sechs Monaten oder abgeheiltes Ulkus).

Zusammengefasst:

Medizinischer Aufwand > 0 wird kodiert

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

Beachte auch Präzisierungen unter G 40.

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

Beispiel 1

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

- Koronare Herzkrankheit
- Arterielle Hypertonie
- Herzinsuffizienz

Beispiel 2

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

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

HD Chronisch myeloische Leukämie (CML)
 ND Koronare Herzkrankheit
 ND Depressive Reaktion
 ND Lumbalgien

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

Beispiel 3

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

HD Pneumonie
 ND Diabetes mellitus

Beispiel 4

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

HD Variköse Ulzera am Bein
 L rechts
 ND Unterschenkelamputation in der Eigenanamnese
 L links

Beispiel 5 - Psychiatrie

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

ND Alkoholabhängigkeit
 ND Medikamentenabhängigkeit

Beispiel 6 - Psychiatrie

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

HD Depression
 ND Hypertonie

Reihenfolge der Nebendiagnosen

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

G55m Die Behandlung

Nach Definition des BFS ist an 1. Stelle die Prozedur zu kodieren, die für den Heilungsprozess oder für die Diagnosestellung am entscheidendsten war.

Grundsätzlich sollte jede Prozedur eine zugehörige Diagnose haben, aber nicht unbedingt jede Diagnose einen Behandlungskode.

Die Reihenfolge der weiteren Behandlungen ist aufgehoben.

Allgemeine Kodierrichtlinien für Krankheiten/Diagnosen D00 – D16

D00m Abnorme Befunde

Ein abnormer Befund ist ein zufällig festgestellter Sachverhalt (Labor-, Röntgen-, Pathologie- und andere diagnostische Befunde). Er wird nicht kodiert, es sei denn, er hat eine klinische Bedeutung im Sinne einer therapeutischen Konsequenz oder einer weiterführenden Diagnostik.

Achtung: Die alleinige Überprüfung oder Verlaufskontrolle eines abnormen Wertes, ohne Anpassung des Patientenmanagements, 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 alleinige Überprüfung der erhöhten Gamma-GT erfüllt das Kriterium der weiterführenden Diagnostik nicht und deshalb wird die Erhöhung der Gamma-GT nicht kodiert. Sie ist jedoch für die medizinische Dokumentation und die ärztliche Kommunikation von Bedeutung.

Beispiel 2

Ein Patient wird wegen einer Pneumonie stationär aufgenommen. Im Labortest wird eine leicht erhöhte Gamma-GT gefunden. Deshalb wird daraufhin die Dosierung des Antibiotikums korrigiert. Ein zweiter Test zeigt Werte im Normbereich.

HD J18.9 Pneumonie, n.n.bez.

ND R74.8 Sonstige abnorme Serumenzymwerte

Die Anpassung der Antibiotika-Dosierung aufgrund der erhöhten Gamma-GT erfüllt das Kriterium einer therapeutischen Konsequenz. Deshalb wird die Erhöhung der Gamma-GT kodiert.

Die Codes für abnorme Befunde befinden sich sowohl im Kapitel XVIII «Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind» der ICD-10-GM als auch in den Organkapiteln. Die zu Beginn des Kapitels XVIII stehenden Anmerkungen helfen bei der Bestimmung, wann Schlüsselnummern aus den Kategorien R00 – R99 angegeben werden.

Beispiel 3

Bei einer laborchemischen Blutuntersuchung tritt bei einem Patienten mit Trigeminusneuralgie eine pathologisch verminderte Anzahl von Thrombozyten zu Tage. Es erfolgt in den folgenden Tagen eine mehrmalige Verlaufskontrolle, die eine Normalisierung der Thrombozytenwerte ohne therapeutisches Prozedere zeigt.

HD G50.0 Trigeminusneuralgie

Die Thrombozytopenie ist ein abnormer Befund der laborchemischen Blutuntersuchung. Sie hatte weder eine therapeutische Konsequenz noch eine weiterführende Diagnostik im Sinne der Kodierregel D00 zur Folge. Deshalb wird sie nicht kodiert.

Beispiel 4

Bei einer laborchemischen Blutuntersuchung tritt bei einem Patienten mit Trigeminusneuralgie und KHK (unter ASS-Medikation) eine pathologisch verminderte Anzahl von Thrombozyten zu Tage. Aufgrund der Thrombozytopenie wird das ASS abgesetzt.

HD	G50.0	Trigeminusneuralgie
ND	I25.19	Atherosklerotische Herzkrankheit, n.n.bez.
ND	D69.61	Thrombozytopenie, n.n.bez., nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet

Beispiel 5

Bei einer Patientin mit Linksherzinsuffizienz NYHA 3 wird eine transthorakale Echokardiographie durchgeführt. Es finden sich eine schwere Aortenstenose als Ursache der Linksherzinsuffizienz, sowie nebenbefundlich eine minimale Trikuspidalklappeninsuffizienz und eine leichte Mitralklappeninsuffizienz. Es werden bezüglich der Trikuspidal- und Mitralklappeninsuffizienz keine weiteren diagnostischen Schritte in die Wege geleitet und das therapeutische Regime nicht verändert.

HD	I50.13	Linksherzinsuffizienz mit Beschwerden bei leichter Belastung
ND	I35.0	Aortenklappenstenose, nicht rheumatisch

Die minimale Trikuspidal- und die leichte Mitralklappeninsuffizienz sind abnorme Befunde der echokardiographischen Untersuchung. Da sie keine therapeutische Konsequenz oder weiterführende Diagnostik nach sich ziehen, werden sie nicht kodiert.

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
B	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 G54).

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)

D02m 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 «diagnose_seitigkeit» für die Hauptdiagnose und die Nebendiagnose.

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

L

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

L

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

D03m 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, der 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 im unmittelbar folgenden Diagnosefeld 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.

An dieser Stelle machen wir darauf aufmerksam, dass die Variable «diagnose_zusatz» der Variablenliste SpiGes zu beachten ist.

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

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

Beispiel 2

Eine Patientin wird zur Behandlung einer renalen Anämie hospitalisiert.

HD N18.-† Chronische Nierenkrankheit

ND 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

ND 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

ND 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*)

ND 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

L

ND Rückenschmerzen (nur wenn G54 erfüllt ist)

B Mammareduktionsplastik

L

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)

B 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

ND B96.2! *Escherichia coli [E.coli] und andere Enterobaktrales 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

ND 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

ND 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.

D05m 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*

L

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 Erkrankung als Akuterkrankung kodiert, falls sie während der Hospitalisation (weiterhin) eine akute/subakute Ausprägung zeigt, die eine akute Therapie oder deren Fortführung erfordert. Steht der medizinische Aufwand jedoch in keinem direkten Zusammenhang mit der akuten/subakuten Ausprägung des Krankheitsbildes, ist die Erkrankung mit der zutreffenden «Status nach»-Diagnose zu verschlüsseln.

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.

Beispiel 4

Eine Patientin wird aufgrund akuter Dyspnoe hospitalisiert. Es findet sich als Ursache eine akute Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale. Es erfolgen eine notfallmässig durchgeführte lokale Lysetherapie und eine Heparinisierung. Nach wenigen Tagen wird letztere umgestellt auf eine Antikoagulation in therapeutischer Dosierung. Bei gutem Verlauf wird die Patientin nach Hause entlassen. 1 Woche später wird sie erneut hospitalisiert, dieses Mal wegen einer Femurschaftfraktur nach Sturz. Noch gleichentags erfolgt deren operative Versorgung. Die Patientin steht immer noch unter Antikoagulation in therapeutischer Dosierung aufgrund der vor 2 Wochen aufgetretenen Lungenembolie.

Kodierung des 2. Aufenthaltes:

HD	S72.3	Fraktur des Femurschaftes
L		
ND	X59.9!	Sonstiger und n.n.bez. Unfall
ND	I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale
L		
ND	Z92.1	Dauertherapie (gegenwärtig) mit Antikoagulanzen in der Eigenanamnese

Die Patientin steht beim zweiten Aufenthalt immer noch unter Antikoagulation in therapeutischer Dosierung. Die direkte Akuttherapie der vor 2 Wochen aufgetretenen Lungenembolie dauert immer noch an. Somit wird hier I26.9 verschlüsselt.

Wird die Gabe der Antikoagulation reduziert auf eine Dosierung zur Rezidivprophylaxe, handelt es sich nicht mehr um die Fortsetzung der direkten Akuttherapie und es muss Z86.7 anstelle von I26.9 kodiert werden.

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 Knochen transplantation, 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 Neoblaste / Ileoblaste / Ileumconduit keine Organ- oder Gewebetransplantation, sondern ein Blasenersatz im Sinne einer Gewebetransposition

Beispiel 5

Der Patient wird wegen einer oberen gastrointestinalen Blutung hospitalisiert. Er hatte sich acht Wochen zuvor bei einem Sturz eine periprothetische Femurfraktur zugezogen, die zwei Tage nach dem Ereignis nach offener Reposition mit Drahtcerclagen osteosynthetisiert worden war. Aufgrund dieser Vorgeschichte muss er während der jetzigen Hospitalisierung weiterhin eine mobilisierende Physiotherapie erhalten.

ND	Z87.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten oder Zustände in der Eigenanamnese
----	-------	---

Hier werden während der erneuten Hospitalisation die Folgeerscheinungen der Femurfraktur wie Dekonditionierung und schlechte Mobilität behandelt z.B. durch Physiotherapiesitzungen. Es findet keine therapeutische oder diagnostische Massnahme statt für die Femurfraktur an und für sich. Deshalb wird hier Z87.8 kodiert.

Beispiel 6

Ein Patient tritt wegen einer Grippe mit akuter Infektion der oberen Atemwege ein. Es werden in der Kultur saisonale Influenzaviren nachgewiesen. Er hat während des Aufenthalts seit der operativen Versorgung einer Inguinalhernie vor 14 Tagen Schmerzen im Leistenbereich. Eine Nervenläsion oder ähnliches wird nicht festgestellt. Er bekommt Schmerzmittel.

HD	J10.1	Grippe mit sonstigen Manifestationen an den Atemwegen, saisonale Influenzaviren nachgewiesen
ND	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches
ND	Y84.9!	Zwischenfälle durch medizinische Massnahmen, nicht näher bezeichnet

Beispiel 7

Ein Patient tritt wegen einer Grippe mit akuter Infektion der oberen Atemwege ein. Es werden in der Kultur saisonale Influenzaviren nachgewiesen. Während des stationären Aufenthaltes werden die Fäden der OP-Wunde einer Inguinalhernie entfernt, die 14 Tage zuvor bei einer anderen Hospitalisierung operiert worden war.

HD	J10.1	Grippe mit sonstigen Manifestationen an den Atemwegen, saisonale Influenzaviren nachgewiesen
ND	Z48.0	Kontrolle von Verbänden und Nähten

D06c Folgezustände

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

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

Spezielle Codes für Folgezustände:

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

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

Beispiel 1

Behandlung einer Dysphasie nach zerebralem Infarkt.

R47.0 Dysphasie und Aphasie

I69.3 Folgen eines Hirninfarktes

Beispiel 2

Behandlung Narbenkeloid am Thorax nach Verbrennungen.

L91.0 Hypertrophie Narbe

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

Beispiel 3

Behandlung Sterilität, bedingt durch tuberkulöse Salpingitis vor zehn Jahren.

N97.1 Sterilität tubaren Ursprungs bei der Frau

B90.1 Folgezustände einer Tuberkulose des Urogenitalsystems

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

D07I 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 Femurschaftfraktur rechts 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 2017. 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 nutzt die Gelegenheit, ihm ein Jahr nach einer Unterarmfraktur rechts 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 Auf-enthalt kodiert wurden (siehe auch SD2000).

Beispiel 5

Geplanter Eintritt ins Akutspital nach Rehabilitation (Dauer 3 Monate) bei Status nach ischämischem Mediainfarkt 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	Hirninfarkt 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	G83.6	Zentrale faziale Parese
L	2	
ND	R13.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Dysphagie
ND	G81.9	Hemiparese und Hemiplegie, nicht näher bezeichnet
L	2	
ND	R26.1	Paretischer Gang
ND	R47.0	Dysphasie und Aphasie
ND	I69.3	Folgen eines Hirninfarktes

B 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 SD1201 «Plastische Chirurgie» und Regel D06 «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-GM-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-GM-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, das 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-GM-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 Code *I20.0 Instabile Angina pectoris*.

D09I 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 einen medizinischen Aufwand > 0 (im Sinne von Kodierregel G 54) verursacht hat, wird kodiert, als wäre sie bestätigt worden. Für die Wahl der Hauptdiagnose wird gemäss Kodierregel G 52 vorgegangen.

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, 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 Therapie 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 **das** der Patient verlegt wurde, dürfen die Kodierentscheidung nachträglich nicht beeinflussen.

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

D10g Chronische Krankheiten mit akutem Schub

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

Beispiel 1

Akuter Schub bei chronischer idiopathischer Pankreatitis ohne Organkomplikation.

K85.00 Idiopathische akute Pankreatitis, ohne Angabe einer Organkomplikation

K86.1 Sonstige chronische Pankreatitis

Beispiel 2 - Psychiatrie

Akute alkoholische Intoxikation bei chronischer Alkoholabhängigkeit.

F10.0 Akute Intoxikation (akuter Rausch)

F10.2 Alkohol-Abhängigkeitssyndrom

Ausnahmen:

Dieses Kriterium darf nicht verwendet werden, wenn:

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

D11i Kombinationskodes

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

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

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

Beispiel 1

Arteriosklerose an den Extremitäten mit Gangrän.

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

L

Nicht korrekt wäre die separate Kodierung:

I70.2– Atherosklerose der Extremitätenarterien

L

mit

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

D12m 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 die für die Kodierung zur Verfügung stehenden Codes für Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen:

- a. In den meisten Kapiteln der ICD-10-GM 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.– Kreislaufigkomplikationen 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 T 80 – T 88 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 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 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-GM 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 enthält neue Anmerkungen unter den Kodes:

T84.5 Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese

L

T84.6 Infektion und entzündliche Reaktion durch eine interne Osteosynthesevorrichtung [jede Lokalisation]

L

T84.7 Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate

L

M86.- Osteomyelitis

L

M00.- Eitrige Arthritis

Es gelten folgende Kodiervorgaben bezüglich der oben genannten Kodes:

Beispiel 1

Implantatassoziierte Osteomyelitis durch Gelenkendoprothese

HD M86.- Osteomyelitis

L

ND Y84.9! Zwischenfälle durch medizinische Massnahmen, n.n.bez.

ND T84.5 Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese

L

Hinweis: Aufgrund der in der ICD-10-GM 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

ND

Y84.9! Zwischenfälle durch medizinische Massnahmen, n.n.bez.

ND T84.6 Infektion und entzündliche Reaktion durch eine interne Osteosynthesevorrichtung [jede Lokalisation]

L

Hinweis: Aufgrund der in der ICD-10-GM 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

ND Y84.9! Zwischenfälle durch medizinische Massnahmen, n.n.bez.

ND T84.7 Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate

L

Hinweis: Aufgrund der in der ICD-10-GM 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

ND Y84.9! Zwischenfälle durch medizinische Massnahmen, n.n.bez.

ND T84.5 Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese

L

ND Erreger gemäss Regel D04

Beispiel 5*Implantatassoziierte eitrige Arthritis ohne Erregernachweis*

HD M00.9- Eitrige Arthritis, n.n.bez.

ND Y84.9! Zwischenfälle durch medizinische Massnahmen, n.n.bez.

ND T84.5 Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese

L

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

L

oder

HD T84.6 Infektion und entzündliche Reaktion durch eine interne Osteosynthesevorrichtung [jede Lokalisation]

L

oder

HD T84.7 Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate

L

ND Y84.9! Zwischenfälle durch medizinische Massnahmen, n.n.bez.

L

ND Erreger, falls bekannt

Beispiel 7*Implantatassoziierte Myositis nach Einsetzen eines Fixateurs externe*

HD M60.8- Sonstige Myositis

ND Y84.9! Zwischenfälle durch medizinische Massnahmen, n.n.bez.

ND T84.6 Infektion und entzündliche Reaktion durch eine interne Osteosynthesevorrichtung [jede Lokalisation]

L

ND Erreger, falls bekannt

Als Myositis bezeichnet man eine entzündliche Erkrankung der Skelettmuskulatur. Diese kann sowohl durch Infektionserreger (Bakterien, Viren, Pilze), als auch nicht erregerbedingt wie z.B. durch Autoimmunprozesse oder durch toxische Stoffe hervorgerufen werden. Eine infektiöse Myositis ohne Assoziation zu einem Implantat wird mit M60.0- «Infektiöse Myositis» verschlüsselt. Soll der Infektionserreger angegeben werden, ist eine zusätzliche Schlüsselnummer (B95 – B98) zu benutzen. Eine implantatassoziierte Myositis wird gemäss Kodierbeispiel 7 mit M60.8 «Sonstige Myositis» kodiert. Durch Abrieb und/oder «Fremdkörperreaktion» kann sich auch ohne Vorliegen von Erregern eine implantatassoziierte Myositis entwickeln.

Bei vorhandenen Erregern ist deren Herkunft vom Implantat aus zu verstehen und ebenfalls zusätzlich mit den Schlüsselnummern aus den Code - Rubriken T84.- und B95 - B98 zu erfassen.

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 die sie zurückzuführen ist.

Beispiel 8

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

HD C18.0 Bösartige Neubildung des Kolons, Zäkum

ND T81.3 Aufreissen der Operationswunde, anderenorts nicht klassifiziert

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

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

Beispiele für Kodierung von Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen

1. In den Kapiteln: Organkode mit Begriff «nach medizinischen Massnahmen»	2. Am Ende mancher Kapitel	3. Kategorien T80 – T88	4. In den Kapiteln: Organkode ohne Begriff «nach medizinischen Massnahmen»	Präzise Kodierung
Proktitis nach Radiotherapie bei Blasenkarzinom				
K62.7 Strahlenproktitis	K91.88 Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems nach med. Massnahmen, a.n.k.	T88.8 Sonstige näher bezeichnete Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und med. Behandlung, a.n.k.	K62.8 Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Anus und des Rektums Proktitis o.n.A.	K62.7
Im Kode K62.7 ist die präzise Pathologie sowie die Ursache in einem Kode inbegriffen.				
Hypotonie nach Schmerzmittelgabe				
I95.2 Hypotonie durch Arzneimittel	I97.8 Sonstige Kreislaufkomplikationen nach med. Massnahmen, a.n.k.	T88.8 Sonstige näher bezeichnete Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und med. Behandlung, a.n.k.	I95.8 Sonstige Hypotonie	I95.2
Im Kode I95.2 ist die präzise Pathologie sowie die Ursache in einem Kode inbegriffen.				
Postoperative Lungenembolie nach Knöchelosteosynthese				
I26.– Lungenembolie Inkl. Postoperative Lungenembolie	I97.8 Sonstige Kreislaufkomplikationen nach med. Massnahmen, a.n.k.	T84.8 Sonstige Komplikationen durch orthopädische Implantate (Blutung, Embolie, Fibrose, Schmerzen, usw.)	I26.– Lungenembolie Inkl. Postoperative Lungenembolie	I26.– + Y
Im Inkl. des Kodes I26.– ist die postoperative Lungenembolie aufgeführt + Y beschreibt die Ursache.				
Tiefe Beinvenenthrombose nach Knieprothesenimplantation				
Ø	I97.8 Sonstige Kreislaufkomplikationen nach med. Massnahmen, a.n.k.	T84.8 Sonstige Komplikationen durch orthopädische Implantate (Blutung, Embolie, Fibrose, Schmerzen, usw.)	I80.28 Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger tiefer Gefässe der unteren Extremitäten	I80.28 + Y
I97.8 beschreibt «sonstige» Kreislaufkomplikationen. T84.8 beschreibt verschiedene Komplikationen: Blutung, Embolie, Thrombose, usw. I80.28 beschreibt die präzise Pathologie mit Lokalisation + Y beschreibt die Ursache.				
Wunddehiszenz nach Kaiserschnitt				
O90.0 Dehiszenz einer 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.				
Iatrogene Perforation des Kolon descendens				
Ø	K91.88 Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems nach med. Massnahmen, a.n.k.	T81.2 Versehentliche Stich- oder Risswunde während eines Eingriffes, a.n.k.	K63.1 Perforation des Darmes (nicht traumatisch) oder S36.53 Verletzung des Colon descendens	S36.53 + Y
K91.88 beschreibt «sonstige» Komplikationen des Verdauungssystems. T81.2 beschreibt versehentliche Stich- oder Risswunde während eines Eingriffes, a.n.k. und ohne Lokalisation. K63.1 ist präzisiert als nicht traumatische Perforation. S36.53 beschreibt die präzise Verletzung und die Lokalisation + Y beschreibt die Ursache.				

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
Hautabszess an der Operationswunde nach Appendektomie				
Ø	K91.88 Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems nach med. Massnahmen, a.n.k.	T81.4 Infektion nach einem Eingriff, a.n.k.	L02.2 Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Rumpf	L02.2 + Y
K91.88 beschreibt «sonstige» Komplikationen am Verdauungssystem. T81.4 beschreibt eine Infektion a.n.k. und ohne Organbezug. L02.2 beschreibt die genaue Pathologie, das Organ + Y beschreibt die Ursache.				
Anästhesie bedingtes Delir				
F05.8 Sonstige Formen des Delirs Postoperatives Delir	G97.88 Sonstige Krankheiten des Nervensystems nach med. Massnahmen	T88.5 Sonstige Komplikationen infolge Anästhesie	F05.8 Sonstige Formen des Delirs Postoperatives Delir	F05.8 + Y
Unter dem Kode F05.8 ist das postoperative Delir aufgeführt + Y beschreibt die Ursache.				
Postoperativer Darmverschluss				
Ø	K91.3 Postoperativer Darmverschluss	T88.8 Sonstige näher bezeichnete Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen, a.n.k.	K56 – Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie Exkl.: Postoperativer Darmverschluss (K91.3)	K91.3
K91.3 beschreibt präzise die Komplikation und die Ursache. T88.8 beschreibt «sonstige Komplikationen» bei chirurgischen Eingriffen, a.n.k. K56 – hat ein Exkl. auf K91.3. Beachte: eine postoperative Darmträgheit wird nicht mit K91.3 Postoperativer Darmverschluss abgebildet, sondern mit K59.09 Sonstige und nicht näher bezeichnete Obstipation				
Iatrogener Pneumothorax				
Ø	J95.80 Iatrogener Pneumothorax	T81.2 Versehrte Stich- oder Risswunde während eines Eingriffes, a.n.k.	J93.9 Pneumothorax, n.n.b. oder S27.0 Traumatischer Pneumothorax	J95.80
J95.80 beschreibt präzise die Pathologie und die Ursache.				
Luxation einer Hüftgelenkendoprothese beim Aufstehen (z. B. vom Bett oder vom Stuhl)				
Ø	M96.88 Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach med. Massnahmen	T84.04 Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese des Hüftgelenks (Fehllage, Leckage, Verlagerung, usw.)	M24.45 Habituelle Luxation eines Gelenkes, Hüfte oder S73.0–Luxation der Hüfte	T84.04 + Y
M96.88 beschreibt «sonstige» Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems. T84.04 beschreibt eine mechanische Komplikation der Gelenkendoprothese. M24.45 beschreibt eine Pathologie eines Gelenkes, S73.0– beschreibt eine Luxation durch Trauma, einen Unfall.				

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
Aber: Luxation einer Hüftgelenkendoprothese durch Sturz z. B. von einer Leiter (= Unfall)				
Ø	Ø	T84.04 Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese des Hüftgelenks (Fehllage, Leckage, Verlagerung, usw.)	S73.0 – Luxation der Hüfte	S73.0 – + X
S73.0 – beschreibt eine Luxation durch Trauma, durch einen Unfall. (+ X59.9 für den Sturz + Z96.64 für das Vorhandensein der Prothese)				
Tiefes Hämatom im Gelenk nach Knieprothesenimplantation				
Ø	M96.88 Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach med. Massnahmen	T81.0 Blutung als Komplikation eines Eingriffes, a.n.k. Exkl. Blutung durch Prothesen, Implantate, Transplantate (T84.8)	M25.06 Hüftarthros, Kniegelenk oder S80.0 Prellung des Knies	T84.8 + Y
M96.88 beschreibt eine «sonstige» Krankheit des Muskel-Skelett-Systems. T81.0 beschreibt eine Blutung a.n.k. und hat ein Exkl. auf T84.8. M25.06 beschreibt eine Pathologie des Kniegelenkes, S80.0 beschreibt ein Trauma, einen Unfall.				
Verlagerter Herzschrittmacher				
Ø	I97.8 Sonstige Kreislaufigkomplifikationen nach med. Massnahmen, a.n.k.	T82.1 Mechanische Komplikation durch ein kardiales elektronisches Gerät	Ø	T82.1 + Y
I97.8 beschreibt «sonstige» Kreislaufigkomplifikationen. T82.1 beschreibt eine mechanische Komplikation durch ein kardiales elektronisches Gerät.				
Peritonitis durch Peritonealdialysekatheter				
Ø	K91.88 Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems nach med. Massnahmen, a.n.k	T85.71 Infektion und entzündliche Reaktion durch Katheter zur Peritonealdialyse	K65.09 Sonstige und nicht näher bezeichnete akute Peritonitis	T85.71 + Y
K91.88 beschreibt «sonstige» Komplifikationen des Verdauungssystems. T85.71 beschreibt die Pathologie (Infektion) und den Katheter als Ursache. K65.09 Sonstige und nicht näher bezeichnete akute Peritonitis beschreibt die Infektion, ein Y würde die Ursache beschreiben, aber nicht die präzise medizinische Massnahme (= den Katheter).				
Blutung nach Prostataektomie				
Ø	N99.8 Sonstige Krankheiten des Urogenitalsystems nach med. Massnahmen	T81.0 Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, a.n.k.	N42.1 Kongestion und Blutung der Prostata	T81.0 + Y
N99.8 beschreibt «sonstige» Krankheiten des Urogenitalsystems nach medizinischen Massnahmen. T81.0 beschreibt Blutung als Komplikation, a.n.k., ist aber der präziseste Code, 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.				

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
infizierte Lymphozone n. radikaler Prostataektomie				
Ø	Ø	T81.4 Infektion nach einem Eingriff, a.n.k.	189.8 Sonstige näher bezeichnete nichtinfektiöse Krankheiten der Lymphgefäße und Lymphknoten	189.8 + Infektion n. Angabe der Lokalisation (z.B. retroperitoneal akut K65.09) + Y84.9!
Im Code 189.8 ist die Krankheit der Lymphgefäße und Lymphknoten abgebildet. Mit der Kodierung der Angabe der Lokalisation der Infektion, wird präzisiert, dass es sich um eine infizierte Lymphozone handelt. Y84.9! beschreibt, dass es sich um eine Komplikation n. medizinischen Massnahmen handelt.				
Phlebitis am Vorderarm wegen Infusion durch Venenverweilkanüle				
Ø	197.8 Sonstige Kreislaufkomplikationen nach med. Massnahmen, a.n.k.	T80.1 Gefäßkomplikationen nach Infusion, Transfusion, Injektion zu therapeutischen Zwecken (Phlebitis, Thromboembolie, Thrombophlebitis)	180.80 Phlebitis oberflächlicher Gefäße der oberen Extremitäten	T80.1 + Y
197.8 beschreibt «sonstige» Kreislaufkomplikationen, a.n.k. T80.1 beschreibt in einem Code präzise die Gefäßkomplikation und die präzise Ursache. 180.80 beschreibt nur die Pathologie.				
Harnwegsinfekt unbestimmter Lokalisation bei Dauerkatheträger				
Ø	N99.8 Sonstige Krankheiten des Urogenitalsystems nach med. Massnahmen	T83.5 Infektion und entzündliche Reaktion durch Prothese, Implantat oder Transplantat im Harntrakt	N39.0 Harnwegsinfektion, Lokalisation n.n.b.	T83.5 + Y
N99.8 beschreibt «sonstige» Krankheiten des Urogenitalsystems. T83.5 beschreibt präzise die Infektion, die Lokalisation (Harntrakt) und die Ursache. N39.0 beschreibt nur die Pathologie.				
Intraoperativer Durariss mit sofortigem Verschluss abhängig von der Verletzungshöhe				
Ø	G97.88 Sonstige Krankheiten des Nervensystems nach med. Massnahmen	T81.2 Verschiedene 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
G97.88 beschreibt «sonstige» Krankheiten des Nervensystems. T81.2 beschreibt eine verschiebende 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.				
Knochen-/Knochenmarknekrose durch Arzneimittel				
M87.1- Knochennekrose durch Arzneimittel	M96.88 Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelettsystems nach medizinischen Massnahmen	T88.8 Sonstige näher bezeichnete Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, a.n.k.	M87.8- Sonstige Knochennekrose	M87.1-
Im Code M87.1- ist die präzise Pathologie sowie die Ursache in einem Code inbegriffen. Es ist das Exklusivum unter M87- zu beachten				

D13a Syndrome

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

Beispiel 1

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

HD Q90.0 Trisomie 21, meiotische Non-disjunction

Beispiel 2

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

HD Q21.0 Ventrikelseptumdefekt

ND Q90.0 Trisomie 21, meiotische Non-disjunction

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

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

Beispiel 3

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

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

L 0

ND Q40.1 Angeborene Hiatushernie

ND Q02 Mikrozephalie

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

B 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 G54) 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 G54) erfüllt ist.

Bei Syndromen ohne spezifischen Code werden von den verschiedenen Manifestationen nur diejenigen abgebildet, die die Nebendiagnosendefinition (Regel G54) 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

D15m 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, **die** 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*, 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

*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, **die** die Indikation zur **Behandlung** darstellt. Bei Vorliegen mehrerer Diagnosen wird die Wahl der Hauptdiagnose unter entsprechender Anwendung der Hauptdiagnosendefinition (Regel G52) getroffen.

Beispiel 4

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 Zentrums-*spital* verlegt.

Spital A kodiert:

HD Unterschenkelfraktur

ND Äussere Ursache

ND Halswirbelfraktur

Zentrums-*spital* 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 5

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

Spital A kodiert:

HD Unterschenkelfraktur

ND Äussere Ursache

Zentrums-*spital* kodiert:

HD Unterschenkelfraktur

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

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

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

Beispiel 6 - Psychiatrie

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

Psychiatrische Klinik kodiert:

HD F20.– Schizophrenie

ND R10.0 Akutes Abdomen

Akutspital kodiert:

HD K81.0 Akute Cholezystitis

ND F20.– Schizophrenie

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

Beispiel 7 - 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 Versorgung der Schnittwunde.

Akutspital kodiert:

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

Psychiatrische Klinik kodiert:

HD	F32.3	Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
B	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 9) oder **stationär** (Beispiel 8) erfolgt, ist unterschiedlich zu kodieren.

Beispiel 8

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
B	00.66.--	(auswärts!) Perkutane transluminale Koronarangioplastik [PTCA] oder koronare Atherektomie
B	00.40	(auswärts!) Massnahme auf einem Gefäss
B	36.08.11	(auswärts!) Implantation perkutan-transluminal von Stents ohne Medikamenten-Freisetzung, in einer Koronararterie

Zentrumspital: keine Kodierung²

Beispiel 9

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
B	00.66.--	Perkutane transluminale Koronarangioplastik [PTCA] oder koronare Atherektomie
B	00.40	Massnahme auf einem Gefäss
B	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

¹ Die extern erbrachte Leistung wird in der Datenerhebung unter SpiGes in einem Zusatzfeld (Variable «behandlung_auswaerts») erfasst.

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

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 «**aufnahmegewicht**» 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 Variable «**austritt_aufenthalt**» 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 «**eintritt_aufenthalt**» Ziffer «6 = anderes Krankenhaus (Akutspital) oder Geburtshaus» angegeben, gefolgt von der entsprechenden Variablen «**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: Variable «**austritt_aufenthalt**» «6 = anderes Krankenhaus (Akutspital) oder Geburtshaus»

Neugeborenes: Variable «**austritt_aufenthalt**» «8 = andere»

Aufnehmendes Spital/Geburtshaus:

Mutter: Variable «**eintritt_aufenthalt**» «6 = anderes Krankenhaus (Akutspital) oder Geburtshaus»

Neugeborenes: Variable «**eintritt_aufenthalt**» «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 Hüftprothese rechts, 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 Femurfraktur rechts (HD im ersten Aufenthalt) und einer Daumenfraktur rechts 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

P00m Erfassung der Prozedur im medizinischen Datensatz

Zu jeder erfassten Prozedur sind anzugeben:

- **Behandlung:** das Behandlungsdatum und der Behandlungsbeginn mit Angabe der Uhrzeit. Die Uhrzeit muss nicht für jede einzelne Prozedur exakt sein. Vielmehr soll die gleiche Uhrzeit für alle Codes einer Operation angegeben werden. Die Uhrzeit ist nur anzugeben für Prozeduren die im Operationssaal oder Herzkatheterlabor durchgeführt werden. Für Prozeduren die ausserhalb eines Operationssaals oder Herzlabor durchgeführt werden, genügt die Angabe des Datums ohne Uhrzeit (Variable «behandlung_beginn»)
- Die **Seitigkeit/Lateralität** bei Eingriffen an paarigen Organen und Körperteilen ist im medizinischen Datensatz anzugeben

Folgende Ziffern werden erfasst:

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

Entsprechende CHOP-Kodes sind **in der CHOP mit [L]** gekennzeichnet. Diese Information ist eine Kodierhilfe, da die Kennzeichnung nicht vollständig ist. Weiter sind einige Prozeduren mit einem [L] gekennzeichnet, obwohl sie nicht immer eine Seitenangabe erfordern. In diesen Fällen sind die Variablen «behandlung_seitigkeit», 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, werden diese beim stationären Fall kodiert und mit dem speziellen Item «ambulante Behandlung auswärts» («behandlung_auswaerts», usw.) gekennzeichnet.

Ausnahme Geltungsbereich: TARPSY und ST Reha:

Von dieser Regel ausgenommen sind auswärts erbrachte ambulante Leistungen, die gemäss der «Vereinbarung zur separaten Verrechnung von Leistungen während eines stationären Aufenthaltes» separat verrechnet werden. Diese dürfen auf den stationären Fall nicht kodiert werden.

Weiterführende Informationen zu den Abrechnungsregeln für separat verrechenbare Leistungen sowie zu den Vereinbarungen zwischen H+ und den Krankenversicherern, bezüglich der Vergütung externer ambulanter Leistungen, entnehmen Sie bitte den aktualisierten Dokumenten auf den Websites der SwissDRG AG, bzw. H+.

P01m 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.).

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 **als weitere Behandlung** 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 es unerheblich, ob im Geburtsverlauf bereits eine PDA, ein PDK gelegt oder eine Spinalanästhesie zur Schmerzbekämpfung sub partu verabreicht wurden.

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

Entsprechende Beispiele finden sich unter SD1505 «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 durchgeführten kodierten 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:
 - Medikamentösen Therapien bei Neugeborenen, sofern es einen spezifischen CHOP-Kode gibt
 - Zytostatikatherapien, Immuntherapien, Thrombolyse, Gerinnungsfaktoren, Blutprodukte
 - Für TARPSY und ST Reha: Antinfektiöse 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
 - hochteuren Medikamenten, 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 Menispektomie wird nicht zusätzlich verschlüsselt.
- Zur Kodierung von **Schmerztherapien im Kontext von Operationen, Interventionen, Diagnostik und Schmerzbehandlungsverfahren** wird auf die Kodierregel SD1804 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
oder

52.51.31 Pankreatikoduodenale Resektion mit Teilresektion des Magens

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 sie nicht schon im Operationskode inbegriffen sind.

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 Gracilis-Sehne, 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
B	21.32	Exzision und lokale Destruktion einer anderen Läsion an der Nase (für Basaliom Nase)
B	18.31	Radikale Exzision einer Läsion am äusseren Ohr (für 2 Basaliome Ohr)
L	1	
B	86.32.1E	Lokale Exzision von Läsion oder Gewebe an Haut und Subkutangewebe, mit primärem Wundverschluss, an anderer Lokalisation (für 3 Basaliome Unterarm)
B	86.32.1E	Lokale Exzision von Läsion oder Gewebe an Haut und Subkutangewebe, mit primärem Wundverschluss, an anderer Lokalisation (für 3 Keratosis solaris-Läsionen am Rücken)
B	86.32.1E	Lokale Exzision von Läsion oder Gewebe an Haut und Subkutangewebe, mit primärem Wundverschluss, an anderer Lokalisation (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 Erythrozytenkonzentraten 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.A2.45 MMST, mindestens 14 bis 20 Behandlungstage

Beispiel 3

Ein Patient erhält mehrere Erythrozytenkonzentrate:

Tag 1: 3 EK, Tag 3: 4 EK, Tag 5: 4 EK, Tag 6: 3 EK = 14 EK.

Hier werden die Erythrozytenkonzentrate summiert und nur mit einem CHOP-Kode abgebildet.

99.04.12 Transfusion von Erythrozytenkonzentrat, 11 TE bis 15 TE

Therapeutische Radiologie und Nuklearmedizin 92.2-:

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

Radiojodtherapie:

Hier wird bei mehrfacher Applikation während eines stationären Aufenthaltes die erzielte Gesamtaktivität mit einem Kode aus der 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 einbezogen. 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 4

- 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.
86.88.11	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.
93.57.15	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 5

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 *Operative Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung in Regional- oder Allgemeinanästhesie, an Haut und Subkutangewebe* 06.02.

L 0

86.88.I5 *Operative Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung in Regional- oder Allgemeinanästhesie, an Haut und Subkutangewebe* 09.02.

L 0

93.57.15 *Kontinuierliche Sogbehandlung bei einer Vakuumversiegelung, mindestens 7 bis 13 Behandlungstage* 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 6

Stationärer Aufenthalt 01.03.-20.03.

01.03. *Anlage Vakuumverband am offenen Abdomen*

05.03. *Wechsel Vakuumverband am offenen Abdomen*

10.03. *Entfernung Vakuumverband, Verschluss Abdomen*

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 *Operative Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung in Regional- oder Allgemeinanästhesie, am offenen Abdomen* 01.03.

86.88.I3 *Operative Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung in Regional- oder Allgemeinanästhesie, am offenen Abdomen* 05.03.

93.57.16 *Kontinuierliche Sogbehandlung bei einer Vakuumversiegelung, mindestens 14 bis 20 Behandlungstage* 01.03.

Verschluss Abdomen gemäss medizinischer Dokumentation 10.03.

86.88.I5 *Operative Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung in Regional- oder Allgemeinanästhesie, an Haut und Subkutangewebe* 15.03.

Verschluss Haut und Subkutangewebe gemäss medizinischer Dokumentation 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.

Behandlung auf einer IPS und/oder IMC

Für die Berechnung der Aufwandspunkte, die der korrekten Erfassung der Codes für die Behandlung auf einer Intensivstation (IS) (99.B7.- *Intensivmedizinische Komplexbehandlung*) oder Intermediate-Care Unit (99.B8.- *Komplexbehandlung in einer Intermediate-Care Unit [IMCU]*) dienen, werden alle Werte der pro (Pflege)-Schicht erhobenen NEMS und einmalig pro IS/IMCU-Aufenthalt SAPS II, CRIB II oder PIM III¹ gemäss den Vorgaben des MDSi¹/MDSimc verwendet.

Zur Bestimmung des zutreffenden CHOP-Kodes aus den entsprechenden Subkategorien 99.B7.- (*Intensivmedizinische Komplexbehandlung*) und 99.B8.- (*Komplexbehandlung in einer Intermediate-Care Unit [IMCU]*) wird wie folgt vorgegangen:

Die Anzahl der Aufwandspunkte errechnet sich aus SAPS II (oder PIM III, 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-Code erfasst.

Bei dem 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 (Pflege)-Schicht, **auch wenn der Transfer/die Verlegung in der gleichen Schicht erfolgt**, die entsprechenden NEMS und gemäss Bestimmungen der SAPS II, PIM III¹ 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 SGI-SSMI. Kommission Datensatz (KDS). Minimaler Datensatz der SGI MDSi. Abschnitte 2.3.5 «Schweregrad 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>)

P07m Bilaterale Operationen

Bilaterale Operationen in einer Sitzung werden nur einmal kodiert und erhalten das Kennzeichen bilateral in der Seitigkeitsvariable (Variable «behandlung_seitigkeit» usw.).

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

Beispiel 1

Implantation von Knie-Totalprothesen beidseits.

B	81.54.-	Implantation einer Endoprothese des Kniegelenks
L	0	

Beispiel 2

Bilaterale Adrenalektomie.

B	07.3	Beidseitige Adrenalektomie
L	0	

P08m Revisionen eines Operationsgebietes/Reoperationen

Bei der Wiedereröffnung eines Operationsgebietes zur

- Behandlung einer Komplikation,
- Durchführung einer Rezidivtherapie oder
- Durchführung einer Operation in einem bereits offen chirurgisch, thorakoskopisch und laparoskopisch voroperierten Gebiet **oder** bereits perkutan interventionell vorbehandelten oder bestrahlten Gebiet.

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

00.99.11 Reoperation in einem bereits offen chirurgisch, thorakoskopisch und laparoskopisch voroperierten Gebiet

oder

00.99.12 Offen chirurgische, thorakoskopische oder laparoskopische Operation in einem bereits perkutan interventionell vorbehandelten oder bestrahlten Gebiet

Beachte: 00.99.11 «Reoperation in einem bereits offen chirurgisch, thorakoskopisch und laparoskopisch voroperierten Gebiet» **oder** 00.99.12 «Offen chirurgische, thorakoskopische oder laparoskopische Operation in einem bereits perkutan interventionell vorbehandelten oder bestrahlten Gebiet» 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, sind die Codes 00.99.11 «Reoperation in einem bereits offen chirurgisch, thorakoskopisch und laparoskopisch voroperierten Gebiet» **oder** 00.99.12 «Offen chirurgische, thorakoskopische oder laparoskopische Operation in einem bereits perkutan interventionell vorbehandelten oder bestrahlten Gebiet» nur einmal zur ersten Reoperation abzubilden.

Beispiel 1

Patientin kommt zur Sectio bei Status nach Sectio.

B 74.- Sectio caesarea und Extraktion des Fetus

B 00.99.11 Reoperation in einem bereits offen chirurgisch, thorakoskopisch und laparoskopisch voroperierten Gebiet

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, **der** sich auf Evakuierung eines Hämatoms **und/oder** Exploration **und/oder** Hämostase beschränkt.

Ansonsten ist bei intrathorakalen, intraabdominalen oder Herz-Operationen, **die** mit einem spezifischen Code abgebildet werden, im Falle einer Reoperation der Code **00.99.11** zusätzlich zu kodieren.

Beispiel 2

Eine Reoperation zur weiteren Teilresektion des Dünndarms wird mit:

45.62 *Sonstige Teilresektion am Dünndarm +*

00.99.11 *Reoperation in einem bereits offen chirurgisch, thorakoskopisch und laparoskopisch voroperierten Gebiet*

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

B 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

B 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

B 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

B 41.0A.14 Hämatopoetische Stammzellentnahme aus dem Knochenmark, allogene, nicht-verwandt, HLA-Identisch
oder

B 41.0A.24 Hämatopoetische Stammzellentnahme 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 Patient, der als Organspender in Frage kommt, unterscheidet sich nicht vom üblichen Vorgehen bei der Verschlüsselung von Diagnosen und Prozeduren: als Hauptdiagnose ist diejenige Erkrankung oder Verletzung zu kodieren, die die Aufnahme veranlasst hat, hinzukommen vorliegende Nebendiagnosen und die durchgeführten Prozeduren.

Der entsprechende Code für die Organentnahme ist **nicht** zu kodieren. Ebenso ist der Code Z00.5 Untersuchung eines potentiellen Spenders eines Organs oder Gewebes **nicht** anzugeben.

Mit den Variablen «austrittsdatum»/«episode_ende» der SpiGes Erhebung 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.- *Konsultation, als ausführlich bezeichnet* abgebildet.

5. Transplantation

Empfänger des transplantierten Organs werden wie folgt kodiert:

HD	Krankheit, die den Grund für die Transplantation darstellt
B	Prozedurenkode für Transplantation (siehe Tabelle)
B	Kode aus 00.90.- bis 00.93.- Art eines Implantates oder eines Gewebetransplantates und Art der Organkonservierung sowie Kennzeichnung der Todesart des Spenders («Donation after circulatory death [DCD]» und «Donation after brain death [DBD]»), Sowie, wenn bekannt, die Kriterien der ABO Kompatibilität.

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 Stammzellentnahme und -transplantation wird kein Kode aus 00.90.- bis 00.93.- kodiert).

B	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 und für die Entnahme.

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 dann 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 SD0202 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–	Hämatopoetische Stammzellentnahme aus dem peripheren Blut	41.0B.2–	Hämatopoetische Stammzelltransplantation aus dem peripheren Blut
Knochenmark (KM)	Z52.3	41.0A.1–	Hämatopoetische Stammzellentnahme aus dem Knochenmark	41.0B.1–	Hämatopoetische Stammzelltransplantation aus dem Knochenmark
Haut	Z52.1	86.6–.–	Freie Hauttransplantation und permanenter Hautersatz		Kode je nach Lokalisation und Umfang
Knochen	Z52.2	77.7–	Knochenentnahme zur Transplantation	76.91. –	Knochentransplantat an Gesichtsschädelknochen
		7A.2A	Knochenentnahme an der Wirbelsäule zur Transplantation	78.0–.– 7A.51	Knochentransplantation und Knochenposition Knochentransplantation und Knochenposition 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

P10m Adhäsiolyse

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 befinden sich in den Organkapiteln der CHOP, z.B.:

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

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, die 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, periovariell, Peritoneum des Darmes). Dokumentierte Zeitsumme der Adhäsiolysen: 55 min.

Erst nach Freilegung des Befundes kann eine laparoskopische Salpingoovarektomie bei grossem, linksseitigem ovariellen 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
B	65.41	Salpingoovarektomie, laparoskopisch
L	2	

Beispiel 2 (Adhäsionslysezeitsumme > 60 min):

Ein Patient wird wegen akuter gedeckt perforierter Sigmadivertikulitis aufgenommen.

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

Erst nach einer 100 min dauernden Adhäsionslyse (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.

B	45.76.21	Sigmoidektomie, laparoskopisch
B	59.12	Laparoskopische Lösung von perivesikalen Adhäsionen
B	54.51	Lösung von peritonealen Adhäsionen, laparoskopisch
B	59.03.99	Laparoskopische Lösung von perirenenalen oder periureteralen Adhäsionen, sonstige
B	00.99.11	Reoperation in einem bereits offen chirurgisch, thorakoskopisch und laparoskopisch voroperierten Gebiet

Beispiel 3 (Adhäsionslysezeitsumme ≤ 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	

B	54.21.99	Laparoskopie, sonstige
B	00.99.11	Reoperation in einem bereits offen chirurgisch, thorakoskopisch und laparoskopisch voroperierten Gebiet

Bei einer Dauer der Adhäsiolyse(n) von **> 60 min** wird **ein Behandlungskode** aus dem entsprechenden Organkapitel gewählt. Es können zusätzlich in den **Behandlungen** 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 **zu den Behandlungen G55**.

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.
B	65.81.10	Laparoskopische Lösung von Adhäsionen an Ovar und Tuba uterina am Peritoneum des weiblichen Beckens
L	0	
B	54.51	Lösung von peritonealen Adhäsionen, laparoskopisch
L	1	
B	66.8	Insufflation einer Tuba uterina
L	0	
B	00.99.11	Reoperation in einem bereits offen chirurgisch, thorakoskopisch und laparoskopisch voroperierten Gebiet

Beachte: Als einzige Ausnahme für oben angegebene Kodierregel gilt die Operation nach Ladd. Unabhängig von der Dauer der Lösung der störenden Ladd-Bänder 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
B	46.99.81	Durchtrennung der Laddschen Bänder, offen chirurgisch
oder		
B	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. *54.67 Naht an 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 – SD2200

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).

SD0102m 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. Internationale Konsensus-Konferenz (Singer M et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA 2016;315(8):801-810)

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 die Ärztin/den Arzt. Die Diagnosestellung muss in der Dokumentation nachvollziehbar sein.

Spezialfall Meningokokkenbakteriämie: hier wird eine Meningokokkensepsis verschlüsselt auch ohne Erfüllung der SOFA-Score-Bedingungen (die Regel SD0101 bleibt bestehen).

Sepsis bei Erwachsenen

Die Organdysfunktion im Rahmen der Sepsis wird bei Erwachsenen über den SOFA-Score bestimmt (**S**equential (Sepsis-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.

Die Erhebung des SOFA-Scores richtet sich nach den Vorgaben im Dokument «Minimaler Datensatz der SGI (MDSi)» (abrufbar unter folgendem [Link: www.sgi-ssmi.ch/de-> Ressorts -> «MDSi_V30d_V5_2022_definitiv_221202»](http://www.sgi-ssmi.ch/de->Ressorts-g->MDSi_V30d_V5_2022_definitiv_221202)).

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

Beispiel für Nichterfassung einer Sepsis

Eintritt einer 56-jährigen Patientin mit Dyspnoe und Fieber.

Eine auf der Notfallstation durchgeführte aBGA zeigt eine leichtgradige hypoxische respiratorische Insuffizienz bei vorbekanntem allergischem Asthma bronchiale.

Bei Verdacht auf pulmonalen Infekt wird ein SOFA-Score erhoben, der eine Differenz von 2 Punkten (jeweils 1 Punkt Atmung und Gerinnung) aufweist. Die initiale Blutentnahme zeigt eine geringe Thrombozytopenie. Diese bleibt im Verlauf ohne weitere Konsequenzen.

Die Patientin wird mit Verdacht auf Sepsis stationär aufgenommen.

Nach weiteren Abklärungen/Diagnostik ergibt sich die Diagnose eines infektexazerbierten Asthma bronchiale mit beginnender Broncho-Pneumonie.

Bereits auf dem Notfall erhält die Patientin u.a. inhalative bronchodilatative Medikamente. Darunter sistiert die Dyspnoe zeitnah und die weiteren aBGA zeigen sich normwertig.

Die Ätiologie der beim Eintritt vorliegenden Thrombozytopenie wird anamnestisch mit zuvor eingenommenen, hochdosierten Analgetika erklärt.

Die betreuenden Mediziner dokumentieren im Austrittsbericht die vorliegenden Differenzen des SOFA-Scores nicht als sepsisbedingt.

Hauptaufwand des 3-tägigen stationären Aufenthaltes ist die antibiotische Behandlung der beginnenden Broncho-Pneumonie.

HD J18.0 Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet

L

ND J45.0 Vorwiegend allergisches Asthma bronchiale

ND J96.00 Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert, Typ I [hypoxisch]

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.

Jede ärztlich dokumentierte **sepsisbedingte** Organdysfunktion oder **sepsisbedingte** Verschlechterung einer vorbestehenden Organdysfunktion wird erfasst, da im Rahmen der Behandlung der systemischen Erkrankung Sepsis alle vorhandenen Organdysfunktionen mitbehandelt werden.

Sequential (Sepsis-related) Organ Failure Assessment Score ^a					
Score					
ORGANSYSTEM	0	1	2	3	4
Atmung^d					
PaO ₂ /FiO ₂ , mmHg (kPa)	≥ 400 (≥ 53.3)	< 400 (< 53.3)	< 300 (< 40)	< 200 (< 26.7) mit respiratorischer Unterstützung ^e	< 100 (< 13.3) mit respiratorischer Unterstützung ^e oder extrakorporellen Devices ^g
Gerinnung					
Thrombozyten, x10 ³ /μl	≥ 150	< 150	< 100	< 50	< 20
Leber					
Bilirubin, mg/dl (μmol/l)	< 1.2 (< 20)	1.2 – 1.9 (20 – 32)	2.0 – 5.9 (33 – 101)	6.0 – 11.9 (102 – 204)	> 12.0 (> 204)
Kardiovaskulär					
Mittlerer arterieller Blutdruck	MAP ≥ 70mmHg	MAP < 70mmHg	Dopamin < 5 oder Dobutamin (jede Dosis) ^b	Dopamin 5.1 – 15 oder Adrenalin ≤ 0.1 oder Noradrenalin ≤ 0.1 ^b	Dopamin > 15 oder Adrenalin > 0.1 oder Noradrenalin > 0.1 ^b oder mechanische Kreislaufunterstützung ^f
Zentrales Nervensystem					
Glasgow Coma Scale ^c	15	13 – 14	10 – 12	6 – 9	< 6
Renal					
Kreatinin, mg/dl (μmol/l)	< 1.2 (< 110)	1.2 – 1.9 (110 – 170)	2.0 – 3.4 (171 – 299)	3.5 – 4.9 (300 – 440)	> 5.0 (> 440)
Urinausscheidung, ml/d				< 500	< 200 oder akutes Nierenersatzverfahren
a Adaptiert von Vincent et al²⁷ b verabreichte Katecholamin-Dosen in μg/kg/min für mindestens eine Stunde c Bei sedierten oder intubierten Patienten wird der Score angegeben, den der Patient vermutlich ohne Sedation hätte («angenommener GCS» bzw. «letzter bekannter GCS») 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. e Nicht invasive Beatmung und High-Flow-Therapie werden im SOFA-Kontext als «respiratorische Unterstützung» gewertet. f jede Form akuter mechanischer Kreislaufunterstützung, insbes. IABP, Herzpumpen, vaECMO, vvaECMO g extrakorporelle Geräte zur Unterstützung der Oxygenation und/oder CO₂-Elimination 27 Vincent JL, Moreno R, Takala J, et al; Working Group on Sepsis-Related Problems of the European Society of Intensive Care Medicine. The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. Intensive Care Med. 1996; 22(7): 707–710.					

Sepsis bei Kindern

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

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

Organdysfunktionskriterien nach Goldstein				
Kardiovaskulär Trotz isotonischer Infusion von $\geq 40\text{ml/kg}$ 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.

Der Kode **R57.2 Septischer Schock** wird nicht als Hauptdiagnose erfasst, auch wenn eine Sepsis und ihre Folgen die Bedingungen der Kodierregel G52 «Die Hauptdiagnose» erfüllen, und wenn (in seltenen Fällen) die Behandlung des septischen Schocks (oder seiner Folgen) den Hauptaufwand des stationären Aufenthaltes darstellen.

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 D04 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 D04.
- **Jede einzelne Organdysfunktion**
Die Kodierung der Sepsis umfasst mindestens den Code der Sepsis und die Angabe des Fokus, von dem der Infekt ausgeht. Ist der Infektfokus unbekannt, so wird zur Sepsis ergänzend B99 *Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten* kodiert. Für die Spezifizierung von Erregern oder die Angabe von Resistenzen gilt Regel D04. Weitere ND sind alle Organdysfunktionen, die sich im Rahmen der Sepsis verschlechtern.

Beispiele zur Kodierung

Beispiel 1

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

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

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

HD	A41.51	Sepsis durch <i>E. coli</i>
ND	R57.2	Septischer Schock
ND	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis
ND	B96.2!	<i>Escherichia coli</i> [<i>E.coli</i>] und andere 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 (sepsisbedingte zusätzliche akute Einschränkung der Nierenfunktion - «acute on chronic», Verschlechterung innerhalb 48 h) einer 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 zeigten sich am zweiten Hospitalisationstag ein Bilirubinanstieg auf 1.5 mg/dl (ohne Gelbsucht) 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 Nierenfunktionseinschränkung 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 N17.91 Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet, Stadium 1
 ND N18.3 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 3
 ND D69.58 Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet
 ND R17.9 Hyperbilirubinämie ohne Angabe von Gelbsucht, anderenorts nicht klassifiziert

Beispiel 3

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

Radiologischer 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 G54.

HD J13 Pneumonie durch *Streptococcus pneumoniae*
 L 2
 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 meningale Beteiligung konnte bei unauffälligem Liquor ausgeschlossen werden. Nach gutem Ansprechen der Therapie erfolgte am 4. Hospitalisationstag die Extubation. Nach erfreulichem Verlauf konnten die Steroide ausgeschlichen und das Kind in ordentlichem AZ auf die Normalstation verlegt werden.

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

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. FiO₂ 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

Virale Sepsis

Für die korrekte Grouperzuweisung ist bei vorliegender, ärztlich dokumentierter, viraler Sepsis *B33.8 «Sonstige näher bezeichnete Viruserkrankungen»* mit dem Kode *A41.8 «Sonstige näher bezeichnete Sepsis»* zu kombinieren. Dies muss unabhängig davon erfolgen, ob die Sepsis als Hauptdiagnose (HD) oder als Nebendiagnose (ND) kodiert wird.

Um die zugrunde liegende Virusinfektion spezifisch anzugeben, ist eine zusätzliche Schlüsselnummer anzugeben.

Bsp: 64 jährige Patientin mit Sepsis durch Influenzaviren. Seit 7 Tagen typische Grippe-symptome, Husten, Halsschmerzen und starke Abgeschlagenheit, Am Eintrittstag Fieber bis 39.3 Grad, Schüttelfrost, Übelkeit, Bewusstseins-trübung. Im PCR Test konnten saisonale Influenzaviren nachgewiesen werden.

Verlauf: Im Rahmen der Sepsis kam es zu einer Bewusstseinsstörung, GCS 12, einer Thrombozytopenie 110 G/l., einer respiratorischen Insuffizienz, (PaO₂/FiO₂) 355 mmHg). und einer Verschlechterung der Nierenfunktion. Kreatinin 125 (µmol/l). Es erfolgte eine Überwachung auf der IMC. Unter Gabe von antiviralen und fiebersenkenden Medikamenten verbesserte sich der Zustand der Patientin.

Gesamtscore SOFA	Atmung	Gerinnung	Leber	Kardiovaskulär, MAP	ZNS	Renal
5	1	1	0	0	2	1

HD	A41.8	Sonstige näher bezeichnete Sepsis
ND	B33.8	Sonstige näher bezeichnete Viruserkrankungen
ND	J10.1	Grippe mit sonstigen Manifestationen an den Atemwegen, saisonale Influenzaviren nachgewiesen
ND	D69.58	Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet
ND	R40.0	Somnolenz, Benommenheit
ND	N17.91	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet Stadium 1

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 G 52 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 erfordert 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 SD0101).

SD0103I SIRS

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

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.-!*

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

Wenn während derselben Hospitalisation sowohl eine Sepsis als auch ein SIRS nichtinfektiöser Genese oder ein SIRS aufgrund einer anderen Infektion als derjenigen, die die Sepsis verursacht hat, auftraten und dokumentiert sind, darf das SIRS im Zusammenhang/ Kontext der Sepsis-unabhängigen Krankheiten trotzdem kodiert werden.

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

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

SD0104d HIV/AIDS

HIV-Kodes sind:

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

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.

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

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

U61.–! Laborkategorie 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 Code aus *B20 – B24* (ausser *B23.0*) oder *O98.7* **als Hauptdiagnose** zu verwenden. Zusätzlich sind entgegen der Nebendiagnosendefinition **alle** bestehenden Manifestationen der HIV-Krankheit zu kodieren, unabhängig davon, ob sie Aufwand generierten oder nicht.

Beispiel 2

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

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

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

Beispiel 3

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

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

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

SD0106m COVID-19

Im Kontext der COVID-19-Pandemie (Infektion mit SARS-CoV-2 (Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 [SARS 2])), wurden für die Erfassung spezifische ICD-10-GM-Kodes bereitgestellt:

- *U07.1! COVID-19, Virus nachgewiesen*
- *U07.2! COVID-19, Virus nicht nachgewiesen*
- *U08.9 COVID-19 in der Eigenanamnese, nicht näher bezeichnet*
- *U09.9! Post-COVID-19-Zustand, nicht näher bezeichnet*
- *U10.9 Multisystemisches Entzündungssyndrom in Verbindung mit COVID-19, nicht näher bezeichnet*
- *U11.9 Notwendigkeit der Impfung gegen COVID-19, nicht näher bezeichnet*
- *U12.9! Unerwünschte Nebenwirkungen bei der Anwendung von COVID-19-Impfstoffen, nicht näher bezeichnet*
- *U99.0! Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf SARS-CoV-2*

Der Kode *U04.9 Schweres akutes respiratorisches Syndrom [SARS], nicht näher bezeichnet* wird nicht im Kontext der COVID-19-Pandemie kodiert. Er ist dem Erreger der Coronavirus-Pandemie 2002/2003 vorbehalten.

Fallbeispiele, um die Verwendung der Kodes U07.1! U07.2! und U99.0! zu erklären

Beachte:

- Die unten aufgeführten Fallbeispiele und die vorgeschlagenen Kodes sind nicht als abschliessend zu betrachten. Die geltenden Kodierungsrichtlinien und Abrechnungsregeln sind zu berücksichtigen, insbesondere G 52 «Die Hauptdiagnose», G 54 «Die Nebendiagnosen», D09 «Verdachtsdiagnosen», D15 «Verlegungen», SD0102 «Sepsis», SD0103 «SIRS» und SD1002 «Respiratorische Insuffizienz».
- Der in der untenstehenden Tabelle verwendete Terminus «Primär-ICD» ist nicht gleichbedeutend mit «Hauptdiagnose».
- Für den seltenen Fall einer Fallzusammenführung (aufgrund Rückverlegung) im Kontext SARS-CoV-2 wird im zusammengeführten Fall der *U07.1!* oder *U07.2!* Kode gewählt, der am Ende des letzten Aufenthaltes tatsächlich feststeht.
- Bei stationären Aufenthalten mit prophylaktischer Isolierung ohne Test, im Kontext SARS-CoV-2-Pandemie, ohne Verdachtskriterien darf kein *U07.2!* verschlüsselt werden.
- Erläuterungen zum *U99.0!* Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf SARS-CoV-2:
 - o Der Kode *U99.0!* darf in einem Fall nicht mehrfach kodiert werden, z.B. bei mehrfach durchgeführtem Test.
 - o Mit «speziellen Verfahren» sind labordiagnostische Verfahren zum Nachweis einer Infektion mit SARS-CoV-2 gemeint.
 - o Der *U99.0!* kann bei einem Verdachtsfall und durchgeführtem Test mit unspezifischem Testergebnis zusammen mit dem *U07.2!* kodiert werden (s. Bedingungen zur Erfassung des *U07.2!* unten).
 - o Der *U99.0!* darf nicht zusammen mit dem *U07.1!* erfasst werden. *U07.1!* impliziert den Virusnachweis.
 - o Für die Durchführung der labordiagnostischen Tests wird kein Prozeduren-Kode erfasst.
- Erläuterungen zum *U07.2!* COVID-19, Virus nicht nachgewiesen:
 - o Wurde eine Infektion mit SARS-CoV-2 sicher ausgeschlossen, darf der *U07.2!* nicht erfasst werden. Bei eindeutigen Testergebnissen mit Ausschluss des COVID-19-Erregers ist der Sekundär-Kode *U99.0!* zu erfassen.
 - o Für die Erfassung des Kodes *U07.2!* müssen folgende Voraussetzungen gegeben sein: Es muss eine (spezifische oder unspezifische) COVID-19-Symptomatik vorliegen und ein epidemiologischer Verdacht bestehen, und es darf kein eindeutiger Virusnachweis im Testergebnis (negatives oder unspezifisches Testergebnis oder nicht durchgeführter Test) vorliegen. Ist keine (spezifische oder unspezifische) COVID-19-Symptomatik vorhanden, obwohl ein epidemiologischer Verdacht besteht (z.B. direkte Kontaktperson), darf der Kode *U07.2!* nicht erfasst werden.
- Zur viralen Sepsis aufgrund SARS-CoV-2 bitte spezifischen Abschnitt nach der Tabelle berücksichtigen.

Fallbeispiele	Primär-ICD	Sekundär- ICD	Klinisches Bild vorhanden	Labor- diagnostischer Nachweis
Sepsis (viral) aufgrund SARS-CoV-2 (COVID-19) ggf. + zusätzliche bakterielle Infektion, ggf. + J96.- Respiratorische Insuffizienz, andernorts nicht klassifiziert und/oder ggf. J80.0- Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS] usw.	A41.8 und B33.8 und + weitere	U07.1!	spezifisch	ja
Pneumonie aufgrund SARS-CoV-2 (COVID-19) ggf. + R65.0! SIRS infektiöser Genese ohne Organkomplikation, ggf. + J96.- Respiratorische Insuffizienz, andernorts nicht klassifiziert und/oder ggf. J80.0- Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS] usw.	J12.8 + weitere	U07.1!	spezifisch	ja
Akute Laryngitis aufgrund SARS-CoV-2 (COVID-19) mit Erregernachweis	J04.0	U07.1!	spezifisch	ja
Fieber und/oder Husten (und weitere spezifische Symptome) im Kontext SARS-CoV-2 (COVID-19) mit Erregernachweis	R50.88 und/oder R05 (usw.)	U07.1!	spezifisch	ja
Asymptomatische nachgewiesene Infektion mit SARS-CoV-2	Z22.8	U07.1!	nicht vorhanden	ja
Klinischer Verdachtsfall im Kontext SARS-CoV-2, mit Symptomen/Manifestationen, am Ende Aufent- halt Erreger sicher ausgeschlossen	Symptom/Manifestation	U99.0!	spezifisch und unspezifisch	Virus sicher ausgeschlossen
Klinisch-epidemiologischer Verdachtsfall im Kon- text SARS-CoV-2, mit Symptomen/Manifestationen, am Ende Aufenthalt Erreger nicht sicher ausge- schlossen, da kein Labortest	Symptom/Manifestation und Z20.8	U07.2!	spezifisch und unspezifisch	Kein Labortest
Klinisch-epidemiologischer Verdachtsfall im Kon- text SARS-CoV-2, mit Symptomen/Manifestationen, am Ende Aufenthalt Erreger nicht sicher ausge- schlossen, da Labor-Testergebnisse unspezifisch	Symptom/Manifestation und Z20.8	U07.2! und U99.0!	spezifisch und unspezifisch	Testergebnis unspezifisch
Klinisch-epidemiologischer Verdachtsfall im Kon- text SARS-CoV-2, mit Symptomen/Manifestationen, am Ende Aufenthalt Erreger sicher ausgeschlossen	Symptom/Manifestation und Z20.8	U99.0!	spezifisch und unspezifisch	Virus sicher ausgeschlossen
Epidemiologischer Verdachtsfall (Kontaktperson) ohne COVID-19 Symptome (wenn stationäre Be- handlung) am Ende Aufenthalt Erreger nicht sicher ausgeschlossen, da kein Labortest	Z20.8		nicht vorhanden	Kein Labortest
Epidemiologischer Verdachtsfall (Kontaktperson) ohne COVID-19 Symptome (wenn stationäre Be- handlung) am Ende Aufenthalt Erreger nicht sicher ausgeschlossen, da Labor-Testergebnisse unspezi- fisch oder sicher ausgeschlossen	Z20.8	U99.0!	nicht vorhanden	Testergebnis unspezifisch oder negativ
Person ohne klinisch-epidemiologischen Verdacht auf Infektion mit SARS-CoV-2, Test ausgeführt, Erreger sicher ausgeschlossen	Z11	U99.0!	nicht vorhanden	Virus sicher ausgeschlossen

Virale Sepsis aufgrund SARS-CoV-2

Bei vorliegender, ärztlich dokumentierter, viraler Sepsis, aufgrund SARS-CoV-2-Infektion, wird *B33.8 Sonstige näher bezeichnete Viruserkrankungen* kodiert. Dieser Code enthält die Information «Sepsis» nicht. Für die korrekte Grupperzuweisung ist bei vorliegender, ärztlich dokumentierter, viraler Sepsis aufgrund SARS-CoV-2 der Code *B33.8 Sonstige näher bezeichnete Viruserkrankungen* immer mit dem Code *A41.8 Sonstige näher bezeichnete Sepsis* zu kombinieren.

Es ist zu beachten, dass die sepsisbezogenen Codes der Rubrik *A40.- bis A41.-* eigentlich den bakteriell bedingten Infektionen vorbehalten sind, die im Kontext SARS-CoV-2 – Infektion zusätzlich begleitend auftreten können.

Es gelten die Regeln von SD0102 «Sepsis» und G52 «Hauptdiagnose».

Für die korrekte klassifikatorische Einordnung muss der Code *B33.8 Sonstige näher bezeichnete Viruserkrankungen* gefolgt von dem Code *U07.1! COVID-19, Virus nachgewiesen* erfasst werden.

Erfüllt die Sepsis aufgrund SARS-CoV-2 die Bedingungen der Hauptdiagnoseregeln, gilt folgende Reihenfolge der Kodeerfassung:

HD	A41.8	Sonstige näher bezeichnete Sepsis
ND	B33.8	Sonstige näher bezeichnete Viruserkrankungen
ND	U07.1!	COVID-19, Virus nachgewiesen
ND		wenn vorhanden, <i>U10.9 Multisystemisches Entzündungssyndrom in Verbindung mit COVID-19, nicht näher bezeichnet</i>
ND		Infektfokus usw.

weitere Codes gemäss Reihenfolge in Kodierregel SD0102 «Sepsis»

Erfüllt die Sepsis aufgrund SARS-CoV-2 nicht die Bedingungen der Hauptdiagnose, gilt folgende Reihenfolge der Kodeerfassung:

HD	J12.8	Pneumonie durch sonstige Viren o.a.
L		
ND	A41.8	Sonstige näher bezeichnete Sepsis
ND	B33.8	Sonstige näher bezeichnete Viruserkrankungen
ND	U07.1!	COVID-19, Virus nachgewiesen
ND		wenn vorhanden, <i>U10.9 Multisystemisches Entzündungssyndrom in Verbindung mit COVID-19, nicht näher bezeichnet</i>
ND		Infektfokus usw.

weitere Codes gemäss Reihenfolge in Kodierregel SD0102 «Sepsis»

Stationäre Behandlung aufgrund von Fieber nach Impfung gegen COVID -19

Tritt nach Anwendung eines COVID-19-Impfstoffs Fieber auf und erfolgt dahingehend eine stationäre Behandlung, wird folgende Kodierung empfohlen:

HD	R50.88	Sonstiges näher bezeichnetes Fieber
ND	U12.9!	Unerwünschte Nebenwirkungen bei der Anwendung von COVID-19-Impfstoffen, nicht näher bezeichnet

Der Code für arzneimittelinduziertes Fieber *R50.2 Medikamenten-induziertes Fieber [Drug fever]* ist nicht zu verwenden.

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 für die Neubildungen unsicheren und unbekannten Verhaltens.

Maligne Neubildungen: z.B. Karzinom (Prostatakarzinom, Endometriumkarzinom), Sarkom, selten Thymome oder Meningeome mit WHO-Grad III (die 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 viszerale Fettgewebes), Meningeome mit WHO-Grad I (die histopathologisch eindeutig als benigne klassifiziert werden) etc.

Neubildungen unsicheren und unbekannten Verhaltens: z.B. Borderlinetumor des Ovars, Meningeom WHO Grad II, Thymome und andere Tumore, deren Dignität histopathologisch nicht eindeutig in benigne oder maligne klassifiziert werden kann.

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 SpiGes Erhebung 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/ unbekannter Charakter
	Primär	Sekundär			
– Bauch	C76.2	C79.88	D09.7	D36.7	D48.7
– Höhle	C76.2	C79.88	D09.7	D36.7	D48.7
– Organe	C76.2	C79.88		D36.7	D48.7
– Wand	C44.5	C79.2	D04.5	D23.5	D48.5
– Akromion	C40.0	C79.5		D16.0	D48.0

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

Beispiel 1

Chondrosarkom des Akromion.

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

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

Beispiel 2

Muzinöses Zystadenom des Ovars ohne Malignitätsnachweis

D27

Gutartige Neubildung des Ovars

Muzinöses Zystadenom des Ovars, maligne

C56

Bösartige Neubildung des Ovars

Muzinöses Zystadenom des Ovars, Borderlinetyp

D39.1

Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens des Ovars

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

Wenn durch die Suche im alphabetischen Index ein histopathologischer Tumor nicht mit einem lokalisationspezifischen 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

SD0202m

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

L 0

ND C61 Bösartige Neubildung der Prostata

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

B Operation Hernia inguinalis gemäss medizinischer Dokumentation

L 0

B 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, die 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

B	Bypassoperation gemäss medizinischer Dokumentation
B	Koronarintervention gemäss medizinischer Dokumentation
B	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, die die Nebendiagnosenregel bei Vorliegen eines anderen Zustandes als Hauptdiagnose erfüllt. 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

B	Hysterektomie gemäss medizinischer Dokumentation
B	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)

L

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 (stanzbiptisch 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

B TUR-B

B Reoperation

B 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 G52 «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 *C80. – Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation* kodiert.

Beispiel 7

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

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

L

- **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 C78.7 Sekundäre bösartige Neubildung der Leber

ND C19 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 *C80. – Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation* kodiert.

Beispiel 9

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

HD C19 Bösartige Neubildung am Rektosigmoid, Übergang

ND C78.7 Sekundäre bösartige Neubildung der Leber

Bei gleichzeitiger Behandlung einer malignen Erkrankung, die 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 deklarierter 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 G 54, die einen Aufwand > 0 für die zulässige Kodierung einer Nebendiagnose postuliert.

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

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

Als Symptome einer Tumorerkrankung zählen z.B.:

- Progrediente, diffuse Schmerzen bei ossärer Metastasierung
 - Dyspnoe bei Lungenkarzinom
 - Schwindel, Erbrechen bei zerebraler Metastasierung
 - Dysphagie bei Oesophaguskarzinom
 - Tumorblutung
- Bei Auftreten und Behandlungsnotwendigkeit einer/mehrerer mit einem Tumor (Primarius, (lokaler) Rezidivprimarius oder Metastase(n)) **ätiologisch verbundener Erkrankung(en)** und ohne dass am Tumor selbst Massnahmen durchgeführt wurden, gilt als Hauptdiagnose der Tumor, mit dem die Erkrankung **direkt zusammenhängend** ist und die den meisten Aufwand (G 52) erzeugt hat. Falls eine Metastase Hauptdiagnose ist, wird der Primarius/(lokale) Rezidivprimarius als Nebendiagnose angegeben sowie andere vorhandene (beschriebene) Metastase(n) (entgegen der Definition der Nebendiagnose G 54, die einen Aufwand > 0 für die zulässige Kodierung einer Nebendiagnose postuliert).
Die Erkrankung selbst ist bei Erfüllung der Kodierregel G 54 zusätzlich zu kodieren.

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

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

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

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-Code in der ICD-10-GM vorhanden ist) sowie andere vorhandene (beschriebene) Metastase(n) werden in die Nebendiagnose gewählt (entgegen der Definition der Nebendiagnose G 54, 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: *G73.7**
 - 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

L

Beispiel 15

Eine Patientin tritt ein mit Lungenembolie ohne Cor pulmonale aufgrund einer tiefen 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

L

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	Hirinfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien
L		
ND	G81.0	Schlaffe Hemiparese und Hemiplegie
L		
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 Zusatzkodes 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 metastasenfrei 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 metastasiertem Nierenzellkarzinom.

HD	C79.5†	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes
ND	M49.54*	Wirbelkörperkompression im Thorakalbereich bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
ND	C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken

SD0203k Nachresektion im Tumorgebiet

Bei Aufnahmen zur ausgedehnten Exzision (des Gebietes) eines bereits früher entfernten Tumors ist der Kode 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 G 54, 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 der CHOP-Kodes *00.99.11 «Reoperation in einem bereits offen chirurgisch, thorakoskopisch und laparoskopisch voroperierten Gebiet» oder 00.99.12 «Offen chirurgische, thorakoskopische oder laparoskopische Operation in einem bereits perkutan interventionell vorbehandelten oder bestrahlten Gebiet».*

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*, *G 62.0 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 G 54, 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 G 52).

Hinweis: 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-GM-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 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	I97.2	Lymphödem nach Mastektomie
L		
ND	C50.–	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma] (4. Stelle entsprechend der Lokalisation)
L		

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 Pankreaskopfkarzinom 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 ärztlich 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	Y57.9!	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 SD0205 zur Anwendung gelangen und der Kode C25.0 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, das 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	
ND	Y84.9!	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	1	
ND	C43.3	Bösartiges Melanom der Haut sonstiger und n.n.bez. Teile des Gesichtes
L	1	
ND	C77.0	Sekundäre und n.n.bez. bösartige Neubildung der Lymphknoten des Kopfes, des Gesichtes und des Halses
L	1	

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 Radiotherapy) 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
ND	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	1	
ND	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

L

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 G54) erfüllt ist.

Beispiel 1

Bösartiges Phäochromozytom, das Katecholamin sezerniert.

HD	C74.1	Bösartige Neubildung der Nebenniere, Nebennierenmark
ND	E27.5	Nebennierenmarküberfunktion

SD0210I 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 G52).

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)

L

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

ND C97! Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen

Beispiel 2

Ein Patient wird wegen Harnblasenkarzinom mehrerer Lokalisationen behandelt.

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

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

ND C97! Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen

- **Lymphknotenmetastasen an mehreren Lokalisationen:** Multiple Lymphknotenmetastasen werden mit C77.8 *Sekundäre und n.n.bez. bösartige Neubildung der Lymphknoten mehrerer Regionen* verschlüsselt, gefolgt von den zutreffenden Codes aus U69.5-! *Sekundäre Schlüsselnummern zur Angabe mehrerer Regionen bei sekundärer und n.n.bez. bösartiger Neubildung der Lymphknoten*. S. dazu Beispiel 3.

Ausnahme: Erfüllt die Behandlung von einzelnen Lymphknotenmetastasen oder Lymphknotenarealen die Bedingungen der Hauptdiagnose, wird der entsprechende **spezifische** Kode aus C77.- (und nicht C77.8) als HD kodiert. Alle anderen vorhandenen befallenen Lymphknotenareale und zusätzlich andere vorhandene (beschriebene) Metastase(n) und der Primarius/Rezidivprimarius werden als Nebendiagnose angegeben (entgegen der Definition der Nebendiagnose G54, die einen Aufwand > 0 für die zulässige Kodierung einer Nebendiagnose postuliert). S. dazu Beispiel 4.

Beispiel 3

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

L

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

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

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

ND U69.50! Sekundäre und n.n.bez. bösartige Neubildung der Lymphknoten des Kopfes, des Gesichtes und des Halses bei Angabe mehrerer Regionen

ND U69.51! Sekundäre und n.n.bez. bösartige Neubildung der intrathorakalen Lymphknoten bei Angabe mehrerer Regionen

ND U69.52! Sekundäre und n.n.bez. bösartige Neubildung der intraabdominalen Lymphknoten bei Angabe mehrerer Regionen

ND U69.54! Sekundäre und n.n.bez. bösartige Neubildung der inguinalen Lymphknoten und Lymphknoten der unteren Extremität bei Angabe mehrerer Regionen

ND U69.55! Sekundäre und n.n.bez. bösartige Neubildung der intrapelvinen Lymphknoten bei Angabe mehrerer Regionen

Beispiel 4

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 5

Diagnostik eines follikulären (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

<i>C88.–</i>	<i>Bösartige immunoproliferative Krankheiten</i>
<i>C90.–</i>	<i>Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen</i>
<i>C91 – C95</i>	<i>Leukämie</i>

stehen zur Verschlüsselung des Remissionsstatus an fünfter Stelle

<i>0</i>	<i>Ohne Angabe einer kompletten Remission</i>
<i>1</i>	<i>In kompletter Remission</i>

zur Verfügung.

Hierbei ist zu beachten:

.x0 Ohne Angabe einer kompletten Remission

<i>Ohne Angabe einer Remission</i>
<i>In partieller Remission</i>

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:

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

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

SD0217m Palliativbehandlung

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

- 93.8A.2- Palliativmedizinische Komplexbehandlung, nach Anzahl Behandlungstage
- 93.8B.- Spezialisierte Palliative Care

Beachte: «Wahl der Hauptdiagnose bei Palliativbehandlungen: Hauptdiagnose ist die Krankheit, die die Palliativbehandlung bedingt».
Beachte Kodierregel SD0202: «Palliativbehandlung des Tumorpatienten»

Hinweis:

- 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 **erfolgte**, dass eine Chemotherapie palliativ intendiert ist etc., darf der Kode *Z51.5 Palliativbehandlung* nicht erfasst werden.

Erfassung Funktionseinschränkungen im Rahmen von Palliativbehandlungen

Die Kodes der Rubriken *U50.-* bis *U51.-*, die sich auf den Barthel-Index beziehen, dürfen für Behandlungen der Palliativmedizin (analog zu den geriatrischen und frührehabilitativen Behandlungen) zu **Beginn der Palliativbehandlung** erhoben werden.

Das heisst, beziehend auf die Hinweise unter den Koderubriken *U50.-* und *U51.-*, dass die Erhebung **nicht** zwingend in den ersten 5 **stationären** Behandlungstagen erfolgen muss.

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. Erwachsenenenddiabetes, 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»

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

Diese Kodieranweisung stellt eine **Ausnahme zu den Regeln der ICD-10-GM** 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

ND 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»

ND ausserdem sind die Codes 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

ND 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

ND gefolgt vom entsprechenden Code für diese Manifestation

ND Die Codes 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

ND I79.2* Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten

ND I70.23 Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerzen

L

ND E10.30+ Diabetes mellitus, Typ 1 mit Augenkomplikationen, nicht als entgleist bezeichnet

ND H36.0* Retinopathia diabetica

B 39.25.-- Gefäss-Bypass von der Aorta oder der A. iliaca zu weiteren Arterien der unteren Extremität

L

Hinweis: Der Code I70.23 Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerzen dient in diesem Beispiel zur näheren Spezifizierung der durch das Kreuz-Stern-System beschriebenen Diagnose. Er ist nicht als Hauptdiagnose anzugeben.

4) Die Behandlung mehrerer Komplikationen (Manifestationen) des Diabetes mellitus steht im Vordergrund:

Entsprechend der Definition der Hauptdiagnose wird der Zustand, der den grössten Aufwand an medizinischen Mitteln erfordert, als Hauptdiagnose kodiert.

- | | |
|----|--|
| HD | E10 – E14, vierte Stelle entsprechend der Manifestation mit dem grössten Aufwand |
| ND | 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 eines Sturzes mit geschlossener Humeruskopffraktur rechts 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 | |
| ND | 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 eines Sturzes mit geschlossener Humeruskopffraktur rechts 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 | |
| ND | 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 Code 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

ND 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

ND N08.3* Glomeruläre Krankheiten bei Diabetes mellitus

ND N18.5 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5

Hinweis: Der Code 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 Code 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 Code der Kategorie:

H54.– Blindheit und Sehbeeinträchtigung

L

zugewiesen.

Katarakt: Eine diabetische Katarakt wird nur dann kodiert, wenn ein kausaler Zusammenhang zwischen der Katarakt und dem Diabetes mellitus besteht:

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

Wenn kein kausaler Zusammenhang besteht, sind Katarakte bei Diabetikern wie folgt zu kodieren:

der zutreffende Kode aus	<i>H25.– Cataracta senilis</i>
oder	<i>H26.– Sonstige Kataraktformen</i>

sowie die entsprechenden Codes aus *E10 – E14 Diabetes mellitus*.

Neuropathie und Diabetes mellitus (E10† – E14†, vierte Stelle «.4»)

Neurologische Erkrankungen, die in kausalem Zusammenhang mit Diabetes mellitus stehen, sind als Diabetes mellitus mit neurologischen Komplikationen *E10† – E14†*, vierte Stelle «.4» zu verschlüsseln. Ausserdem ist ein Kode für die spezifische Manifestation anzugeben, sofern die Nebendiagnosendefinition erfüllt ist.

Diabetische Mononeuropathie:

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

Diabetische Amyotrophie:

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

Diabetische Polyneuropathie:

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

Periphere vaskuläre Erkrankung und Diabetes mellitus (E10† – E14†, vierte Stelle «.5»)

Periphere vaskuläre Erkrankungen, die in kausalem Zusammenhang mit Diabetes mellitus stehen, sind als Diabetes mellitus mit peripheren vaskulären Komplikationen *E10† – E14†*, vierte Stelle «.5» zu verschlüsseln. Ausserdem ist ein Kode für die spezifische Manifestation anzugeben, sofern die Nebendiagnosendefinition erfüllt ist.

Diabetes mellitus mit peripherer Angiopathie:

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

Diabetisches Fussyndrom (E10 – E14, vierte Stelle «.7»)

Die Diagnose «Diabetischer Fuss» wird kodiert mit:

E10 – E14 mit an vierter und fünfter Stelle:

.74 *Diabetes mellitus mit multiplen Komplikationen, mit diabetischem Fussyndrom, nicht als entgleist bezeichnet*

oder

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

Die Codes für beide Manifestationen/Komplikationen des Fussyndroms

G63.2 Diabetische Polyneuropathie*

I79.2 Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten*

sind **danach anzugeben**. Alle weiteren vorliegenden Manifestationen/Komplikationen sind als Nebendiagnose zu kodieren, wenn sie die Nebendiagnosendefinition erfüllen. Eine Liste mit einer Auswahl von Diagnosen, die zum klinischen Bild des «diabetischen Fussyndroms» gehören können, befindet sich im Anhang.

Beispiel 3

Ein Patient mit entgleistem Diabetes mellitus Typ 1 wird zur Behandlung eines diabetischen Fussyndroms mit gemischtem Ulkus der rechten Zehe (bei Angiopathie und Neuropathie) und Erysipel am rechten Unterschenkel aufgenommen.

HD	E10.75†	Diabetes mellitus, Typ 1 mit multiplen Komplikationen, mit diabetischem Fussyndrom, als entgleist bezeichnet
ND	G 63.2*	Diabetische Polyneuropathie
ND	I79.2*	Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
ND	I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration
L		
ND	A46	Erysipel [Wundrose]

Hinweis: Der Kode I70.24 Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration dient in diesem Beispiel zur näheren Spezifizierung der durch das Kreuz-Stern-System beschriebenen Diagnose. Er ist nicht als Hauptdiagnose anzugeben.

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 Kodes

E16.0	Arzneimittelinduzierte Hypoglykämie ohne Koma
E16.1	Sonstige Hypoglykämie
E16.2	Hypoglykämie, nicht näher bezeichnet
E16.8	Sonstige näher bezeichnete Störungen der inneren Sekretion des Pankreas
E16.9	Störungen der inneren Sekretion des Pankreas, nicht näher bezeichnet

sind bei Diabetikerinnen und Diabetikern **nicht** als Hauptdiagnose zu verschlüsseln.

SD0406a Zystische Fibrose

Bei einem Patienten/einer Patientin mit zystischer Fibrose ist unabhängig davon, aufgrund welcher Manifestation dieser Erkrankung sie/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-GM E43 Nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweissmangelernährung kann kodiert werden, wenn **eine** der untenstehenden Prozeduren durchgeführt wurde:
 - 89.0A.4- Multimodale Ernährungsberatung/therapie, nach Anzahl Behandlungstage
- oder**
- 89.0A.32 Ernährungsberatung/therapie
- Eine Mangelernährung gemäss ICD-10-GM E44.- Energie- und Eiweissmangelernährung mässigen und leichten Grades kann kodiert werden, wenn **mindestens eine** der untenstehenden Prozeduren durchgeführt wurde:
 - 89.0A.32 Ernährungsberatung/therapie
 - 89.0A.4- Multimodale Ernährungsberatung/therapie, nach Anzahl Behandlungstage
 - 96.6 Enterale Infusion konzentrierter Nährstoffe
 - 99.15 Parenterale Infusion konzentrierter Nährlösungen

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-GM E43 Nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweissmangelernährung kann kodiert werden, wenn **eine** der untenstehenden Prozeduren durchgeführt wurde:
 - 89.0A.4- Multimodale Ernährungsberatung/therapie, nach Anzahl Behandlungstage
- oder
- 89.0A.32 Ernährungsberatung/therapie
- Eine Mangelernährung gemäss ICD-10-GM E44.- Energie- und Eiweissmangelernährung mässigen und leichten Grades kann kodiert werden, wenn **mindestens eine** der untenstehenden Prozeduren durchgeführt wurde:
 - 89.0A.32 Ernährungsberatung/therapie
 - 89.0A.4- Multimodale Ernährungsberatung/therapie, 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

SD0501m Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Alkohol, Drogen, Medikamente, 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 Kodes *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:

- Kodes 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 Kodes der Rubriken *F10.2 – 4 bis F19.2 – 4* zusammen kodiert. Die Kodes 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.
- Kodes aus verschiedenen F-Kategorien können bei gemeinsamem Vorliegen, unter der üblichen Anwendung aller Kodierregeln und unter Beachtung der unter den Kodes 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, die 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.

Kodierung bei Vorliegen einer multiplen Substanzaufnahme (F19.- «Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen»)

Liegt bei einer Patientin oder einem Patienten eine multiple Substanzaufnahme vor, bei der die verschiedenen Substanzen untrennbar vermischt sind und es aus diesem Grund nicht möglich ist zu bestimmen, welche der Substanzen und die daraus resultierenden Störungen die Bedingungen der Kodierregel G 52 «Die Hauptdiagnose» erfüllen, ist die Kodierung folgendermassen vorzunehmen. Auch der entsprechende U69.3- Kode ist zu verwenden.

HD	F19.-	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen
ND	U69.3-!	Sekundäre Schlüsselnummern für die Art des Konsums psychotroper Substanzen bei durch diese verursachten psychischen und Verhaltensstörungen
ND	F10.-F18.-	entsprechend der Kodierregel G 54 «Die Nebendiagnose»
ND		andere Erkrankungen/Zustände/Manifestationen/Symptome, die die Bedingungen der Kodierregel G 54 «Die Nebendiagnose» erfüllen

Alle aufgenommenen Substanzen sind zusätzlich mit den entsprechenden Codes F10.- bis F18.- in der entsprechenden Ausprägung, als Nebendiagnosen zu kodieren.

Bei klar trennbarer Symptomatik wird F19.- nicht kodiert. In diesen Fällen werden die zutreffenden Schlüsselnummern der Kategorien F10.- bis F18.- erfasst. Gemäss Regel G 52 des Kodierungshandbuchs wird die Wahl der Hauptdiagnose getroffen

SD0600 Krankheiten des Nervensystems

Beachte:

Die Kodierregeln SD0601 und SD0602 gelten für alle Zustände, die unter den Kategorien *I60.- bis I64.-* sowie *G45.-* aufgeführt sind, auch für die Kodierung einer Subarachnoidalblutung oder sonstigen nichttraumatischen intrakraniellen Blutung und der daraus resultierenden, möglichen neurologischen Defizite.

SD0601I 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 eine **fortgesetzte stationäre Spitalbehandlung** eines akuten «Schlaganfalls etc.», einer nichttraumatischen Subarachnoidalblutung oder sonstigen nichttraumatischen intrakraniellen Blutung und der unmittelbaren Folgen (Defizite) erhält, ist ein Kode aus den Kategorien *I60.- bis I64.- Subarachnoidal-, intrazerebrale, nichttraumatische intrakranielle Blutung, Hirninfarkt, Schlaganfall* sowie *G45.- Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome* mit den jeweils passenden Kodes 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-Spitaliaufenthalt innerhalb von 18 Tagen, z.B. Rückverlegung aus der Rehabilitation oder Wiedereintritt, wird bei Erkrankungen/Störungen nach medizinischen Massnahmen, die sich auf Behandlungen beziehen, **die** im Voraufenthalt erbracht wurden, gemäss den Kodierungsrichtlinien D16 und SD0602 vorgegangen (siehe Beispiel 3).

Steht im erneuten Akut-Spitaliaufenthalt (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), **die** im Voraufenthalt erbracht wurde, wird gemäss Kodierregeln G52, G54 und/oder SD0602 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	Dysphasie und 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
ND	I25.11	Atherosklerotische Herzkrankheit, Ein-Gefäss-Erkrankung
ND	G81.0	Schlaffe Hemiparese und Hemiplegie
L	1	
ND	R47.0	Dysphasie und 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	Dysphasie und Aphasie
ND	I69.3	Folgen eines Hirninfarktes

In einer möglichen/nötigen Fallzusammenführung (z.B. Beispiele 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» (Staphylococcus 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 SD0102
ND	G81.0	Schlaffe Hemiparese und Hemiplegie
L	2	
ND	R47.0	Dysphasie und 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 <i>Streptococcus pneumoniae</i>
L		
ND	G81.1	Spastische Hemiparese und Hemiplegie
L	2	
ND	I69.4	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	1	
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	1	

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 wird auf SD1905 «Verletzung des Rückenmarks» verwiesen.

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.

SD0604m 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

Tritt ein Verlust des Bewusstseins im Zusammenhang mit einer Verletzung auf, 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
ND	X59.9!	Sonstiger und nicht 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 und	= 0 und	1 – 2	= 2
Erwachen	1 – 2	1 – 2	1 – 3	

d.h.:

- Ein Unresponsive Wakefulnesssyndrom (UWS) liegt vor, wenn alle Bedingungen für ein UWS erfüllt sind.
- Ein Minimally Conscious State minus (MCS-) liegt vor, wenn **eine einzige Subskala** die für MCS- geforderten Werte erfüllt (d.h. Lokalisation von schmerzhaften Reizen oder visuelles Verfolgen oder adäquates Lachen oder Weinen) und die übrigen Werte dem Stadium UWS entsprechen.
- Ein Minimally Conscious State plus (MCS+) liegt vor, wenn die Subskala «auditiv» den Wert 3 (Antwort auf Befehl), oder die Subskala «sprachlich» den Wert 3 (Sprachverständnis), oder die Subskala «Kommunikation» den Wert 1–2 (intentionelle oder funktionale Kommunikation) erreicht.
- Ein Emerge from Minimally Conscious State (EMCS) liegt vor, wenn die Subskala «motorisch» und die Subskala «Kommunikation» den Maximalwert erreicht haben. Um ein Emerge-Stadium zuzuteilen, muss eine Evaluierung zweimal innerhalb einer Woche durchgeführt werden.

Eine Stadieneinteilung kann frühestens 24 h nach Absetzen der kontinuierlichen Sedierung auf der IPS erfolgen und wenn die Voraussetzung erfüllt ist, dass keine medikamentösen Einflüsse den Zustand mitverursachen (allenfalls mit dokumentierten Blutanalysen). Eine vorübergehende Sedierung z. B. für die Pflege des Patienten oder beim Zustand der Agitation ist keine Kontraindikation für eine Evaluierung. Das Stadium muss mindestens 1 Woche bestehen oder sich zu einem anderen Stadium der Bewusstseinsstörung entwickeln. Eine zweite Evaluation in der folgenden Woche (mindestens 2–3 Tage Abstand) ist nötig, um die Diagnose der Bewusstseinsstörung zu bestätigen.

Eine Bewusstseinsstörung wird mit G93.80 Apallisches Syndrom kodiert, wenn:

- eine schwere Bewusstseinsstörung Stadium Vegetative State (VS), Synonym Unresponsive Wakefulness Syndrome (UWS) oder ein Minimally Conscious State gemäss obenstehenden Definitionen vorliegt.

Hinweis: Bewusstseinsstörungen, die die oben definierten Kriterien für VS/UWS und MCS nicht erfüllen, werden NICHT mit G93.80 kodiert. Dazu gehört das Stadium Emerge from Minimally Conscious State (EMCS).

Literatur: Giacino, J.T., Kalmar, K., & Whyte, J. (2004). The JFK Coma Recovery Scale-Revised: Measurement characteristics and diagnostic utility 1. Archives of physical medicine and rehabilitation, 85(12), 2020–2029.

Gosseries, O., Zasler, N.D., & Laureys, S. (2014). Recent advances in disorders of consciousness: focus on the diagnosis. Brain injury, 28(9), 1141–1150.

Schnakers, C., Majerus, S., Giacino, J., Vanhaudenhuyse, A., Bruno, M.A., Boly, M.,... & Damas, F. (2008). A french validation study of the Coma Recovery Scale-Revised (CRS-R). Brain injury, 22 (10), 786–792.

Seel, R.T., Sherer, M., Whyte, J., Katz, D.I., Giacino, J.T., Rosenbaum, A.M., ...& Biester, R.C. (2010). Assessment scales for disorders of consciousness: evidence-based recommendations for clinical practice and research. Archives of physical medicine and rehabilitation, 91 (12), 1795–1813.

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 (G 54) erfüllt.

(Gleiche Regel unter SD1806: Aufnahme zur Entfernung eines Neurostimulators bei Schmerzbehandlung)

SD0607h Kodierung der Parkinsonstadien (G 20.-)

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 yocardial I nfarction) oder Troponinpositives A cute C oronary S yndrom (ACS)	<i>I21.4 akuter subendokardialer Myokardinfarkt</i>	Troponin pos; EKG: keine ST-Hebung
STEMI (ST - E levation M yocardial I nfarction)	<i>I21.0 – 3 akuter transmuraler Myokardinfarkt (nach Lokalisation)</i>	Troponin pos; EKG pos. (ST-Hebung)
ACS n.n.b. (A cute C oronary S yndrom)	<i>I24.9 akute ischämische Herzkrankheit n.n.b.</i>	Keine Angabe

Beachte: Die stabile Angina pectoris (*I20.1 – I20.9*) gehört nicht zum akuten Koronarsyndrom (ACS).

Akuter Myokardinfarkt

Ein als akut bezeichneter oder bis zu vier Wochen (28 Tage) zurückliegender Myokardinfarkt ist mit einem Code aus *I21.- Akuter Myokardinfarkt* zu verschlüsseln.

Dabei sind die Codes dieser Kategorie *I21.- Akuter Myokardinfarkt* anzugeben, sowohl für die initiale Behandlung eines Infarktes im ersten Spital, das den Infarktpatienten aufnimmt, als auch in anderen Einrichtungen, in die der Patient innerhalb von vier Wochen (28 Tage) nach dem Infarkt aufgenommen oder verlegt wird.

Reinfarkt – Rezidivierender Myokardinfarkt

Wenn der Patient innerhalb von 28 Tagen nach dem ersten Herzinfarkt einen zweiten Infarkt erleidet, ist für diesen ein Code aus der Kategorie *I22.- Rezidivierender Myokardinfarkt* anzugeben.

Alter Myokardinfarkt

I25.2- Alter Myokardinfarkt kodiert eine **anamnestische Diagnose**, die als Z-Kode («Status nach», «Zustand nach») in Kapitel XXI nicht enthalten ist. Sie ist zusätzlich zu kodieren, wenn sie Bedeutung für die aktuelle Behandlung hat (siehe auch D05).

Ischämische Herzkrankheit, die früher chirurgisch/interventionell behandelt wurde

Wenn während des aktuellen Spitalaufenthaltes eine ischämische Herzkrankheit behandelt wird, die früher chirurgisch/interventionell behandelt wurde, ist folgendermassen zu verfahren:

Wenn die vorhandenen Bypässe/Stents offen sind und ein erneuter Eingriff durchgeführt wird, um weitere Gefässabschnitte zu behandeln, ist der Kode

I25.11 Atherosklerotische Herzkrankheit, Ein-Gefäss-Erkrankung

I25.12 Atherosklerotische Herzkrankheit, Zwei-Gefäss-Erkrankung

I25.13 Atherosklerotische Herzkrankheit, Drei-Gefäss-Erkrankung

oder

I25.14 Atherosklerotische Herzkrankheit, Stenose des linken Hauptstammes

und entweder

Z95.1 Vorhandensein eines aortokoronaren Bypasses

oder

Z95.5 Vorhandensein eines Implantates oder Transplantates nach koronarer Gefässplastik

zu kodieren.

Die Kodes

I25.15 Atherosklerotische Herzkrankheit mit stenosierten Bypass-Gefässen

I25.16 Atherosklerotische Herzkrankheit mit stenosierten Stents

sind **nur** zu verwenden, wenn der Bypass/Stent selbst betroffen ist.

In diesem Fall ist das

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.

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 *00.66.38 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an den Koronarien, selektive Thrombolyse*
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 (bare metal stent) eingelegt.

HD	I21.-	Akuter Myokardinfarkt
ND	Z95.5	Vorhandensein eines Implantates oder Transplantates nach koronarer Gefäßplastik

B	00.66.2-	Koronarangioplastik [PTCA], nach Art der verwendeten Ballons
B	00.40	Massnahme auf einem Gefäß
B	36.08.11	Implantation perkutan-transluminale 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 (bare metal 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

B	00.66.2-	Koronarangioplastik [PTCA], nach Art der verwendeten Ballons
B	00.40	Massnahme auf einem Gefäß
B	36.08.11	Implantation perkutan-transluminale von Stents ohne Medikamenten-Freisetzung, in einer Koronararterie
B	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

B 88.55, 88.56 oder 88.57 (je nach Verfahren) [...] koronare Arteriographie

B 37.21, 37.22 oder 37.23 (je nach Verfahren) [...] 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

oder

ND Y84.9! Zwischenfälle durch medizinische Massnahmen, n.n.bez.

B 00.66.- Perkutane transluminale Koronarangioplastik [PTCA] oder koronare Atherektomie

B 00.40 Massnahme auf einem Gefäss

B 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>I37.1</i>	<i>I09.8</i>	<i>I37.1</i>
	Stenose	<i>I37.0</i>	<i>I09.8</i>	<i>I37.0</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 der obigen 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 Frequenzkontrolle 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 I46.0 Herzstillstand mit erfolgreicher Wiederbelebung

ND U69.13! Herz-Kreislauf-Stillstand vor Aufnahme in das Krankenhaus

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.-* 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 im stationären Setting ist der CHOP-Kode für die Reanimation zu kodieren.

Beachte:

Die Feststellung des Todeszeitpunktes, **der** 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 Faldefinitionen SwissDRG AG.

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

B Reanimation - entsprechend den durchgeführten Massnahmen

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 Kode *37.6E.11 Wechsel der Kanüle eines herzkreislauf- und lungenunterstützenden Systems* zu erfassen.

Beachte:

- Bei Anwendung verschiedener ECMO-Verfahren (unter D) während eines Aufenthaltes ist nur ein Kode aus der Elementengruppe 37.69- abzubilden und zwar der des längsten Verfahrens.
- Die Zeiten der verschiedenen Verfahren sind zu addieren und diese Gesamtdauer mit dem gewählten, einzigen ECMO-Kode abzubilden.
- Die Implantation, das Entfernen des herzkreislauf- und lungenunterstützenden Systems, der Wechsel der Kanüle und/oder der Ersatz von Teilkomponenten sind dabei fallspezifisch zusätzlich zu kodieren.

Hinweis:

Bei den Verfahren unter A, B, C und E sind bei einer Unterbrechung die Dauern des gleichen Verfahrens zu addieren. Jedes Verfahren ist separat abzubilden.

Dauer der Behandlung mit einem herzkreislaufunterstützenden System

Bei Verwendung des ICD-10-GM-Kodes *Z95.80 Vorhandensein eines herzunterstützenden Systems* ist zusätzlich die Dauer der Behandlung mit einem der CHOP-Kodes aus folgenden Elementengruppen zu kodieren:

- 37.69.2- *Dauer der Behandlung mit einem herzkreislaufunterstützenden System, mit Pumpe, ohne Gasaustauschfunktion, intravasal (inkl. intrakardial)*
- 37.69.4- *Dauer der Behandlung mit einem herzkreislaufunterstützenden System, mit Pumpe, ohne Gasaustauschfunktion, extrakorporal, univentrikulär*
- 37.69.5- *Dauer der Behandlung mit einem herzkreislaufunterstützenden System, mit Pumpe, ohne Gasaustauschfunktion, extrakorporal, biventrikulär*
- 37.69.6- *Dauer der Behandlung mit einem herzkreislaufunterstützenden System, mit Pumpe, ohne Gasaustauschfunktion, intrakorporal, uni- und biventrikulär*

SD1000 Krankheiten des Atmungssystems

SD1001m 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/zertifizierte 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 Variable «beatmung» «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 Variable «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 SpiGes Erhebung, die Variable «beatmung», zur Verfügung.
- Dann ist zusätzlich der folgende Code
93.9B Massnahme zur Sicherung der grossen Atemwege zur Beatmung
Einsetzen eines endotrachealen Tubus
 und/oder der zutreffende Code aus
31.1 Temporäre Tracheostomie
 oder
31.29 Permanente Tracheostomie, sonstige
 anzugeben, wenn zur Durchführung der künstlichen Beatmung ein Tracheostoma angelegt wurde.
- Bei **Neugeborenen und Säuglingen** ist zusätzlich der Code
93.9F.11 Mechanische Beatmung und Atmungsunterstützung mit kontinuierlichem positivem Druck [CPAP] bei Neugeborenen und Säuglingen
 anzugeben. Zu diesem Code ist die Beatmungszeit zu erfassen. Als Beatmungszeit wird bei Neugeborenen und Säuglingen sowohl die Zeit der invasiven oder nicht invasiven Beatmung gezählt, wie auch die Dauer der Atemunterstützung mit kontinuierlichem positivem Atemwegsdruck (CPAP). Dies gilt sowohl auf der neonatologischen IPS, wie auf der neonatologischen IMC.

Anmerkung: Die Anwendung von High-Flow-Nasenkanülen bei Neugeborenen und Säuglingen wird mit *93.9F.12 Atmungsunterstützung durch Anwendung von High-flow-Nasenkanülen [HFNC-System] bei Neugeborenen und Säuglingen* unter Berücksichtigung des «Beachte» kodiert. Für die Dauer dieser Atemunterstützung dürfen keine Beatmungsstunden erfasst werden.

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

Berechnung der Dauer der Beatmung

Die Beatmungszeiten werden nur auf SGI-Intensivstationen nach folgenden Vorgaben berechnet: Die Beatmungszeit wird berechnet aus Anzahl Pflegeschichten mit Beatmung (= mind. 2 Std. beatmet pro 8-Stunden-Schicht; mind. 3 Std. pro 12-Stunden-Schicht) multipliziert mit der Schichtdauer (somit sind die Beatmungsstunden immer Multiple von 8 oder 12).

Wird die Beatmung während Transport und Untersuchungen ausserhalb der Intensivstation durch das Team (Ärzte/Pflege) der Intensivstation sichergestellt, wird dies der Gesamtbeatmungszeit der Intensivstation zugerechnet. Eine maschinelle Beatmung dagegen, die zur Durchführung einer Operation oder während einer Operation begonnen wird, zählt nicht zur Gesamtbeatmungszeit. Dies heisst, dass die maschinelle Beatmung während einer Operation im Rahmen der Anästhesie als integraler Bestandteil des chirurgischen Eingriffs gilt und nicht Teil der intensivmedizinischen Behandlung ist.

Bei einer/mehreren Beatmungsperiode(n) während eines Spitalaufenthaltes ist die Gesamtbeatmungszeit gemäss obigen Regeln zu ermitteln.

Beginn der Dauer der Beatmung

Die Berechnung der Dauer der Beatmung beginnt mit einem der folgenden Ereignisse:

- **Endotracheale Intubation**

Für Patienten, die zur künstlichen Beatmung intubiert werden, beginnt die Berechnung der Dauer mit dem Anschluss an die Beatmungsgeräte.

Gelegentlich muss die endotracheale Kanüle wegen mechanischer Probleme ausgetauscht werden. Zeitdauer der Entfernung und des unmittelbaren Ersatzes der endotrachealen Kanüle sind in diesem Fall als Teil der Beatmungsdauer anzusehen; die Berechnung der Dauer wird fortgesetzt.

Für Patienten, bei denen eine künstliche Beatmung durch endotracheale Intubation begonnen und bei denen später eine Tracheotomie durchgeführt wird, beginnt die Berechnung der Dauer mit der Intubation. Die Zeitdauer der Beatmung über das Tracheostoma wird hinzugerechnet.

- **Maskenbeatmung**

Die Berechnung der Dauer der künstlichen Beatmung beginnt zu dem Zeitpunkt, an dem die maschinelle Beatmung einsetzt.

- **Tracheotomie**

Die Beatmungszeit während der Tracheotomie gehört zur Beatmungszeit, wenn die Tracheotomie eines Patienten in der Intensivstation durchgeführt wird.

Wird bei Patienten im Operationssaal eine Tracheotomie durchgeführt, ohne dass eine vorgängige Beatmung auf einer Intensivstation stattgefunden hat, und wird postoperativ auf einer Intensivstation beatmet, beginnt die Beatmungsdauer mit Eintritt in die Intensivstation.

- **Aufnahme eines beatmeten Patienten**

Für jene Patienten, die maschinell beatmet aufgenommen werden, beginnt die Berechnung der Dauer mit dem Zeitpunkt der Aufnahme in die Intensivstation (s.a. «Verlegte Patienten», nachfolgend).

- **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 Unterstützung des Patienten zum letzten Mal insgesamt mindestens 2 Stunden pro 8-Stunden-Schicht, respektive mindestens 3 Stunden pro 12-Stunden-Schicht durch Masken-CPAP erfolgte.

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 wird 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.

Z99.1 Abhängigkeit (langzeitig) vom Respirator

Der ICD-10-GM-Code Z99.1 Abhängigkeit (langzeitig) vom Respirator darf nur unter Berücksichtigung der Vorgaben und Hinweise am Beginn des Kapitels XXI der ICD-10-GM erfasst werden.

Dies bedeutet, dass der Code Z99.1 nur gewählt werden soll, wenn ein(e) Erkrankung / Zustand / Manifestation / Symptom vorliegt, **die** eine Langzeitabhängigkeit vom Respirator erfordert, aber für den Grund der Beatmung kein anderer ICD-10-GM-Code passend vorhanden ist.

Maschinelle Beatmung in der Rehabilitation

Diese Kodierregel gilt für alle Fälle, die über die Tarifstruktur ST Reha abgerechnet werden.

Wenn aufgrund einer Beatmung in der Rehabilitation ein Aufwand > 0 für die Klinik entsteht, d.h. die Beatmung z.B. nicht selbständig von der Patientin/vom Patienten durchgeführt werden kann, ist die Beatmung bei erfüllten Mindestmerkmalen mit den Codes aus den Kategorien 93.9E-, 93.9F- oder 93.9G- zu verschlüsseln.

Mit dem Code 93.9G.09 werden auch Maskenüberdrucktherapien gemäss 93.9G.1-, 93.9G.2-, 93.9G.3- oder 93.9G.4- abgebildet, wenn das Mindestmerkmal Punkt 2, die Therapiedichte von mindestens 4 Stunden pro Tag, nicht erfüllt wird, jedoch für die Rehabilitationskliniken ein Aufwand > 0 vorliegt.

Eine reine Sauerstoffgabe ist nicht mit 93.9G.09 zu kodieren.

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 Code *J96.1* - zusätzlich ein Code 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 (D09) und zu Symptomen (D01) 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

B 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

B 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 «peranal Blutung» die aktuelle Blutungsquelle nicht bestimmt werden kann oder keine entsprechende Untersuchung durchgeführt wurde, ist

K92.2 Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet
zu kodieren.

Der Kode

K62.5 Hämorrhagie des Anus und des Rektums
ist in diesem Fall **nicht** zuzuweisen.

Wird ein Patient hingegen wegen Melaena (Teerstuhl) oder okkultem Blut im Stuhl untersucht, ist nicht ohne Weiteres davon auszugehen, dass eine endoskopisch gefundene Läsion auch die Ursache der Melaena oder des okkulten Blutes im Stuhl ist. Wenn keine kausale Verbindung zwischen Symptom und dem Ergebnis der Untersuchung besteht, sind zunächst das Symptom und danach das Untersuchungsergebnis anzugeben.

Patienten mit der Anamnese einer vor Kurzem stattgefundenen gastrointestinalen Blutung werden manchmal zur Endoskopie aufgenommen, um die Blutungsquelle festzustellen, zeigen aber während der Untersuchung keine Blutung. Wird aufgrund der Vorgeschichte oder anderer Anhaltspunkte eine klinische Diagnose gestellt, schliesst die Tatsache, dass während des Spitalaufenthaltes keine Blutung auftritt, nicht von vornherein die Eingabe eines Kodes mit der Modifikation «mit einer Blutung» aus, auch nicht die Zuweisung eines Kodes der Kategorie *K92. – Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems* in den Fällen, in denen der Grund für die vorher stattgefundene Blutung nicht bestimmt werden konnte.

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-Code zuzuordnen.
- Treten Spannungsblasen im Rahmen eines Dekubitalleidens auf, stellen sie eine kurzzeitige Manifestation im Übergang zu einer Erosion oder einem Dekubitus dar. Für die Kodierung eines Codes aus *L89.- Dekubitalgeschwür und Druckzone* muss bei Vorliegen von Spannungsblasen die Pathogenese ärztlich bestätigt werden.

SD1400 Krankheiten des Urogenitalsystems

SD1401d Dialyse

Bei den Codes 39.95.– – *Hämodialyse* 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.

SD1402m Anogenitale Warzen/anogenitaler Herpes

Aufnahmen zur Behandlung von anogenitalen Warzen werden mit einer Hauptdiagnose aus der unten aufgeführten Liste kodiert:

Perianal	K62.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Anus und des Rektums
Cervix uteri	N88.8	Sonstige näher bezeichnete nichtentzündliche Krankheiten der Cervix uteri
Vaginal	N89.8	Sonstige näher bezeichnete nichtentzündliche Krankheiten der Vagina
Vulva	N90.8	Sonstige näher bezeichnete nichtentzündliche Krankheiten der Vulva und des Perineums
Penis	N48.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Penis
Harnröhre	N36.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Harnröhre

Der Kode

A63.0 *Anogenitale (venerische) Warzen* ist als Nebendiagnose anzugeben.

Aufnahmen zur Behandlung von Infektion der Perianalhaut und des Rektums durch Herpesviren, werden mit der Hauptdiagnose K62.8 «*Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Anus und des Rektums*» kodiert.

Der Kode A60.1 «*Infektion der Perianalhaut und des Rektums durch Herpesviren*», ist als Nebendiagnose anzugeben.

SD1404l Niereninsuffizienz*Akute Niereninsuffizienz*

Mit der ICD-10-GM 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, muss der dem Stadium entsprechende Kode *N18*- kodiert werden.

Niereninsuffizienz nach medizinischen Massnahmen

Eine Niereninsuffizienz nach medizinischen Massnahmen wird mit *N99.0 Nierenversagen nach medizinischen Massnahmen* abgebildet. Ist die Art der Niereninsuffizienz (akut oder chronisch) bekannt, ist der Kode *N99.0* entgegen dem Exklusivum der ICD-10-GM unter *N17* - *N19* wie ein Ausrufezeichen-Kode anzuwenden. Er folgt also dem zutreffenden Kode aus *N17*- oder *N18*-.

SD1405l 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. Dabei gilt es, die Kodierregel SD0403 bei einer Niereninsuffizienz bei diabetischer Nephropathie zu berücksichtigen.

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 kutaneoperitonealen Fistel (Katheterverweilsystem)

SD1407l 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. Dabei gilt es, die Kodierregel SD0403 bei einer Niereninsuffizienz bei diabetischer Nephropathie zu berücksichtigen.

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 Austossung 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 Austossung der Plazenta [Pschyrembel].

Postplazentarperiode

Periode von zwei Stunden nach der Austossung 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	Kontaktanlässe mit Bezug auf eine unerwünschte Schwangerschaft
ND	009.1!	Schwangerschaftsdauer 5 bis 13 vollendete Wochen

Komplikationen nach Abort, Extrauterin gravidität und Molenschwangerschaft (008.-)

Ein Kode aus 008.- *Komplikationen nach Abort, Extrauterin gravidität und Molenschwangerschaft* wird nur dann als **Hauptdiagnose** zugewiesen, wenn eine Patientin wegen einer Komplikation infolge eines nicht während des aktuellen Spitalaufenthalts behandelten Aborts stationär aufgenommen wird.

Beispiel 3

Eine Patientin wird mit disseminierter intravasaler Gerinnung nach einem Abort in der 10. SSW, der vor zwei Tagen in einem anderen Spital stattfand, aufgenommen.

HD	008.1	Spätblutung oder verstärkte Blutung nach Abort, Extrauterin gravidität und Molenschwangerschaft
ND	D65.1	Disseminierte intravasale Gerinnung [DIG, DIC]

Die Schwangerschaftsdauer wird **nicht** als Nebendiagnose kodiert, da die Aufnahme zur Behandlung der Komplikation nach zuvor behandeltem Abort erfolgt.

Ein Kode aus 008.- *Komplikationen nach Abort, Extrauterin gravidität und Molenschwangerschaft* wird als **Nebendiagnose** kodiert, um eine mit den Diagnosen der Kategorie 000 – 002 *Extrauterin gravidität, Blasenmole, sonstige abnorme Konzeptionsprodukte* verbundene Komplikation zu verschlüsseln.

Beispiel 4

Eine Patientin wird wegen Tubarruptur bei Eileiterschwangerschaft in der 6. SSW mit Schock aufgenommen.

HD	000.1	Tubargravidität
ND	008.3	Schock nach Abort, Extrauterin gravidität und Molenschwangerschaft
ND	009.1!	Schwangerschaftsdauer, 5 bis 13 vollendete Wochen

Wenn eine Patientin aufgenommen wird, weil nach Abortbehandlung bei einer vorhergehenden Behandlung Teile der Fruchtanlage zurückgeblieben sind, wird als Hauptdiagnose ein **inkompletter** Abort mit Komplikation kodiert (003 – 006 mit einer vierten Stelle .0 bis .3).

Beispiel 5

Eine Patientin wird mit Blutung bei retinierter Fruchtanlage zwei Wochen nach einem Spontanabort stationär aufgenommen. Der Abort fand in der 5. Schwangerschaftswoche statt und wurde ambulant behandelt.

HD	003.1	Spontanabort, inkomplett, kompliziert durch Spätblutung oder verstärkte Blutung
----	-------	---

Die Schwangerschaftsdauer wird nicht als Nebendiagnose kodiert, da die Aufnahme zur Behandlung dieser Komplikation nach zuvor behandeltem Abort erfolgt.

Ein Kode aus 008.- *Komplikationen nach Abort, Extrauterin gravidität und Molenschwangerschaft* wird in Verbindung mit Diagnosen der Kategorien 003 – 007 als **Nebendiagnose** angegeben, wenn die Kodierung dadurch genauer wird (vergleiche Beispiel 5 und Beispiel 6).

Beispiel 6

Eine Patientin wird mit einem inkompletten Abort in der 12. Schwangerschaftswoche und Kreislaufkollaps stationär aufgenommen.

HD	003.3	Spontanabort, inkomplett, mit sonstigen und nicht näher bezeichneten Komplikationen
ND	008.3	Schock nach Abort, Extrauterin gravidität und Molenschwangerschaft
ND	009.1!	Schwangerschaftsdauer, 5 bis 13 vollendete Wochen

Totgeburt/Lebendgeburt bei vorzeitiger Beendigung einer Schwangerschaft

Wenn die Schwangerschaft wegen intrauterinem Tod endet (spontan) oder beendet wird (eingeleitet), ist der intrauterine Tod als Hauptdiagnose anzugeben.

Beispiel 7

Aufnahme wegen intrauterinem Fruchttod in der 35. Schwangerschaftswoche.

HD	036.4	Betreuung der Mutter wegen intrauterinen Fruchttodes
ND	060.1	Vorzeitige spontane Wehen mit vorzeitiger Entbindung
	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)
	Z37.0!	Lebendgeborener Einling (bzw. der analoge Kode bei Mehrlingen)

SD1503m 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 Kodes 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 *023.- Infektionen des Urogenitaltraktes in der Schwangerschaft* und *098.3 «Sonstige Infektionen, hauptsächlich durch Geschlechtsverkehr übertragen, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren»* zur Verfügung. Falls es eine präzisere Abbildung erlaubt, werden diese gefolgt von dem jeweils spezifischen Code aus Kapitel XIV «Krankheiten des Urogenitalsystems» der ICD-10-GM zur Bezeichnung der jeweils vorliegenden Infektion angegeben.

Um einen Diabetes mellitus in der Schwangerschaft zu kodieren, stehen die Codes *024.--Diabetes mellitus in der Schwangerschaft* zur Verfügung. Falls eine Präzisierung möglich ist, werden diese (mit Ausnahme von *024.4*) gefolgt von Codes aus *E10 - E14* zur Bezeichnung des jeweils vorliegenden Diabetes mellitus sowie zur Abbildung vorliegender Komplikationen angegeben. Liegen Komplikationen (Manifestationen) vor, ist bei einem Code 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 Code *026.6 Leberkrankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes* zur Verfügung. Dieser wird zusammen mit dem jeweils spezifischen Code aus *K70 – K77 Krankheiten der Leber* der ICD-10-GM zur Bezeichnung der jeweils vorliegenden Leberkrankheit angegeben.

Beachte: Bei der intrahepatischen Schwangerschaftscholestase *026.60* handelt es sich um ein schwangerschaftsspezifisches, akutes Krankheitsbild unbekannter Ätiologie.

Bei Vorliegen dieser Entität soll **kein** Präzisierungskode aus *K70 - K77* zusätzlich kodiert werden.

Beispiel 2

Eine Patientin wird in der 25. SSW mit schmerzhaften Blasen und Urtikaria am Abdomen aufgenommen. Sie leidet unter kaum beherrschbarem Pruritus. Der pemphigoide Hautausschlag weitet sich aus.

Der betreuende Arzt diagnostiziert einen Herpes gestationis.

HD 026.4 Herpes gestationis

ND 009.3! Schwangerschaftsdauer 20. Woche bis 25 vollendete Wochen

Beispiel 3

Eine Patientin mit bekannten, rezidivierenden Herpes genitalis-Infektionen mit Herpes-simplex-Virus Typ 2 tritt mit Verdacht auf erneutes Rezidiv (starke Schmerzen) in der 35. SSW ein.

Eine akute Vulvitis mit Herpes genitalis wird diagnostiziert und dokumentiert. Es liegen keine Ulzerationen der Vulva vor.

HD 098.3 Sonstige Infektionen, hauptsächlich durch Geschlechtsverkehr übertragen, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren

ND A60.0† Infektion der Genitalorgane und des Urogenitaltraktes durch Herpesviren

ND N77.1* Vaginitis, Vulvitis oder Vulvovaginitis bei anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten

ND 009.5! Schwangerschaftsdauer 34. Woche bis 36 vollendete Wochen

Diffuse Beschwerden bei bestehender Schwangerschaft, für die keine spezifische Ursache gefunden wird, sind mit *026.88 Sonstige näher bezeichnete Zustände, die mit der Schwangerschaft verbunden sind* zu kodieren.

- Um andere Komplikationen in der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (oder Zustände, die sich in der Schwangerschaft verschlimmern oder die hauptsächlichlicher Anlass für geburtshilfliche Massnahmen sind) zu kodieren, stehen die Kategorien *098 – 099* zur Verfügung, die mit einem Code aus anderen Kapiteln der ICD-10-GM zur spezifischen Bezeichnung der jeweils vorliegenden Erkrankung **immer zusammen** angegeben sind (siehe auch Hinweis unter *098* und *099* in der ICD-10-GM).

Ausnahme: Unter Anwendung von TARPSY wird *099.3 nicht* als Hauptdiagnose kodiert. Für die Wahl der Hauptdiagnose ist nach Kodierregel G52 vorzugehen.

Es ist gemäss unten stehendem Kodierbeispiel 7 vorzugehen, selbst wenn die psychiatrische Erkrankung die Schwangerschaft kompliziert oder durch die Schwangerschaft kompliziert wird.

Beispiel 4

Eine Patientin wird wegen einer schweren schwangerschaftsbedingten Eisenmangelanämie eingewiesen.

HD 099.0 Anämie, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert

ND D50.8 Sonstige Eisenmangelanämien

ND 009.–! Schwangerschaftsdauer ... Wochen

Beispiel 5

Spontane Frühgeburt in der 35. Schwangerschaftswoche, die Patientin wird zusätzlich wegen eines verstärkten allergischen Asthmas bronchiale behandelt.

HD	O60.1	Vorzeitige spontane Wehen mit vorzeitiger Entbindung
ND	O09.5!	Schwangerschaftsdauer 34. bis 36 vollendete Wochen
ND	Z37.0!	Lebendgeborener Einling
ND	O99.5	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 Code für diese Erkrankung als Hauptdiagnose mit der Nebendiagnose Z34 Überwachung einer normalen Schwangerschaft und O09.-! Schwangerschaftsdauer ... Wochen zugeordnet.

Beispiel 6

Eine Patientin in der 30. Schwangerschaftswoche wird mit Mittelhandfraktur rechts nach Sturz vom Fahrrad aufgenommen.

HD	S62.32	Fraktur eines sonstigen Mittelhandknochens, Schaft
L	1	
ND	V99!	Transportmittelunfall
ND	Z34	Überwachung einer normalen Schwangerschaft
ND	O09.4!	Schwangerschaftsdauer 26. bis 33 vollendete Wochen

Beispiel 7 – Psychiatrie

Eine Patientin mit bekannter rezidivierender Depression wurde in der 27. Schwangerschaftswoche in einer psychiatrischen Klinik wegen eines erneuten schweren depressiven Zustands ohne psychotische Symptome stationär behandelt. Sowohl die berufliche Überlastung als auch die negative Haltung ihrer Kollegen trugen zur Verschlechterung ihres Zustands bei. Ihre Schwangerschaft verläuft weiterhin ohne Komplikationen.

HD	F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome
ND	Z34	Überwachung einer normalen Schwangerschaft
ND	O09.4!	Schwangerschaftsdauer 26. Woche 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 Code O32.– *Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Lage- oder Einstellungsanomalie des Fetus* ist abzubilden.
- Bei **geplanter primärer Sectio** bei abnormen Kindslagen wird der Code O32.– *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 Code O64.– *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 O36.8 *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 (O36.8 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 (G54) 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.

Anti-D-Prophylaxe

Eine während des stationären Aufenthalts der Rhesus-negativen Mutter durchgeführte Anti-D-Prophylaxe wird im Fall der Mutter mit *Z29.1 Immunprophylaxe* verschlüsselt.

Der ICD-10-GM-Kode *036.0 Betreuung der Mutter wegen Rhesus-Isoimmunisierung* gelangt nur zur Anwendung, wenn es z.B. aufgrund nachgewiesener Anti-D-Antikörper und/oder einer ärztlich diagnostizierten und dokumentierten hämolytischen Krankheit des Fetus und/oder Neugeborenen bei Rhesus-Inkompatibilität zu einem medizinischen Aufwand > 0 bei der Mutter kommt.

SD1505m 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 (080)

080 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. *080* 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, **die** 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 *080 Spontangeburt eines Einlings* übermittelt werden dürfen, sind:

- 03.91.31 Injektion von Anästhetikum und Analgetikum in den Spinalkanal bei der Geburt*
- 73.0- Künstliche Blasensprengung*
- 73.59 Manuell unterstützte Geburt, sonstige*
- 73.6 Episiotomie*
- 93.92.15 Patientenkontrollierte intravenöse Analgesie [PCA]*

Hinweis: Der Kode *93.92.15 Patientenkontrollierte intravenöse Analgesie [PCA]* ist für die geburtshilfliche intravenöse Gabe von Opioiden (Remifentanyl) im PCA-Modus, s.g. Remifentanyl-PCA zu benutzen.

Beachte: 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 *080 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, schmerzhaftes 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 *080 Spontangeburt eines Einlings* in Haupt- oder Nebendiagnose entfällt.

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

Die Wahl der Hauptdiagnose erfolgt gemäss Kodierregel G52.

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

Nicht selten erfüllt somit auch die Indikation für die Einleitung die Bedingungen der Kodierregel G52 «Die Hauptdiagnose».

Beispiel 1

Spontane vaginale Geburt eines gesunden Neugeborenen in der 39. Schwangerschaftswoche, Damm intakt.

HD	080	Spontangeburt eines Einlings
ND	009.6!	Schwangerschaftsdauer 37. Woche bis 41 vollendete Wochen
ND	Z37.0!	Lebendgeborener Einling

B	73.59	Manuell unterstützte Geburt, sonstige
----------	-------	---------------------------------------

Beispiel 2

Spontane vaginale Geburt mit Episiotomie in der 39. Schwangerschaftswoche.

HD	080	Spontangeburt eines Einlings
ND	009.6!	Schwangerschaftsdauer 37. Woche bis 41 vollendete Wochen
ND	Z37.0!	Lebendgeborener Einling

B	73.59	Manuell unterstützte Geburt, sonstige
----------	-------	---------------------------------------

B	73.6	Episiotomie
----------	------	-------------

Beispiel 3

Spontane vaginale Geburt in der 42. Schwangerschaftswoche.

HD	048	Übertragene Schwangerschaft
ND	009.7!	Schwangerschaftsdauer mehr als 41 vollendete Wochen
ND	Z37.0!	Lebendgeborener Einling

B	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	068.2	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
B	73.4	Medikamentöse Weheneinleitung
B	73.59	Manuell unterstützte Geburt, sonstige
B	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 Forpsextraktion 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 (plazentare) 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

Forpsextraktion (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

B	72.19	Tiefe Zange, sonstige
B	75.69	Naht eines anderen frischen geburtsbedingten Risses
B	73.4	Medikamentöse Weheneinleitung

Primäre und sekundäre Sectio caesarea in der medizinischen Kodierung

Die **medizinische** Definition einer Sectio caesarea 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 Blasenprung). 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 (absoluten und/oder relativen) **Indikationen und anderen 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 Hauptdiagnoseregeln 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, 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, Frühgeburtlichkeit, 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.

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:

¹ Guideline_Sectio_Caesarea_2015.pdf (sggg.ch)

- 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 Kodes **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 Sectio caesarea werden die Kodes 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 Restekategorie **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 **vor der 36.6 SSW**. 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-GM-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 064.1 Geburtshindernis durch 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

B 74.1X.10 Tiefe zervikale Sectio caesarea, primär

B 93.92.10 Intravenöse Anästhesie

Datum und Uhrzeit von B 74.1X.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 74.1X.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

B 74.1X.10 Tiefe zervikale Sectio caesarea, primär

Bei Vorliegen einer Querlage (absolute Sectioindikation) und eines Trichterbeckens (absolute Sectioindikation) wird planmässig eine Sectio caesarea vor Geburtsbeginn durchgeführt. Gemäss medizinischer Definition und in Anlehnung an oben beschriebene Kodierregel handelt es sich um eine primäre Sectio caesarea und der CHOP-Kode 74.1X.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

B 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 placentare Insuffizienz, Müdigkeit und Erschöpfung) und des Vorliegens 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 permagna 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 kodier 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

B 74.0X.10 Klassische Sectio caesarea, primär

B 00.99.11 Reoperation in einem bereits offen chirurgisch, thorakoskopisch und laparoskopisch voroperierten Gebiet

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 klassische** 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

B 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

B 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.- Extrapertoneale 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-Kompressionsyndrom). 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

B 74.1X.20 Tiefe zervikale Sectio caesarea, sekundär
 B 03.91.31 Injektion von Anästhetikum und Analgetikum in den Spinalkanal bei der Geburt
 B 93.92.12 Balancierte Anästhesie Datum und Uhrzeit von B 74.1X.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 74.1X.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

B 74.1X.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 74.1X.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 064.4 Geburtshindernis durch Querlage

ND 042.9 Vorzeitiger Blasensprung, nicht näher bezeichnet

ND 009.6! Schwangerschaftsdauer, 37. Woche bis 41 vollendete Wochen

ND Z37.0! Lebendgeborener Einling

B 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 aufgrund 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

B 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 aufgrund der vermuteten hypoxischen Situation des Fetus, die 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

B 73.7X.14 Stationäre Behandlung vor Entbindung im gleichen Aufenthalt, mindestens 28 bis 55 Behandlungstage
 B 74.1X.20 Tiefe zervikale Sectio caesarea, sekundär
 B 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 kodiert technisch 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 **weitere Behandlung** 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

B 74.0X.20 Klassische Sectio caesarea, sekundär
 B 00.99.11 Reoperation in einem bereits offen chirurgisch, thorakoskopisch und laparoskopisch voroperierten Gebiet

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

B 74.1X.20 Tiefe zervikale Sectio caesarea, sekundär

B 73.4 Medikamentöse Weheneinleitung

B 93.92.15 Patientenkontrollierte intravenöse Analgesie [PCA]

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 **74.1X.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), der obligatorisch ist und nie Hauptdiagnose sein kann. 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

B 74.1X.-- Tiefe zervikale Sectio caesarea

B 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 Code 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 Code 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 Code 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.- Code als Hauptdiagnose und Z48.8 *Sonstige näher bezeichnete Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff* als Nebendiagnose zuzuordnen.

Ein Code aus Z37.-! ist in diesen Fällen nicht zuzuweisen.

Frühgeburt, vorzeitige Wehen und frustrane Kontraktionen

Ein Code aus

047.- Frustrane Kontraktionen [unnütze Wehen]

ist bei Aufnahmen mit nicht portiwirksamen Wehen (**ohne** Wirkung auf die Zervix) zu verschlüsseln.

Ein Code 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 Code aus 047.- oder aus 060.- als Nebendiagnose. Ist der Grund nicht bekannt, ist ein Code aus 047.- oder aus 060.- der Hauptdiagnosecode. Ausserdem ist als Nebendiagnose ein Code 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.

Intervall zwischen geöffneter Fruchtblase und Geburtszeitpunkt ≥ 24 h

Protrahierte Geburt nach Blasensprung (vorzeitig und/oder spontan) oder künstliche Eröffnung der Fruchtblase (Amniotomie, Blasensprengung) zur Geburtsinduktion, Wehenverstärkung oder im Geburtsverlauf:

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.
- Code 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 G 52 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, das 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.

SD1506m Krankheiten im Wochenbett (Puerperium)*Puerperalsepsis (veraltet «Kindbettfieber»)*

Die Puerperalsepsis ist eine eigene Entität. Ihr eigenständiger Charakter bezogen auf den Zeitpunkt des Auftretens und ihrer Ätiologie (Kontext Geburt) ist vergleichbar mit dem des Gestationsdiabetes, des Herpes gestationis oder der Schwangerschaftscholestase.

Die Unterscheidung «Puerperalsepsis» versus «Sepsis im Puerperium» ist essentiell für die Erfassung der korrekten Kodierung.

Die Puerperalsepsis wird ausgelöst durch eine bakterielle Infektion des Endometriums (Eintrittspforte: z.B. dort befindliche postpartale Wunden, Plazentarest etc.). Die möglichen Folgen dieser Infektion reichen von einer Endomyometritis bis zu einer fulminanten Sepsis im Wochenbett.

Die Puerperalsepsis ist abzugrenzen von postpartalen Septitiden aufgrund von Harnwegsinfekten, Mastitiden und/oder infizierten geburtshilflichen Wunden, wie z.B. nach Episiotomie etc.

In den folgenden Beispielen wird auf die Erfassung der Behandlungen aufgrund Fokus «Diagnosekodierung» bewusst verzichtet.

Beispiel 1

7 h nach protrahierter (EP ca.13 h) aber ansonsten komplikationsloser Geburt (II Gravida/II Para, 39.SSW) persistierende Schmerzen (s.g. Uteruskantenschmerz).

Die Wöchnerin ist blass, klagt über starke Schmerzen/Nachwehen im Unterbauch, ist noch kreislaufstabil bei einer Temperatur von 35,7 °C.

Primär Verdacht auf Kreislaufdysregulation bei protrahierter Geburt.

Das aktuelle angeforderte Blutbild zeigt eine Anämie (5,1 mmol/l) sowie Thrombozytopenie (76 x 103/µl) bei normalen Leukozytenwerten.

Im Verlauf des nächsten Hospitalisierungstages persistieren zunehmende therapieresistente Unterbauchschmerzen.

Die Patientin zeigt sich klinisch zunehmend unruhig, kaltschweißig und mit Lippenzyanose. Der Blutdruck ist hypoton (80/40 mmHg) bei tachykardem Puls von 122/min. Das Abdomen ist weich und ohne Abwehrspannung.

Aufgrund der Diagnose **Endomyometritis mit Sepsis** erfolgt die Aufnahme auf die Intensivstation mit Beginn einer antibiotischen Therapie.

Der Zustand der Patientin verschlechtert sich schnell weiter mit Multiorganversagen (Nierenversagen, ARDS, septischer Schock), so dass eine Notfall-Hysterektomie unter Reanimationsbedingungen erfolgt.

Austrittsdiagnose: Foudroyante Puerperalsepsis durch Streptokokken der Gruppe A.

HD	A40.0	Sepsis durch Streptokokken A
ND	O85	Puerperalfieber
ND	B95.0!	Streptokokken, Gruppe A, als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind
ND	O99.4	Krankheiten des Kreislaufsystems, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren
ND	R57.2	Septischer Schock
ND	O99.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten und Zustände, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren
ND	N17.99	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet, Stadium nicht näher bezeichnet
ND	O99.5	Krankheiten des Atmungssystems, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren
ND	J80.09	Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS], Schweregrad nicht näher bezeichnet
ND	O99.1	Sonstige Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren
ND	D69.58	Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet
ND	D64.9	Anämie, nicht näher bezeichnet
ND	O99.0	Anämie, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert
ND	O63.0	Protrahiert verlaufende Eröffnungsperiode (bei der Geburt)
ND	O09.6!	37. Woche bis 41 vollendete Wochen
ND	Z37.0!	Lebendgeborener Einling

Der Kode R57.2 Septischer Schock beinhaltet die herz-kreislaufbezogenen Parameter des Beispiels 1 und wird zusammen mit O99.4 Krankheiten des Kreislaufsystems, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren erfasst.

Aufgrund des Kapitels SD1503 «Krankheiten in der Schwangerschaft» werden alle Organdysfunktionen mit den dazugehörigen Codes aus dem Kapitel XV der ICD-10-GM zusammen kodiert.

Beispiel 2

19 Tage nach Entlassung vom stationärem Aufenthalt wegen elektiver Sectio bei BEL erneute Aufnahme mit ärztlich dokumentierter Urosepsis aufgrund Pyelonephritis (Ätiologie nicht zu eruieren z.B. obstruktiv durch graviden Uterus, iatrogen aufgrund Harnwegskatheter etc.).

Dokumentation einer sepsisbedingten akuten Verschlechterung um 4 SOFA-Punkte innerhalb 72 h.

Vorliegen eines akuten Nierenversagens Stadium AKIN 3, bei Ausgangsbaseline 0.

In der Urinkultur und in den Blutkulturen wird *Escherichia coli* nachgewiesen.

HD	A41.51	Sepsis durch sonstige gramnegative Erreger, <i>Escherichia coli</i> [<i>E. coli</i>]
ND	O86.2	Infektion des Harntraktes nach Entbindung
ND	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis
ND	B96.2!	<i>Escherichia coli</i> [<i>E. coli</i>] und andere Enterobacterales als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind
ND	O99.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten und Zustände, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren
ND	N17.93	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet, Stadium 3

Auch wenn sich die Patientin per definitionem im Wochenbett (Puerperium) befindet, wird bei erfüllten Kriterien gemäss Kodierregel SD0102 für die Kodierung der vorliegenden Sepsis **nicht** der Code O85 Puerperalfieber gewählt.

Es handelt sich nicht um eine Puerperalsepsis im Sinne ihrer Definition.

Die Kodierung des akuten Nierenversagens erfolgt nicht mit der Kodekombination O90.4 Postpartales akutes Nierenversagen gefolgt von N17.93 Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet, Stadium 3, da es sich **nicht um ein postpartales**, sondern sepsisbedingtes Nierenversagen handelt.

Die Kodierung der Schwangerschaftsdauer bei Verwendung von Codes aus dem Kapitel XV «Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett» der ICD-10-GM entfällt im Kontext Wochenbett.

Beispiel 3

Bei einer werdenden Mutter (39.4 SSW) manifestiert sich bereits sub partu bei Verdacht auf Chorioamnionitis (*Streptococcus anginosus*) eine Sepsis, die sich postpartum zum septischen Schock entwickelt. Aufgrund Kopf-Becken-Missverhältnisses bei Verdacht auf Makrosomie des Fetus, der steigenden Infektionsparameter und klinischen Zeichen einer Sepsis erfolgt eine sekundäre Notfallsectio und anschliessende Behandlung auf der IPS. Alle Parameter gemäss Kodierregel SD0102 sind erfüllt.

HD	A40.8	Sonstige Sepsis durch Streptokokken
ND	O75.3	Sonstige Infektion unter der Geburt
ND	B95.48!	Sonstige näher bezeichnete Streptokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind
ND	O99.4	Krankheiten des Kreislaufsystems, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren
ND	R57.2	Septischer Schock
ND	O41.1	Infektion der Fruchtblase und der Eihäute
ND	O65.4	Geburtshindernis durch Missverhältnis zwischen Fetus und Becken, nicht näher bezeichnet
ND	O66.2	Geburtshindernis durch ungewöhnlich grossen Fetus
ND	O09.6!	37. Woche bis 41 vollendete Wochen
ND	Z37.0!	Lebendgeborener Einling

Die Sepsis gelangt in o.a. Beispielen in die Hauptdiagnose, weil die Kodierregel SD0102 Vorrang gegenüber den Hinweisen der Benutzung der ICD-10-GM hat.

Die Reihenfolge der Erfassung der Codes richtet sich nach den Angaben unter Kodierregel SD0102.

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 «**aufnahmegewicht**») 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 (Variable «**eintrittsart**») die Ziffer 3 (Geburt) angegeben.
- ausserhalb des Spitals/Geburtshauses geboren und unmittelbar nach der Geburt aufgenommen wurden.
Beachte: im medizinischen Datensatz wird bezüglich Eintrittsart (Variable «**eintrittsart**») 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 (Variable «**eintrittsart**») 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:

HD	P22.0	Atemnotsyndrom [Respiratory distress] des Neugeborenen
ND	P25.1	Pneumothorax mit Ursprung in der Perinatalperiode
ND	Z38.0	Einling, Geburt im Krankenhaus

Spital B:

HD	P22.0	Atemnotsyndrom [Respiratory distress] des Neugeborenen
ND	P25.1	Pneumothorax mit Ursprung in der Perinatalperiode

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

Obgleich die Information «Totgeborenes» (z.B. Z37.1 *Totgeborener Einling*) bereits im Datensatz der Mutter erscheint, muss auch ein Minimaldatensatz (d.h. ein Fall) und ein Neugeborenen-Zusatzdatensatz für das Kind angelegt werden. Es wird aber für das Kind **keine** Kodierung vorgenommen, MedPlaus ist in diesem Sinne adaptiert.

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, **der** 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 folgende 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 Sarnat¹: Übererregbarkeit, Hyperreflexie, erweiterte Pupillen, Tachykardie, aber keine Krampfanfälle (entspricht Thompson Score² 1-6 Punkte)
2. Stadium nach Sarnat¹: Lethargie, Miosis, Bradykardie, verminderte Reflexe (z.B. Moro-Reflex), Hypotonie und Krampfanfälle (entspricht Thompson Score² 7-12 Punkte)
3. Stadium nach Sarnat¹: 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. Sarnat HB, Sarnat MS A clinical and electroencephalographic study. Arch Neurol. 1976 Oct;33(10):696-705

² <https://doi.org/10.1159/000490721>; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27343024>

Die Codes 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 40 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 Inkontinenzen, die im Rahmen einer Behandlung/Operation als «normal» angesehen werden und deshalb nicht zu kodieren sind, zählen beispielsweise eine postoperativ vorübergehende Harninkontinenz nach Prostataresektion oder die Stuhlinkontinenz nach tiefer Rektumresektion.

SD1802m Dysphagie

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

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 die Ursache des Schmerzes 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, die 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), die 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 aufgebeten.

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 G52, G54 und G55 **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. Vakuumextraktion, Forcepsextraktion). Die KR SD1505 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 [BV]*

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 vom Zeitpunkt an dem diese 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-Kode *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-Kode 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-Kode 93.A3.3- erlauben.

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

HD K51.9 Colitis ulcerosa, nicht näher bezeichnet

B 45.81.11 Kolektomie, offen chirurgisch

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

B 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 atmungsabhängiger Schmerzen thorakal rechts (Thorakal-Syndrom) ein. Die Schmerzen werden von den behandelnden Mediziner:innen 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 Begleitscheinungen, insbesondere an einer akuten, reaktiven Depression mittlerer Ausprägung.

Sie erhält eine parenterale PCA für 5 Tage, regelmässige Physiotherapie, ein an die Situation angepasstes Medikamentenschema 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

B PCA

B 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 medikamentös bedingten 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, Typ 1

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, 1 Jahr und länger zurückliegend

ND F33.1 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode

B 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 **G55** erfasst werden.

Es ist zu beachten, dass die Erfassung der CHOP-Kodes für die komplexen Schmerztherapien nicht explizit nur den in dieser Kodierregel (SD1804) 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 Kodes

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

B 88.97.14 MRI-Übersicht und Teilstücke der Wirbelsäule

B 87.41.99 Computertomographie des Thorax, sonstige

B 88.01.10 Computertomographie gesamtes Abdomen

B 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 C77.2 Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Lymphknoten, intraabdominale Lymphknoten

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

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

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

B 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 Medikamentenschmerzschema, 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 G63.2* Diabetische Polyneuropathie

B Bypassoperation gemäss geltenden Kodierrichtlinien

B 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 Grundkrankheit wird nur als Nebendiagnose kodiert, wenn sie die Nebendiagnosendefinition erfüllt.

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

SD1807I Schock

Beim Schock handelt es sich um ein potentiell lebensbedrohliches Zustandsbild, dem unterschiedliche Ursachen zugrunde liegen und das in Diagnostik und Therapie mitunter weit über das Ausmass eines Symptoms einer anderen Erkrankung hinausgeht. Aus diesem Grund sind die unter der Koderubrik *R57.- Schock, anderenorts nicht klassifiziert* beschriebenen Zustände als **eigenständige** Diagnosen zu betrachten.

Für die Wahl als Haupt- oder Nebendiagnose ist die Kodierregel G 52 zu berücksichtigen.
Bei einem septischen Schock, gilt die Regel SD0102 Sepsis.

Beispiel 1

Eine Patientin wird aufgrund einer gastrointestinalen Blutung hospitalisiert. Als Ursache findet sich eine Blutung aus einem akut aufgetretenen Ulcus in der Bulbushinterwand des Duodenums. Im weiteren Verlauf kommt es zu einer akuten Blutungsanämie und einem hämorrhagischen Schock, weshalb die Patientin IPS-pflichtig wird und Vasoaktiva erhält. Die behandelnden Ärzte dokumentieren, dass der grösste Aufwand an medizinischen Mitteln durch den hämorrhagischen Schock bedingt war.

HD	R57.1	Hypovolämischer Schock
ND	K26.0	Ulcus duodeni, akut, mit Blutung
ND	D62	Akute Blutungsanämie

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 suprakondylären Humerusfraktur links und Prellung des Ellbogens sowie einer Fraktur des Skapulakorpus links.

HD S42.41 Fraktur des distalen Endes des Humerus, suprakondylär

L 2

ND 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 Oberschenkelchaftfraktur rechts II. Grades nach Sturz.

HD S72.3 Fraktur des Femurschaftes

L 1

ND 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 Humeruskopffraktur rechts I. Grades mit offener Schulterluxation rechts nach vorne mit Weichteilschaden I. Grades aufgenommen.

HD	S42.21	Fraktur des proximalen Endes des Humerus, Kopf
L	1	
ND	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 Nerven,
- danach ggf. die Verletzung der Sehnen, die Fraktur, die offene Wunde anzugeben.

In Fällen, bei denen trotz einer Nerven- und Arterienbeschädigung der Verlust von Gliedmassen unwahrscheinlich ist, ist die Reihenfolge der Kodierung je nach der Schwere der jeweiligen Schäden festzulegen.

Offene intrakranielle / intrathorakale / intraabdominelle Verletzung

Wenn eine offene intrakranielle/intrathorakale/intraabdominelle Verletzung vorliegt, ist zuerst der Code für die intrakranielle / intrathorakale / intraabdominelle Verletzung anzugeben, gefolgt vom Code für die offene Wunde.

Beispiel 1

Patient mit Messerstichverletzung am Thorax mit Hämatothorax.

HD	S27.1	Traumatischer Hämatothorax
ND	Y09.9!	Tätlicher Angriff
ND	S21.83!	Offene Wunde (jeder Teil des Thorax) mit Verbindung zu einer intrathorakalen Verletzung

Offene Fraktur mit intrakranieller / intrathorakaler / intraabdomineller Verletzung

Wenn eine offene Schädelfraktur verbunden mit einer intrakraniellen Verletzung oder offene Fraktur des Rumpfes mit einer intrathorakalen/intraabdominellen Verletzung vorliegt, ist

- ein Kode für die intrakranielle/intrakavitäre Verletzung anzugeben,
- einer der folgenden Codes
S01.83! Offene Wunde (jeder Teil des Kopfes) mit Verbindung zu einer intrakraniellen Verletzung
S21.83! Offene Wunde (jeder Teil des Thorax) mit Verbindung zu einer intrathorakalen Verletzung
 oder
S31.83! Offene Wunde (jeder Teil des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens) mit Verbindung zu einer intraabdominalen Verletzung
- die Kodes für die Fraktur

und

- ein Kode für den Schweregrad des Weichteilschadens der offenen Fraktur aus
S01.87! – S01.89! Weichteilschaden I – III. Grades bei offener Fraktur oder Luxation des Kopfes
S21.87! – S21.89! Weichteilschaden I – III. Grades bei offener Fraktur oder Luxation des Thorax
 oder
S31.87! – S31.89! Weichteilschaden I – III. Grades bei offener Fraktur oder Luxation der Lendenwirbelsäule und des Beckens

Komplikationen einer offenen Wunde

Die Kodierung von Komplikationen offener Wunden ist davon abhängig, ob die Komplikation wie z.B. eine Infektion, mit einem spezifischen Kode näher bezeichnet werden kann. Ist die Kodierung mit einem spezifischen Kode der ICD-10-GM möglich, so ist zuerst der spezifische Kode für die Komplikation (z.B. Infektion wie Erysipel, Phlegmone etc.) gefolgt von dem Kode für die offene Wunde anzugeben.

Beachte: Bei einer Sepsis als Komplikation einer offenen Wunde ist auch Regel 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.

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 inkompletter Paraplegie auf der funktionalen Höhe L2 vor.

HD	S24.12	Inkomplette Querschnittverletzung des thorakalen Rückenmarkes
ND	X59.9!	Sonstiger näher bezeichneter Unfall
ND	S34.72!	Funktionale Höhe einer Verletzung des lumbosakralen Rückenmarkes, L2
ND	S22.06	Fraktur eines Brustwirbels, T11 und T12

Die akute Phase – Verlegung des Patienten

Wenn ein Patient infolge eines Traumas eine Verletzung des Rückenmarks erlitten hat und unmittelbar von einem Akutspital in ein anderes Akutspital verlegt wurde, ist in beiden Häusern der Code für die Art der Verletzung als Hauptdiagnose anzugeben und der entsprechende Code für die funktionale Höhe der Rückenmarksverletzung als erste Nebendiagnose.

Beispiel 2

Ein Patient wird nach einem Sturz mit einer schweren Rückenmarksverletzung in Spital A aufgenommen. Eine CT bestätigt eine Luxation des T7/T8 Wirbels mit Verletzung des Rückenmarks auf derselben Höhe. Neurologisch zeigt sich ein inkompletter Querschnitt unterhalb T8. Nach Stabilisierung im Spital A wird der Patient ins Spital B verlegt, in dem eine Spondylodese durchgeführt wird.

Spital A:

HD	S24.12	Inkomplette Querschnittverletzung des thorakalen Rückenmarkes
ND	X59.9!	Sonstiger näher bezeichneter Unfall
ND	S24.75!	Funktionale Höhe einer Verletzung des thorakalen Rückenmarkes, T8/T9
ND	S23.14	Luxation eines Brustwirbels, Höhe T7/T8 und T8/T9

Spital B:

HD	S24.12	Inkomplette Querschnittverletzung des thorakalen Rückenmarkes
ND	S24.75!	Funktionale Höhe einer Verletzung des thorakalen Rückenmarkes, T8/T9
ND	S23.14	Luxation eines Brustwirbels, Höhe T7/T8 und T8/T9

Beachte: Codes für äussere Ursachen werden nur einmal beim ersten stationären Aufenthalt (im ersten Spital) kodiert.

Rückenmarksverletzung – chronische Phase

Von der chronischen Phase einer Paraplegie/Tetraplegie spricht man, wenn die Behandlung der akuten Erkrankung (z.B. einer akuten Rückenmarksverletzung), die die Lähmungen verursachte, abgeschlossen ist.

Kommt ein Patient in dieser chronischen Phase zur Behandlung der Paraplegie/Tetraplegie, ist ein 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

G 82.6–! 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	G 82.03	Schlaffe Paraparese und Paraplegie, chronische inkomplette Querschnittslähmung
ND	G 82.66!	Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarks, L2 – S1
ND	G 83.41	Inkomplettes Cauda-(equina-)Syndrom
ND	G 95.81	Harnblasenlähmung bei Schädigung des unteren motorischen Neurons

Anmerkung: Soll das Vorliegen einer neurogenen Blasenfunktionsstörung angegeben werden, ist wie im Beispiel eine zusätzliche Schlüsselnummer aus G 95.8– 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
ND	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 Codes aus *S00 – S99*, die mit einer «7» an vierter Stelle multiple Verletzungen kodieren, sind nur dann zu verwenden, wenn die Anzahl der zu kodierenden Verletzungen die maximale Zahl der übermittelbaren Diagnosen überschreitet.

In diesen Fällen sind spezifische Codes (Verletzung nach Lokalisation/Art) für die schwerwiegenderen Verletzungen zu verwenden und die Mehrfachkategorien, um weniger schwere Verletzungen (z.B. oberflächliche Verletzungen, offene Wunden sowie Distorsion und Zerrung) zu kodieren.

Hinweis: Das alphabetische Verzeichnis der ICD-10-GM schlägt für eine «Mehrfachverletzung» oder ein «Polytrauma» den Code *T07 Nicht näher bezeichnete multiple Verletzungen* vor. Dieser Code ist unspezifisch und deshalb nach Möglichkeit **nicht** zu verwenden.

Reihenfolge der Codes bei multiplen Verletzungen

Die Wahl der Hauptdiagnose erfolgt nach Regel G 52.

Beispiel 1

Eine Patientin wird nach einem Autounfall mit fokaler Hirnkontusion, traumatischer Amputation des rechten Ohres, 20-minütiger Bewusstlosigkeit, Prellung von Kehlkopf und rechter Schulter sowie mit Schnittwunden in rechter Wange und rechtem Oberschenkel aufgenommen.

HD	S06.31	Umschriebene Hirnkontusion
ND	V99!	Transportmittelunfall
ND	S06.70!	Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma, weniger als 30 Minuten
ND	S08.1	Traumatische Amputation des Ohres
L	1	
ND	S01.41	Offene Wunde der Wange
L	1	
ND	S71.1	Offene Wunde des Oberschenkels
L	1	
ND	S10.0	Prellung des Rachens
ND	S40.0	Prellung der Schulter und des Oberarms
L	1	

In diesem Fall werden *S09.7 Multiple Verletzungen des Kopfes* und *T01.8 Offene Wunden an sonstigen Kombinationen von Körperregionen* **nicht** angegeben, da individuelle Codes anzugeben sind, wann immer dies möglich ist.

SD1907j Verbrennungen und Verätzungen

Reihenfolge der Codes

Das Gebiet mit der schwersten Verbrennung/Verätzung ist zuerst anzugeben. Eine Verbrennung/Verätzung dritten Grades ist demnach vor einer Verbrennung/Verätzung zweiten Grades anzugeben, auch wenn letztere einen grösseren Teil der Körperoberfläche betrifft. Verbrennungen/Verätzungen desselben Gebietes, aber unterschiedlichen Grades, sind als Verbrennungen/Verätzungen des höchsten vorkommenden Grades anzugeben.

Beispiel 1

Verbrennung 2. und 3. Grades des rechten Knöchels (< 10%) durch heisses Wasser.

HD	T25.3	Verbrennung 3. Grades der Knöchelregion und des Fusses
L	1	
ND	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
ND	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 **ersten und** 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
ND	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
ND	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
ND	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
ND	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 Diagnosekode 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
ND	Y57.9!	Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen
ND	D68.33	Hämorrhagische Diathese durch Cumarine (Vitamin-K-Antagonisten)
ND	U69.12!	Temporäre Blutgerinnungsstörung

Beispiel 4

Ein Patient unter indikationsgerecht eingestellter Antikoagulation bei ordnungsgemäss eingenommenem Cumarinpräparat wird mit Schlaganfallsymptomatik stationär aufgenommen. Ein Trauma ist nicht bekannt. Im Schädel-CT zeigt sich ein grosses, komprimierendes Subduralhämatom.

Die Antikoagulation wird pausiert, ein Vitamin-K-Präparat verabreicht.

Die zerebrale Symptomatik verschlechtert sich trotz beschriebener Massnahmen.

Es erfolgt die intravenöse Gabe von Gerinnungsfaktoren, Ausräumung des Hämatoms durch Bohrlochtrepation und Anlage einer subduralen Drainage.

HD	I62.00	Nichttraumatische subdurale Blutung, akut
ND	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), das geklippt wird.

Der orale Thrombozytenaggregationshemmer wird pausiert und durch ein Heparin-Präparat für die Dauer des stationären Aufenthaltes ersetzt.

HD	K25.4	Ulcus ventriculi, chronisch oder nicht näher bezeichnet, mit Blutung
ND	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 Codes *D68.4 Erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren*.
- Die prophylaktische Gabe eines Vitamin-K-Präparates erlaubt nicht die Kodierung der Codes *D68.33 Hämorrhagische Diathese durch Cumarine (Vitamin-K-Antagonisten)* oder *D68.8 Sonstige näher bezeichnete Koagulopathien*, auch wenn die Intensität der oralen Antikoagulation die gemessenen Grenzwerte (z.B. INR) der jeweiligen erkrankungsbezogenen Thromboembolieprophylaxe übersteigt.
- Die übliche postpartale prophylaktische Gabe eines Vitamin-K-Präparates bei einem termingeborenen Neugeborenen erlaubt nicht die Kodierung des Codes *P53 Hämorrhagische Krankheit bei Fetus und Neugeborenen*.
- Antikoagulierter Patient **ohne Blutung**:
Bei Aufwand > 0 (z.B. prophylaktische Verabreichung von Vitamin K und/oder Heparin)
ND Z92.1 Dauertherapie (gegenwärtig) mit Antikoagulanzen in der Eigenanamnese
- Antikoagulierter Patient (**mit oder ohne Blutung**) mit der Notwendigkeit der Verabreichung von Gerinnungsfaktoren und/oder anderen Blutersatzprodukten (z.B. Thrombozytenkonzentrate, Fresh Frozen Plasma etc.) und/oder notwendiger stationärer Stabilisierung der Gerinnungssituation:
D68.- Sonstige Koagulopathien, D69.- Purpura und sonstige hämorrhagische Diathesen (HD oder ND gemäss Kodierregel G 52)

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

Falls der Code für Verletzungen, Vergiftungen, Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen und anderen schädlichen Wirkungen in der **Hauptdiagnose** steht, ist der Code der äusseren Ursache (V – Y) **im unmittelbar folgenden Diagnosefeld** anzugeben. Wenn die Verletzungen, Vergiftungen, Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen und anderen schädlichen Wirkungen in den **Nebendiagnosen** aufgeführt sind, folgt der Code der äusseren Ursache (V – Y) diesem Code direkt. Wenn der Code der äusseren Ursache mehreren Nebendiagnosen-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

L

ND V99! Transportmittelunfall

Beispiel 2

Patient mit fokaler Hirnkontusion, 20-minütiger Bewusstlosigkeit und Schnittwunden am Oberschenkel.

HD S06.3! Umschriebene Hirnkontusion

ND 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

L

Beispiel 3

Tiefe postoperative Beinvenenthrombose nach Behandlung einer Tibiafraktur.

HD I80.28 Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger tiefer Gefässe der unteren Extremitäten

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

Ausnahme: Wenn im Diagnosekode die äussere Ursache präzise inbegriffen ist:

Beispiel 4

Arzneimittelinduzierte Anämie.

HD D59.2 Arzneimittelinduzierte nicht-autoimmunhämolytische Anämie

Hier wird Y57.9! nicht abgebildet, da im Code inbegriffen (entgegen der Bemerkung in der ICD-10-GM, 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, die die Abbildung eines Z-Kodes beinhalten.
- Das «Definitionshandbuch SwissDRG, Band 5, Anhang D, Plausibilitäten, D5: Z-Kodes als unzulässige Hauptdiagnose» oder das «Definitionshandbuch TARPSY, unzulässige Hauptdiagnosen».
- Die Hinweise am Anfang des Kapitels XXI der ICD-10-GM.

Beachte: Kommt der Patient zur Kontrolle einer bestehenden und bekannten Krankheit, ist diese Krankheit als Hauptdiagnose abzubilden. Erfüllt der Z-Kode in dieser Situation die Nebendiagnosendefinition (G54), ist er zusätzlich zu erfassen.

SD2200m Schlüsselnummern für besondere Zwecke

Unter der Kategorie *U51.- Kognitive Funktionseinschränkung* sind unter den Codes U51.0- bis U51.2- folgende Bewertungs-, Assessment- und Testverfahren aufgeführt:

- Barthel-Index
- Kognitiver FIM (Functional Independence Measure™)
- MMSE (Mini Mental Status Examination).

Für die Erfassung der Ausprägung einer kognitiven Funktionseinschränkung kommt zunehmend das Montreal Cognitive Assessment (MoCA®) als Screening-Instrument zum Einsatz.

Die Codes aus der Kategorie *U51.- Kognitive Funktionseinschränkung* können auch für ein vorliegendes MoCA® genutzt werden. Für die einheitliche Überleitung MoCA® zu MMSE ist die Umrechnungstabelle¹ des Spitals «FELIX PLATTERspital, Universitäre Altersmedizin Basel, Memory Clinic» oder untenstehende Tabelle zu verwenden.

MoCA® Wert	MMSE-Range	Grad der Funktionseinschränkung	ICD-Kode
18-30	24-30 Punkte	keine oder leichte	U51.02
12-17	17-23 Punkte	mittlere	U51.12
0-11	0-16 Punkte	schwere	U51.22

Unter den Kategorien *U50.- Motorische Funktionseinschränkung* und *U51.- Kognitive Funktionseinschränkung* sind folgende Bewertungs-, Assessment- und Testverfahren aufgeführt:

- Barthel-Index
- Kognitiver FIM (Functional Independence Measure™)
- MMSE (Mini Mental Status Examination).

Für die Erfassung der Ausprägung einer motorischen,- sowie einer kognitiven Funktionseinschränkung kommt zunehmend das epaSYSTEM² mit unter anderem seinem Basisassessment epaAC (AcuteCare) zum Einsatz.

Die Summenscores epaSPI und epaKOGNI haben sich als äquivalent zu den Summenscores des Barthel-Index resp. des erweiterten Barthel-Index erwiesen.

Der Summenscore epaSPI des epaAC kann den Stufen der U50.- des Barthel- Index äquivalent zugeordnet werden. Der Summenscore epaKOGNI kann den Stufen der U51.- des erweiterten Barthel äquivalent zugeordnet werden.

Die nachstehende Tabelle zeigt die Äquivalenz von Barthel-Index resp. erweiterten Barthel-Index zu epaSPI und epaKOGNI.

¹ <https://www.mocatest.ch/de/standardwerte/normwerttabellen-herunterladen>

² <https://www.epa-cc.de>

Äquivalenz von U50.n /U51.n (ICD-10-GM-2022) zu epaSPI/ epaKOGNI

	BI	epaSPI	eBI	epaKOGNI
	Von bis	Von bis	Von bis	Von bis
U50.00	100	39-40		
U50.10	80-95	33-38		
U50.20	60-75	31-32		
U50.30	40-55	29-30		
U50.40	20-35	21-28		
U50.50	0-15	10-20		
U51.00			70-90	21-24
U51.10			20-65	10-20
U51.20			0-15	6-9

Spezielle Kodierrichtlinien für Prozeduren und Behandlungen SP0100 – SP0400

In Anlehnung an das Kapitel «Spezielle Kodierrichtlinien für Diagnosen (SD) SD0100-SD2200» 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 Kodierungshandbuches 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:

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

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

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)

SP0200 Frührehabilitation, paraplegiologische Rehabilitation, Akutrehabilitation

SP0201m Frührehabilitation

Die Frührehabilitation bezeichnet die besonders intensive Phase der Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Schädigungen nach der Akutversorgung oder bei Patientinnen und Patienten mit akuter Exazerbation bei vorbestehenden chronischen Krankheiten.

93.86.- Fachübergreifende Frührehabilitation, nach Anzahl der Behandlungstage

93.8C.1.- Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation, nach Anzahl Behandlungstage

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.

Bei Übernahme auf die IMCU ist die Patientin wach, ansprechbar, atmet spontan, ist aber 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 93.8C.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
L		
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
ND	Z43.0	Versorgung eines Tracheostomas
B		
B		alle Behandlungen bezüglich Aneurysma gemäss aktuellen Kodiervorgaben
B	99.B71-	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) des Erwachsenen, nach Aufwandspunkten
B	99.B8.1-	Komplexbehandlung des Erwachsenen in einer Intermediate-Care Unit [IMCU], nach Aufwandspunkten
B	93.8C.1-	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 ischämiebedingte 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 93.8C.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
B		
B		alle Behandlungen bezüglich Meningeom gemäss aktuell geltenden Kodiervorgaben
B	99.B71-	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) des Erwachsenen, nach Aufwandspunkten
B	93.8C.14	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.

SP0202m Paraplegiologische Rehabilitation

Funktionseinschränkung

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

Diese Kodierung erfolgt zusätzlich zur Erhebung des Assessments, das mittels CHOP-Kapitel AA.- kodiert wird. (Siehe unter Abschnitt «Prozeduren»)

Der CHOP-Kode für die Paraplegiologische rehabilitative Komplexbehandlung (93.87.-) gilt sowohl für akutsomatische Fälle als auch für die Rehabilitation.

Aus diesem Grund werden für die Paraplegiologische Rehabilitation keine Codes aus dem CHOP-Kapitel 18 (BA-BB) 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.3- für die Zusatzcodes in der Rehabilitation abgebildet.

Erfasst werden:

- *93.87.- Paraplegiologische rehabilitative Komplexbehandlung*
- *AA.33.- Spinal Cord Independence Measure [SCIM]*
- weitere Leistungen, die kodiert werden müssen:
 - *99.C- Pflege-Komplexbehandlung*
 - *93.9F.- Mechanische Beatmung und Atmungsunterstützung*
 - und weitere

Der SCIM ist gemäss den Vorgaben in der CHOP 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.

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.

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

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 Physio- und Ergotherapie pro Woche und wöchentliche psychologische Betreuung. Zusätzlich erfolgte während des Rehabilitationsaufenthalts 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	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
B	93.87.D4	Paraplegiologische rehabilitative Komplexbehandlung, mindestens 280 bis zu 307 Behandlungstage, mit durchschnittlich 30 Therapieeinheiten pro Woche
B	AA.33.-	Spinal Cord Independence Measure [SCIM] - bei Austritt entsprechend der Score-Erhebung
B	99.C2.1Y	Pflege-Komplexbehandlung bei Erwachsenen, 601 bis 700 Aufwandspunkte
B	93.A3.34	Komplexe Akutschmerzbehandlung, von 21 und mehr Behandlungstage
B		Psychiatrische und andere Interventionen gemäss med. Dokumentation
B	57.17	Perkutane suprapubische Zystostomie

Der SCIM ist gemäss den Vorgaben in der CHOP 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 Leistenregion 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. 18 cm²) 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 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 obstruktivem 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 Muskelrelaxans-Medikamentenpumpe 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 sensiblem 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*
- *Chronische MRSA-Besiedelung seit 2018 (Urogenitaltrakt, Intertrigines Leistenregion 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	G 82.12	Spastische Paraparese und Paraplegie: Chronische komplette Querschnittlähmung
ND	G 82.64!	Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes: T 7-T 10
ND	Z 86.7	Krankheiten des Kreislaufsystems in der Eigenanamnese
ND	Z 95.88	Vorhandensein von sonstigen kardialen oder vaskulären Implantaten oder Transplantaten
ND	G 95.80	Harnblasenlähmung bei Schädigung des oberen motorischen Neurons [UMNL]
ND	K 59.2	Neurogene Darmstörung
ND	G 47.31	Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom
ND	R 07.3	Sonstige Brustschmerzen
ND	L 30.4	Intertriginöses Ekzem
L	0	
ND	B 95.6!	Staphylococcus aureus als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind
ND	U 80.00!	Staphylococcus aureus mit Resistenz gegen Oxacillin oder Methicillin [MRSA]
ND	Z 22.3	Keimträger anderer näher bezeichneter bakterieller Krankheiten
ND	M 80.26	Inaktivitätsosteoporose mit pathologischer Fraktur: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
L	1	
ND	L 89.24	Dekubitus, Stadium 3: Kreuzbein
ND	Z 45.82	Überprüfung der Funktionsparameter einer Medikamentenpumpe
ND	M 62.47	Muskelkontraktur: Knöchel und Fuss
L	1	
ND	I 10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet, ohne Angabe einer hypertensiven Krise
ND	F 33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode
ND	G 47.9	Schlafstörung, nicht näher bezeichnet
B	93.87.3-	Paraplegiologische rehabilitative Komplexbehandlung, mindestens 28 bis zu 55 Behandlungstage
B	AA.33.-	Spinal Cord Independence Measure [SCIM] - bei Eintritt entsprechend der Score-Erhebung
B	AA.33.-	Spinal Cord Independence Measure [SCIM] - bei Austritt entsprechend der Score-Erhebung
B	99.C 2.1J	Pflege-Komplexbehandlung bei Erwachsenen, 91 bis 100 Aufwandspunkte
B	57.94	Einsetzen eines transurethralen Dauerkatheters
B	93.59.53	Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multiresistenten Erregern, 21 und mehr Behandlungstage
B	86.2A.2E	Chirurgisches Débridement, mittlerer Ausdehnung, an anderer Lokalisation
B	00.98.11	Wiederbefüllung und Programmierung einer vollständig implantierten, programmierbaren Infusionspumpe mit konstanter Flussrate zur intrathekalen und intraventrikulären Applikation von Medikamenten
B	88.98.10	Knochendensitometrie mit Doppelenergie-Röntgen-Absorptiometrie [DXA]

SP0203m**Akutrehabilitation**

Spezielle rehabilitative Leistungen, die bei akutstationären Patienten erbracht werden.

- 93.89.9.- Geriatrische Akutrehabilitation, nach Anzahl Behandlungstage
- 93.89.2.- Physikalisch-medizinische Akutrehabilitation, nach Anzahl Behandlungstage
- 93.9A.1.- Pneumologische Akutrehabilitation, nach Anzahl Behandlungstage

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

L

ND J80.03 Schweres Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]

ND U07.1! 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

B 99.B71- Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) des Erwachsenen, nach Aufwandspunkten

B 93.9A.12 Pneumologische Akutrehabilitation, mindestens 7 bis 13 Behandlungstage

B 93.59.53 Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multiresistenten Erregern, 21 und mehr Behandlungstage

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.

SP0300 Kodierrichtlinien zu CHOP Kapitel 9 «Operationen am Verdauungstrakt»

SP0301k Hiatushernie – Funduplicatio:

Zusätzliche Erfassung CHOP-Code 44.92 Intraoperative Manipulation am Magen

Bei einer Hiatushernie kommt es zu einer Verlagerung von Magen(-anteilen) durch den Hiatus oesophageus des Zwerchfells aus der Bauch- in die Brusthöhle. Diese können in die paraösophagealen und in die axialen Hiatushernien eingeteilt werden.

Bei Ersteren verlagern sich neben dem Ösophagus hindurch Magenanteile ins Mediastinum. Vom Ausmass her kann dies von einer leichtgradigen paraösophagealen Hernierung bis zu einer vollständigen Verdrehung des Magens (Volvulus) mit Einklemmung und einem Upside-Down-Magen reichen.

70-90% der Hiatushernien sind hingegen den axialen Hiatushernien (oder auch Gleithernien genannt) zuzurechnen. Dabei gleitet die Magenkardia durch den Hiatus oesophageus ins Mediastinum.

Bei einer leichten axialen Hiatushernie oder einer leichten Ausprägung einer paraösophagealen Hernierung ist das Ausmass der Magenmanipulation zu gering, um die zusätzliche Kodierung des CHOP-Kodes *44.92 Intraoperative Manipulation am Magen* zu rechtfertigen. Es ist bei einer Funduplicatio unabdingbar, dass die ins Mediastinum hernierten Magenanteile zuvor wieder unter das Zwerchfell platziert werden müssen. Somit ist dieser OP-Schritt z.B. dem Prozedurenkode *44.67.20* inhärent.

Bei einem Magenvolvulus im Mediastinum oder einem vollständig im Mediastinum liegenden upside-down-stomach ist die zusätzliche Kodierung von *44.92 Intraoperative Manipulation am Magen* zulässig.

Bei Vorliegen dieser Ausprägung handelt es sich um einen zusätzlichen operativen Aufwand, der allein mit der Kodierung eines Kodes aus den Rubriken *44.66.- Sonstige Massnahmen zur Rekonstruktion der ösophagogastrischen Sphinkterfunktion* oder *44.67.- Laparoskopische Massnahmen zur Rekonstruktion der ösophagogastrischen Sphinkterfunktion* nicht abgebildet wird.

SP0400 Kodierrichtlinien zu CHOP Kapitel 11 «Operationen an den männlichen Geschlechtsorganen»

SP0401m Geschlechtsangleichung

Die genannten «Kodierte ebenso» unter der 3-stelligen Kategorie 64.5- Operationen zur Geschlechtsangleichung sind nicht abschliessend. Bei jedem Eingriff in Zusammenhang mit einer Geschlechtsangleichung, auch wenn diese Angleichungsoperation die sekundären Geschlechtsmerkmale betreffen (z.B. subkutane Mastektomie), sind die Codes unter 64.5- (CHOP-Kapitel 11 «Operationen an den männlichen Geschlechtsorganen») zu kodieren.

Kodierrichtlinien Rehabilitation

Allgemeine Informationen

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.

Abzugrenzen von der stationären Rehabilitation sind:

Frührehabilitation:

Siehe SP0201 Frührehabilitation

Paraplegiologische Rehabilitation:

Siehe SP0202 Paraplegiologische Rehabilitation

Akutrehabilitation:

Siehe SP0203 Akutrehabilitation

Die Früh-, Akut- und paraplegiologische Rehabilitation werden im Rahmen der Tarifstruktur SwissDRG erfasst wie in der Akutsomatik.

Wir verweisen für Beispiele zur Kodierung von Fällen der paraplegiologische, Früh-, und Akutrehabilitation auf das Kapitel «Spezielle Kodierrichtlinien für Prozeduren und Behandlungen SP0100 bis SP0400».

Für die Definitionen Behandlungsfall, siehe Kodierregel G51 «Der Behandlungsfall».

Sowohl der Aufnahme- als auch der Entlassungs-/Verlegungstag wird bei der Erfassung der Therapieeinheiten/Aufwandspunkte berücksichtigt.

Diagnosen - ICD-10-GM

Hauptdiagnose:

Als Hauptdiagnose wird die Grundkrankheit kodiert, die 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 «tarif» der SpiGes Erhebung möglich, d.h. die epidemiologische Auswertung der Akutdiagnosen ist gewährleistet.

Nebendiagnose:

Siehe dazu Kodierregel G 54 «Die Nebendiagnosen».

Funktionseinschränkung:

Die Funktionseinschränkung wird als Nebendiagnose kodiert.

Das Ausmass der Funktionseinschränkung, die bei Eintritt vorliegt, muss als Nebendiagnose über die Codes U50.- Motorische Funktionseinschränkung und U51.- Kognitive Funktionseinschränkung abgebildet werden.

Dokumentation der Diagnosen und der Prozeduren

Siehe Kodierregel G 40 «Dokumentation der Diagnosen und der Prozeduren».

Kodierrichtlinien

Status nach/Vorhandensein von/Fehlen von: Für Rehabilitation im Anschluss an einen operativen Eingriff mit Einsetzen von Implantaten und/oder nach einer Organtransplantation siehe D05 «Status nach/Vorhandensein von/Fehlen von».

Verlegung

Siehe D15 «Verlegungen».

Auch zur Kodierung der ADL-Scores bei einer Verlegung siehe unter D15 «Verlegungen».

Berechnung der Aufenthaltsdauer in der Rehabilitation zur Erfassung der BA.- Kode

Eine Patientin/ein Patient tritt z.B. am 3. März in die muskuloskelettale Rehabilitation ein und verlässt diese am 25. März. Die Aufenthaltsdauer beträgt somit 23 Tage, da es sich um einen Fall ohne Verlegung handelt, gilt die Rechnung $(25 - 3 + 1 = 23)$. Die erbrachten Therapien und Schulungen am Eintritts- und Austrittstag werden berücksichtigt und zählen zu den Therapie- und Schulungsminuten. Insgesamt erhält der Patient 1495 Therapie- und Schulungsminuten. Zur Berechnung des Durchschnitts werden die geleisteten Therapieminuten durch die Aufenthaltsdauer dividiert, im genannten Beispiel 23 Tage, und mit 7 multipliziert. $1495/23 \times 7 = 455$ Therapieminuten/Woche. D.h. der Kode BA.5 «Muskuloskelettale Rehabilitation» kann erfasst werden.

An dieser Stelle verweisen wir auf den Punkt 1.5. «Aufenthaltsdauer» der «Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter ST Reha» der SwissDRG AG.

Erfassung der Behandlung bei Rehospitalisationen innerhalb von 18 Tagen wegen Erkrankungen bzw.

Störungen nach medizinischen Massnahmen (Fallzusammenführung)

Siehe auch Regel D16.

Für die Rehabilitation bedeutet die Eingabe eines Kodes BA.1- bis BA.9 zwingend die erstmalige Eingabe eines Kodes AA.- (für die ADLScores).

Das Assessment für einen Kode AA.- muss innerhalb von 72 Stunden (3 Tagen) nach Beginn des stationären Aufenthalts in der Rehabilitation durchgeführt werden. Wenn eine Fallzusammenführung (gemäss «Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter ST Reha») nach einem ersten Rehabilitationsaufenthalt von weniger als 72 Stunden ohne ADL-Bewertung durchgeführt wird, weil der Zustand der Patientin/des Patienten eine Beurteilung während dieses ersten Aufenthalts nicht zulässt, wird die Unterbrechungsperiode nicht gezählt. Der Rest des 72-Stunden-Zeitraums für die Beurteilung von ADL wird nach der Unterbrechung gezählt. In diesem Fall wird der

ADL-Score nach der Unterbrechung für den zusammengefassten Fall berücksichtigt und ein Kode BA.- erfasst, wenn die Kriterien für den Kode BA.- erfüllt sind.

Prozeduren

Für jeden Rehabilitationsfall müssen mindestens ein CHOP AA-Kode und ein CHOP BA-Kode erfasst werden.
Wenn zutreffend wird ein spezifischer BB.3-Kode erfasst.

Assessments – CHOP AA

Die Alltagsfunktionsmessungen beziehen sich auf folgende Subkategorien:

AA.13.- *Items des ADL-Scores*

AA.31.- *6-Minuten-Gehtest*

AA.33.- *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).

Wenn der stationäre Rehabilitationsaufenthalt innerhalb von 72 Stunden nach Eintritt des Patienten wegen einer akuten Situation unterbrochen wird, die eine Fortsetzung der Rehabilitation nicht zulässt (z.B. Verlegung in die Akutsomatik wegen einer Infektion) und die ADL-Bewertungen nicht durchgeführt werden konnten, werden die 72 Stunden (3 Tage) nach der Unterbrechung weitergezählt, z.B. wenn der Patient 24 Stunden nach Eintritt in die Akutsomatik verlegt wurde. Die verbleibenden 2 Tage für die ADL Beurteilung werden nach der Unterbrechung bei der Rückkehr des Patienten gezählt.

Die Austrittsmessung erfolgt analog frühestens drei Arbeitstage vor Klinikaustritt (Austrittstag eingerechnet).

Definition «innerhalb von 3 Arbeitstagen»: um die drei Arbeitstage berechnen zu können, gilt es zu beachten, dass nur die Sonntage und gesetzliche Feiertage als Feiertage gelten. Samstage gelten als Arbeitstage.

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

Rehabilitation, CHOP BA- unterteilt nach 8 Rehabilitations-Arten

Kodierung 1x pro Aufenthalt, ausser bei Wechsel der Rehabilitationsart aus medizinischen Gründen.

Der BA.-Kode 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 der Variable «austrittsentscheid» zu erfassen.

Für einen Rehabilitations-Fall, der für eine Rehabilitations-Art stationär aufgenommen wird, ist die Basisleistung dieser Rehabilitations-Art einmal für diesen Rehabilitations-Aufenthalt zu kodieren. Erfolgt aus medizinischen Gründen während des Rehabilitations-Aufenthaltes ein Wechsel zu einer anderen Rehabilitations-Art, so ist ab dem Zeitpunkt des Wechsels die Basisleistung der neuen Rehabilitations-Art ebenfalls einmal zu kodieren.

Beispiele und Erläuterungen

Hauptdiagnose HD	Behandlung (B) Rehabilitation (BA) = 8 Rehabilitationsarten und eine Restklasse für sonstige Rehabilitationsarten
Hauptdiagnose = Diagnose, die eine Rehabilitation erfordert	<i>BA.1 Neurologische Rehabilitation</i> <i>BA.2 Psychosomatische Rehabilitation</i> <i>BA.3 Pulmonale Rehabilitation</i> <i>BA.4 Kardiale Rehabilitation</i> <i>BA.5 Muskuloskelettale Rehabilitation</i> <i>BA.6 Internistische und onkologische Rehabilitation</i> <i>BA.7 Pädiatrische Rehabilitation</i> <i>BA.8 Geriatrische Rehabilitation</i> <i>BA.9 Rehabilitation, sonstige</i>

Kodierregeln zur Erfassung der BA.-Kodes

Die im systematischen Verzeichnis der CHOP aufgeführten Mindestmerkmale einer Prozedur sind alle zu erfüllen und fallbezogen zu dokumentieren. Hinweise, Bemerkungen, Inklusive und Exklusive sind zu beachten.

Therapien, die in den Mindestmerkmalen erwähnt/beschrieben sind, dürfen nicht zusätzlich kodiert werden.

Erläuterungen zum Verständnis der Mindestmerkmale

Eintrittsabklärung

Die Erklärung zur Eintrittsabklärung finden Sie unter Assessments CHOP-AA

Aufenthaltsdauer und Therapiedauer

Eine Woche (Behandlungswoche) umfasst 7 Kalendertage. Zeitliche Vorgaben für die wöchentlichen Therapie- und Schulungsleistungen sind als Durchschnitt pro Woche auf den gesamten Reha-Aufenthalt bezogen.

Die Anzahl Tage des gesamten Reha-Aufenthalts berechnen sich nach derselben Regel, wie die Berechnung der Aufenthaltsdauer in den für das Anwendungsjahr geltenden «Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter ST Reha». Die in der Kategorie BA.-beschriebenen «Therapiedauern pro Woche» schliessen Leistungen an der Patientin/am Patienten ein. Leistungen ohne Anwesenheit der Patientin / des Patienten zählen nicht zur Therapiedauer. Die Therapie und Edukation (Schulung) für Kurzaufenthalte und angebrochene Reha-Wochen werden pro Rata berechnet. Selbsttraining unter Aufsicht des entsprechenden Therapeuten entspricht einer Therapie.

Rehabilitationskoordination oder Rehabilitationsteambesprechung

Wöchentlich stattfindende und dokumentierte, interdisziplinäre Rehabilitationskoordination bzw. die Reha-Teambesprechung erfolgt unter Einbezug des an der Rehabilitation ärztlichen, therapeutischen und pflegerischen Personals. Falls aus organisatorischen Gründen ein beteiligter Fachbereich an einer Teambesprechung nicht teilnehmen kann, die Information trotzdem schriftlich übermittelt wurde, gilt die Teambesprechung als erfolgt und ein gesamter Reha-Aufenthalt kann aus diesem einzigen Grund nicht in Frage gestellt werden.

Bei einer angebrochenen Behandlungswoche, muss die Teambesprechung nicht zwingend stattfinden.

Resteklasse:

BA.9

Muss alle Mindestanforderungen unter BA erfüllen - aber nicht unbedingt unter den spezifischen Merkmalen (BA.1- bis BA.8-)

Der Kode BA.9 Rehabilitation, sonstige wird erfasst, wenn:

- eine Rehabilitationsart geleistet wird, die nicht unter den 3-stelligen Kategorien BA.1- bis BA.8- fällt, respektive dort nicht aufgeführt ist.
- eine Rehabilitationsart geleistet wird, die unter einem der Codes BA.1- bis BA.8- aufgeführt ist, die alle Mindestmerkmale unter BA.- erfüllt, aber mindestens ein Mindestmerkmal für BA.1- bis BA.8- nicht erfüllt.

Logik Aufgliederung BA.1-BA.8

Die Codes BA.1- bis BA.8 - sind nach Art der Rehabilitation in durchschnittliche Therapieminuten pro Woche aufgegliedert. Bei BA.1- bis BA.8- stellen die beiden niedrigsten Stufen Fälle mit einem Aufenthalt von weniger als 7 Tagen mit weniger als 300 Therapieminuten dar, gefolgt von der nächsthöheren Stufe für Fälle mit reduzierter Belastbarkeit. Diese Aufgliederung ermöglicht die Erfassung von Fällen mit verminderter Belastbarkeit sowie von Fällen mit einem Spitalaufenthalt von weniger als 7 Tagen und weniger als 300 Therapieminuten aufgrund einer akuten medizinischen Indikation, die eine Fortsetzung der Rehabilitation nicht zulässt. Die folgenden Untergliederungen stellen Rehabilitationsfälle mit der Anzahl der Therapieminuten dar, die den Schwellenwert für jede Rehabilitationsart erreichen.

Kategorie BB.3- Zusatzcodes für die Rehabilitation

Unter Kategorie BB.3- sind spezifische aufwändige pflegerische Leistungen in der Rehabilitation beschrieben. Wenn zutreffend, sind die Pflegeleistungen (BB.3-Kodes --> Wundmanagement, 1:1 Betreuung) zu erfassen. Diese Codes werden nur bei Fällen, die ST Reha zugeordnet sind, erfasst. Die beiden Codes (1:1 Betreuung in der Rehabilitation (BB.31.-) und Wundmanagement in der Rehabilitation (BB.32)) müssen an jedem Tag eingegeben werden, an dem die Pflege durchgeführt wird.

In der Situation der 1:1-Betreuung ist es wichtig, darauf hinzuweisen, dass die Betreuung an einem (und nicht an mehreren) Patienten vorgenommen wird

Der Code BB.32 Wundmanagement in der Rehabilitation, mindestens 60 Min. pro Tag, wird für die Abbildung des erhöhten Aufwandes (alle Arten der Rehabilitation), der zur Wundpflege anfällt, angewendet. Dies gilt zur Wundpflege nach Entfernung der Trachealkanüle, aber auch für Stomawunden, Fixateur Extern- Wunden, Ein- oder Ausgängen von Drainagen, usw. Die Aufzählung ist nicht abschliessend.

Die Pflege-Komplexbehandlung 99.C- wird nicht zusätzlich erfasst. Sie ist grundsätzlich nicht zusammen mit den Codes der Kategorie BA.- «Rehabilitation» zu erfassen.

Überwachung in der Rehabilitation BB.4.-

Es gibt 2 Codes für die Überwachung in der Rehabilitation:

BB.41.- Überwachungsrehabilitation, nach Anzahl Behandlungstage: Kode für Patientinnen / Patienten, die aus dem Setting der Akutsomatik entlassen werden, die mit der Rehabilitation beginnen können, aber aufgrund klinischer Instabilität noch eine Überwachung benötigen.

BB.42.- Intensive Überwachung bei vorübergehend vital bedrohlicher Situation: Kode für Patientinnen / Patienten, die während der Rehabilitation eine vorübergehend vitalbedrohliche Situation aufweisen und aufgrund dieser eine Überwachung benötigen.

Beide Codes können ohne die Erfüllung von BA.-Kriterien (Rehabilitationskriterien bezogen auf den ganzen Fall) nicht erfasst werden. Die beiden Codes können nicht gleichzeitig erfasst werden, aber sie können zu verschiedenen Zeitpunkten desselben Rehabilitationsfalls getrennt eingegeben werden.

Prozeduren, die kodiert werden müssen (nicht abschliessend)

Siehe Kodierregel P01 «Prozeduren, die kodiert werden müssen».

Für die maschinelle Beatmung in der Rehabilitation siehe Kodierregel SD1001 «Maschinelle Beatmung».

Externe ambulante Behandlungen

Siehe Kodierregel P00m «Externe ambulante Leistungen».

Prozeduren, die nicht kodiert werden

Siehe Kodierregel P02 «Prozeduren, die nicht kodiert werden».

Es ist zu beachten, dass die unter Kodierregel P02 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.

Beispiele

Beispiele zur Kodierung der Hauptdiagnose

Beispiel 1: Kardiovaskuläre Rehabilitation

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: Muskuloskelettale Rehabilitation

Ein Patient tritt nach Implantation einer Hüftendoprothese bei primärer Koxarthrose zur Rehabilitation ein. Problemloser Verlauf.

HD M16.1 Sonstige primäre Koxarthrose

L

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 Z94.1 Zustand nach Herztransplantation

ND U50.20 Mittlere motorische Funktionseinschränkung Barthel-Index: 60-75 Punkte

ND U51.02 Keine oder leichte kognitive Funktionseinschränkung MMSE: 24-30 Punkte

Beispiel 2: Neurologisch

Ein Patient tritt nach akutstationär behandeltem embolischem Stroke des Mediastromgebietes mit neurologischen Defiziten (schlaaffe 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 Hirninfarkt durch Embolie zerebraler Arterien

L

ND R47.0 Dysphasie und Aphasie

ND G81.0 Schlaaffe Hemiparese und Hemiplegie

L

ND U50.40 Schwere motorische Funktionseinschränkung, Barthel-Index: 20-35 Punkte

ND U51.02 Keine oder leichte kognitive Funktionseinschränkung 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 Leichte motorische Funktionseinschränkung Barthel-Index: 80-95 Punkte

ND U51.02 Keine oder leichte kognitive Funktionseinschränkung MMSE: 24-30 Punkte

Beispiele je Rehabilitationsart**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
L		
ND	G81.0	Schlaffe Hemiparese und Hemiplegie
L		
ND	I25.12	Atherosklerotische Herzkrankheit: Zwei-Gefäss-Erkrankung
ND	U50.-	Motorische Funktionseinschränkung
ND	U51.-	Kognitive Funktionseinschränkung
B	BA.1	Neurologische Rehabilitation
B	AA.1.-	Messung der Activity of Daily Living [ADL]
B	AA.21.-	Cumulative Illness Rating Scale [CIRS]
B	93.89.D2	Diagnostischer Hausbesuch als Teil einer akutrehabilitativen oder rehabilitativen Abklärung, Dauer von mehr als 4 Stunden bis 6 Stunden

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
B	BA.2	Psychosomatische Rehabilitation
B	AA.1.-	Messung der Activity of Daily Living [ADL]
B	AA.21.-	Cumulative Illness Rating Scale [CIRS]

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 Erstickungssempfinden 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 FEV 1 $\geq$ 35% und $<$ 50% des Sollwertes
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
B	BA.3	Pulmonale Rehabilitation
B	AA.1-	Messung der Activity of Daily Living [ADL]
B	AA.21.-	Cumulative Illness Rating Scale [CIRS]
B	AA.31.-	6-Minuten-Gehtest
B	33.24.11	Tracheobronchoskopie (flexible) (starr) mit bronchoalveolärer Lavage
B	93.9G.11	Maskenüberdrucktherapie, CPAP, Ersteinstellung, innerhalb von 3 Tagen
B	99.22.1-	Injektion einer antiinfektiösen Substanz, nach Anzahl Behandlungstage.

Beispiel 4: Kardiale Rehabilitation

Verlegung eines Patienten aus der Akutklinik nach subendokardialen Herzinfarkt bei koronarer 2-Gefäß-Krankheit. Er leidet an behandlungsrelevanter, ernährungsbedingter morbidem Adipositas mit einem BMI von 43.5.

Kodierung:

HD	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt
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
B	BA.4	Kardiale Rehabilitation
B	AA.1-	Messung der Activity of Daily Living [ADL]
B	AA.21.-	Cumulative Illness Rating Scale [CIRS]

Beispiel 5: Muskuloskelettale 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
B	BA.5	Muskuloskelettale Rehabilitation
B	AA.1-	Messung der Activity of Daily Living [ADL]
B	AA.21.-	Cumulative Illness Rating Scale [CIRS]

Beispiel 6: Internistische und 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.

Die Kodierung erfolgt in diesem Fall unter Berücksichtigung der Kodierregel

P00m externe ambulante Leistungen

Daher sind die nicht komplexe Chemotherapie und die Immuntherapie nicht im stationären Fall zu kodieren.

Kodierung:

HD	C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)
L	2	
ND	C77.8	Sekundäre bösartige Neubildung von Lymphknoten mehrerer Regionen
ND	U50.-	Motorische Funktionseinschränkung
ND	U51.-	Kognitive Funktionseinschränkung
B	BA.6	Internistische und onkologische Rehabilitation
B	AA.1-	Messung der Activity of Daily Living [ADL]
B	AA.21.-	Cumulative Illness Rating Scale [CIRS]

Beispiel 7: Pädiatrische Rehabilitation

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

Alle Kriterien für eine pädiatrische Rehabilitation sind erfüllt.

Zur Rehabilitationssteuerung werden periodisch diagnostische Massnahmen erbracht.

Kodierung:

HD	G04.9	Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis, nicht näher bezeichnet
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
B	BA.7	Pädiatrische Rehabilitation
B	AA.1-	Messung der Activity of Daily Living [ADL]
B	AA.21.-	Cumulative Illness Rating Scale [CIRS]

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
ND	G 55.3*	Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (M45 - M46†, M48.-†, M53 - M54†)
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
B	BA.8	Geriatrische Rehabilitation
B	AA.1-	Messung der Activity of Daily Living [ADL]
B	AA.21-	Cumulative Illness Rating Scale [CIRS]
B	93.89.D2	Diagnostischer Hausbesuch als Teil einer akutrehabilitativen oder rehabilitativen Abklärung, Dauer von mehr als 4 Stunden bis 6 Stunden

Beispiele für BB.3-Kodes**Beispiel 1**

Eine Patientin mit bekannter Anorexia nervosa vom aktiven Typ, erhält eine psychosomatische Rehabilitation, weil sie unter Angstzuständen leidet und trotz ihres Wunsches, wieder zu arbeiten, Schwierigkeiten hat, die vorgeschlagenen Anpassungen ihrer Tagesabläufe und ihrer Ernährung zu akzeptieren. Um die schrittweise Wiedereingliederung an ihrem Arbeitsplatz zu fördern, muss der Verlust an Muskelmasse berücksichtigt werden. Sie erhielt während des psychosomatischen Rehabilitationsaufenthalts, aufgrund von Selbstgefährdung, an zwei Tagen, je drei stundenlang eine 1:1-Betreuung.

Kodierung:

HD	F50.01	Anorexia nervosa, mit Massnahmen zur Gewichtsreduktion
B	BA.2	Psychosomatische Rehabilitation
B	BB.31.11	1:1 Betreuung in der Rehabilitation, mindestens 2 Stunden bis 8 Stunden pro Tag
B	BB.31.11	1:1 Betreuung in der Rehabilitation, mindestens 2 Stunden bis 8 Stunden pro Tag

Beispiel 2

Ein Patient tritt nach akutem Myokardinfarkt zur Rehabilitation ein. Ein postinterventioneller Wundinfekt wird therapiert. Die Wundpflege an zwei Tagen des Rehabilitationsaufenthalts erfordert eine Gesamtminutenzahl von mehr als 60 Minuten für jeden der beiden Tage. Alle Kriterien für eine kardiale Rehabilitation sind erfüllt.

Kodierung:

HD	I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand.
ND	L08.8	Sonstige näher bezeichnete lokale Infektionen der Haut und der Unterhaut
B	BA.4	Kardiale Rehabilitation
B	BB.32	Wundmanagement in der Rehabilitation, mindestens 60 Min. pro Tag
B	BB.32	Wundmanagement in der Rehabilitation, mindestens 60 Min. pro Tag

Beispiele für BB.4-Kodes**Beispiel 1**

Ein Patient wird zur muskuloskelettalen Rehabilitation in eine Rehabilitationsabteilung verlegt, nachdem er zwei Wochen lang auf einer akutsomatischen Station betreut worden war, weil er eine Fraktur des rechten Oberschenkelhalses mit Verletzung der Oberschenkelarterie erlitten hatte.

Der Patient weist weiterhin Schwankungen der Vitalparameter (Atemfrequenz, Blutdruck) und Schwankungen des Bewusstseinszustands auf. In diesem Fall sind alle drei der möglichen Funktionsstörungen gegeben.

Die Eintrittsabklärung ergab einen Barthel-Index von 50 Punkten. Die Erhebung des Frührehabilitations-Barthel-Index (FRB) nach Schönle ergibt zu Beginn der Überwachungsrehabilitation, eine Punktzahl von - 25. Die Bewertung des erweiterten Barthel-Index (EBI) ergibt eine Punktzahl von 30 Punkten.

Während des Aufenthalts zur muskuloskelettalen Rehabilitation benötigte der Patient in der ersten Woche (7 Tage) eine Überwachung mit Arztvisiten an 5 Tagen.

Alle Kriterien der muskuloskelettale Rehabilitation sind bezogen auf den ganzen Fall erfüllt. Die durchschnittlichen Therapieminuten pro Woche betragen 560 Minuten. Dies entspricht dem Kode BA.52.

In Verbindung mit den funktionellen Einschränkungen, die zu einem Stimmungstief führten, erhielt der Patient eine 1:1-Betreuung, die einmal für zwei Stunden durchgeführt wurde.

Kodierung:

HD	S72.00	Fraktur des Femurs, Teil nicht näher bezeichnet
L	7	
ND	U50.30	Mittelschwere motorische Funktionseinschränkung, Barthel-Index: 40 - 55 Punkte
ND	U51.10	Mittlere kognitive Funktionseinschränkung, Erweiterter Barthel-Index: 20 - 65 Punkte
ND	U52.1	Frührehabilitations-Barthel-Index: -75 bis 30 Punkte
B	BA.52	Muskuloskelettale Rehabilitation, mit durchschnittlich 450 bis weniger als 565 Therapieminuten pro Woche
B	BB.41.12	Überwachungsrehabilitation, mindestens 7 bis 13 Behandlungstage
B	BB.31.11	1:1-Betreuung in der Rehabilitation, mindestens 2 Stunden bis 8 Stunden pro Tag

Beispiel 2

Während eines neurologischen Rehabilitationsaufenthalts nach einem Hirninfarkt zeigt der Patient in der zweiten Woche des Krankenhausaufenthalts eine lebensbedrohliche Fluktuation der Vitalparameter (Blutdruck, Herzfrequenz, Temperatur und Sauerstoffsättigung) aufgrund einer Aspirationspneumonie beidseitig.

Die Überwachung erfolgte kontinuierlich über drei Tage, abgesehen von einer 60-minütigen Unterbrechung am ersten Tag, um eine Röntgenaufnahme des Thorax durchzuführen. Am ersten Tag fanden vier Arztbesuche statt, am zweiten Tag drei und am dritten Tag zwei.

Der Rest des stationären Aufenthalts zur neurologischen Rehabilitation verlief bei stabilen Vitalparametern. Die durchschnittlichen Therapieminuten pro Woche bezogen auf den ganzen Fall betragen 680 Minuten. Dies entspricht dem Kode BA.13.

Kodierung:

HD	I63.5	Hirninfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien
ND	J69.0	Aspirationsbronchopneumonie
L	0	
ND	U69.01!	Im Krankenhaus erworbene Pneumonie, die mehr als 48 Stunden nach Aufnahme auftritt
B	BA.13	Neurologische Rehabilitation, mit durchschnittlich 675 bis weniger als 845 Therapieminuten pro Woche
B	BB.42.14	Intensive Überwachung in der Rehabilitation, von mehr als 48 Stunden bis 72 Stunden

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.

Kriterien für den entgleisten Diabetes mellitus (besprochen mit der Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie):

- Rezidivierende Hypoglykämien unter 3 mmol/l mit Symptomen, mit **dreimal** tgl Blutzucker (BZ)-Kontrollen und Therapieanpassung
- oder**
- stark schwankende BZ-Werte (Diff. mind. 5 mmol/l) mit **dreimal** tgl BZ-Kontrollen und Therapieanpassung oder
- deutlich überhöhtes HbA1c (> 9%) während der letzten 3 Mo und **dreimal** tgl BZ-Kontrollen und/oder
- mindestens **dreimal** Werte > 15 mmol/l mit mehrfacher Therapieanpassung
- bei Werten < 15 mmol/l aber aufwändigem Management mit an mehreren Tagen mehr als **dreimal** 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	G 63.2*
Autonome Neuropathie bei endokrinen und Stoffwechselkrankheiten	G 99.0*

4. Deformitäten

Hallux valgus (erworben)	M20.1
Hallux rigidus	M20.2
Sonstige Deformität der Grosszehe (erworben)	M20.3
Sonstige Hammerzehe(n) (erworben)	M20.4
Sonstige Deformitäten der Zehen (erworben)	M20.5
Flexionsdeformität, Knöchel und Fuss	M21.27
Hängefuss (erworben), Knöchel und Fuss	M21.37
Plattfuss [Pes planus] (erworben)	M21.4
Erworbener Klauenfuss und Klumpfuss, Knöchel und Fuss	M21.57
Sonstige erworbene Deformitäten des Knöchels und des Fusses	M21.67
Sonstige näher bezeichnete erworbene Deformitäten der Extremitäten, des Knöchels und des Fusses	M21.87

5. Frühere Amputation(en)

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/ μ l CD4-Lymphozyten
- 2: 200 – 499/ μ l CD4-Lymphozyten
- 3: < 200/ μ l CD4-Lymphozyten

Die klinischen Kategorien A bis C

Kategorie A

- Asymptomatische HIV-Infektion
- Persistierende generalisierte Lymphadenopathie (LAS)
- Akute, symptomatische (primäre) HIV-Infektion (auch in der Anamnese)

Kategorie B

Krankheitssymptome oder Erkrankungen, die nicht in die AIDS-definierende Kategorie C fallen, dennoch aber der HIV-Infektion ursächlich zuzuordnen sind oder auf eine Störung der zellulären Immunabwehr hinweisen:

- Bazilläre Angiomatose
- Oropharyngeale Candida-Infektion
- Vulvovaginale Candida-Infektionen, die entweder chronisch (länger als ein Monat) oder nur schlecht therapierbar sind
- Zervikale Dysplasien oder Carcinoma in situ
- Konstitutionelle Symptome wie Fieber über 38,5 Grad Celsius oder länger als vier Wochen bestehende Diarrhöe
- Orale Haarleukoplakie
- Herpes Zoster bei Befall mehrerer Dermatome oder nach Rezidiven in einem Dermatom
- Idiopathische thrombozytopenische Purpura
- Listeriose
- Entzündungen des kleinen Beckens, besonders bei Komplikationen eines Tuben- oder Ovarialabszesses
- Periphere Neuropathie

Kategorie C (AIDS-definierende Erkrankungen)

- Pneumocystis jirovecii-Pneumonie
- Toxoplasma-Enzephalitis
- Ösophageale Candida-Infektion oder Befall von Bronchien, Trachea oder Lunge
- Chronische Herpes simplex, -Ulcer oder Herpes-Bronchitis, -Pneumonie oder -Ösophagitis
- CMV-Retinitis
- Generalisierte CMV-Infektion (nicht von Leber oder Milz)
- Rezidivierende Salmonellen-Septikämien
- Rezidivierende Pneumonien innerhalb eines Jahres
- Extrapulmonale Kryptokokken-Infektionen
- Chronische intestinale Kryptosporidien-Infektion
- Chronische intestinale Infektion mit Isospora belli
- Disseminierte oder extrapulmonale Histoplasmose
- Tuberkulose
- Infektionen mit Mykobakterium avium complex oder M. kansasii, disseminiert oder extrapulmonal
- Kaposi-Sarkom
- Maligne Lymphome (Burkitt's, immunoblastisches oder primär zerebrales Lymphom)
- Invasives Zervix-Karzinom
- HIV-Enzephalopathie
- Progressiv multifokale Leukenzephalopathie
- Wasting-Syndrom

Mangelernährung

Definition der Stadien der Mangelernährung bei Erwachsenen

- **E43 Nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweissmangelernährung**

Eine erhebliche Mangelernährung liegt vor, wenn folgende 2 Bedingungen erfüllt sind:

- NRS-Gesamtscore (Nutritional Risk Screening*) von mindestens 5

und

- BMI < 18.5 kg/m² bei reduziertem Allgemeinzustand

oder

- ungewolltem Gewichtsverlust > 5% in 1 Monat und reduzierter Allgemeinzustand

oder

- in der vergangenen Woche ungewollt praktisch keine Nahrung zugeführt** (0–25% des Bedarfs) (entspricht der Verschlechterung des Ernährungszustandes Grad 3).

- **E44.0 Mässige Energie- und Eiweissmangelernährung**

Eine mässige Mangelernährung liegt vor, wenn folgende 2 Bedingungen erfüllt sind:

- NRS-Gesamtscore von mindestens 4

und

- BMI 18.5 – 20,5 kg/m² bei reduziertem Allgemeinzustand

oder

- ungewolltem Gewichtsverlust > 5% in 2 Monaten und reduzierter Allgemeinzustand

oder

- in der vergangenen Woche ungewollt weniger als die Hälfte des Bedarfs zugeführt** (zwischen 25–50% des Bedarfs) (entspricht der Verschlechterung des Ernährungszustandes Grad 2).

- **E44.1 Leichte Energie- und Eiweissmangelernährung**

Eine leichte Mangelernährung liegt vor, wenn folgende 2 Bedingungen erfüllt sind:

- NRS-Gesamtscore von mindestens 3

und

- ungewolltem Gewichtsverlust > 5% in 3 Monaten

oder

- in der vergangenen Woche ungewollt weniger als 50–75% des Bedarfs zugeführt** (entspricht der Verschlechterung des Ernährungszustandes Grad 1).

Tabelle zur Erläuterung der Zuordnung der ICD-Mangelernährungsdiagnose:

Grad der Verschlechterung des Ernährungszustandes		1	2	3
NRS-Gesamtscore*	≥ 5	E44.1	E44.0	E43
	4	E44.1	E44.0	E44.0
	3	E44.1	E44.1	E44.1

* Modifiziert nach Kondrup Guidelines for Nutrition Risk Screening 2002. Clin Nutr (2003); 22(3): 321 – 336

** Nahrungszufuhr entspricht jeglicher Ernährungsform (parenteral, enteral, per os).

Definition der Stadien der Mangelernährung bei Kindern

Die Definitionen sind für Kinder und Jugendliche im Alter von 1 – 16 Jahre gültig. Im Säuglingsalter (0 – 12 Monate) ist der PYMS (Paediatric Yorkhill Malnutrition Score*) nicht anwendbar und es reicht für die Diagnosestellung, wenn eines der drei Argumente erfüllt wird.

• **E43 Nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweissmangelernährung**

Eine erhebliche Mangelernährung liegt vor, wenn folgende 2 Bedingungen erfüllt sind:

- **1. Bedingung:** PYMS-Gesamtscore (Paediatric Yorkhill Malnutrition Score) von mindestens 4 und **2. Bedingung:** zusätzlich eines der folgenden 3 Kriterien:
 - a) Bis 120 cm: Gewicht für Länge ≥ -3 SD (standard deviation) z-Score bzw. $< P 0.5$ WHO Perzentilenkurven 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)

Alphabetisches Verzeichnis

A

Abkürzungen	10
Abnorme	
– Befunde	35
– Kindslagen und -einstellungen	167
Abort	164
– Komplikationen nach Abort	164
Abort/Fehlgeburt	
– Definitionen	163
Abstossung eines Kornea-Transplantates	141
Abstoßungsreaktion einer Transplantation	81
ACS (Acute Coronary Syndrom)	144
Adhäsionen	83
Aggregatwechsel	149
AIDS	98
Akuterehabilitation	220
Allgemeine Kodierrichtlinien	
– für Krankheiten/Diagnosen D00-D16	35
– für Prozeduren P00-P11	67
Angina pectoris	144
Anhang	
– CDC-Klassifikation	237
– Entgleister Diabetes mellitus	235
– HIV/AIDS: CDC-Klassifikation (1993)	237
– Stadien der Mangelernährung bei Erwachsenen	238
– Stadien der Mangelernährung bei Kindern	239
Anonymisierung	13
Anpassung	
– Hörgerät (implantiert)	142
Appendizitis	158
Arthroskopie	69
Asphyxie unter der Geburt	189
Aspirationssyndrom	188
Atemnotsyndrom	
– bei hyaliner Membranenkrankheit	188
– bei massivem Aspirationssyndrom	188
– bei Surfactantmangel	95
– bei transitorische Tachypnoe	188
– bei Wet lung	188
Atmungssystem	153
Auge und Augenanhangsgebilde	141
Ausrufezeichenkodes	40
Äussere Ursachen	209
AV-Fistel	
– Anlage	162
– Verschluss	162

AV-Shunt

– Anlage	162
– Entfernen	162

B

Bakteriämie	87
Bariatrische Chirurgie	
– Hautoperationen	160
Basisassessment epaAC	211
Behandlungsbeginn (Uhrzeit)	67
Behandlungsdatum	67
Behandlungsdauer herzkreislauf- und lungenunterstützendes System	151
Behandlungsfall	
– Definitionen	29
Berufsbezeichnungen	213
Bilaterale	
– Diagnosen	35
– Operationen	71
– Prozeduren	71
Blutung	
– Gastrointestinale	158
– Postpartale	180
Brustimplantat	
– Entfernung	162

C

Chemotherapie	121
CHOP	
– Abkürzungen	25
– Allgemeines	22
– alphabetische Verzeichnis	22
– Klassifikationsstruktur	23
– Resteklassen	24
– Struktur	22
– systematische Verzeichnis	22
– Typografische Vereinbarungen	24
Chronische Krankheiten mit akutem Schub	49
COVID-19	101
CPAP	
– bei Erwachsenen, Kindern, Jugendlichen	156
– bei Neugeborenen und Säuglingen	153
– Ersteinstellung	156
– Kontrolle oder Optimierung	156

D		
Dauer der Schwangerschaft	163	
Defibrillator	149	
– Aggregatwechsel	149	
– Komplikationen	149	
Definitionen		
– Abort/Fehlgeburt	163	
– Behandlung	34	
– Behandlungsfall	29	
– Exklusivum	20	
– Frühgeburt	163	
– Geburtshilfe	163	
– Hauptdiagnose	30	
– Lebendgeburt	163	
– Nachgeburtsperiode	163	
– Nebendiagnosen	32	
– neonatale Periode	185	
– perinatale Periode	185	
– Postplazentarperiode	163	
– Schwangerschaftsdauer	163	
– Termingeburt	163	
– Totgeburt	163	
– Übertragung	163	
– Wochenbett	163	
– Zusatz zur Hauptdiagnose	32	
Dehydration		
– bei Gastroenteritis	159	
Diabetes mellitus		
– als Hauptdiagnose	126	
– als Nebendiagnose	128	
– in der Schwangerschaft	165	
– Kategorien	123	
– mit Augenerkrankungen	127	
– mit diabetischem Fussyndrom	128	
– mit Komplikationen	124	
– mit Neuropathie	128	
– mit Nierenkomplikationen	126	
– mit peripherer Angiopathie	128	
– Typen	123	
Diagnosen		
– bilaterale	37	
– Differenzialdiagnosen	28	
– Dokumentation	28	
– multiple Lokalisationen	37	
– unilaterale	37	
– Verdachtsdiagnosen	48	
Dialyse		
– AV-Fistel	162	
– AV-Shunt	162	
– Entfernung Peritonealkatheter	162	
– Peritonealkatheter	162	
Dokumentation		
– der Diagnosen	28	
– der Prozeduren	28	
drohende Krankheit	47	
E		
Eingriff		
– abgebrochenen		72
– arthroskopisch		70
– endoskopisch		70
– komplex		71
– laparoskopisch		70
– panendoskopisch		70
– unvollständig durchgeführt		72
Endoskopie		70
– Wechsel auf offen		72
Entfernen		
– AV-Shunt		162
– Brustimplantat		160
Erkrankungen		
– der Herzklappen		148
– der Leber in der Schwangerschaft		166
– mehrerer Herzklappen		148
Extrauterin gravidität		
– Komplikationen nach		164
F		
Fallzusammenführung		37
– auf Grund einer Komplikation		65
– zur Fallabrechnung SwissDRG		64
Fehlen von		41
Fieberkrämpfe		191
Folgen von		44
Folgezustände		44
Fraktur		
– an gleicher/unterschiedlicher Lokalisation		200
– mit Weichteilschaden		199
– offen, mit abdomineller Verletzung		201
– offen, mit intrakranieller Verletzung		201
– offen, mit thorakaler Verletzung		201
– Wirbelfrakturen		203
Frühgeburt		163
– Definition		163
Frührehabilitation		214
frustrane Kontraktionen		180
G		
Gastritis		158
– mit Magenulkus		158
Gastrointestinale Blutung		158
Geburt		
– abnorme Kindslagen und -einstellungen		167
– Definitionen		163
– Einling durch Schnittentbindung		170
– Einling durch Vakuumextraktion		182
– Einling durch Zangen		170
– Einling, Spontane vaginale Entbindung		168
– Entbindung vor der Aufnahme		180
– Episiotomie		169
– Frühgeburt		180

– frustrane Kontraktionen	180	– und Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit	143
– Komplikationen	167	– und Hypertensive Nierenkrankheit	143
– Mehrlingsgeburt	179	Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie (HIE)	188
– Resultat der Entbindung	179		
– spezielle Kodierregeln	168	I	
– Stammzellentnahme	182	ICD-10-GM	
– Verminderte Kindsbewegungen	167	– Abkürzungen	19
– vorzeitige Wehen	180	– alphabetisches Verzeichnis	19
– Weheneinleitung	169	– Einführung	16
– Zuordnung der Hauptdiagnose	168	– Geschichte	16
Geburtshilfe	163	– Struktur	16
Geplante Folgeeingriffe	45	– systematisches Verzeichnis	17
Gerinnungsstörungen in der Schwangerschaft	168	– typografische Vereinbarungen	19
Geschichte	16	Infektionen Urogenitaltrakt	
Geschlechtsangleichung	222	– in der Schwangerschaft	166
Gewebeentnahme		Inkontinenz	191
– Tabelle	80	Insuffizienz	
– zur Transplantation	80	– respiratorische	157
Gewebe spende		Insulinüberdosierung	206
– postmortal	81	Intoxikation	
– Tabelle	82	– akute akzidentelle	132
Grundlagen G00-G55	11	– akute nicht akzidentelle	132
		– Rausch	132
		Intubation ohne maschinelle Beatmung	156
H		Ischämische Herzkrankheit	
Hämodialyse	161	– akuter Myokardinfarkt	144
Hämorrhagien und Uterusatonie	182	– Alter Myokardinfarkt	145
Handhabung		– Angina pectoris	144
– Hörgerät (implantiert)	142	– chirurgisch behandelt (Stent/Bypass)	145
Hauptdiagnose	30	– Koronarsyndrom	144
– Definition	30	– Reinfarkt	144
Haut und der Unterhaut	160	– rezidivierender Myokardinfarkt	144
Herzklappenerkrankungen	148		
Herzkrankheit		K	
– hypertensive	143	Klassifikationen	
– Ischämische	144	– CHOP	22
Herzschrittlemacher		– ICD-10-GM	16
– Aggregatwechsel	149	– Konventionen, Abkürzungen, typographien CHOP	24
– Komplikationen	149	Knochenkontusion	200
– Permanent	149	Kodes	
Herzstillstand	150	– Ausrufezeichen	40
Herztransplantation		– für äussere Ursachen	201
– Nachuntersuchung	149	– Kreuz †-Stern*	38
Hiatushernie	221	– Z-Kodes	210
HIV		Kodierung	
– akutes Infektionssyndrom	98	– Weg zur korrekten Kodierung	27
– asymptomatisch	98	Komplexbehandlungen	213
– HIV-Krankheiten	99	Komplexe Operationen	71
– Kategorien	99	Komplikationen	
– Laborhinweis	98	– abnorme Kindslagen und -einstellungen	167
– Reihenfolge und Auswahl der Kodes	100	– der Schwangerschaft	168
– Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	98	– einer offenen Wunde	201
Hörgerät		– Erkrankungen nach medizinischen Massnahmen	51
– Anpassung/Handhabung	142	– Verminderte Kindsbewegungen	167
Hörverlust	142	Kontusion	
Hyaline Membranenkrankheit	188	– Knochen	200
Hypertonie			
– und Hypertensive Herzkrankheit	143		

Koronarsyndrom	144	– Verlegte Patienten	156
Krankheit		Medizinischer Datensatz	
– Chronisch mit akutem Schub	49	– Definitionen und Variablen	14
– der Haut und der Unterhaut	160	Mehrfach durchgeführte Prozeduren	73
– des Atmungssystems	153	– Behandlung auf einer IPS und/oder IMC	76
– des Auges und der Augenanhangsgebilde	141	Mehrfachverletzungen	204
– des Kreislaufsystems	143	Mehrlingsgeburt	179
– des Nervensystems	134	MoCA	211
– des Ohres und des Warzenfortsatzes	142	Myokardinfarkt	
– des Urogenitalsystems	161	– akut	144
– des Verdauungssystems	158	– alt	145
– drohende	47	– Reinfarkt	144
– Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechsel	123	– Rezidivierend	144
– in der Schwangerschaft	165		
– infektiöse und parasitäre	87	N	
– mit Ursprung in der Perinatalperiode	186	Nachgeburtsperiode	
Kreislaufsystem	143	– Definitionen	163
Krupp		Nachuntersuchung	
– Echter Krupp	100	– Herztransplantation	149
– Kruppsyndrom	100	Nebendiagnose	
– Pseudokrupp	100	– Diagnose	32
		– Reihenfolge	33
L		Nebenwirkungen von Arzneimitteln	
Laparoskopie		– bei Einnahme entgegen einer Verordnung	208
– wechsel auf offen	72	– bei Einnahme gemäss Verordnung	206
Lateralität		Neonatalperiode	
– bei Diagnosen	37	– Definition	185
– bei Prozeduren	64	Nervensystem	134
Lebendgeburt		Neubildungen	104
– Definition	168	– Akute chronische Erkrankungen, Störungen, Folgen	
Lichttherapie	187	von medizinischen Massnahmen im Kontext	
Lungenödem		Tumorbehandlungen	114
– akut	149	– Auswahl und Reihenfolge der Diagnosen	105
Luxation		– Behandlung des primären Tumors	108
– gleiche/unterschiedlicher Lokalisation	200	– Behandlung des Primärtumors und der Metastasen	109
– mit Weichteilschaden	200	– Chemo- und Radiotherapie	121
– Wirbel-	202	– des hämatopoetischen/lymphatischen Systems	105
Lymphangiosis carcinomatosa	119	– Diagnostik des primären Tumors	108
Lymphom	120	– Lymphangiosis carcinomatosa	119
		– Lymphknotenmetastasen	118
M		– Lymphom	120
Magenulkus		– mit endokriner Aktivität	117
– mit Gastritis	158	– Palliativbehandlung	109, 122
Mangelernährung		– Remission bei Leukämie	120
– bei Erwachsenen	130	– Suche im alphabetischen Verzeichnis	105
– bei Kindern	131	– Symptombehandlung	109
– Stadien bei Erwachsenen	142	– Überlappende Lokalisation	119
– Stadien bei Kindern	142	Neugeborene	185
Maschinelle Beatmung		– Asphyxie unter der Geburt	189
– auf einer Intensivstation	153	– Definitionen	185
– auf einer Intermediate Care Station	153	– Gesund, Diabetes bei der Mutter	187
– Beginn der Dauer	154	– hyaliner Membranenkrankheit	188
– Berechnung der Dauer	154	– hypoxisch-ischämische Enzephalopathie	188
– Definition	153	– Lichttherapie	187
– Ende der Dauer	155	– massivem Aspirationssyndrom	188
– Entwöhnung	155	– Medizinischer Datensatz	185
– Kodierung	157	– Parenterale Therapie	187

– Perinatale und neonatale Periode	185	Perinatalperiode	185
– Postexpositionsprophylaxe	186	– Definition	185
– Primäre Reanimation	187	– Zustände mit Ursprung Perinatalperiode	186
– Respiratorisches Versagen	190	Peritonealkatheters	
– Surfactantmangel	188	– Anlage	162
– Totgeborene	187	– Entfernung	162
– transitorische Tachypnoe	188	Plastische Chirurgie	160
– Wahl der Hauptdiagnose	204	Postexpositionsprophylaxe Neugeborene	186
– Wet lung	188	Postplazentarperiode	
– Zustände mit Ursprung Perinatalperiode	185	– Definition	163
Neurostimulator		Prophylaktische Operationen	
– Entfernung	140, 198	– wegen Risikofaktoren	121
– Implantation	140, 198	Protrahierte Geburt	181
Niereninsuffizienz		Prozeduren	
– Akute	162	– abgebrochen	72
– Chronische	162	– Behandlungsbeginn (Uhrzeit)	67
– nach medizinischen Massnahmen	162	– bilaterale	77
Nierenkrankheit		– die kodiert werden müssen	68
– hypertensive	143	– die nicht kodiert werden	69
O		– Dokumentation	28
Ohres und Warzenfortsatzes	142	– Lateralität	67
Operation		– mehrfach durchgeführte	73
– abgebrochenen	72	– nicht durchgeführt	60
– arthroskopisch	70	– postmortale	80
– bilateral	77	– routinemässig	69
– endoskopisch	70	– Seitigkeit	67
– Komplexe	71	– signifikante	68
– laparoskopisch	70	– Unvollständig durchgeführte	72
– nach Gewichtsabnahme	160	Psychische und Verhaltensstörungen	
– nicht durchgeführt	60	– Akute akzidentelle Intoxikation	132
– panendoskopisch	70	– Akute nicht akzidentelle Intoxikation	132
– prophylaktisch, wegen Risikofaktoren	121	– durch Drogen, Medikamente, Alkohol und Nikotin	132
– unvollständig durchgeführte	72	– durch psychotrope Substanzen	132
Organentnahme	80	– Rausch	132
– Tabelle	82	– schädlicher Gebrauch (Alkohol, Drogen)	132
– zur Transplantation	80	Puerperium	183
Organspende		R	
– Postmortale	81	Radiotherapie	121
– Tabelle	82	Rehabilitation	61, 223
P		Rehospitalisationen	
Palliativbehandlung	122	– für komplikationen innerhalb von 18 Tagen	65
– bei Tumorpatienten	109	Rekonvaleszenz	61
Panendoskopie	70	Relaparotomie	79
Pankreas		Remission	
– Störungen der inneren Sekretion	129	– bei Leukämie	120
Paraplegie, nicht traumatisch	137	Reoperation	
– Initiale (akute) Phase	137	– an Herz und Perikard	79
– Späte (chronische) Phase	137	Respiratorisches Versagen	
Paraplegie, traumatisch		– beim Neugeborenen	190
– akute Phase – unmittelbar posttraumatisch	202	Resultat der Entbindung	179
– akute Phase – Verlegung des Patienten	202	Rethorakotomie	79
– chronische Phase	202	Revision	
Paraplegiologische Rehabilitation	216	– an Herz und Perikard	79
Parenterale Therapie	187	– einer Narbe	160
Parkinson	140	– eines Operationsgebietes	78
		Rückenmarkverletzung	137, 202

S		Spezielle Kodierrichtlinien für Prozeduren	
Schlaganfall nichttraumatische intrakranielle Blutung	134	und Behandlungen SP0100 – SP0200	213
– akut	134	– Akutrehabilitation	220
– Folgen	136	– Berufsbezeichnungen	213
– Funktionsstörungen	136	– Frührehabilitation	214
Schlüsselnummern für besondere Zwecke	211	– Paraplegiologische Rehabilitation	216
Schmerzbehandlungsverfahren	192	SpiGes Erhebung	15
Schmerzdiagnosen		Status nach	41
– Akuter Schmerz	192	Störungen	
– Chronischer Schmerz	194	– der inneren Sekretion des Pankreas	129
Schock	198	– nach medizinischen Massnahmen	51
Schrittmacher	149	Surfactantmangel	188
– Aggregatwechsel	149	Symptome	36
– Komplikationen	149	– abnorme klinische, Laborbefunde	191
– Permanent	149	– als Hauptdiagnose	36
Schwangerschaft		– als Nebendiagnosen	36
– Abnorme Kindslagen und -einstellungen	167	– Dysphagie	191
– Abort	163	– Fieberkrämpfe	191
– Dauer	163	– Inkontinenz	191
– Definitionen	163	Syndrom	
– Diabetes mellitus	166	– als Nebendiagnose	59
– Erkrankungen der Leber	166	– angeboren	59
– Extrauterin gravidität	164	– Diabetischer Fuss	128
– Gerinnungsstörungen	168	Syndrome	59
– Infektion Urogenitaltrakt	166		
– Komplikationen	167	T	
– krankheiten	166	Tabelle Transplantation	82
– Lebendgeburt	165	Taubheit	142
– Mehrlingsgeburt	179	Termingeburt	
– Molenschwangerschaft	164	– Definition	163
– Totgeburt	165	Tetraplegie, nicht traumatisch	
– Übertragung	163	– Initiale (akute) Phase	137
– Verlängerte Dauer	180	– Späte (chronische) Phase	137
– Verminderte Kindsbewegungen	167	Tetraplegie, traumatisch	
– Vorzeitige Beendigung	163, 164	– akute Phase – unmittelbar posttraumatisch	202
Schwangerschaftsdauer		– akute Phase – Verlegung des Patienten	202
– Definition	163	– chronische Phase	202
Schwerhörigkeit	142	Thrombose	
Sectio caesarea		– von koronarem Stent resp. Bypass	146
– primäre	173	Totgeburt	
– sekundäre	176	– Definition	163
– Wunschkaiserschnitt	175	– kodierung	165
Seitigkeit		Transitorische Tachypnoe	188
– bei Diagnosen	37	Transplantation	81
– bei Prozeduren	67	– Abstossungsreaktion	81
Sepsis	88	– Empfänger	81
– Auswahl des Sepsis-Kodes	88	– Evaluation	81
– in Zusammenhang mit Kapitel XV (O)	88	– Herz, Nachuntersuchung	149
– mit Organkomplikationen	88	– Nachkontrolle	81
Serosaverletzung	86	– Postmortale Spende	81
SIRS	97	– Tabelle	82
Spannungsblase	160	– Versagen	81
Spende		Tumor	
– Gehirntod	81	– Auswahl und Reihenfolge der Diagnosen	105
– Postmortale	81	– Behandlung des primären Tumors	108
Spezielle Kodierrichtlinien für Diagnosen SD0100 – SD2200	87	– Behandlung des Primärtumor und Metastasen	109
		– Chemo- und Radiotherapie	121

– des hämatopoetischen/lymphatischen Systems	105	Verminderte Kindsbewegungen	167
– Diagnostik des Primären Tumors	109	Versagen	
– Lymphangiosis carcinomatosa	119	– eines Kornea-Transplantates	141
– Lymphom	120	– nach Transplantation	81
– mit endokriner Aktivität	117	Verschluss	
– Palliativbehandlung	109, 122	– AV-Fistel	162
– Remission bei Leukämie	120	– von koronarem Stent resp. Bypass	146
– Suche im alphabetischen Verzeichnis	104	Virale Sepsis	96
– Symptombehandlung	109	Vorhandensein von	41
– Überlappende Lokalisation	119	vorzeitige Wehen	180
U		W	
Übertragung (Schwangerschaft)	181	Wahl der Hauptdiagnose	30
– Definition	163	– bei komplikationen innerhalb von 18 Tagen	65
Unilaterale		Wartepatienten	29
– Diagnosen	37	Wechsel	
– Prozeduren	67	– auf offen	72
Urogenitalsystem	161	Weichteilschaden	199
V		Weiterbehandlung	
Vakuumversiegelungstherapie	74	– Rehabilitation	61
Verätzungen	204	– Rekonvaleszenz	61
– Körperoberfläche	205	Wet lung	188
Verbrennungen	204	Wirbelfrakturen	199
– Körperoberfläche	205	Wirbelluxationen	199
Verdacht		Wochenbett	
– auf Tumor oder Metastasen	117	– Definition	163
Verdachtsdiagnosen	48	Wunde	
– ausgeschlossene	48	– offen	200
– bei Verlegung in ein anderes Spital	48	– offene mit Komplikationen	201
– wahrscheinlich	48	Z	
Verdauungssystem	158	Z-Kodes	210
Vergiftung		Zusatz zur Hauptdiagnose	32
– durch Arzneimittel, Drogen und biologisch		Zustand nach	41
aktive Substanzen	205	Zystische Fibrose	130
– durch Arzneimittel in Kombination mit Alkohol	208		
– durch verordnete Medikamente zusammen mit nicht			
verordneten Medikamenten	208		
– Insulinüberdosierung	206		
Verlängerte Schwangerschaftsdauer	180		
Verlegung			
– gesundes Neugeborenes	64		
– mit Rückverlegung ins Primärspital	63		
– zur Behandlung	61		
– zur Behandlung ins Zentrumspital	63		
– zur Rehabilitation	61		
– zur Rekonvaleszenz	61		
– zur Weiterbehandlung	61		
Verletzungen	199		
– abdominelle	201		
– mehrfache	204		
– Oberflächliche	199		
– offene	200		
– offene intrakranielle	200		
– offene mit Gefäß-, Nerven- und Sehnenbeteiligung	200		
– Rückenmark	202		
– thorakale	201		

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

+41 58 463 60 11, info@bfs.admin.ch

Statistik zählt für Sie.

Im Rahmen der SpiGes Erhebung 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. +41 58 463 60 60

BFS-Nummer

543-2400

ISBN

978-3-303-14366-7

**Statistik
zählt für Sie.**

www.statistik-zaehlt.ch