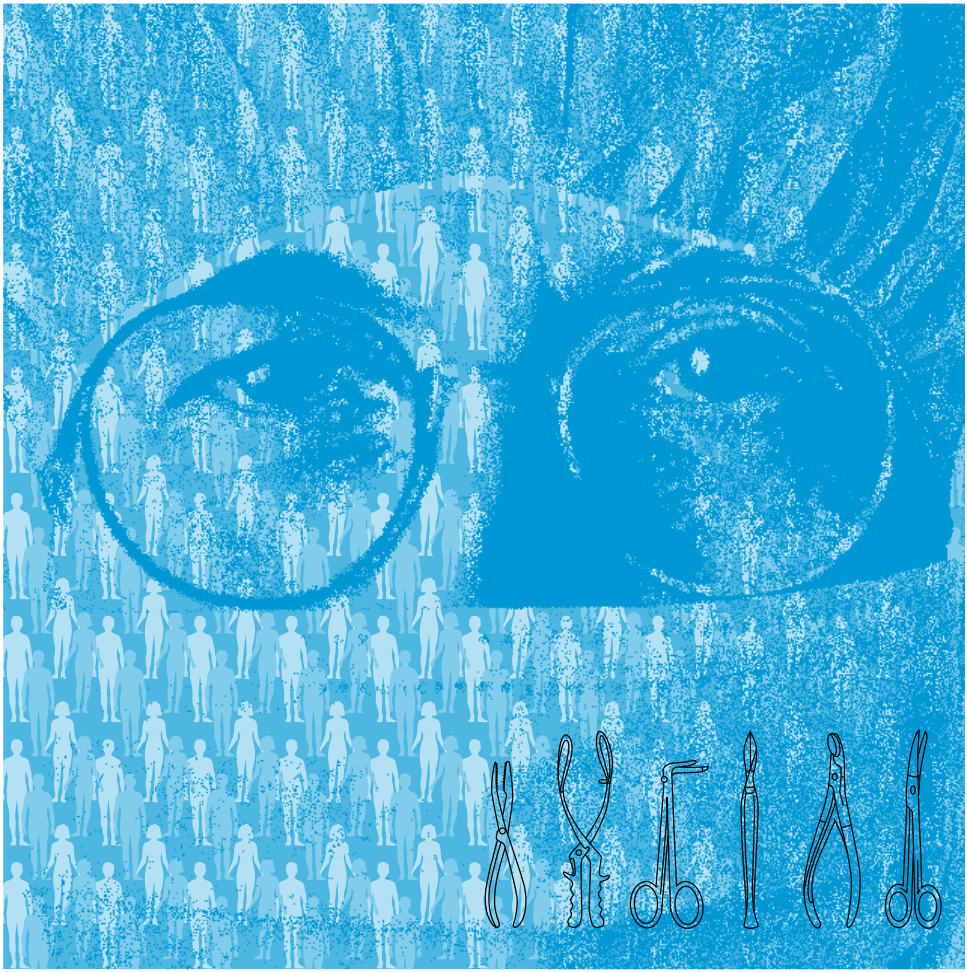
Kodierungshandbuch

Der offizielle Leitfaden der Kodierregeln

Version 2.0, 2008



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Statistik BFS

Neuchâtel, 2008

Die vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebene Reihe «Statistik der Schweiz» gliedert sich in folgende Fachbereiche:

0 Statistische Grundlagen und Übersichten

1 Bevölkerung

2 Raum und Umwelt

3 Arbeit und Erwerb

4 Volkswirtschaft

5 Preise

6 Industrie und Dienstleistungen

7 Land- und Forstwirtschaft

8 Energie

9 Bau- und Wohnungswesen

10 Tourismus

11 Mobilität und Verkehr

12 Geld, Banken, Versicherungen

13 Soziale Sicherheit

14 Gesundheit

15 Bildung und Wissenschaft

16 Medien, Informationsgesellschaft, Sport

17 Politik

18 Öffentliche Verwaltung und Finanzen

19 Kriminalität und Strafrecht

20 Wirtschaftliche und soziale Situation der Bevölkerung

21 Nachhaltige Entwicklung und Disparitäten auf regionaler und internationaler Ebene

Statistik der Schweiz

Kodierungshandbuch

Der offizielle Leitfaden der Kodierregeln in der Schweiz

Version 2.0, 2008

Bearbeitung Chantal Vuilleumier-Hauser

Herausgeber Bundesamt für Statistik (BFS)

Office fédéral de la statistique (OFS)
Neuchâtel, 2008

Herausgeber: Bundesamt für Statistik (BFS)

Auskunft: Chantal Vuilleumier-Hauser
Kodierungssekretariat, Tel 032 713 63 60
E-Mail: Chantal.Vuilleumier@bfs.admin.ch

Autor: Bundesamt für Statistik

Realisierung: Chantal Vuilleumier-Hauser

Vertrieb: Bundesamt für Statistik, CH-2010 Neuchâtel
Tel. 032 713 60 60 / Fax 032 713 60 61 / E-Mail: order@bfs.admin.ch

Bestellnummer: 543-0700-05

Preis: Fr. 15.– (exkl. MWST)

Reihe: Statistik der Schweiz

Fachbereich: 14 Gesundheit

Originaltext: Deutsch-Französisch

Übersetzung: Chantal Vuilleumier-Hauser

Titelgrafik: Roland Hirter

Grafik/Layout: BFS

Copyright: BFS, Neuchâtel 2008
Abdruck – ausser für kommerzielle Nutzung –
unter Angabe der Quelle gestattet

ISBN: 978-303-14122-9

Inhaltsverzeichnis

Der offizielle Leitfaden der Kodierungsregeln 5

Danksagung 6

Einleitung 7

Allgemeines G00-G11 8

G00 Allgemeiner Rahmen der medizinischen Kodierung 8

G01 Medizinische Statistik 9
G01.1 Einführung 9
G01.2 Gesetzliche Grundlagen 9
G01.3 Ziel und Zweck 10
G01.4 Anonymisierung der Daten 10
G01.5 Der Medizinische Basisdatensatz, Definitionen und Variablen 11
G01.6 Zusatzfragekatalog 11

G02 Medizinische Statistik und Patientenklassifikationssysteme wie DRG (Diagnosis Related Groups) 12
G02.1 Weisung betreffend die forcierte Zuordnung einer Hospitalisierung in eine APDRG-Gruppe 12
G02.2 Klassierung in der APDRG 468, 469, 470, 476 oder 477 13
G02.3 Widersprüche zwischen Kostengewichten bei mehreren Eingriffen 14
G02.4 Widersprüche zwischen Kostengewichten bei Mehrfacherkrankungen oder Komplikationen (CC) 16
G02.5 Klassierung in der APDRG 415, 424, 461 oder 581 16
G02.6 Geburt während der Hospitalisierung 17
G02.7 Fälle, bei denen der Hauptdiagnosekode mit P beginnt 18
G02.8 Fälle mit dem Hauptdiagnosekode Q21.1 18
G02.9 Unilateraler Eingriff am Knie (CHOP-Kodes 00.81 und 00.82) 18
G02.10 Schlussbemerkungen 18

G03 Die Klassifikationen (ICD-10 und CHOP) 20
G03.1 ICD-10 20
G03.2 Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP) 28

G10 Definitionen 32
G10.1 Definition des Behandlungsfalles 32
G10.2 Die Hauptdiagnose 34
G10.3 Zusatz zur Hauptdiagnose 34
G10.4 Die Nebendiagnosen 34
G10.5 Hauptbehandlung 35
G10.6 Nebenbehandlungen 35
G10.7 Der Weg zur korrekten Kodierung 35

G11 Allgemeine Kodierregeln 37
G11.A Allgemeine Kodierregel der Diagnose 37
G11.B Allgemeine Regeln zur Kodierung der Prozeduren 50

Spezielle Kodierregel 52
S01 Infektiöse und parasitäre Krankheiten 52
S02 Onkologie, die Kodierung von Tumoren 56
S04 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten 61
S05 Psychischen Erkrankungen 63
S09 Krankheiten des Kreislaufsystems 66
S10 Krankheiten der Atemwege 77
S15 Geburtshilfe 81
S16 Neonatologie 93
S19 Verletzungen, Vergiftungen, Folgen äusserer Ursachen 98
S21 Rehabilitation 105

Anhang G01.4 108

Anhang G11.B4 121

Anhang S02 125

Anhang S16 126

Anhang S19 127

Der offizielle Leitfaden der Kodierungsregeln

Verantwortliche für die Version 2.0:

Leitung und Koordination: Dr. med. Chantal Vuilleumier-Hauser, Bundesamt für Statistik

Redaktion:

Ursula Althaus, Universitätsspital, Basel; Mitglied der Expertengruppe für Klassifikationen im Gesundheitswesen

Dr. med. Alfred Bollinger, Universitätsspital, Zürich, Mitglied der Expertengruppe für Klassifikationen im Gesundheitswesen

Dr. med. François Borst, Universitätsspital, Genf, Mitglied der Expertengruppe für Klassifikationen im Gesundheitswesen

Hélène Cailbeaux, Universitätsspital, Genf,

Dr. med. Bertrand Camey, Registre fribourgeois des tumeurs, Fribourg, Mitglied der Expertengruppe für Klassifikationen im Gesundheitswesen

Johanne Chevalier, Universitätsspital, Lausanne

Caroline Farmer, Observatoire valaisan de la santé, Sion

Dr. med. Hervé Guillain, Universitätsspital, Lausanne, Mitglied der Expertengruppe für Klassifikationen im Gesundheitswesen

Rolf Malk, Malk Medizin Controlling, Lachen,

Katrin Rachinger, Malk Medizin Controlling, Lachen

Fabienne Porret, Hôpital Neuchatelois, Neuchâtel

Dr. med. Phédon Tahintzi, Universitätsspital, Genf

Dr. med. Julius Schlutz, Kantonsspital Olten

Christiane Ricci, Établissements hospitaliers du nord vaudois, Yverdon

Dr. med. Chantal Vuilleumier-Hauser, Bundesamt für Statistik, Neuchâtel

Danksagung

Dieses Handbuch ist das Ergebnis der minutiösen Arbeit von Experten und der engen Zusammenarbeit zwischen Personen, die auf dem Gebiet der Kodierung in der Schweiz aktiv sind. Der fruchtbaren Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Protagonisten haben wir es zu verdanken, dass dieses Handbuch erscheinen konnte.

Wir danken insbesondere den Experten:

Frau Ursula Althaus (Universitätsspital Basel; Mitglied der Expertengruppe für Klassifikationen im Gesundheitswesen), Dr. med. Alfred Bollinger, (Universitätsspital Zürich, Mitglied der Expertengruppe für Klassifikationen im Gesundheitswesen), Dr. med. François Borst (Universitätsspital Genf, Mitglied der Expertengruppe für Klassifikationen im Gesundheitswesen), Frau Hélène Cailbeaux (Universitätsspital Genf), Dr. med. Bertrand Camey (Registre fribourgeois des tumeurs, Fribourg, Mitglied der Expertengruppe für Klassifikationen im Gesundheitswesen), Frau Johanne Chevalier (Universitätsspital Lausanne), Frau Caroline Farmer (Observatoire valaisan de la santé, Sion); Dr. med. Hervé Guillain (Universitätsspital, Lausanne, Mitglied der Expertengruppe für Klassifikationen im Gesundheitswesen), Herr Rolf Malk (Malk Medizin Controlling, Lachen), Frau Katrin Rachinger (Malk Medizin Controlling, Lachen), Frau Fabienne Porret (Hôpital Neuchâtelois, Neuchâtel), Dr. med. Phédon Tahintzi (Universitätsspital, Genf), Dr. med. Julius Schlutz (Kantonsspital Olten), Frau Christiane Ricci (Établissements hospitaliers du nord vaudois), Dr. med. Chantal Vuilleumier-Hauser (Bundesamt für Statistik, Neuchâtel).

Einleitung

Das vorliegende Handbuch richtet sich an alle Personen, die sich im Rahmen der Medizinischen Statistik mit der Kodierung von Diagnosen und Behandlungen befassen. Das Handbuch enthält ebenfalls Informationen bezüglich der Variablen der Medizinischen Statistik, die für die Kodierer und Kodiererinnen notwendig sind, sowie einen kurzen Abriss über die Geschichte der ICD-10.

Auch wenn viele Kodierer die Kodierung mit Hilfe von Informatikprogrammen durchführen, erschien es uns wesentlich, auf die Struktur der in der Schweiz verwendeten Klassifikationen einzugehen.

Dieses Handbuch enthält vor allem die grundlegenden Regeln der Kodierung und richtet sich damit an die Personen, die sich erst seit kurzem mit der Kodierung beschäftigen. Es soll jedoch auch als Referenz für diejenigen dienen, die schon einschlägige Kodiererfahrung haben und ihre Kenntnisse vertiefen oder auffrischen wollen.

Bei dieser Version handelt es sich um die zweite Fassung. Wie in der Version 1.0 wurden die allgemeinen Kodierregeln getrennt von den spezifischen Regeln aufgeführt. Wie vorher entspricht jeder Abschnitt einer Regel, wobei sich jeweils am Ende des Abschnitts Beispiele befinden, um die betreffende Regel zu veranschaulichen. Am Ende einiger Paragraphen und am Ende eines jeden Kapitels finden sich Tabellen, die den Inhalt des behandelten Themas kurz zusammenfassen.

Neu ist die Gliederung, die eine Suche nach Thema vereinfachen soll. Die Kapitel S01-S21 «spezielle Kodierregel» wurden in Anlehnung an der Numerierung der ICD-10-Kapitel gegliedert. Alle Regeln, die seit 2001 im CodeInfo publiziert wurden, sind in diesem Manual enthalten. Es wurden auch einige Kodierregeln angepasst im Sinne einer Präzisierung.

Beachten Sie, dass die in diesem Handbuch publizierten Kodierregelen in enger Zusammenarbeit mit Experten der schweizerischen Expertengruppe für Klassifikationen im Gesundheitswesen überarbeitet wurden und verbindlich sind.

Allgemeines G00-G11

G00 Allgemeiner Rahmen der medizinischen Kodierung

Vor 1996 gab es keine offizielle medizinische Statistik der Schweiz. Lediglich die VESKA (heute H+), die Dachorganisation der Schweizer Spitäler, sammelte Daten im Rahmen eines Projektes Spitalstatistik. Die Diagnosen und Behandlungen wurden mit den VESKA-Codes, die auf der ICD-9 basierten, kodiert. Daraus resultierte eine Statistik für die Spitäler. Da die Datenerhebung jedoch nur in einigen Kantonen obligatorisch war, bildete sie nur etwa 45% der Hospitalisierungen ab und war aus diesem Grund auf nationaler Ebene nicht repräsentativ.

Um ein vollständiges Informationssystem zu erhalten, müssen die erhobenen Daten administrativer (z. B. Anzahl Angestellten, Informationen zur Infrastruktur etc.), medizinischer (Diagnose(n) und Operation(en)) sowie finanzieller (Kosten) Art sein. 1995 wurde das Grobkonzept des Projektes «Statistik der Einrichtungen des Gesundheitswesens» den wichtigsten Beteiligten (kantonale Behörden, Vertreter aus dem Spitalbereich, Bundesbehörden) vorgelegt. Sie äußerten sich insgesamt positiv.

Die medizinische Statistik der Krankenhäuser reiht sich in ein breit angelegtes Projekt von Gesundheitsstatistiken ein, das mehrere Bereiche mit einer eigenen Erhebung für jeden Teilbereich umfasst. Die Statistik des Gesundheitswesens zielt darauf ab, folgende Fragen zu beantworten:

- Wie ist der Gesundheitszustand der Bevölkerung?
- Mit welchen gesundheitlichen Problemen ist sie konfrontiert und wie schwerwiegend sind die Probleme?
- Welchen Einfluss haben die Lebensumstände und die Lebensweise auf die Gesundheit?
- Wie entwickeln sich die Kosten im Gesundheitswesen und die finanziellen Mittel?
- Über welche Mittel verfügt das Gesundheitswesen (Infrastruktur, Personal, Finanzen) und welche Dienstleistungen bietet es?
- Welchen Bedarf an Dienstleistungen im Gesundheitsbereich gibt es (aktuell und in der Zukunft)?
- Welches sind die Folgen/Auswirkungen von Maßnahmen, die auf politischer Ebene getroffen werden?

In diesem Zusammenhang sind vier Erhebungen als prioritär zu betrachten:

- **Medizinische Statistik (soziodemographische Variablen, Diagnosen und Behandlungen)**
- Statistik der Betriebe stationären Gesundheitsversorgung (administrative Daten)
- Statistik der sozialmedizinischen Institutionen
- Fallkostenstatistik

Die damalige Schweizerische Kommission für Gesundheitsstatistiken (KOGES), die sich von Anfang an am Projekt beteiligte und die Sanitätsdirektorenkonferenz (GDK) haben die Erarbeitung des Detailkonzeptes, das 1997 veröffentlicht wurde, unterstützt.

Auf diese Weise wurde auf nationaler Ebene eine umfangreiche medizinische Statistik ins Leben gerufen, deren Ziel darin bestand, den gesamten stationären Spitalbereich abzudecken, von den Akutspitälern bis hin zu den Rehabilitationskliniken und psychiatrischen Einrichtungen.

G01 Medizinische Statistik

G01.1 Einführung

Das BFS ist für die Einführung der medizinischen Statistik, für die Datenerhebung und die Auswertung der Daten verantwortlich. Die Kantone oder die Statistikabteilungen organisieren die Datenerhebung in den Spitälern. In diesem Zusammenhang informieren sie die Einrichtungen über die Fristen zur Lieferung der Daten und Überwachen deren Einhaltung. Darüber hinaus sind die Kantone mit der Qualitätsprüfung der Daten und mit deren Validierung beauftragt. Weiterhin sind die Kantone verantwortlich für die Lieferung der Daten an das BFS.

Die Spitäler sind ihrerseits zur Auskunft verpflichtet, mit anderen Worten müssen sie die Daten an die verantwortliche kantonale Stelle oder an eine vom Kanton mit der Datensammlung beauftragte Einrichtung (z. B. H+) liefern.

Die Schweizer Spitäler müssen den Minimaldatensatz für jede Hospitalisierung gemäss der Falldefinition des BFS ausfüllen (vgl. Kapitel G10, Abschnitt Definitionen). Sie sind dafür verantwortlich, dass der Minimaldatensatz am Ende des Spitalaufenthaltes erstellt wird. Die Daten werden mit Hilfe des Erhebungsbogens ermittelt, dieser entspricht der Liste der im Minimaldatensatz genannten Variablen. Die Minimaldaten werden zu bestimmten Terminen in elektronischer Form an die kantonale Stelle geschickt. Für das Dateiformat und die Übertragungswege hat das BFS Regeln erstellt. Wird ein Patient in ein anderes Spital verlegt, wird dort ein neuer Datensatz erstellt.

G01.2 Gesetzliche Grundlagen

Die medizinische Statistik basiert auf dem Bundesstatistikgesetz (BStatG) vom 9. Oktober 1992, der Verordnung vom 30. Juni 1993 (Stand 18. Juli 2006), welche Vorschriften über die Durchführung von statistischen Erhebungen des Bundes enthält, und auf dem Krankenversicherungsgesetz (KVG).

Das BStatG bestimmt, dass die Einrichtung von Gesundheitsstatistiken eine Aufgabe auf nationaler Ebene ist (Art. 3, al. 2b) und dass, die Kantone, die Gemeinden und andere involvierte

Partner zusammenarbeiten müssen. Darüber hinaus kann der Bundesrat nach Artikel 6 (Art. 6, al. 1) die Teilnahme an einer Erhebung obligatorisch erklären, wenn bestimmte Kriterien dies erfordern (so z.B. Fragen der Vollständigkeit, Vergleichbarkeit, etc.).

In der Verordnung über die Durchführung von statistischen Erhebungen des Bundes vom 30. Juni 1993 (und in ihrem Anhang) werden die für die verschiedenen statistischen Erhebungen verantwortlichen Organe benannt. Im Falle der medizinischen Statistik wurde das BFS als für die Erhebung verantwortliches Organ bestimmt. Die Verordnung präzisiert auch die Bedingungen für die Umsetzung dieser Statistik, unter anderem auch den verpflichtenden Charakter dieser Erhebung. Sie präzisiert auch, dass für die Erfassung der Diagnosen und der Behandlungen die Klassifikationen ICD-10 (für die Diagnosen) und Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP) (für die Behandlungen) zu verwenden sind.

Das Krankenversicherungsgesetz verpflichtet die Spitäler, eine einheitliche Kostenstellenrechnung sowie eine Leistungsstatistik zu führen (Art. 49, al. 6).

G01.3 Ziel und Zweck

Die medizinische Statistik verfolgt vier Hauptziele:

- Die epidemiologische Überwachung der Bevölkerung zu garantieren. Die Daten liefern wichtige Informationen über Inzidenz und Prävalenz der wichtigsten Krankheiten und ermöglichen die Planung und/oder gegebenenfalls die Anwendung von präventiven oder therapeutischen Massnahmen.
- Die Basis für eine homogene Erfassung der Dienstleistungen und die Berechnung der Fallkosten zu liefern. Die Erfassung der Leistungen ist eine wesentliche Voraussetzung für die Einführung eines Patientenklassifikationssystems (Fallgruppierungssystem, z.B. die DRG), deren Ziel die Finanzierung der Spitäler ist. Ausserdem erlauben die erhobenen Daten eine Analyse der von den Spitälern erbrachten Leistungen.
- Einen Überblick über die von den Spitälern erbrachten Leistungen zu geben. Die Leistungen, die für den Patienten erbracht werden, werden als Fall erfasst, der durch die Diagnosen und Behandlungen definiert wird. Dies ermöglicht es, sowohl den Case-mix des betroffenen Spitals darzustellen als auch Untersuchungen zur Rehospitalisierungsrate vorzunehmen.
- Daten für die Forschung und die Öffentlichkeit zu liefern.

G01.4 Anonymisierung der Daten

Das Bundesgesetz vom 22. Juni 1992 fordert, dass die Daten in anonymisierter Form übermittelt werden. So gibt es für jeden Patienten einen anonymen Verbindungskode, der auf der Basis von Name, Vorname, vollständigem Geburtsdatum und Geschlecht des Patienten generiert wird. Der Verbindungscode besteht aus einem verschlüsselten Kode (der durch Zerhacken und Kodieren der Daten erzeugt wird) und so strukturiert ist, dass man die Person nicht identifizieren kann.

G01.5 Der Medizinische Basisdatensatz, Definitionen und Variablen

Der Minimaldatensatz der Medizinischen Statistik umfasst diejenigen Variablen, deren Übermittlung obligatorisch ist. Es handelt sich dabei um:

- Technische Daten
- Identifikatoren der Leistungserbringer
- Variablen den Patienten und den Spitalaufenthalt betreffend
- Variablen die Diagnose(n) und Behandlungen betreffend

Technische Daten	Typ der Erhebung Definition des Behandlungsfalles Zusätzliche Daten
Leistungserbringer	Registrierungsnummer der Einrichtung NOGA-Code Kanton
Variablen, den Patienten betreffend	Anonymer Verbindungscode Geschlecht, Geburtsdatum (Jahr), Alter, Wohnregion und Nationalität
Variablen, den Spitalaufenthalt betreffend	Eintrittsdatum Aufenthalt vor Eintritt Eintrittsart Einweisende Instanz, Hauptkostenträger für Grundversicherungsleistungen, etc…
Diagnosen	Hauptdiagnose Zusatz zur Hauptdiagnose 30 mögliche Nebendiagnosen
Behandlungen	Hauptbehandlung Beginn der Hauptbehandlung (Datum und Stunde) 30 mögliche Nebenbehandlungen

Detaillierte Beschreibung im Anhang G01.5.

G01.6 Zusatzfragekataloge

Der Minimaldatensatz der Medizinischen Statistik kann durch Zusatzfragekataloge ergänzt werden. Sie bilden ein modulares System von ergänzenden Angaben, das auf dem gesamtschweizerischen Minimaldatensatz aufgesetzt wird.

G01.6.A Neugeborenendatensatz

Für Neugeborene ist der obligatorische Minimaldatensatz und ergänzend ein Neugeborenendatensatz zu erfassen. Damit kann für die Spitalgeburten (über 95% aller Geburten in der Schweiz) die epidemiologische und medizinische Zusatzinformation, insbesondere Parität, Schwangerschaftsdauer, Geburtsgewicht und Transfers im Rahmen der Medizinischen Statistik gewonnen werden.

Die Merkmale des Neugeborenen-Zusatzfragekatalogs befinden sich im Anhang G01.5.

G01.6.B Psychiatriedatensatz

In Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärzte wird ein an die Bedürfnisse der Psychiatrie angepasster Zusatzfragekatalog entwickelt. Er enthält zusätzliche Angaben betreffend die soziodemographischen Merkmale, die Behandlungen und die Begleitung nach Austritt. Die Angaben unterstehen nicht der Auskunftspflicht und werden zu einem späteren Zeitpunkt spezifiziert.

G02 Medizinische Statistik und Patientenklassifikationssysteme wie DRG (Diagnosis Related Groups)

Seit einiger Zeit wird die medizinische Statistik in mehreren Kantonen als Basis für die Finanzierung der Einrichtungen des Gesundheitswesens (z. B. Pauschalen pro APDRG) verwendet. Dies wirft Fragen bezüglich der Kompatibilität zwischen einer Kodierung für epidemiologische Zwecke und einer Kodierung, die gleichzeitig ökonomischen Zwecken dienen sollte, auf.

In der Schweiz wird derzeit die Software der Firma 3M am häufigsten für die Klassifizierung nach APDRG verwendet. Diese Software wurde an die schweizerischen Besonderheiten unter strikter Einhaltung der vom BFS herausgegebenen Kodierregeln angepasst. Die Software ermöglicht es, jeden Spitalaufenthalt auf der Basis der Diagnosen und durchgeführten Behandlungen einer von 641 homogenen Krankheitsgruppen zuzuordnen. Jeder Gruppe entspricht ein Kostengewicht (relativer Wert), der die Höhe des Entgelts festlegt. Eine gute Kodierung der Diagnosen und Behandlungen ist daher von wesentlicher Bedeutung für die Spitäler, weil eine schlechte Verschlüsselung für sie zu negativen finanziellen Folgen führen kann. Deshalb ist es wichtig, dass die Kodierung vollständig und genau ist, damit die Leistungserbringer nicht «bestraft» werden.

In einigen Situationen stehen die offiziellen Kodierregeln des BFS und die Regeln des Groupers im Widerspruch zueinander. Zum Beispiel gibt es Fälle, die exakt nach den vom BFS herausgegebenen Regeln kodiert, jedoch einer falschen APDRG zugeordnet wurden. Dabei ist zu betonen, dass die ohnehin geringe Anzahl der widersprüchlichen Fälle dank der Arbeit der Experten weiterhin reduziert wird. Sie greifen solche schwierigen Fälle auf und suchen nach Möglichkeiten, falsche Zuordnungen zu vermeiden. In diesem Zusammenhang hat die schweizerische APDRG-Gruppe mehrfach versichert, dass die Notwendigkeit besteht, die vom BFS herausgegebenen Regeln einzuhalten. Darüber hinaus ist die Zahl der kodierten und von diesen Widersprüchen betroffenen Fälle so klein, dass sie keinerlei Einfluss auf die statistischen Ergebnisse haben.

Trotz all dieser Bemühungen bestehen gewisse Inkohärenzen, weswegen Regeln geschaffen wurden, um ein korrektes «Forcieren» der DRG zu erlauben.

G02.1 Weisung betreffend die forcierte Zuordnung einer Hospitalisierung in eine APDRG-Gruppe

Die APDRG-Grouping-Software klassiert manchmal korrekt kodierte Hospitalisierungen in eine APDRG-Gruppe, die nicht fakturiert bzw. abgerechnet werden kann, in eine Gruppe, deren Kostengewicht nicht dem erwarteten entspricht oder in eine Gruppe, die keinen Sinn macht.

In diesen Fällen ist es zulässig, die Hospitalisierung einer anderen APDRG-Gruppe zuzuordnen, als vom Grouper ursprünglich vorgesehen. Diese APDRG wird als «forcierte APDRG» bezeichnet, da sie nicht jener Gruppe entspricht, in der sie sich eigentlich befinden sollte, wenn man die für die Gruppierung verwendeten Daten berücksichtigt.

Werden die Hospitalisierungen in Funktion der APDRGs fakturiert, in denen sie klassiert sind, wird die vom Grouper gewählte APDRG durch eine forcierte APDRG ersetzt. Bei der «fakturierten APDRG» handelt es sich somit in der Regel um die vom Grouper ausgewählte Gruppe und in seltenen Fällen um eine forcierte APDRG[1].

Um zu verhindern, dass die APDRG einer Hospitalisierung von betroffenen Personen oder Institutionen zu ihrem Vorteil geändert wird (DRG-cripping), unterliegt die Forcierung von APDRGs strengen Bedingungen. Diese Bedingungen sind nachstehend beschrieben.

G02.2 Klassierung in der APDRG 468, 469, 470, 476 oder 477

Die APDRGs 468, 469, 470, 476 oder 477, in der Regel als «Müll-DRGs» bezeichnet, dürfen nicht fakturiert werden. Das heisst, dass eine korrekt kodierte und in eine dieser APDRGs klassierte Hospitalisierung unter bestmöglicher Berücksichtigung der Regeln und Algorithmen des Groupers in eine andere APDRG gruppiert werden muss.

Nachstehend das allgemeine Verfahren zur Bestimmung einer fakturierbaren APDRG für Hospitalisierungen, die vom Grouper der APDRG 468, 469, 470, 476 oder 477 zugeordnet wurden. Damit können die meisten unter ihnen einer fakturierbaren und sinnvollen APDRG zugeteilt werden. Im nachstehenden Kasten findet sich ein Anwendungsbeispiel.

1. Bestimmung des wichtigsten Behandlungskodes[2].
2. Suche im Anhang C des «Definitions Manual» (Seiten 1191 bis 1237) nach den diesem Kode zugeordneten Major Diagnostic Categories (MDCs).
3. Unter diesen MDCs, Bestimmung jener MDC, der die Hospitalisierung aller Wahrscheinlichkeit nach zugeordnet werden sollte.
4. Erfassung des Hauptdiagnosekodes als Nebendiagnosekode, und Ersatz durch einen Kode der ausgewählten MDC.
5. Erneute Klassierung der Hospitalisierung mittels Grouper[3].

In einem eigens dafür vorgesehenen Feld ist eine Begründung für die gewählte forcierte APDRG anzugeben[4].

---

[1] Die forcierten APDRGs werden von den Kodierungsverantwortlichen bestimmt.

[2] Grundsätzlich handelt es sich hierbei um den in der Medizinischen Statistik als Hauptbehandlung registrierten Eingriff.

[3] Eine Klassierung in der APDRG 468, 469 oder 477 trotz korrekter Kodierung erfolgt z.B. in folgenden Situationen:
- wenn der Hauptdiagnosekode D18.0 ist und kein Behandlungskode der MDC 5 zugeordnet ist;
- wenn der Hauptdiagnosekode G47.3 ist und kein Behandlungskode der MDC 1 zugeordnet ist;
- wenn der Hauptdiagnosekode R61,0 ist und kein Behandlungskode der MDC 9 zugeordnet ist;
- wenn der Hauptdiagnosekode S02.7 ist und kein Behandlungskode der MDC 1 zugeordnet ist;
- wenn es sich beim Hauptdiagnosenkode um einen Kreuzkode handelt und der durchgeführte Eingriff mit der Erkrankung gemäss Sternkode in Zusammenhang steht.

[4] In den Spitälern, in denen die APDRGs für die Fakturierung eingesetzt werden, können in der Regel für jede forcierte APDRG folgende Informationen mittels zweier Felder im System gespeichert werden: einerseits der Kode der forcierten APDRG, und andererseits eine Begründung für die Wahl der forcierten APDRG. Lassen sich diese Informationen nicht speichern, sind sie so im Patientendossier oder in einem anderen geeigneten Dokument anzugeben, dass sie leicht aufzufinden sind und bei Bedarf der zahlenden Stelle mitgeteilt werden können.

Das oben beschriebene Vorgehen kann in den meisten Situationen verwendet werden, in denen die Hospitalisierung in die APDRG 468, 469, 470, 476 oder 477 klassiert wird. Das Vorgehen muss jedoch nicht zwingend verwendet werden, falls die Hospitalisierung nach anderen, klinisch zutreffenden Kriterien klassiert werden kann[5].

Beispiel für die Suche nach einer forcierten APDRG, in der sich eine in der APDRG 468 klassierte Hospitalisierung befinden sollte

Angenommen, für eine in der APDRG 468 klassierte Hospitalisierung seien nachstehende Kodes registriert worden:

Hauptdiagnosekode

S36.0 [Verletzung der Milz]

Nebendiagnosekodes

C78.0 [Sekundäre bösartige Neubildung der Lunge]
T82.7 [Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefässen]
Y83.8 [Chirurgischer Eingriff und sonstige Massnahmen als Ursache einer abnormen Reaktion eines Patienten oder einer späteren Komplikation, ohne Angabe eines Zwischenfalles zum Zeitpunkt der Durchführung der Massnahme, sonstige chirurgische Massnahme]
Z85.0 [Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane in der Eigenanamnese]

Behandlungskode

38.86 [Sonstiger chirurgischer Verschluss von abdominalen Gefässen]

Der Behandlungskode S36.0 wird der MDC 16 zugeordnet (siehe Seite 1181 des APDRG-Definitions Manuals), während der Behandlungskode 38.86 mit den MDCs 5, 6, 11, 21, 25 verbunden ist (siehe Seite 1211 des Definitions Manuals). Diese Hospitalisierung wird in der APDRG 468 klassiert, denn keine MDC des Kodes 38.86 entspricht der MDC des Kodes S36.0.

Die Klassierung einer derartigen Hospitalisierung in die MDC 21 (Traumata, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen) erscheint sinnvoll und lässt sich wie folgt realisieren:

1. Umwandlung des Kodes S36.0 in einen Nebendiagnosekode;
2. Bestimmung eines Kodes der MDC 21 als Hauptdiagnosekode.

Angesichts der Tatsache, dass der Hauptdiagnosekode S36.8 (Verletzung sonstiger intraabdominaler Organe) oder S36.9 ist (Verletzung eines nicht näher bezeichneten intraabdominalen Organs) und dass die sekundären Diagnosekodes C78.0, T82.7, Y83.8, Z85.0 und S36.0 lauten, wird die Hospitalisierung in der APDRG 583 klassiert, die damit zur forcierten APDRG der ursprünglich in der APDRG 468 klassierten Hospitalisierung wird.

G02.3 Widersprüche zwischen Kostengewichten bei mehreren Eingriffen

Bei der Zuteilung einer APDRG zu einer Hospitalisierung mit mehreren Eingriffen kann es vorkommen, dass deren Kostengewicht paradoxerweise tiefer ist als jenes einer identischen

[5] Gehört zum Beispiel der Hauptdiagnosekode zur Kategorie E66 (Adipositas) und der Behandlungskode 44.31 (Hoher Magenbypass) wird angegeben, wird die Hospitalisierung in die APDRG 288 (Eingriffe (Operationsraum) wegen Adipositas) klassiert. Gehört hingegen der Hauptdiagnosekode zur Kategorie E66 (Adipositas) und der Behandlungskode 44.95 (laparoskopische restriktive Magenoperation) oder 44.96 (Laparoskopische Revision von restriktiven Magenoperationen) wird angegeben, wird die Hospitalisierung in die APDRG 477 (Nicht ausgedehnter Eingriff (Operationsraum), nicht in Verbindung mit Hauptdiagnose) klassiert, denn die Kodes der Kategorie E66 sind mit der MDC 10 verbunden, während die Kodes 44.95 und 44.96 zur MDC 6 gehören. In diesem Fall darf die Hospitalisierung zur APDRG 288 umgeteilt werden, obschon sich diese APDRG nicht in der MDC der Kodes 44.95 und 44.96 findet. (APDRG 288 gehört zur MDC 10, die Kodes 44.95 und 44.96 gehören zur MDC 6).

Hospitalisierung mit nur einem dieser Eingriffe[6]. In diesem Fall liegt eine Kostengewicht-Inkohärenz vor. Nachstehend ein Beispiel dazu. Bei einer solchen Inkohärenz kann die Hospitalisierung in die vom Grouper bestimmten APDRG klassiert werden, wenn der Eingriff, der für die Verringerung des Kostengewichts verantwortlich ist, ausgeklammert wird[7].

Die nachfolgenden Regeln kommen im Falle von Kostengewicht-Inkohärenzen zur Anwendung; sie dienen der bestmöglichen Annäherung zwischen fakturiertem Betrag und Hospitalisierungskosten. Sie stellen keineswegs eine Anleitung zur systematischen Suche nach allen Fällen dar, in denen sich eine solche Inkohärenz ergeben könnte.

Dabei gilt es, folgende Regeln zu beachten:

- Die aus Fakturierungsgründen ausgeklammerten Behandlungskodes müssen unbedingt im Datensatz der Medizinischen Statistik des BFS enthalten sein;
- Bei den vorgenommenen Eingriffen darf es sich nicht um eine Leber-, Lungen-, Herz-, Nieren-, Nieren-Pankreas- oder Knochenmarktransplantation handeln;
- Der oder die Behandlungskodes, die ausgeklammert wurden, um die Hospitalisierung in der fakturierten APDRG zu klassieren, müssen in einem eigens dafür vorgesehenen Feld erwähnt werden;
- Die klinische Situation, die von den für die forcierte APDRG berücksichtigten Behandlungskodes beschrieben wird, muss plausibel sein[8].

Beispiel einer Inkohärenz zwischen Kostengewichten bei mehreren Eingriffen

Angenommen, für eine in der APDRG 55 klassierte Hospitalisierung seien nachstehende Kodes registriert worden:

Hauptdiagnosekode

J37.1 [Chronische Laryngotracheitis]

Sekundäre Diagnosekodes

J38.3 [Sonstige Krankheiten der Stimmbänder]
J38.7 [Sonstige Krankheiten des Kehlkopfes]
E11.9 [Nicht insulinabhängiger Diabetes mellitus, ohne Komplikationen]

Behandlungskodes

31.99 [Sonstige Operationen an der Trachea]
30.09 [Sonstige Exzision oder Destruktion von Läsion oder Gewebe am Larynx]
31.0 [Injektion am Larynx]

Wird der Eingriff des Kodes 30.09 nicht durchgeführt, so wird die Hospitalisierung in der APDRG 63 klassiert. Das Kostengewicht der APDRG 63 ist jedoch höher als jenes der APDRG 55. Die APDRG 63 wird somit zur forcierten APDRG und entspricht der ursprünglich in der APDRG 55 klassierten Hospitalisierung.

---

[6] Diese auf den ersten Blick erstaunliche Situation ist insbesondere darauf zurückzuführen, dass der APDRG-Grouper nach einer im System hinterlegten Logik einen Eingriff als Wichtigsten kennzeichnet. Dabei wählt er nicht unbedingt den teuersten Eingriff aus. Würde während der fraglichen Hospitalisierung nur der teuerste Eingriff realisiert, könnte sich ein höheres APDRG-Kostengewicht ergeben als bei der Realisierung sämtlicher Eingriffe.

[7] Tragen mehrere Eingriffe zur Senkung des Kostengewichts bei, können sie alle ausgeklammert werden.

[8] Wenn zum Beispiel die Kodes 51.23 (Laparoskopische Cholezystektomie) und 87.53 (Interoperative Cholangiographie) erfasst wurden, kann der Kode 51.23 nicht ausgeklammert werden, denn ein Datensatz nur mit dem Kode 87.53 würde klinisch keinen Sinn machen.

G02.4 Widersprüche zwischen Kostengewichten bei Mehrfacherkrankungen oder Komplikationen (CC)

Es kann vorkommen, dass eine Hospitalisierung bei Vorliegen einer schweren CC in eine APDRG klassiert wird, deren Kostengewicht geringer ist als jenes der APDRG, in der dieselbe Hospitalisierung ohne die schwere CC klassiert worden wäre. In diesem Fall kann die Hospitalisierung in die vom Grouper bestimmte APDRG klassiert werden, nachdem der für die Kostengewichtsverringerung verantwortliche Diagnosekode[9] der schweren CC ausgeklammert wurde (siehe nachstehendes Beispiel). Der aus Fakturierungsgründen ausgeklammerte Diagnosenkodekode muss unbedingt im Datensatz der Medizinischen Statistik des BFS enthalten sein, und die Wahl der forcierten APDRG ist in einem eigens dafür vorgesehenen Feld zu begründen.

Beispiel einer Inkohärenz zwischen Kostengewichten bei einer Mehrfacherkrankung oder Komplikation (CC)

Angenommen, für eine in der APDRG 558 klassierte Hospitalisierung seien nachstehende Kodes registriert worden:

Hauptdiagnosekode

S22.0 [Fraktur eines Brustwirbels]

Sekundäre Diagnosekodes

I26.9 [Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale]
I50.0 [Kongestive Herzinsuffizienz]

Behandlungskodes

81.05 [Dorsale und dorsolumbale Spondylodese]
81.62 [Spondylodese oder Reoperation einer Spondylodese von 2-3 Wirbeln]
84.51 [Einsetzen von interkorporellen Spondylodesekäfigen]

Liegt die Erkrankung des Kodes I26.9 nicht vor, so wird die Hospitalisierung in die APDRG 806 klassiert. Das Kostengewicht der APDRG 806 ist jedoch höher als jenes der APDRG 558. Die APDRG 806 wird somit zur forcierten APDRG und entspricht der ursprünglich in der APDRG 558 klassierten Hospitalisierung.

G02.5 Klassierung in der APDRG 415, 424, 461 oder 581

Die AP-DRGs 415, 424, 461 und 581 gehören zur MDC 18 (Parasitäre, systemische oder nicht näher bezeichnete Infektionen und Krankheiten), 19 (geistige und psychische Krankheiten) oder 23 (Gesundheitsrelevante Faktoren und andere Kontakte mit dem Gesundheitswesen). Bei den in diesen APDRGs klassierten Hospitalisierungen findet mindestens eine als «Operating Room Procedure» betrachtete Massnahme statt (siehe Anhang C des Definitions Manuals). Um welche Art des Eingriffes es sich handelt, spielt keine Rolle. Aus chirurgischer Sicht handelt es sich somit um unspezifische und heterogene APDRGs; es ist deshalb zulässig, die fraglichen Hospitalisierungen in eine chirurgische APDRG einer anderen MDC zu klassieren, die dem einzelnen Eingriff oder der Serie von Eingriffen entspricht. Zur Bestimmung der forcierten APDRG wird der ursprünglich erfasste Hauptdiagnosekode durch den Kode jener MDC ersetzt, die dem einzelnen Eingriff oder der Serie von Eingriffen entspricht. Die für die Medizinische Statistik übermittelten Daten dürfen jedoch nicht geändert werden.

[9] Oder, falls mehrere Kodes für schwere CC vorliegen, nach Ausklammerung dieser Kodes.

Beispiel einer Umteilung einer ursprünglich in der APDRG 461 klassierten Hospitalisierung

Angenommen, für eine in der APDRG 461 klassierte Hospitalisierung seien nachstehende Kodes registriert worden:

Hauptdiagnosekode

Z04.8 [Untersuchung und Beobachtung aus sonstigen näher bezeichneten Gründen]

Nebendiagnosekodes

E11.9 [Nicht insulinabhängiger Diabetes mellitus, ohne Komplikationen]
E66.9 [Adipositas, nicht näher bezeichnet]
E78.0 [Reine Hypercholesterinämie]
I08.0 [Krankheiten der Mitral- und Aortenklappe, kombiniert]
I11.0 [Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz]
I24.0 [Koronarthrombose ohne nachfolgenden Myokardinfarkt]
I25.1 [Atherosklerotische Herzkrankheit]
I25.8 [Sonstige Formen der chronischen ischämischen Herzkrankheit]
I42.0 [Dilatative Kardiomyopathie]
K05.3 [Chronische Parodontitis]
Z95.0 [Vorhandensein eines künstlichen Herzschrittmachers]

Bedandlungskodes

23.09 [Extraktion eines anderen Zahns]
36.01 [Perkutane transluminale Koronarangioplastik [PTCA] oder koronare Atherektomie an einem einzelnen Gefäss ohne Erwähnung einer thrombolytischen Substanz]
36.06 [Einsetzen von Herzkranzarterien-Stent(s) ohne Medikamenten-Freisetzung]
37.23 [Kombinierter Rechts- und Linksherzkatheter]
88.56 [Koronare Arteriographie mit zwei Kathetern]
88.72 [Diagnostischer Ultraschall des Herzens]

Die Hauptdiagnose dieser Hospitalisierung ist der MDC 23 zugeordnet, während das klinische Bild zweifelsohne zur MDC 5 gehört. Indem der Kode Z04.8 durch einen Kode der MDC 5 ersetzt wird (zum Beispiel den Kode I24.0 oder I25.1 oder I25.8), gelangt die Hospitalisierung in die APDRG 112. Die APDRG 112 wird somit zur forcierten APDRG und entspricht der ursprünglich in der APDRG 461 klassierten Hospitalisierung.

G02.6 Geburt während der Hospitalisierung

Findet eine Geburt (Normalgeburt oder Kaiserschnitt) während einer Hospitalisierung statt und wird diese trotz einer korrekten Kodierung einer APDRG ante partum oder post partum zugeordnet, muss diese Hospitalisierung einer neuen APDRG zugeordnet werden, die einer Hospitalisierung mit Geburt entspricht. Zur Festlegung der forcierten APDRG wird der anfänglich erfasste Hauptdiagnosekode durch einen Kode der Gruppen 080-084 ersetzt. Die für die Medizinische Statistik übermittelten Daten dürfen jedoch nicht geändert werden.

In einem eigens dafür vorgesehenen Feld ist eine Begründung für die gewählte forcierte APDRG anzugeben.

G02.7 Fälle, bei denen der Hauptdiagnosekode mit P beginnt

Bei Kindern über 28 Tagen mit einer Erkrankung, deren Ursprung in der perinatalen Phase liegt, kann es vorkommen, dass der Grouper die Hospitalisierung der APDRG 469 zuordnet. Eine forcierte APDRG lässt sich finden, indem der mit P beginnende Kode vorübergehend durch den Kode für dieselbe Erkrankung beim Erwachsenen ersetzt wird, oder indem das Alter des Kindes provisorisch angepasst wird, damit es unter 29 Tagen liegt. Die für die Medizinische Statistik übermittelten Daten dürfen jedoch nicht geändert werden.

In einem eigens dafür vorgesehenen Feld ist eine Begründung für die gewählte forcierte APDRG anzugeben.

G02.8 Fälle mit dem Hauptdiagnosekode Q21.1

Ist der Hauptdiagnosekode Q21.1 [Vorhofseptumdefekt] und wird ein Behandlungskode angegeben, der zur APDRG 809 [Andere Eingriffe im Herz-, Thoraxbereich, bei Hauptdiagnose kongenitale Anomalie] gehört, dann klassiert der Grouper die Hospitalisierung in die APDRG 108 [Andere Eingriffe im Herz-, Thoraxbereich, ohne Hauptdiagnose kongenitale Anomalie], obwohl er sie eigentlich in die APDRG 809 klassieren sollte. Die APDRG kann sodann forciert werden, indem der Kode Q21.1 durch den Kode Q21.2 [Defekt des Vorhof- und Kammerseptums] ersetzt wird. Die für die Medizinische Statistik übermittelten Daten dürfen jedoch nicht geändert werden[10].

G02.9 Unilateraler Eingriff am Knie (CHOP-Kodes 00.81 und 00.82)

Wenn Kodes 00.81 bis 00.82 für die Beschreibung einer unilateralen Operation verwendet werden und die Hospitalisierung in die DRG 471 klassiert wird, muss in Abwesenheit von Komplikationen oder Nebendiagnosen diese Hospitalisierung in die DRG 789 neu klassiert werden, falls die Hauptdiagnose der Kode T84.X ist. Wäre die Hauptdiagnose nicht mit dem Kode T84.X versehen, muss die Hospitalisierung in die DRG 209 neu klassiert werden. In Anwesenheit eines Komplikationskodes oder einer «major CC» (deren Liste im Anhang F des Definitions Manual sich befindet) soll diese Hospitalisierung in die DRG 558 neu klassiert werden. Um herauszufinden in welche DRG eine solche Hospitalisierung neu klassiert werden soll, muss dem Grouper einzig der Kode 00.81 angegeben werden (d.h. der Kode 00.82 wird vorübergehend weggelassen).

G02.10 Schlussbemerkungen

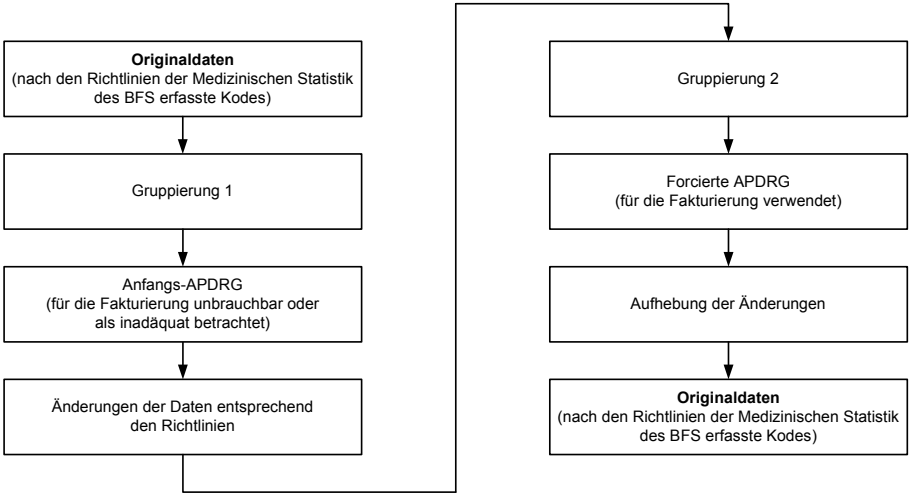
Eine APDRG kann nur in den oben genannten Fällen forciert werden. Für die Bestimmung einer forcierten APDRG bringen die Kodierungsverantwortlichen in der Regel Erfahrung, die nötigen Kenntnisse und Realitätssinn mit. Treten dennoch Zweifel auf, ob eine APDRG geändert werden darf oder welche APDRG bei der Neuzuordnung einer Hospitalisierung gewählt werden soll, bitten wir Sie, sich an das Kodierungssekretariat des Bundesamtes für Statistik zu wenden (codeinfo@bfs.admin.ch, Tel.: 032 713 63 60).

[10] Die Liste der Behandlungskode, die zur APDRG 809 gehören, befindet sich auf Seite 264 des APDRG-Definitions Manual.

Bitte teilen Sie dem Kodierungssekretariat mittels des dafür vorgesehenen Formulars auch mit, wenn die Klassierung einer Hospitalisierung in eine APDRG Ihnen unangemessen erscheint. Das Formular steht auf der Webseite des Kodierungssekretariats des BFS zur Verfügung[11]. Gegebenenfalls wird die Erlaubnis, die APDRG zu ändern, bei der Aktualisierung der vorliegenden Weisung publiziert werden. Eine augenscheinlich abweichende Klassifikation gibt nicht automatisch das Recht, eine APDRG zu forcieren.

In jedem Fall dürfen die für eine forcierte APDRG vorgenommenen Änderungen die Medizinische Statistik nicht beeinflussen. Wird beispielsweise ein Behandlungskode aufgrund von Inkohärenzen zwischen Kostengewichten ausgeklammert, oder wird ein Diagnosekode durch einen anderen ersetzt, damit die Hospitalisierung in eine fakturierbaren APDRG klassiert werden kann, darf dies die Informationen für die Medizinische Statistik des BFS nicht beeinflussen.

Das folgende Schema veranschaulicht die verschiedenen Etappen bei einer Neuzuordnung einer Hospitalisierung in eine forcierte APDRG.



[11] Die Internetseite des Kodierungssekretariats des BFS lautet wie folgt: http://www.medkode.bfs.admin.ch

G03 Die Klassifikationen (ICD-10 und CHOP)

G03.1 ICD-10

G03.1.A 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 zugängig zu machen» (ICD-10, 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 Klassifikation ICD-10 ist dieses Instrument.

G03.1.B Geschichte

William Farr, Leiter des Statistischen Amtes für England und Wales und Marc d'Espine aus Genf, haben sich intensiv für die Entwicklung einer einheitlichen Klassifikation der Todesursachen eingesetzt. 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 legt Jacques Bertillon, Leiter des Statistischen Amtes der Stadt Paris, der Konferenz des Internationalen Statistischen Instituts seine Klassifikation *«Internationale Nomenklatur der Todesursachen»* vor. Die Klassifikation wird angenommen und soll alle zehn Jahre revidiert werden. 1948 wird diese Klassifikation von der Weltgesundheitsorganisation angenommen.

1975, bei der 9. Revision der Klassifikation, die der ICD-9 entspricht, wurde eine fünfte Stelle und das Kreuz-/Stern-System eingeführt. 1993 wurde die 10. Revision der Klassifikation validiert, mit der die alphanumerische Struktur der Kodes eingeführt wurde.

G03.1.C Struktur

Die Kodes der Klassifikation ICD-10 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**) zusammensetzt.

Die ICD-10 besteht aus drei Bänden: der erste enthält das systematische Verzeichnis, der zweite das Regelwerk und der dritte das alphabetische Verzeichnis.

G03.1.C1 Struktur des ersten Bandes

Das systematische Verzeichnis ist in 21 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, wie wir weiter unten sehen werden) die äusseren Ursachen von Morbidität. Das Kapitel XXI betrifft hauptsächlich Faktoren, die zur Inanspruchnahme von Einrichtungen des Gesundheitswesens führen.

Tabelle der Kapitel mit den entsprechenden Kategorien

Kapitel	Titel	Kategorie
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-D89
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-Y98
XXI	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	Z00-Z99

Jedes Kapitel ist in Blöcke eingeteilt, die aus dreistelligen Kategorien bestehen (ein Buchstabe und zwei Zahlen). Ein Block entspricht also einer Gruppe von Kategorien.

Die Letzteren entsprechen bestimmten Affektionen oder Gruppen von Krankheiten, die Gemeinsamkeiten aufweisen.

Die Subkategorien: die Kategorien werden unterteilt in vierstellige Subkategorien. 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 zusätzliche Unterteilungen: diese finden sich in den Kapiteln XIII (fünfte Stelle zur Kodierung der Lokalisation), XIX (fünfte Stelle zur Kodierung einer offenen oder geschlossenen Verletzung) und XX (fünfte Stelle zur Kodierung der Aktivität).

Krankheiten der Appendix (K35-K38)

Block/Gruppe

K35	**Akute Appendizitis**	**Dreistellig Kategorie**
K35.0	**Akute Appendizitis mit diffuser Peritonitis**	
	Appendizitis (akut) mit: • Perforation • Peritonitis (diffus) • Ruptur	
K35.1	**Akute Appendizitis mit Peritonealabszess**	
	Appendixabszess	
K35.9	**Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet**	
	Akute Appendizitis ohne: • Perforation • Peritonealabszess • Peritonitis • Ruptur	
K36	**Sonstige Appendizitis**	**Dreistellig Kategorie**
	Appendizitis: • chronisch • rezidivierend	
K37	**Nicht näher bezeichnete Appendizitis**	

Vierstellige Kategorien

K38	**Sonstige Krankheiten der Appendix**	
K38.0	**Hyperplasie der Appendix**	
K38.1	**Appendixkonkremente**	
	Koprolith, Kotstein } Appendix	
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**	

G03.1.C2 Struktur des zweiten Bandes

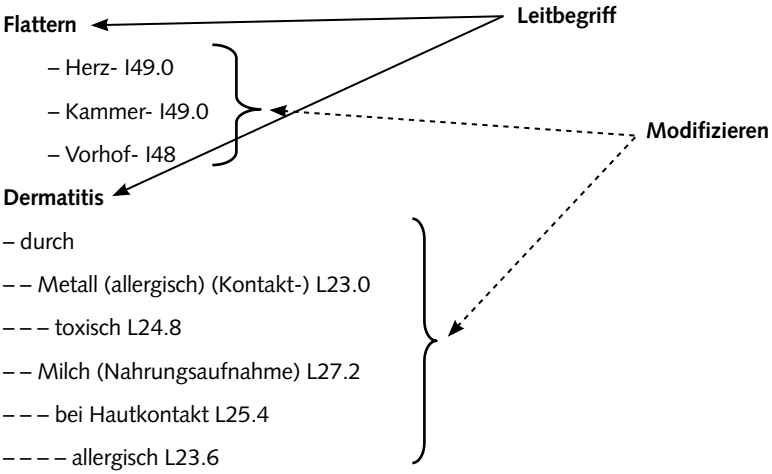
Wie oben erwähnt, enthält der Band 2 das Regelwerk der ICD-10. Es enthält die Kodierregeln, eine zusammenfassende Beschreibung sowie einen historischen Überblick der Klassifikation. Der letzte Teil des Bandes ist der Darstellung und Interpretation der Daten gewidmet.

Hier muss betont werden, dass die offiziellen Kodierregeln des BFS zu einem grossen Teil auf diesem Werk basieren, dass es jedoch schweizerische Besonderheiten gibt. Deshalb ist es nicht ratsam, sich bezüglich der Kodierregeln auf den Band 2 der ICD-10 zu beziehen.

G03.1.C3 Struktur des dritten Bandes

Das alphabetische Verzeichnis enthält drei Teile: der erste Teil beinhaltet Suchbegriffe für Krankheiten, Syndrome, Traumata und Symptome, der zweite Teil ist das Verzeichnis der «äußeren Ursachen von Verletzungen und Vergiftungen» und der dritte Teil besteht aus der «Tabelle der Arzneimittel und Chemikalien».

In den Teilen I und II findet sich am linken Rand der Spalte der Hauptbegriff, der eine Krankheit oder einen Krankheitszustand kennzeichnet, gefolgt von den nach rechts gestaffelt dargestellten Modifizierern oder Qualifizierern:



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

Wie oben erwähnt, besteht der dritte Teil aus einer Tabelle:

Substanz	Vergiftung				unerwünschte Nebenwirkung bei therapeutischer Anwendung
	Kapitel XIX	akzidentell	beabsichtigte Selbstbeschädigung	unbestimmte Absicht	
Hexachlorophen	T49.0	X44.–	X64.–	Y14.–	Y56.0
Hexadilin	T46.3	X44.–	X66.–	Y14.–	Y52.3
Hexadylamin	T46.3	X44.–	X64.–	Y14.–	Y52.3
Hexaethyltetraphosphat	60.0	X48.–	X68.–	Y18.–	
Hexafluordiethylether	T43.2	X41.–	X61.–	Y11.–	Y49.2

In der ersten Spalte steht die Substanz, die für die toxische Wirkung verantwortlich ist. In der zweiten Spalte findet sich der Kode für die Vergiftung (Kodes T36 – T65) und von der dritten bis zur sechsten Spalte stehen die Kodes für die entsprechenden äusseren Ursachen der Vergiftung.

G03.1.C4 Typographische Vereinbarung und Abkürzungen:

Die Klassifikation ICD-10 enthält Abkürzungen und Vereinbarungen, die man kennen und beachten muss. Nachfolgend die Liste:

Runde Klammern ( ): finden sich in den Bänden 1 und 3.

- Sie schliessen ergänzende Begriffe ein, die den Hauptbegriff präzisieren:

  I10 **Essentielle (primäre) Hypertonie**
  Bluthochdruck
  Hypertonie (arterielle) (benigne) essentiell) (maligne) (primär) (systemisch)

- Sie werden zur Angabe der zutreffenden Schlüsselnummer bei Exklusiva benutzt:

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

- Sie werden im Titel der Gruppenbezeichnungen verwendet, um die dreistelligen Schlüsselnummern der Kategorien, die sie umfassen, zu bezeichnen.

  Krankheiten der Appendix
  (K35-K38)

- Sie schließen den Kreuzcode bei einer Kategorie mit Stern ein und umgekehrt:

  N74.2* **Syphilitische Entzündung im weiblichen Becken (A51.4† , A52.7†)**

  B57.2† **Chagas-Krankheit (chronisch) mit Herzbeteiligung (I41.2*, I98.1*)**

Diese Präzisierungen beinhalten keine Modifikation des Kodes.

a. n. k.: diese Abkürzung findet sich in den Bänden 1 und 3 und bedeutet 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

Verweis (siehe, siehe auch): finden sich im Band 3. Die Verweise dienen zur Vermeidung von unnützen Wiederholungen.

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

Eckige Klammern [ ]: Die eckigen Klammern werden im Band 1 verwendet, um:

- Synonyme oder erklärende Sätze einzuschliessen, zum Beispiel:

A30 **Lepra [Aussatz]**

- Auf vorangehende Bemerkungen zu verweisen, zum Beispiel:

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

- Auf eine Gruppe von vierstelligen Subkategorien, die einer Anzahl von Kategorien gemeinsam sind, zu verweisen zum Beispiel:

K27 **Ulcus pepticum, Lokalisation nicht näher bezeichnet**
[4. Stellen siehe Benutzungshinweis vor K25]

Doppelpunkt: der Doppelpunkt wird in Band 1 verwendet, um Begriffe aufzulisten, wenn der vorangehende Begriff nicht ganz vollständig ist.

L08.0 **Pyodermie**
Dermatitis:
- purulenta
- septica
- suppurativa

Geschweifte Klammern { }: Die geschweiften Klammern werden in Band 1 verwendet, um Inklusiva und Exklusiva aufzulisten, wobei keiner der Begriffe, der vor oder nach der geschweiften Klammer steht, für sich allein vollständig ist und deshalb ohne die jeweilige Ergänzung der Rubrik nicht zugeordnet werden kann.

H50.3 **Intermittierender Strabismus concomitans**
Intermittierend:
- Strabismus convergens
- Strabismus divergens

} (alternierend) (unilateral)

o.n.A.: diese Abkürzung wird in Band 1 verwendet. Sie bedeutet «Ohne nähere Angaben» und ist gleichbedeutend mit «nicht näher bezeichnet». Kodes mit diesem Modifizierer werden für Diagnosen vergeben, die nicht genauer spezifiziert sind.

N85.8 **Sonstige näher bezeichnete nichtentzündliche Krankheiten des Uterus**
Krankheit des Uterus o. n. A.

Und: im Titel der Kategorien (Band 1) bedeutet das Wort «und/oder».

I74 **Arterielle Embolie und Thrombose**

In dieser Kategorie müssen die Embolien, die Thrombosen und die Thrombembolien klassifiziert werden.

Punkt Strich .–: wird in Band 1 und Band 3 verwendet. Der Strich steht für die vierte Stelle des Kodes, z.B.:

J43 **Emphysem**
Exkl : Emphysembronchitis (obstruktiv) (J44.-)

Mit dem Strich wird der Kodierer darauf aufmerksam gemacht, dass die entsprechende vierte Stelle in der genannten Kategorie gesucht werden muss.

Exkl. (Exklusiva): Diese Begriffe gehören nicht zu dem ausgewählten Kode

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

Inklusiva [Inkl]: Diese Begriffe sind in dem ausgewählten Kode enthalten.

J15 **Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert**
Inkl.: *Bronchopneumonie durch andere Bakterien als Streptococcus pneumoniae und Haemophilus influenzae*

Zusammenfassung

Band 1 Systematisches Verzeichnis enthält 21 Kapitel, die wie folgt strukturiert sind:
- Kapitel nach spezifischen Krankheitsgruppen (I bis V, XV bis XVII, XIX)
- Organkapitel (VI bis XIV)
- Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind (XVIII)
- Äussere Ursachen von Morbidität und Mortalität (XX)
- Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme von Einrichtungen des Gesundheitswesens führen (XXI)

Band 2 Regelwerk enthält die Kodierregeln und die Hinweise für die Tabellierung. Achtung!
Die Kodierregeln der ICD-10 stimmen nicht immer mit den offiziellen Kodierregeln des BFS überein!

Band 3 Alphabetisches Verzeichnis enthält drei Teile:
- **Teil I:** alphabetisches Verzeichnis der Krankheiten, Verletzungen
  (Es entspricht den Kapiteln I bis XIX und XXI des systematischen Verzeichnisses)
- **Teil II:** alphabetisches Verzeichnis der Äusseren Ursachen von Verletzungen
  (Es entspricht dem Kapitel XX des systematischen Verzeichnisses)
- **Teil III:** Tabelle der Arzneimittel und Chemikalien

G03.2 Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP)

G03.2.A Allgemeines

Die CHOP ist die Übersetzung und schweizerische Anpassung der amerikanischen Klassifikation ICD-9-CM, vol. 3 und enthält die Liste der Kodes für Operationen, Prozeduren und therapeutische und diagnostische Massnahmen. Die Kodes sind numerisch.

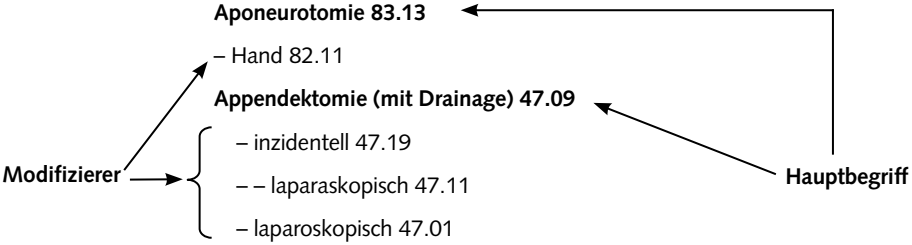
Die Klassifikation ICD-9-CM besteht aus drei Bänden. Sie wurde von der amerikanischen Regierung für die Kodierung der Morbidität in den USA veröffentlicht. Diese Modifikation war erarbeitet worden, um eine detailliertere Beschreibung der Patienten zu erhalten. Die Bände 1 und 2, die eine klinische Modifikation (Clinical Modification) der ICD-9 darstellen, enthalten Diagnosekodes und die zugehörigen Zusatzcodes, Band 3 beinhaltet Prozedurenkodes.

G03.2.B Struktur

Die CHOP besteht aus einem einzigen Band, der in zwei separate Teile unterteilt ist. Der erste Teil enthält das alphabetische Verzeichnis und der zweite Teil das systematische Verzeichnis.

Die Struktur der Kodes ist numerisch, d. h. dass sie sich aus zwei Ziffern, gefolgt von einem Punkt und anschliessend einer oder zwei weiteren Dezimalen zusammensetzen (z. B. 06.4 oder 45.76).

Der alphabetische Index ist ähnlich aufgebaut wie in der ICD-10, d.h., dass sich der fett gedruckte Hauptbegriff am linken Rand der Spalte befindet und die Modifizierer, die zu ihm gehören, nach rechts gestaffelt dargestellt werden.



Die Hauptbegriffe können sowohl aus einer geläufigen Bezeichnung für einen chirurgischen Eingriff bestehen (z. B. Appendektomie), oder aus einem Begriff für eine allgemeine Prozedur (z. B. Einsetzen, Ablation, Exzision). Sie können aus einem Eponym (Bassini, Latzko, Polya) bestehen oder aus einem Adjektiv (künstlich, gestielt).

Die Modifizierer spezifizieren den Hauptbegriff und liefern zusätzliche Angaben zur Lokalisation eines Eingriffs oder über seine Art.

Das systematische Verzeichnis der CHOP wird in 17 Kapitel eingeteilt. Die Kapitel 1 bis 15 betreffen chirurgische Eingriffe und sind nach der «Anatomie» strukturiert.

Kapitel		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

Die Klassifikationsachsen der Kapitel weisen eine aufsteigende Komplexität auf. Die weniger aufwendigen Eingriffe befinden sich anfangs der Kategorie und die schwerwiegenderen Operationen am Schluss der Kategorie. Prinzipiell wird folgende Einteilung eingehalten: Punktion, Inzision, diagnostische Massnahmen (Biopsie), Exzision oder partielle Destruktion einer Läsion oder von Gewebe, Exzision oder totale Destruktion von Gewebe, Naht, Plastik oder Rekonstruktion und andere Eingriffe.

26 Operationen an Speicheldrüsen und -gängen

INKL. Operationen an Drüse und Gang der Glandula sublingualis
Operationen an Drüse und Gang der Glandula submandibularis
Operationen an Drüse und Gang der Parotis

Kodiere ebenso: Jede Neck Dissection (40.40-40.42)

26.0 Inzision an Speicheldrüse oder -gang

26.1 Diagnostische Massnahmen an Speicheldrüsen und -gängen

26.11 Geschlossene [Nadel-] Biopsie an Speicheldrüse oder -gang Nadelaspirationsbiopsie*
26.12 Offene Biopsie an Speicheldrüse oder -gang
26.19 Sonstige diagnostische Massnahmen an Speicheldrüsen oder -gängen

EXKL. *Radiographie einer Speicheldrüse (87.09)*

26.2 Exzision einer Läsion an einer Speicheldrüse

26.21 Marsupialisation einer Speicheldrüsenzyste
26.29 Sonstige Exzision einer Läsion an einer Speicheldrüse

EXKL. *Biopsie an einer Speicheldrüse (26.11-26.12)*
Fistulektomie an einer Speicheldrüse (26.42)

G03.2.C Typographische Vereinbarungen und Abkürzungen:

Wie in der ICD-10 werden auch in der CHOP Abkürzungen und Konventionen verwendet, die man kennen und beachten sollte. Hier die Liste:

n.a.klass. : diese Abkürzung, die im alphabetischen und im systematischen Verzeichnis verwendet wird, bedeutet «nicht andernorts klassifizierbar» und zeigt an, dass es keinen anderen Subcode für diese spezifische Massnahme gibt.

n.n.bez.: diese Abkürzung, die im alphabetischen und systematischen Verzeichnis zu finden ist, bedeutet «nicht näher bezeichnet» und wird verwendet wenn klinisch keine weiteren Angaben gibt, um den Eingriff genauer zu kodieren.

Runde Klammern ( ): die Klammern finden sich im alphabetischen und im systematischen Verzeichnis und grenzen den Begriff durch Erläuterungen, die den Titel präzisieren, ein, beeinflussen den Kode jedoch nicht.

Eckige Klammern [ ]: die eckigen Klammern werden im alphabetischen und im systematischen Verzeichnis verwendet und enthalten ein Synonym des vorangehenden Begriffes. Im alphabetischen Verzeichnis enthalten sie auch die Kodes, die ebenfalls zu kodieren sind.

EXKL.: die Exklusiva finden sich im systematischen Verzeichnis. Der Eingriff, der unter **EXKL.** genannt wird, gehört nicht zu diesem Kode. Diese Prozeduren müssen mit dem entsprechenden, kursiv gedruckten Kode kodiert werden, z.B.:

54.97 Injektion eines Lokaltherapeutikums in die Peritonealhöhle
EXKL. *Peritonealdialyse (54.98)*

Dieses Exklusivum bedeutet, dass die Peritonealdialyse mit dem Code 54.98 und nicht mit dem Code 54.97 zu kodieren ist.

INKL.: die Inklusiva finden sich im systematischen Verzeichnis. Die Eingriffe, die mit dem Begriff **INKL.** gekennzeichnet werden, sind im Kode enthalten. Zum Beispiel:

97.97 Implantation oder Ersatz einer einkanaligen Kochleaprothese
Implantation eines Empfängers (intrakranial) und Einsetzen von Elektrode(n) in die Kochlea
INKL. *Mastoidektomie*

Dieses Inklusiva bedeutet, dass die Mastoidektomie im Kode 20.97 enthalten ist und nicht zusätzlich kodiert werden muss.

Kodiere ebenso: Es muss ein zusätzlicher Kode vergeben werden. Diese Anweisung findet sich im systematischen Verzeichnis und macht auf die Eingriffe aufmerksam, die – wenn sie durchgeführt wurden – zusätzlich zu kodieren sind. Zum Beispiel:

81.81 Partielle Gastrektomie mit Dünndarmtransposition
Dünndarmtranspositions-Operation nach Henley
Kodiere ebenso: Jede gleichzeitige Darmresektion (45.51)

Kode weglassen: ein Kode für diesen operativen Teil ist schon in einem anderen Code enthalten. Zum Beispiel:

01.2 Kraniotomie und Kraniektomie
EXKL. *Als operativer Zugang – Kode weglassen*

Siehe: verweist auf eine andere Bezeichnung im alphabetischen Verzeichnis.

Siehe auch: verweist auf eine andere Bezeichnung im alphabetischen Verzeichnis, die gleichfalls aufgesucht werden sollte.

Und: bedeutet «und/oder».

Stern*: bezeichnet eine Schweizer Ergänzung zur Originalklassifikation ICD-9-CM, vol. 3.

Zusammenfassung

Teil I, alphabetisches Verzeichnis: die Hauptbegriffe werden fett gedruckt. Ein **Hauptbegriff** kann sein: eine geläufige Bezeichnung eines chirurgischen Eingriffes (z. B. Appendektomie), eine allgemeine Prozedur (z. B. Einsetzen, Ablation) oder ein Eponym (z. B. eine Operation nach Bassini).
Unter dem Hauptbegriff finden sich der oder die Modifizierer die den Hauptbegriff präzisieren.

Teil II: das systematische Verzeichnis ist in 16 Kapitel unterteilt. Die Kapitel 1 bis 15 betreffen die chirurgischen Eingriffe und sind nach der «Anatomie» strukturiert.
Das letzte Kapitel, Kapitel 16, enthält diagnostische und therapeutische Massnahmen.
Die Klassifikationsachsen weisen einen steigenden Komplexitätsgrad auf, d. h., dass die zweistellige Kategorie mit einem einfachen Eingriff beginnt und mit dem Eingriff der größten Komplexität endet.

G10 Definitionen

G10.1 Definition des Behandlungsfalles

Die medizinische Statistik ist eine umfassende Erhebung aller stationären und teilstationären Hospitalisierungen.

Als Behandlungsfall gilt ein Aufenthalt eines Patienten/einer Patientin in einem Spital, unabhängig von der Hospitalisierungsursache.

Die obligatorischen Variablen dieser Erhebung sind in dem Fragebogen des Minimaldatensatzes (beziehungsweise im Neugeborenen-Zusatzfragebogen enthalten, siehe Anhang G01.4). Die Hauptdiagnose und die Hauptbehandlung zählen zu den wichtigsten Merkmalen dieser Variablenliste. Die Variablen werden nachfolgend definiert.

G10.2 Die Hauptdiagnose

Die Definition der Hauptdiagnose entspricht der Definition der WHO (Band 2, Abschnitt 4.4.1)

Die Hauptdiagnose ist definiert als **«derjenige Zustand, der am Ende des Spitalaufenthalts als Diagnose feststeht und der der Hauptanlass für die Behandlung und Untersuchung des Patienten war».** Ist mehr als ein Zustand aufgeführt, ist derjenige auszuwählen, der den grössten Aufwand an medizinischen Mitteln erforderte.

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

Wie soll vorgegangen werden, wenn:

Eine neue Affektion während des Aufenthaltes diagnostiziert wird?

Tritt während der Hospitalisierung eine neue Affektion auf, die bei Eintritt des Patienten noch nicht bestand, so muss diese im Patientendossier erfasst und bei der Zusammenfassung der Hospitalisierung, insbesondere bei der Wahl der Hauptdiagnose, berücksichtigt werden.

Während des Aufenthaltes eine neue schwerwiegendere Erkrankung diagnostiziert wird?

Wenn während des Spitalaufenthaltes eine schwerwiegendere Krankheit (als diejenige, die zur Hospitalisierung führte) auftritt, wird diese als Hauptdiagnose eingetragen.

Eine oder mehrere Komplikationen auftreten?

Eine Komplikation wird auch dann nicht zur Hauptdiagnose, wenn sie sich letztlich als gravierender erweist als die Pathologie, auf die sie zurückzuführen ist. Auch schwerwiegende Komplikationen werden als Nebendiagnosen kodiert, wenn sie während des Spitalaufenthaltes auftreten (siehe dazu G11).

Bemerkung: Wenn keine Diagnose gestellt wurde, siehe hierzu das Kapitel über Verdachtsdiagnosen (G11.A.5).

Schema zur Kodierung der Hauptdiagnose

Klinische Situation	Austrittsdiagnose	Kodierung
A) Eintritt wegen: SYMPTOM(EN)	1) Diagnose steht bei Austritt fest	⇨ entsprechende Pathologie kodieren
	2) keine Diagnose gestellt	⇨ das wichtigste Symptom als Hauptdiagnose kodieren
	3) Verdachtsdiagnose (wahrscheinlich)	⇨ Kodieren als wäre die Diagnose gestellt worden (siehe Abschnitt Verdachtsdiagnosen)
	4) Verdachtsdiagnose ausgeschlossen	⇨ Z03.- kodieren
	5) mehrere Diagnosen möglich	⇨ siehe 2)
B) Eintritt wegen: EINGRIFF SPEZIELLE BEHANDLUNG	1) Erstbehandlung	Krankheit kodieren
	2) spezielle und geplante Behandlung	⇨ kodiere Z (Beispiel: Z47.0 «Entfernung einer Metallplatte oder einer anderen inneren Fixationsvorrichtung», Z51.1 «Chemotherapie», etc...)
C) Eintritt wegen: UNTERSUCHUNG	1a) bekannte Erkrankung, keine neue Pathologie	⇨ kodiere Z (Beispiel: Z09.8 «Nachuntersuchung nach sonstiger Behandlung wegen anderer Erkrankung», Spezielles Screening auf Diabetes mellitus vor Operation, vor Transplantation, etc...)
	1b) neue Erkrankung, während des Aufenthaltes entdeckt und kostenwirksam	⇨ kodiere die neu aufgetretene Pathologie
	2) Patient ohne Symptomatik, aber mit einem potentiellen Krankheitsrisiko und eine Erkrankung wird festgestellt	⇨ kodiere die Erkrankung (Beispiel: familiäre Polypose, Träger des HIV-Virus)
	3) Patient ohne Symptomatik, aber mit einem potentiellen Krankheitsrisiko; am Ende des Spitalaufenthaltes wird keine Erkrankung festgestellt	⇨ kodiere mit Z (Beispiel: Z80.- «Bösartige Neubildung in der Familienanamnese», Z57.8 «berufliche Exposition gegenüber sonstigen Risikofaktoren»)
D) Eintritt wegen: BEKANNTER KRANKHEIT, REGELMÄSSIG KONTROLLIERT, ABER AKUTE PHASE	1) kein neuer Aspekt ausser der Krankheit (akute Phase)	⇨ kodiere die Krankheit (Beispiel: akuter Schub einer multiplen Sklerose oder entgleister Diabetes mellitus)
	2) die aufgetretene Komplikation kodieren	⇨ kodiere die Komplikation (Beispiel: infizierte Dermatitis bei chronischer Dermatitis)
E) Eintritt wegen: MULTIPLER AFFEKTIONEN	Während des Aufenthaltes werden mehrere Pathologien behandelt, die bei Eintritt bekannt sind	⇨ In Abhängigkeit vom Fall kodieren: die Pathologie kodieren, die nach Ihrem Ermessen den größten Aufwand an Mitteln erfordert (siehe Abschnitt multiple Pathologien)

G10.3 Zusatz zur Hauptdiagnose

Das Feld «Zusatz zur Hauptdiagnose» wird nur in den zwei folgenden Fällen ausgefüllt:

- Die Hauptdiagnose wird mit einem Kreuzcode kodiert, dem im Feld «Zusatz zur Hauptdiagnose» der entsprechende Sterncode* beigefügt werden muss. Zum Beispiel wird ein Patient zur Behandlung einer Retinopathia diabetica hospitalisiert:
  Hauptdiagnose: E11.3† «Nicht insulinabhängiger Diabetes mellitus mit Augenkomplikationen».
  Zusatz zur Hauptdiagnose: H36.0* «Retinopathia diabetica».
- Die Hauptdiagnose ist ein Trauma oder eine Intoxikation (Kodes S oder T), der im Feld Zusatz zur Hauptdiagnose der Kode für die äußere Ursache beigefügt werden muss.
  Zum Beispiel wird ein Patient wegen einer Vorderarmfraktur (Radius und Ulna) hospitalisiert, nachdem er vom Pferd gefallen ist:
  Hauptdiagnose: S52.4 «Fraktur des Ulna- und Radiusschaftes, kombiniert» Zusatz zur **Hauptdiagnose:** V80.0 «Reiter oder Benutzer eines tierbespannten Fahrzeuges durch Sturz oder Abgeworfenwerden von Tier oder tierbespanntem Fahrzeug bei Unfall ohne Zusammenstoß verletzt».

In diesen beiden Fällen muss ein Kode im Feld «Zusatz zur Hauptdiagnose» eingetragen werden. Diese Regel unterscheidet sich von den Regeln der WHO, die den Zusatz zur Hauptdiagnose im Übrigen nicht so genau festlegt, weil diese einer Nebendiagnose entspricht, was in der Schweiz nicht der Fall ist.

G10.4 Die Nebendiagnosen

Die Begleiterkrankungen, an denen der Patient leidet, werden als Nebendiagnosen betrachtet. Es hat keine Bedeutung, ob eine Pathologie während der Hospitalisierung auftritt oder schon vorher besteht, bestimmend ist ihr Einfluss auf die Behandlung (zum Beispiel Verlängerung des Aufenthaltes aufgrund einer Pneumonie bei einem Patienten, der wegen einer Hüftgelenksfraktur behandelt wird).

Eine Krankheit oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich während des Krankenhausaufenthaltes entwickelt, wird als Nebendiagnose kodiert, wenn folgende Faktoren erfüllt sind:

- Die Diagnose bedingt eine aufwendige klinische Untersuchung

oder

- Die Diagnose erfordert aufwendige diagnostische Untersuchung

oder

- bedingt einen erheblich erhöhten (Betreuungs-, Pflege-, Überwachungs- und/oder medizinischen) Aufwand.

Als aufwendig betrachtet werden: Therapieanpassungen, -wechsel und invasive Massnahmen.

Es gilt zu beachten, dass oben erwähnte Massnahmen keine Routineuntersuchungen oder Routinetherapien darstellen, sondern explizit aufgrund dieser Krankheit oder Beschwerden durchgeführt werden müssen und einen erhöhten Ressourcenverbrauch zur Folge hat, der auch so dokumentiert ist (z. Bsp. Dekubitus ➔ Débridement, Vakuumverband).

Krankheiten, die z.B. durch den Anästhesisten während der präoperativen Beurteilung dokumentiert wurden, werden nur kodiert, wenn sie den oben genannten Kriterien entsprechen.

Anamnestische Diagnosen, die die Patientenbehandlung gemäss obiger Definition nicht beeinflusst haben, werden nicht kodiert.

G10.5 Hauptbehandlung

Nach der Definition des BFS wird als Hauptbehandlung kodiert: entweder die chirurgische oder medizinische Behandlung oder die wichtigste diagnostische Massnahme, die aufgrund der Hauptdiagnose erforderlich ist, oder aber die für den Heilungsprozess bedeutsamste Prozedur.

Zu jeder Hauptbehandlung ist die Angabe des Datums und der Stunde des Beginns der Hauptbehandlung zwingend.

G10.6 Nebenbehandlungen

Die zusätzlichen Behandlungen, die im Rahmen der Hauptdiagnose oder der Nebendiagnosen durchgeführt wurden, können als Nebenbehandlungen kodiert werden.

Bemerkungen: die Kodierung der Behandlungen (Haupt- und Nebenbehandlungen) ist zwingend, genau wie die Kodierung der Diagnosen.

Dennoch ist die Vergabe eines Kodes nicht immer möglich, zum Beispiel wenn nur eine Behandlung durchgeführt wird, für die es keinen Kode gibt.

Beispiel: ein Patient mit einer Commotio cerebri, bei dem die Behandlung allein in der Überwachung des Patienten besteht (Commotioüberwachung).

G10.7 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 dann, in einem zweiten Schritt, seine Genauigkeit im systematischen Verzeichnis zu überprüfen. Schematisch dargestellt:

Schritt 1 **Den Leitbegriff im alphabetischen Verzeichnis suchen**

- **ICD-10:** Teil I für die Krankheiten, Teil II für die äusseren Ursachen und Teil III, Tabelle der Arzneimittel und Chemikalien für Vergiftungen

Schritt 2 **Den gefundenen Kode im systematischen Verzeichnis überprüfen**

- **ICD-10:** unbedingt beachtet werden müssen die Exklusiva (und Inklusiva) auf der gleichen Ebene wie der Kode selbst und auch diejenigen auf Ebene der Kategorie oder Gruppe!
- **CHOP:** die Anweisungen «Kodiere ebenso», «Kode weglassen», Exklusiva und Inklusiva sind unbedingt zu beachten!

Bemerkung: ein dreistelliger ICD-10 Kode darf nur in den Fällen verwendet werden, wo es keine vierstellige Subkategorie gibt. In allen anderen Fällen ist die Verwendung eines solchen Kodes ein Fehler.

Zusammenfassung

Der Weg zur korrekten Kodierung

1. Den Term im alphabetischen Verzeichnis suchen
2. Seine Genauigkeit im systematischen Verzeichnis überprüfen

Definitionen:

Hauptdiagnose:

- Derjenige Zustand, der am Ende des Spitalaufenthalts als Hauptanlass für die Behandlung des Patienten gilt
- Kreuzcode†, Kode für den Krankheitszustand, Verletzung, Vergiftung

Achtung! kein Stern-Kode* und kein Kode für die äussere Ursache (X, Y, V und W)

Zusatz zur Hauptdiagnose:

- zugehöriger Sternkode* zum Kreuzkode†
- Kodes für die äussere Ursache von Läsionen oder Vergiftungen

Nur erfassen, wenn in der Hauptdiagnose ein Kreuzkode† oder der Kode für eine Verletzung oder Vergiftung steht

Nebendiagnosen:

- Begleiterkrankungen
- Komplikationen

Behandlungen: Angabe zwingend für die Codes der Kapitel 1 bis 15 und diejenigen in der roten Liste

Hauptbehandlung:

- bedeutendste Prozedur (chirurgisch, medizinisch oder diagnostisch), die durch die Hauptdiagnose bestimmt ist
- Prozedur, die sich bei der Diagnosestellung oder für den Heilungsprozess als entscheidender Faktor erwiesen hat

! Die Angabe des Beginns der Behandlung ist obligatorisch !

Nebenbehandlungen:

- die ausgeführten weiteren Behandlungen

G11 Allgemeine Kodierregeln

G11.A Allgemeine Kodierregel der Diagnose

G11.A.1 Symptome

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

Symptomkodes (Kodes aus dem ICD-10-Kapitel XVIII) werden nur dann angegeben, wenn am Ende der Hospitalisierung keine endgültige Diagnose gestellt wurde (siehe dazu das Schema unter G10.2).

Störungen des Elektrolythaushaltes im Rahmen von anderen Grundkrankheiten werden nicht angegeben, ausser wenn diese so schwerwiegend sind, dass sie zu aufwendigen Massnahmen führen (siehe dazu die Definition der Nebendiagnosen G10.4). Zufallsbefunde in den Untersuchungen (Röntgen, Sono, Ultraschall, CT, MRI etc.) die zu keinen weiterführenden Massnahmen führen werden nicht kodiert.

G11.A.2 Bilaterale Diagnosen

Manifestiert sich eine Krankheit an zwei oder mehreren Lokalisationen, so gelten für die Diagnosenkodierung und Therapiekodierung folgende Regeln:

1. Dieselbe Schlüsselnummer für die Diagnose wird nur einmal angegeben.
2. Gibt es in der ICD eine eigene Schlüsselnummer für eine doppelseitige Erkrankung oder Therapie, so ist diese zu verwenden.

Bemerkung: vorausgehende pathologische Zustände, die keinerlei Einfluss auf die aktuelle Hospitalisierung haben, werden nicht kodiert. Zum Beispiel: «Zustand nach Hysterektomie» wird nicht kodiert, wenn die Patientin zur Operation von Varizen hospitalisiert wird.

G11.A.3 Kohärenz zwischen Diagnosekode und Behandlungskode

Im Allgemeinen muss jede Prozedur einer Diagnose entsprechen (Haupt- oder Nebendiagnose). Es ist wichtig, dass die Hauptdiagnose von einem Prozedurenkode begleitet wird und umgekehrt ergibt sich aus der oben genannten Definition, dass sich mindestens eine der Behandlungen (im Allgemeinen die Hauptbehandlung) direkt auf die Hauptdiagnose beziehen muss.

Beispiel: bei einem Patienten, der gleichzeitig eine Gonarthrose, einen Diabetes mellitus und eine chronische obstruktive Bronchitis hat, wird die Gonarthrose als Hauptdiagnose betrachtet, wenn die Hospitalisierung zur Implantation einer Prothese erfolgt. Wenn dagegen der Aufenthalt wegen der medikamentösen Einstellung des Diabetes stattfindet, wird dieser zur Hauptdiagnose.

Bei einem Patienten mit einer distalen Radiusfraktur, die konservativ behandelt wird und einer gleichzeitig vorhandenen Femurfraktur, die eine chirurgische Intervention notwendig macht, wird letztere zur Hauptdiagnose und die Radiusfraktur wird lediglich als Nebendiagnose kodiert.

G11.A.4 Die Kreuz†-Stern*-Kodes

Dieses System ermöglicht es, die Manifestation einer Krankheit mit ihrer Ätiologie in Beziehung zu setzen. Der Kreuz†-Kode, der die ursächliche Erkrankung (oder ihre Ätiologie) beschreibt, ist prioritär gegenüber dem Stern*-Kode, welcher die Manifestation beschreibt.

Wenn der Kreuz†-Kode in der Hauptdiagnose steht, muss der entsprechende **Stern*-Kode** als **Zusatz zur Hauptdiagnose** angegeben werden.

In den Fällen, in denen es sich um Nebendiagnosen handelt, wird der Kreuz†-Kode vor dem dazugehörigen Stern*-Kode genannt. Man lässt also dem Kreuz†-Kode den Stern*-Kode unmittelbar folgen.

Der Stern*-Kode sollte nie ohne seinen Kreuz†-Kode gebraucht werden und umgekehrt! Die beiden Codes sind immer miteinander verbunden.

Beispiel: ein Patient, der an einem disseminierten Lupus erythematodes mit Beteiligung der Lunge erkrankt ist: Hauptdiagnose: M32.1† „Systemischer Lupus erythematodes mit Beteiligung von Organen oder Organsystemen" und Zusatz zur Hauptdiagnose J99.1* «Krankheiten der Atemwege bei sonstigen diffusen Bindegewebskrankheiten».

M32 **Systemischer Lupus erythematodes**
Exkl.: Lupus erythematodes (diskoid) (o.n.A.) (L93.0)

M32.1† **Systemischer Lupus erythematodes mit Beteiligung von Organen oder Organsystemen**
Libmann-Sacks-Endokarditis (I39.-)*
Perikarditis bei systemischem Lupus erythematodes (I32.8)*
Systemischer Lupus erythematodes mit:
- *Lungenbeteiligung (J99.1*)*
- *Nierenbeteiligung (N08.5*, N16.4*)*

Bemerkungen: einige Kodes sind nicht von vornherein Kreuz†-Kodes, werden aber durch die Assoziation mit einem Stern*-Kode dazu.

Beispiel: ein Patient wird zur Behandlung einer Anämie hospitalisiert. Ursache der Anämie sind Knochenmetastasen bei einem Prostatakarzinom: alphabetisches Verzeichnis: Anämie (bei) Neubildung D63.0* > systematisches Verzeichnis D63.0* «Anämie bei Neubildungen (C00-D48†)». Der Behandlungsgrund (die Anämie) wird von einem Stern*-Kode bezeichnet. Somit wird dieser als Zusatz zur Hauptdiagnose und der dazugehörige Kreuz†-Kode als Hauptdiagnose angegeben. Im vorliegenden Fall handelt es sich um den Kode C79.5 «Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes», der infolge seiner Verbindung mit D63* zum Kreuzkode wird.

G11.A.5 Äussere Ursachen von Verletzungen und Vergiftungen

Wie oben bereits erwähnt (s. Abschnitt Definitionen, Zusatz zur Hauptdiagnose), wird bei Traumata und Vergiftungen die Läsion – oder Intoxikation – als Hauptdiagnose angegeben. Der Kode für die äussere Ursache, die zu dieser Verletzung oder Vergiftung geführt hat, muss

zwingend im Feld Zusatz zur Hauptdiagnose eingetragen werden. Ziel dieser Kodieranweisung ist die möglichst genaue Beschreibung der Art der Läsion(en) und der Umstände, die sie verursacht haben.

Der Kode für die Hauptdiagnose, der die Verletzung (oder die Vergiftung) beschreibt, stammt aus dem Kapitel XIX (Buchstaben S oder T).

Die Ursachen (Zusatz zur Hauptdiagnose), die zu dieser Pathologie führten, werden mit Codes aus dem Kapitel XX (Buchstaben V, W, X und Y) kodiert und müssen im Teil II des alphabetischen Verzeichnisses (für die äusseren Ursachen von Verletzungen) gesucht werden.

Achtung! Genau wie die Stern*-Kodes dürfen äussere Ursachen nie als Hauptdiagnose angegeben werden.

Beispiel: offene Wunde an der Fusssohle bei einem jungen Patienten, der im Wald über einen metallenen Gegenstand gestolpert ist. Hauptdiagnose: S91.3 «Offene Wunde sonstiger Teile des Fusses» und Zusatz zur Hauptdiagnose W22.8 «Unfall durch Stoss gegen oder Getroffenwerden von sonstigen Gegenständen, sonstiger näher bezeichneter Ort».

Die Vorgehensweise bei Vergiftungen ist die gleiche wie bei Verletzungen, wobei aber die Suche der Kodes über die Tabelle der Arzneimittel und Chemikalien in Teil III des 3. Bandes der ICD-10 erfolgt. Die Hauptdiagnose liefert die notwendigen Informationen über die Vergiftung selbst und der Zusatz zur Hauptdiagnose bezeichnet die Art des Ereignisses (spezifische Regeln für die Kodierung von Vergiftungen siehe Kapitel 3, Abschnitt 15).

Beispiel: ein Kind, das versehentlich ein Insektenvertilgungsmittel zu sich genommen hat. Hauptdiagnose T60.2 «Toxische Wirkung von sonstigen Insektiziden» und Zusatz zur Hauptdiagnose X48.- «Akzidentelle Vergiftung durch und Exposition gegenüber Schädlingsbekämpfungsmittel(n) [Pestizide]».

Bemerkung: es wird unbedingt empfohlen, den Kode für die äussere Ursache mit der vierten Stelle anzugeben, weil dieser wichtige Informationen über den Ort des Ereignisses liefert. Die Informationen bezüglich der vierten Stelle finden sich am Anfang des Kapitels XX (siehe Abschnitt 5. Stelle).

G11.A.6 Status nach/Zustand nach

Vorneweg ist zu sagen, dass die «Status nach»-Diagnosen, die keinerlei Bedeutung für die aktuelle Hospitalisierung haben, nicht kodiert werden. Es werden nur die Diagnosen kodiert, welche die Ursache für einen aktuellen pathologischen Zustand darstellen oder solche, die Einfluss auf die aktuelle Behandlung haben.

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

- Anamnese, z. B. ein Patient der mehrere Jahre lang an Malaria litt: Z86.1 «Infektiöse oder parasitäre Krankheiten in der Eigenanamnese».
- Transplantat (Zustand nach Transplantation), z. B. ein Patient, der eine Lebertransplantation hatte: Z94.4 «Zustand nach Lebertransplantation».

- Vorhandensein (von), z. B. ein Patient mit einem aortokoronaren Bypass: Z95.1 «Vorhandensein eines aortokoronaren Bypass».
- Fehlen von, Verlust (von), Amputation, z. B. ein Patient nach Amputation einer unteren Extremität nach einem Verkehrsunfall: Z89.6 «Verlust des Beines oberhalb des Knies».
- Zustandsbefund (nach), z. B. postoperativer Zustand Z98.-
- Folgen (von), siehe Abschnitt Folgen

In all den genannten Fällen sollte die aktuelle Pathologie als Hauptdiagnose kodiert werden und die Kodes für die «Status nach»-Diagnosen als Nebendiagnose.

Eine Diagnose, die nicht mehr aktuell ist, kann nicht mehr als solche kodiert werden, mit den Kodes Z85-Z92 kann jedoch die Tatsache kodiert werden, dass die Erkrankung bestanden hat.

Beispiel: ein Patient, der wegen einer Klebsiella Pneumonie hospitalisiert wird, wobei die Behandlung dadurch kompliziert wird, dass er eine Lebertransplantation hatte. Hauptdiagnose J15.0 «Pneumonie durch Klebsiella pneumoniae», Nebendiagnose Z94.4 «Zustand nach Lebertransplantation».

G11.A.7 Folgezustände

Die Kodes für Folgezustände werden für die Kodierung von ehemaligen Ursachen von aktuellen Krankheiten verwendet, wobei die Ursache selbst nicht mehr aktuell ist. Hauptdiagnose ist die aktuelle Auswirkung der früheren Krankheit. Dass es sich um einen Folgezustand handelt wird als Nebendiagnose kodiert.

Die ICD-10 bietet einige Kategorien, die Folgezustände kennzeichnen:

B90-B94	«Folgezustände von infektiösen und parasitären Krankheiten»
E64.-	«Folgen von Mangelernährung oder sonstigen alimentären Mangelzuständen»
E68	«Folgen der Überernährung»
G09	«Folgen entzündlicher Krankheiten des Zentralnervensystems»
I69.-	«Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit»
O97.-	«Tod an den Folgen direkt gestationsbedingter Ursachen»
T90-T98	«Folgen von Verletzungen, Vergiftungen und sonstigen Auswirkungen äusserer Ursachen»
Y85-Y89	«Folgezustände äusserer Ursachen von Morbidität und Mortalität»

Beispiel: Patient wird hospitalisiert zur Behandlung einer Dysphasie nach zerebralem Infarkt: Hauptdiagnose R47.0 «Dysphasie und Aphasie», Nebendiagnose I69.3 «Folgen eines Hirninfarktes».

Beispiel: Patient, der zur Behandlung von Narbenkeloid am Thorax nach Verbrennungen hospitalisiert wird: Hauptdiagnose L91.0 «Keloid», Nebendiagnose T95.1 «Folgen einer Verbrennung, Verätzung oder Erfrierung des Rumpfes».

Beispiel: tuberkulöse Salpingitis vor zehn Jahren als Ursache für Sterilität: Hauptdiagnose ist die Sterilität N97.1 «Sterilität tubaren Ursprungs bei der Frau», Nebendiagnose B90.1 «Folgezustände einer Tuberkulose des Urogenitalsystems».

Zu beachten ist, dass die Codes T90-T98 «Folgen von Verletzungen, Vergiftungen und sonstigen Auswirkungen äusserer Ursachen (T90-T98)» verwendet werden sollten, um Zustände als Spätfolgen zu kodieren, die unter S00-S99 und T00-T88 klassifizierbar sind. Die Folgezustände beinhalten Pathologien, die als solche genau beschrieben sind und/oder mindestens ein Jahr nach der traumatischen Läsion auftreten. Auch die Codes Y85-Y89 können benutzt werden.

Beispiel: Generalisierte Epilepsie, die auf ein intrakranielles Trauma nach einem Verkehrsunfall zurückzuführen ist. Hauptdiagnose G40.4 «Sonstige generalisierte Epilepsie und epileptische Syndrome», Nebendiagnose Y85.0 «Folgezustände nach Kraftfahrzeugunfall».

Einige Kodes für Folgezustände können als Hauptdiagnose verwendet werden, dann nämlich, wenn ein Patient mehrere Folgezustände, die alle genau spezifiziert sind, aufweist und keiner der Zustände überwiegt, weder durch den Schweregrad noch durch den therapeutischen Aufwand, den er erfordert. In diesen Fällen kann man als wichtigste Affektion den Term «Folgezustände nach ...» anwenden.

Beispiel: ein Patient leidet an einer Lähmung, Verformung der Gliedmassen und vasomotorischen Störungen nach einer schweren Poliomyelitis während der Kindheit. Hauptdiagnose B91 «Folgezustände der Poliomyelitis».

G11.A.8 Verdachtsdiagnosen

Drei Möglichkeiten können vorkommen:

1. Verdachtsdiagnose wahrscheinlich

In den Fällen, in denen die vermutete Diagnose am Ende der Hospitalisierung nicht bestätigt wird, aber wahrscheinlich bleibt, weil alle Symptome mit dieser übereinstimmen, sollte sie kodiert werden als wäre sie bestätigt worden.

Beispiel: eine Patientin die notfallmässig aufgenommen wird wegen Koliken im rechten Abdomen, Fieber, Übelkeit; eine akute Cholezystolithiasis wird vermutet. Die Symptome klingen rasch ab, die Patientin wird nach Hause entlassen, ohne dass ein Eingriff vorgenommen wurde. Die vermutete Eintrittsdiagnose ist mehr als wahrscheinlich, die Hauptdiagnose ist demnach K80.0 «Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis».

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 sollten die Hauptsymptome kodiert werden (das wichtigste Symptom als Hauptdiagnose und die anderen Symptome als Nebendiagnose).

Beispiel: ein Patient wurde hospitalisiert wegen Kopfschmerzen mit Unruhe und Übelkeit. Die Untersuchungen führen nicht zu einer Diagnosestellung. Deshalb werden die Kopfschmerzen als Hauptdiagnose (R51) angegeben, gefolgt von den Nebendiagnosen R11 «Übelkeit und Erbrechen» und R45.1 «Ruhelosigkeit und Erregung».

3. Verdachtsdiagnose ausgeschlossen

Wurde die Verdachtsdiagnose, die bei Eintritt vermutet wurde, durch die Untersuchungen ausgeschlossen, bestehen keine Symptome und wurde keine andere Diagnose gestellt, sollte ein Kode der Kategorie Z03.- gewählt werden.

Beispiel: ein Patient wird auf Anraten seines behandelnden Arztes hospitalisiert, weil dieser auf der Röntgenthoraxaufnahme eine Verschattung bemerkt hat, die einen Tuberkuloseherd vermuten lässt. Die Tuberkulose wird durch verschiedene Untersuchungen, die im Spital durchgeführt werden, ausgeschlossen Hautdiagnose Z03.0 «Beobachtung bei Verdacht auf Tuberkulose».

Zusammenfassung

Verdachtsdiagnose wahrscheinlich:	Kodieren als wäre sie bestätigt worden
Verdachtsdiagnose nicht bestätigt, keine andere Diagnosestellung, jedoch Symptome vorhanden:	Kodiere die Symptome
Verdachtsdiagnose ausgeschlossen und keine vorhandene Symptome:	Mit einem Kode der Kategorie Z03.- anzeigen

G11.A.9 Kodierung multipler Erkrankungen

Entsprechend der oben erwähnten Definition der Hauptdiagnose (Abschnitt Definitionen), kodiert man, wenn mehrere krankhafte Zustände gleichzeitig vorliegen und jeder für sich in Bezug auf die Hospitalisierung (a posteriori) die Behandlung rechtfertigt, denjenigen Zustand als Hauptdiagnose, der den grössten Aufwand an medizinischen Mitteln erfordert. Indessen bietet die Klassifikation insbesondere für die HIV-bedingten Krankheiten und für multiple Verletzungen spezielle Kodes für die Kodierung multipler pathologischer Zustände an. Diese spezifischen Kodes werden dann angewandt, wenn keine der Diagnosen «prioritär», also keine schwerwiegender ist als die andere. Die Verwendung von Kodes für multiple Erkrankungen sollte, wann immer möglich, genutzt werden und der Kategorie «... multipel» sollte jeweils der Vorzug gegenüber anderen Kodes gegeben werden. Jede einzelne Krankheit wird zudem als Nebendiagnose kodiert.

Beispiel: ein Patient mit HIV, der zur Behandlung einer Pneumocystis carinii-Pneumonie und einem Burkitt-Lymphom hospitalisiert wird. Hauptdiagnose B22.7 «Mehrere anderenorts klassifizierte Krankheiten infolge HIV-Krankheit», Nebendiagnose B20.6 «Pneumocystis-Pneumonie infolge HIV-Krankheit» und B21.1 «Burkitt-Lymphom infolge HIV-Krankheit».

Bei **Verletzungen:**
Die Kodes für traumatische Läsionen befinden sich in den Kategorien S und T des Kapitels XIX. Kodes S00-S99 werden für die Kodierung von verschiedenen Typen von Traumata verwendet, die in einer einzigen Körperregion lokalisiert sind. Demgegenüber dienen die T-Kodes, der Kodierung von Traumata, die multiple Lokalisationen betreffen, von Verletzungen ohne Angabe der Lokalisation sowie der Kodierung von Vergiftungen und anderen Folgen äusserer Ursachen.

Nach den Kodierregeln und Regeln der WHO (Band 2, Kapitel 4.4.1, Abschnitt «mehrere Krankheitszustände») sind die Kategorien «multipel» anzuwenden, wenn keine Läsion als Hauptdiagnose gewählt wird. Die Kodes, die «multiple Läsionen» bezeichnen, werden als Hauptdiagnose kodiert. Bei den Kategorien S00 bis S99 sind dies die Kodes mit der vierten Stelle .7 und die Kodes der Kategorie T00 bis T05. Die einzelnen Läsionen werden als Nebendiagnosen gelistet.

Hingegen ist im Falle eines Polytraumas, bei dem eine Läsion eindeutig schwerwiegender ist als die anderen Verletzungen, nicht der Kode «multipel» zu verwenden, sondern die dominierende Läsion als Hauptdiagnose zu verschlüsseln. Folgende Läsionen gelten als schwerwiegend:

- Traumatische innere Verletzungen
- Intrakranielle Läsionen
- Intrakranielle Blutungen
- Offene Frakturen

Die weiteren, weniger gravierenden Verletzungen, werden als Nebendiagnosen angegeben.

Beispiel: ein Patient weist aufgrund eines Sturzes von der Treppe eines Restaurants eine Doppelfraktur am linken Unterarm und eine Verstauchung des linken Daumens auf Hauptdiagnose S52.4 «Fraktur des Ulna- und Radiusschaftes, kombiniert», Nebendiagnose S63.6 «Verstauchung und Zerrung eines oder mehrerer Finger». Selbstverständlich wird auch der Grund für die Verletzungen angegeben: Zusatz zur Hauptdiagnose W10.5 «Sturz auf oder von Treppen oder Stufen, Gewerbe- und Dienstleistungseinrichtungen».

Bemerkung: bei einem schwerwiegenden Polytrauma (mehrere Läsionen, die als gravierend eingestuft werden), ist der Begriff des Polytraumas entscheidend, selbst dann, wenn eine Läsion die anderen dominiert. In einem solchen Fall sollte ein Kode für multiple Verletzungen der Kategorie T für die Hauptdiagnose gewählt und die einzelnen Läsionen als Nebendiagnosen verschlüsselt werden. Diese Variante sollte vorzugsweise von den Traumatologen verwendet werden, weil in solchen Fällen das klinische Urteil entscheidend ist.

Bemerkungen zu den Kodes für multiple Verletzungen:

Gleiche Typen von Verletzungen, die in der **gleichen Körperregion** lokalisiert sind, werden durch die .7 Stelle der Kodes der Kategorien beginnend mit S bezeichnet (z. B. S72.7 «Multiple Frakturen des Femurs»,

Unterschiedliche Typen von Verletzungen, die in der **gleichen Körperregion** lokalisiert sind, werden durch die vierte Stelle .7 der entsprechenden letzten Kategorie jeder Gruppe der Sektion S bezeichnet (z. B. S09.7 «Multiple Verletzungen des Kopfes», S19.7 «Multiple Verletzungen des Halses»),

Verletzungen des gleichen Typs an mindestens zwei Körperregionen werden durch die Codes T00.- bis T07.- «Verletzungen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen (T00-T07)» bezeichnet.

G11.A.10 Chronische Krankheiten mit akutem Schub

In Fällen, in denen eine chronische Erkrankung eine Verschlimmerung aufweist und in denen kein spezifischer Kode für diese Situation existiert, sollte der Schub der Krankheit als Hauptdiagnose kodiert werden, weil dieser der Grund für die Hospitalisierung ist, die sonst nicht erforderlich wäre. Der chronische Status wird als Nebendiagnose angegeben.

Beispiel: eine 40jährige Patientin mit bekannter chronischer Cholezystitis bei Lithiasis, die wegen eines akuten Schubes hospitalisiert wird. Hauptdiagnose K80.0 «Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis», Nebendiagnose K80.1 «Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis».

G11.A.11 Personen, die ohne aktuelle Erkrankungen hospitalisiert sind

Die Kodes des Kapitel XXI des systematischen Verzeichnisses (Z00 bis Z99) beschreiben die Gründe für die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens, die nicht auf Krankheitszuständen, Verletzungen oder Vergiftungen basieren (ICD-10, Band 1, Kapitel XXI). Dies kann der Fall sein, wenn ein Patient aus einem bestimmten Grund hospitalisiert wird wie z. B. wegen einer Impfung, einer Untersuchung, Entfernung eines Fixateur externe, Alkoholentziehungskur, Rekonvaleszenz etc., aber auch in Fällen, wo bestimmte Umstände den Gesundheitszustand einer betroffenen Person beeinflussen wie z. B. ein schwieriges soziales Umfeld, Überanstrengung, Status nach Operation, Status nach Radiotherapie etc.

Diese Kodes werden als Hauptdiagnose verwendet, wenn der Hospitalisierungsgrund die erwähnten Zustände sind (siehe auch den Abschnitt «Zustand nach»).

G11.A.12 Die 5. Stelle

Die 5. Stelle ermöglicht es, klinische Informationen genauer zu kodieren. Man findet sie in drei Kapiteln der ICD-10, in den Kapiteln XIII (Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes), XIX (Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äusserer Ursachen) und XX (Äussere Ursachen von Morbidität und Mortalität). Die notwendigen Informationen bezüglich der Bedeutung der 5. Stelle werden am Anfang des Kapitels beziehungsweise der entsprechenden Kategorien beschrieben.

➢ **Kapitel XIII.** In diesem Kapitel bietet die 5. Stelle die Möglichkeit, die Lokalisation der Pathologie (Information Band 1, Kapitel XIII, Abschnitt «Lokalisation der Muskel-Skelett-Beteiligung») anzuzeigen. Achtung! Einige Kategorien sind andersartig unterteilt, es handelt sich dabei um die Binnenschädigung des Knies (Band 1, Kategorie M23), die Erkrankungen der Wirbelsäule und des Rückens (Band 1, Kategorien M40-M54) und der «biomechanischen Funktionsstörungen anderenorts nicht klassifiziert» (Band 1, Kategorie M99).

Beispiel: ein Patient, der an einer Spontanruptur der Achillessehne leidet: M66.37 «Spontanruptur von Beugesehnen, Knöchel und Fuss».

➢ **Kapitel XIX.** In diesem Kapitel erlaubt die 5. Stelle, die offenen von den geschlossenen Frakturen und bei den inneren Verletzungen zwischen offenen und geschlossenen Wunden zu unterscheiden (die 5. Stelle 0 entspricht den geschlossenen Verletzungen und die 5. Stelle 1 bezeichnet die offenen Läsionen).

Beispiel: offene Fraktur der femoralen Diaphyse: S72.31 «offene Fraktur des Femurschaftes».

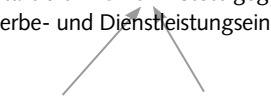
Beispiel: Contusio cerebri ohne offene Wunde: S06.20 «Diffuse Hirnverletzung ohne offene intrakranielle Wunde».

➢ **Kapitel XX.** Das Kapitel XX weist zwei unterschiedliche Unterteilungen auf: die erste betrifft die Kategorien W00-Y34 (ausser Y06.- und Y07.-) und bezieht sich auf die 4. Stelle. Mit der 4. Stelle kann der Ort des Ereignisses angegeben werden. (Bemerkung: die Kategorien V01-V99

haben eine eigene Unterteilung). Eine zweite Unterteilung bezieht sich auf die 5. Stelle. Damit kann die Art der Aktivität, die der Patient während des Ereignisses ausübte, angegeben werden. Diese Unterteilung wird in Verbindung mit den Kategorien V01-Y34 verwendet.

Die Angabe der 5. Stelle ist empfohlen, wenn diese wichtige klinische und/oder epidemiologische Informationen liefert (z. B. Folgen von Operationen, Komplikationen). **Achtung!** Die Anzeige der 5. Stelle darf nicht mit derjenigen der 4. Stelle verwechselt werden!

Beispiel: ein Patient wird nach einem heftigen Zusammenstoss mit seinem Arbeitskollegen im Büro hospitalisiert: W51.52 «Stoss gegen oder Zusammenprall mit einer andere(n) Person, in einer Gewerbe- und Dienstleistungseinrichtung, bezahlte Arbeit (ungelernt) (gelernt)».



Bemerkung: für die gültigen dreistelligen Kodes, Gemäss den WHO-Regeln muss die 5. Stelle bei dreistelligen Kodes ihre Position behalten und das X ist an der 4. Stelle einzusetzen (Band 2, Kapitel 2.4.5, erster Paragraph: «[…]. Für nicht unterteilte 3-stellige Kategorien wird empfohlen, die 4. Stelle mit einem X auszufüllen, damit die Schlüsselnummern für die Datenverarbeitung eine Standardlänge haben.»).

Beispiel: T10.X0 «Fraktur der oberen Extremität, Höhe nicht näher bezeichnet, geschlossen».

Beispiel: Patient mit einer Spondylarthritis ankylosans auf Höhe der Brustwirbel: M45.X4 «Spondylitis ankylosans, Thorakalbereich».

G11.A.13 Komplikationen

G11.A.13.g Allgemeines

Eine Komplikation ist ein Ereignis oder ein Umstand, wodurch der durchschnittliche Ablauf einer Erkrankung, eines ärztlichen Eingriffs oder eines natürlichen Vorgangs (z. B. Geburt) gestört werden kann. Diese Komplikation kann sich zu einem eigenständigen diagnostischen und therapeutischen Problem entwickeln (Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 259. Auflage, de Gruyter).

Die meisten Kapitel des systematischen Verzeichnisses der ICD-10 enthalten spezifische Kodes für Pathologien, welche Folgen von medizinischen oder chirurgischen Eingriffen darstellen. Einige Komplikationen wie beispielsweise postoperative Pneumonien oder Lungenembolien werden von der Klassifikation nicht als eigenständige Zustände betrachtet und können aus diesem Grund nicht mit speziellen Kodes kodiert werden.

Darüber hinaus gibt es im Kapitel XIX die Kategorien T80 bis T88, die postinterventionelle Komplikationen beschreiben. Diese Kodes bezeichnen im Allgemeinen systemische Komplikationen oder solche allgemeiner Art (so z.B. Infektionen) oder solche, die durch Implantate oder Prothesen verursacht oder durch Amputationen, Transplantate etc. hervorgerufen werden. Gewisse Komplikationen werden durch selbst explizite Kodes bezeichnet, die nicht zum Kapitel XIX (S- und T-Kodes) gehören. Beispiel: ein Patient der zur Revision eines intestinalen Stomas mit Prolaps hospitalisiert wird. Hauptdiagnose: K91.4 «Funktionsstörung nach Kolostomie oder Enterostomie».

G11.A.13.d. Kodierregeln

G11.A.13.d.1 Komplikation als Hautdiagnose

Der Kode, der einer Komplikation entspricht, muss dann als Hauptdiagnose angegeben werden, wenn der Patient ausdrücklich wegen dieser Komplikation hospitalisiert wurde. In diesem Zusammenhang muss die äussere Ursache (ein Kode der Kategorien Y60 bis Y84) als Zusatz zur Hauptdiagnose angegeben werden. In allen anderen Fällen wird die Komplikation zur Nebendiagnose angegeben, auch wenn sie sich letztlich als gravierender erweist als die Pathologie, auf welche sie zurückzuführen ist.

Beispiel: ein Patient, der zur Revision des Herzschrittmachers, der sich verlagert hat, hospitalisiert wird: Hauptdiagnose T82.1 «Mechanische Komplikation durch ein kardiales elektronisches Gerät», Zusatz zur Hauptdiagnose Y83.8 «Sonstige chirurgische Massnahmen».

G11.A.13.d.2 Komplikation als Nebendiagnose

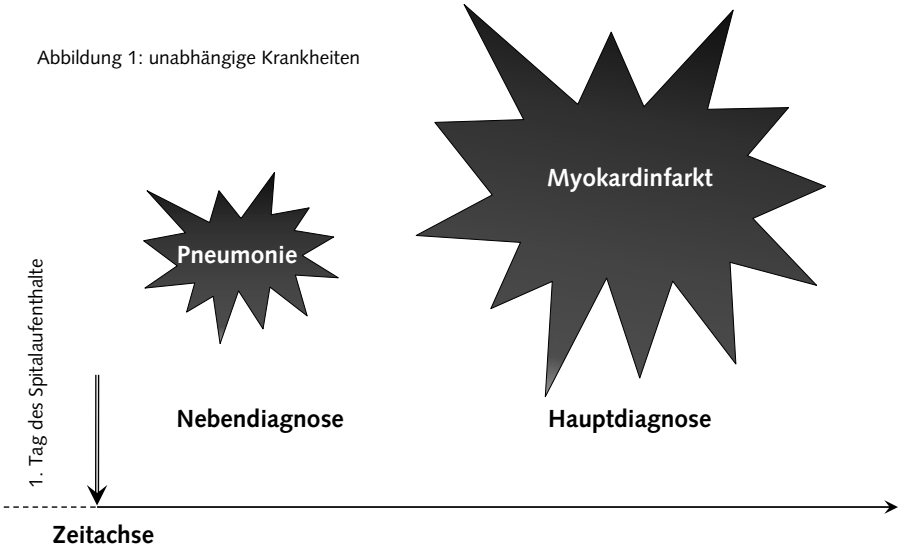
Tritt eine Komplikation während des Spitalaufenthaltes auf, wird sie als Nebendiagnose kodiert.

Beispiel: Bei einem Patienten, der sich wegen eines Zökumkarzinoms einer Hemikolektomie rechts unterzogen hat, tritt drei Tage nach dem Eingriff eine Dehiszenz der Hautnaht auf. Hauptdiagnose C18.0 «Bösartige Neubildung des Dickdarmes, Zökum», Nebendiagnose T81.3 «Aufreissen der Operationswunde, anderenorts nicht klassifiziert», Nebendiagnose Y83.3 «Chirurgischer Eingriff mit Anlegung eines äusseren Stomas».

Als Komplikation gilt jede Affektion, die im Zusammenhang mit jener/jenen Leiden auftritt, welche ursprünglich eine bzw. mehrere Behandlung/en erforderlich machte/n. Ein Leiden, das sich unabhängig entwickelt, wird nicht als Komplikation, sondern als eigenständige zweite Affektion betrachtet und kann daher je nach Schweregrad eventuell als Hauptdiagnose angegeben werden.

Beispiele unabhängiger Erkrankungen: Ein Patient wird aufgrund einer Streptokokken-Bronchopneumonie ins Krankenhaus eingeliefert und erleidet während seines Aufenthalts einen transmuralen Myokardinfarkt der Vorderwand. Hier geht es um zwei verschiedene Affektionen, die nichts miteinander zu tun haben. Da der Myokardinfarkt die schwerere Affektion darstellt, wird er als Hauptdiagnose kodiert (Abb. 1).

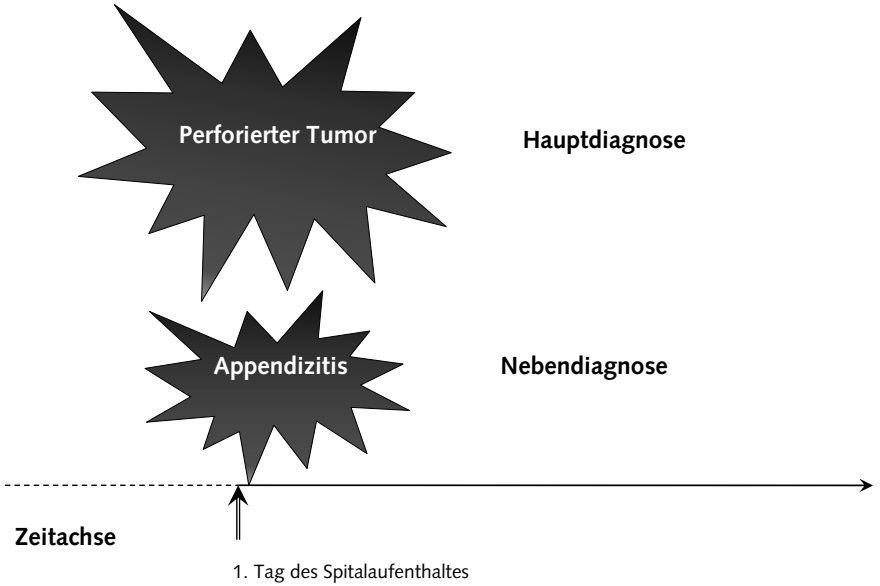
Abbildung 1: unabhängige Krankheiten



Hauptdiagnose I21.0 «Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand», Nebendiagnose J13 «Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae».

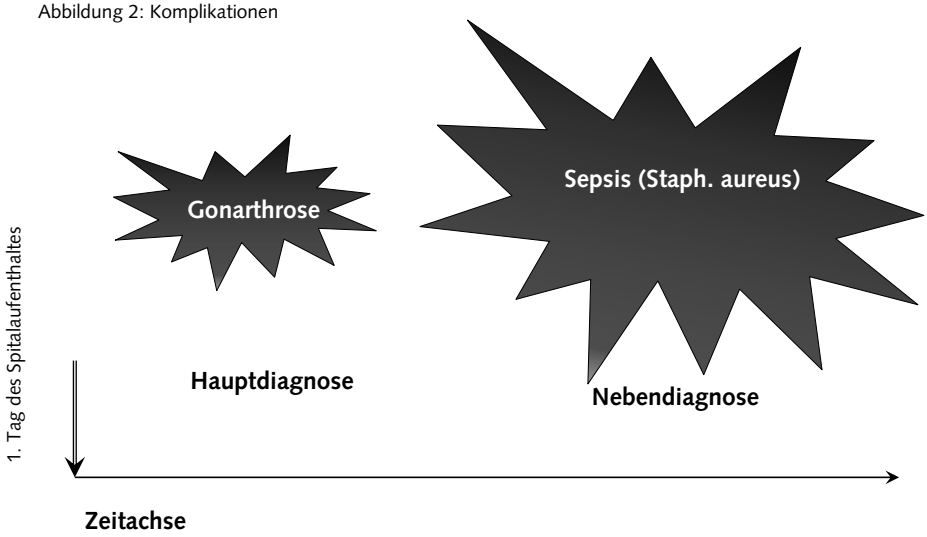
Anzumerken gilt noch, dass im Falle unabhängiger Affektionen der Zeitpunkt des Auftretens kaum eine Rolle spielt. Wie nachstehendes Beispiel zeigt, können sich Affektionen durchaus gleichzeitig manifestieren resp. diagnostiziert werden (Abb. 1b): Ein Patient wird wegen Appendizitis notfallmässig eingeliefert. Während der Operation wird ausserdem ein perforierender Tumor der Appendix entdeckt. Die histopathologische Untersuchung zeigt die Bösartigkeit des Tumors. Es wird sofort eine Chemotherapie eingeleitet. Hauptdiagnose C18.1 «Bösartige Neubildungen des Dickdarmes, Appendix vermiformis», Nebendiagnose K35.0 «Akute Appendizitis mit diffuser Peritonitis».

Abbildung 1b: gleichzeitig auftretende unabhängige Krankheiten



Beispiel für eine Komplikation: Einem Patienten wird aufgrund beidseitiger primärer Gonarthrose eine Knieprothese implantiert. Sein Zustand verschlechtert sich infolge der Infektion der Prothese mit nachfolgender Sepsis durch Staphylococcus aureus. Zweifellos wiegen die Komplikation und ihre Behandlung deutlich schwerer als die ursprüngliche Affektion. Doch trotz ihrer Schwere wird die Sepsis als Nebendiagnose kodiert (Abb. 2).

Abbildung 2: Komplikationen



Hauptdiagnose M17.0 «Primäre Gonarthrose, beidseitig», Nebendiagnosen A41.0 «Sepsis durch Staphylococcus aureus», T84.5 «Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese», Y83.1 «Chirurgischer Eingriff mit Implantation eines künstlichen inneren Geräts».

Zum Auffinden des korrekten Kodes muss im alphabetischen Verzeichnis, unter dem Leitbegriff «Komplikation (bei) (durch) (nach) (wegen)» gesucht werden und anschliessend die Richtigkeit im systematischen Verzeichnis überprüft werden. Wenn kein angemessener oder spezifischer Kode existiert, der die Komplikation als solche bezeichnet – dies trifft auf die pulmonalen Embolien zu – wird die Pathologie mit dem üblichen Kode angegeben.

Zusammenfassung

Wenn die Hauptdiagnose aus dem Kapitel XIX (T80.- bis T88.-) stammt, z.B. T84.5 «Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese», ist die Angabe der äusseren Ursache als Zusatz zur Hauptdiagnose obligatorisch (Kategorien Y60 bis Y84).

Wenn die Hauptdiagnose einem Kode entspricht, der nicht aus dem Kapitel XIX stammt, z. B. K91.3 «Postoperativer Darmverschluss, anderenorts nicht klassifiziert» oder I26.9 «Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale», ist die Angabe der äusseren Ursache nicht obligatorisch.

Wenn die Komplikation während der gleichen Hospitalisierung auftritt, wird sie als Nebendiagnose angegeben, auf die ein Kode für die äussere Ursache folgt (sofern der Kode der Komplikation aus dem Kapitel XIX stammt).

G11.B Allgemeine Regeln zur Kodierung der Prozeduren

G11.B.1 Laparoskopische und arthroskopische Eingriffe

Es gibt spezifische Kodes mit denen bestimmte Eingriffe, die laparoskopisch durchgeführt werden, kodiert werden können, so z. B. eine Cholezystektomie durch Laparoskopie, die durch den Kode 51.23 bezeichnet wird. Dennoch wird die Mehrzahl der endoskopischen Eingriffe nicht durch einen solchen spezifischen Kode beschrieben. In diesen Fällen wird der Kode für den konventionellen Eingriff zuerst kodiert gefolgt von dem entsprechenden Kode für die Endoskopie.

Beispiel: eine arthroskopisch durchgeführte Meniskusresektion: Hauptbehandlung 80.6 «Meniskektomie am Knie», weitere Behandlung 80.26 «Arthroskopie des Knies».

G11.B.2 Komplexe Operationen

Wenn es keinen spezifischen Kode gibt, der eine komplexe Operation beschreibt, welche aus mehreren unterschiedlichen Komponenten besteht, sollte jeder Kode angegeben werden, der die entsprechenden Komponenten beschreibt, wobei der bedeutendste Teil der Operation als Hauptbehandlung kodiert werden sollte.

Beispiel: ein Patient, der sich einer totalen Gastrektomie unterzieht mit Resektion des grossen Netzes und den lymphatischen Ganglien der Magenregion. Hauptbehandlung 43.99 «Sonstige totale Gastrektomie», weitere Behandlungen 40.3 «Exzision von regionalen Lymphknoten» und 54.4 «Exzision oder Destruktion von Peritonealgewebe».

Bemerkung: die operativen Zugänge oder Nähte am Ende der Prozedur werden nicht kodiert.

G11.B.3 Abgebrochene Operationen

Wenn eine geplante Operation aus irgendeinem Grund abgebrochen werden muss, wird nur der ausgeführte Teil der Operation kodiert. Ein Operationskode wird nur dann zugewiesen, wenn die Operation bis zum Ende durchgeführt wird!

G11.B.4 Diagnostische & therapeutische Massnahmen

Es sind hauptsächlich – aber nicht nur – die Kodes aus dem Kapitel 16 und teilweise aus dem Kapitel 00 der CHOP, die solche Massnahmen beschreiben. Sie müssen verwendet werden, wenn sie für die Beschreibung des Falles von Bedeutung sind.

Beispiel: ein Patient, der zur Gabe von Bluttransfusionen im Rahmen einer tumorbedingten Anämie hospitalisiert wird. Hauptbehandlung 99.03 «Sonstige Transfusion von Vollblut».

Jede Behandlung, die in der Roten Liste aufgeführt ist, muss zwingend angegeben werden (siehe Rote Liste, Anhang G11.B.4).

Übliche diagnostische Massnahmen wie z. B. eine Thoraxradiographie im Fall eines Patienten, der an einer Pneumonie leidet, werden nicht kodiert, weil diese Prozedur sich in einem solchen Fall von selbst versteht.

G11.B.5 Bilaterale Operationen

In all den Fällen, in denen die CHOP keinen speziellen Kode für eine beidseitige Operation enthält, wird der (gleiche) Kode zweimal verwendet: als Hauptbehandlung und als Nebenbehandlung. **Achtung! Es ist nicht möglich, die gleiche Operation mehr als zweimal zu kodieren.**

Beispiel: ein Varizenstripping an beiden Beinen. Hauptbehandlung 38.59 «Ligatur und Stripping von Varizen der unteren Extremität», weitere Behandlung 38.59 «Ligatur und Stripping von Varizen der unteren Extremität».

Zusammenfassung

Endoskopischer Eingriff	
Wenn vorhanden, den spezifischen Kode verwenden	andernfalls: 1. konventioneller Kode 2. Kode für Endoskopie
Komplexe Operationen	
Alle Kodes angeben, die den verschiedenen Komponenten entsprechen	
Abgebrochene Operationen	
Nur den ausgeführten Teil der Operation kodieren	
Diagnostische und therapeutische Massnahmen	
Die Kodes aus der Roten Liste angeben	
Beidseitige Operationen	
Zweimal den Kode angeben, wenn kein spezifischer Kode für eine bilaterale Operation existiert	

Spezielle Kodierregel

S01 Infektiöse und parasitäre Krankheiten

S01.g Allgemeines

Infektiöse Krankheiten werden im Kapitel I der ICD-10-Klassifikation aufgeführt («Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten», Kodes A00-B99). Als infektiöse Krankheiten werden Krankheiten, die allgemein als ansteckend oder übertragbar anerkannt sind, verstanden.

Aus diesem Kapitel ausgeschlossen sind:

- Keimträger oder -ausscheider, einschliesslich Verdachtsfälle (Z22.-),
- Bestimmte lokalisierte Infektionen, welche in den Organkapiteln zu finden sind,
- Infektiöse und parasitäre Krankheiten, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren [ausgenommen Tetanus und HIV-Krankheiten, in diesem Zeitabschnitt] (O98.-),
- Infektiöse und parasitäre Krankheiten, die spezifisch für die Perinatalperiode sind [ausgenommen Tetanus neonatorum, Syphilis connata, perinatale Gonokokkeninfektion und perinatale HIV-Krankheit] (P35-P39),
- Grippe und sonstige akute Infektionen der Atemwege (J00-J22).

S01.d.1 SIRS – Bakteriämie – Sepsis

S01.d.1A Definitionen

SIRS (Systemic Inflammatory Response Syndrome): SIRS ist ein Sammelbegriff für eine systemische Entzündungsreaktion nichtinfektiöser oder nicht gesichert infektiöser Ursache, charakterisiert durch mindestens 2 der folgenden Symptome: Körpertemperatur > 38,0°C oder < 36,0°C; Herzfrequenz > 90/min; Atemfrequenz > 20/min; Leukozyten >12000/mm^3 oder < 4000/mm^3.

Bakteriämie: eine Bakteriämie bedeutet Vorhandensein von Bakterien im Blut ohne Sepsis-Symtome.

Sepsis: eine klinisch und / oder mikrobiologisch nachgewiesene Infektion mit systemischer Streuung und den oben erwähnten Symptomen (unter SIRS).

Im Verlauf einer schweren Sepsis können verschiedene Organversagen auftreten: kardiovaskulär (septischer Schock), renal, respiratorisch, hepatisch, Koagulopathie, ZNS.

S01.d.1C Kodierregeln

SIRS wird mit R50.1 verschlüsselt.

Bakteriämien werden mit dem Kode A49.9 verschlüsselt.

Sepsis wird gemäss dem verursachenden Keim mit einem Kode der Kategorie A40.- bzw. A41.- kodiert.

Beispiel: Patient hospitalisiert wegen einer Sepsis mit Staphylococcus aureus und Pneumonie. Hauptdiagnose A41.0 «Sepsis durch Staphylococcus aureus», Nebendiagnose J15.2 «Pneumonie durch Staphlokokken».

Bemerkung! Beachten Sie bei diesen zwei Kategorien die zahlreichen Exklusiva. Sepsis durch andere spezifische Keime, Sepsis im Rahmen von Abort, Schwangerschaft, medizinischen und chirurgischen Massnahmen und bei Neugeborenen werden von Kodes anderer Kategorien verschlüsselt.

Beispiel: Neugeborenes mit einer Staphylococcus-aureus-Sepsis. Hauptdiagnose P36.2 «Sepsis beim Neugeborenen durch Staphylococcus aureus».

Beispiel: 18-jähriger Patient, der notfallmässig wegen einer akuten Meningokokkensepsis ins Spital eingewiesen wird. Hauptdiagnose A39.2 «akute Meningokokkensepsis».

Die Urosepsis: ein urinöses Fieber (Urosepsis) sollte gemäss das alphabetische Verzeichnis der ICD-10 mit N39.0 «Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet» kodiert werden. Dies entspricht jedoch nicht der klinischen Realität und somit wird Urosepsis als A41.x (je nach Erreger) und N39.0 als Nebendiagnose kodiert.

Bemerkung! Falls ein Patient wegen einer Sepsis im Rahmen einer Agranulozytose hospitalisiert wird, soll die Sepsis als Hauptdiagnose und die Agranulozytose als Nebendiagnose kodiert werden. Wenn der Patient bereits hospitalisiert ist und die Sepsis sich als Komplikation einer Behandlung erweist, werden beide Kodes als Nebendiagnosen in der gleichen Reihenfolge wie oben angegeben.

Beispiel: Patientin wird wegen Staphylococcus aureus Sepsis im Rahmen einer Agranulozytose notfallmässig hospitalisiert. Hauptdiagnose A41.0 «Sepsis durch Staphylococcus aureus», Nebendiagnose D70 «Agranulozytose».

Beispiel: Patient, welcher wegen einer Chemotherapie im Rahmen eines kleinzelligen Bronchuskarzinomes (Lokalisation Hauptbronchus) hospitalisiert ist, und eine Candida-Sepsis entwickelt. Hauptdiagnose Z51.1 «Chemotherapie-Sitzung wegen bösartiger Neubildung», 1. Nebendiagnose C34.0 «bösartige Neubildung des Hauptbronchus», 2. Nebendiagnose B37.7 «Candida-Sepsis» und 3. Nebendiagnose D70 «Agranulozytose».

Bei schwerer Sepsis sind Komplikationen, insbesondere ein Schock zusätzlich zu kodieren.

S01.d.2 Folgezustände von infektiösen Krankheiten (B90 – B94)

Diese Kategorien dürfen nicht als Hauptdiagnose verwendet werden, sondern nur als Nebendiagnose. Sie präzisieren, dass eine aktuelle Krankheit ein Folgezustand einer früheren Krankheit ist, wobei letztere (die ehemalige Infektion) derzeit weder behandlungs- noch untersuchungsbedürftig ist. Als Hauptdiagnose ist der Kode zu verwenden, der die Art des Folgezustandes beschreibt (WHO, Band II, Kapitel 4.4.2).

Beispiel: Patient mit Hornhautvernarbung nach einer Conjunctivitis trachomatosa. Hauptdiagnose H17.8 «Sonstige Hornhautnarben und -trübungen», Nebendiagnose B94.0 «Folgezustände des Trachoms».

S01.d.3 Keimträger (Z22.-)

Als Keimträger bezeichnet werden Patienten, bei welchen sich nach einer akuten Krankheitsphase weiterhin Keime im Blut befinden. Dabei zeigen die Patienten keine Symptome mehr, bleiben aber infektiös. Kodes der Kategorien Z22.- dürfen nur als Nebendiagnose angegeben und nur dann zugewiesen werden, wenn die Behandlung dadurch beeinflusst wird.

S01.d.4 Krankheiten aufgrund HIV

S01.d.4A Allgemeines

HIV-Krankheit und HIV-assozierte Pathologien werden durch Kodes der Kategorien B20-B24 beschrieben. Dazu gibt es zwei weitere Kodes, die Zustände im Rahmen von HIV- (oder vermutlichen HIV-) Infektionen beschreiben, nämlich R75 und Z21.

S01.d.4C Kodierung der HIV-Krankheit (B20 – 24; R75; Z21)

B20-B24
Bei HIV-Patienten, welche wegen multipler Krankheiten hospitalisiert sind, soll beachtet werden, ob eine Krankheit in ihrer Schwere die anderen überwiegt. Wenn nicht, dann wird als Hauptdiagnose ein Kode mit der Angabe «multipel» angegeben.

Beispiel: HIV-Patient hospitalisiert wegen einer Tuberkulose und einem Kaposi-Sarkom. Hauptdiagnose B22.7 «Mehrere anderenorts klassifizierte Krankheiten infolge HIV-Krankheit», Nebendiagnosen B20.0 «Mykobakterielle Infektionen infolge HIV-Krankheit» und B21.0 «Kaposi-Sarkom infolge HIV-Krankheit».

Ansonsten wird als Hauptdiagnose derjenige Zustand gewählt, der am schwerwiegendsten ist.

Beispiel: HIV-Patient hospitalisiert wegen eines immunoblastischen Lymphoms (diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom). Er leidet auch an Mund-Soor. Hauptdiagnose B21.2 «Sonstige Typen des Non-Hodgkin-Lymphoms infolge HIV-Krankheit», Nebendiagnose B20.4 «Kandidose infolge HIV-Krankheit».

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.

Z21 «Asymptomatische HIV-Infektion [Humane Immundefizienz-Virusinfektion]»
Der Kode Z21 wird für Patienten verwendet, die mit dem HIV-Virus infiziert sind, bei denen aber Krankheitssymptome noch nicht manifest sind. Dieser Kode muss als Nebendiagnose angegeben werden und nur dann, wenn diese Diagnose den aktuellen Aufenthalt beeinflusst.

Hospitalisierungen wegen Komplikationen der anti-retroviralen Therapie
Die anti-retroviralen Therapien sind häufig mit Nebenwirkungen und Komplikationen verbunden. Wird die Hospitalisierung zur Behandlung dieser Komplikation veranlasst, wird letztere als

Hauptdiagnose angegeben. Die Tatsache, dass der Patient HIV-Träger ist, wird mit dem Kode Z21 als Nebendiagnose angegeben.

Beispiel: HIV-Patient mit Tri-Therapie-Behandlung und wegen einer Polyneuropathie hospitalisiert. Hauptdiagnose G62.0 «Arzneimittelinduzierte Polyneuropathie», Nebendiagnose Z21 «Asymptomatische HIV-Infektion [Humane Immundefizienz-Virusinfektion]».

S01.d.5 Echter Krupp – Pseudokrupp – Kruppsyndrom

Die Kodierung des echten Krupps bzw. Pseudokrupps wirft Probleme auf, weil das alphabetische Verzeichnis der verschiedenen Sprachversionen der ICD-10 jeweils nicht denselben Kode bezeichnet.

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 Krupp, der spastische Krupp, der bakterielle Krupp sowie der echte Krupp (diphtherischer Krupp) und der falsche Krupp (Pseudokrupp).

Nach Meinung der Kinderärzte sollte daher wie nachstehend angegeben kodiert werden:

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

Da der Pseudokrupp ein in der Pädiatrie sehr häufiges Kruppsyndrom ist, empfiehlt es sich, ihn durch eine spezifische Kodierung zu unterscheiden, auch wenn er viralen Ursprungs sein sollte.

Diese Kodierung deckt sich mit der deutschsprachigen Version des ICD-10. In der französischen Version findet sich der Pseudokrupp (faux croup) unter J05.0, was nur dann zutrifft, wenn es sich um viralen Krupp handelt.

S01.d.6 Infektiöse Gastroenteritis

A04.- – A08.-:	Bezeichnen Infektionen des Magen-Darm-Traktes mit genau bezeichnetem Erreger.
A09:	Wird bei vermutetem infektiösem Ursprung einer Gastroenteritis verwendet.
K52.9	Nicht infektiöse Gastroenteritiden werden mit Kodes der Kategorie K52.- kodiert.

S01.d.7 Kategorien B95-B97

Die Kategorien B95-B97 «Bakterien, Viren und sonstige Infektionserreger» dürfen nicht als Hauptdiagnose, sondern nur als Nebendiagnose angegeben werden. Sie dienen dazu, den Infektionserreger von Krankheiten zu präzisieren, die ausserhalb des Kapitels I klassifiziert sind.

Beispiel: Harnwegsinfekt durch Pseudomonas aeruginosa. Hauptdiagnose N39.0 «Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet», Nebendiagnose B96.5 «Pseudomonas (aeruginosa) (mallei) (pseudomallei) als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind».

S02 Onkologie, die Kodierung von Tumoren

S02.g Allgemeines

In der Klassifikation ICD-10 gibt es zwei Systeme, um Tumoren zu kodieren: eine Klassifizierung nach der Lokalisation und eine Klassifizierung nach der Morphologie. Die Kodes der beiden Systeme sind grundlegend unterschiedlich aufgebaut.

- Die Kodierung nach der Lokalisation entspricht der klassischen ICD-10-Struktur X99.99 (C00.0–D48.9).
- Die Kodierung nach der Morphologie erfolgt in der Struktur X9999/9 (M8000/0–M9989/1). Die morphologischen M-Kodes sind fünfstellig: Die ersten vier Stellen kennzeichnen den histologischen Typ der Neubildung, die fünfte Stelle (nach dem Schrägstrich) bezeichnet den Malignitätsgrad (0 = gutartig [benigne]; 1 = unsicher, ob gutartig oder bösartig; 2 = Carcinoma in situ; 3 = bösartig [maligne], Primärsitz; 6 = bösartig [maligne], Metastase; 9 = bösartig [maligne], unsicher, ob Primärsitz oder Metastase). Ein Nebennierenrindenadenom bekommt nach dieser Systematik den Kode M8370/0, ein Nebennierenrindenkarzinom den Kode M8370/3.

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

Es wird auch eine Erhebung der Tumoren nach ihrer Morphologie durchgeführt, aber diese Kodierung interessiert insbesondere die pathologischen Institute und Krebsregister. Es ist erlaubt für eigene Unterlagen die Tumormorphologie mitzukodieren, diese Kodes gehören jedoch nicht zum Datensatz für die medizinische Statistik und sind dementsprechend nicht mit zu exportieren und dem BFS zu übermitteln.

S02.g.1 Wie werden diese Kodes gesucht?

Die Kodes werden im alphabetischen Verzeichnis unter dem Begriff «Neubildungen» gesucht. Dort befindet sich eine Tabelle, in der die Kodes nach der Lokalisation des Tumors klassiert sind.

Diese Tabelle zeigt die Kodes der topographischen Klassifikation der Tumoren. Jeder Lokalisation entsprechen im Allgemeinen fünf (manchmal vier) mögliche Kodes entsprechend der Malignität und der Art des Tumors. Es ist selbstverständlich auch möglich, den Kode im alphabetischen Verzeichnis unter seinem histologischen oder morphologischen Namen zu suchen, dort wird jedoch nur in seltenen Fällen direkt auf einen Kode aus dem Kapitel II (z. B. Melanom (maligne)) verwiesen, sondern fast immer auf die Tabelle «Neubildungen».

	bösartig		in situ	gutartig	unsicherer oder unbekannter Charakter
	primär	sekundär			
Neubildung					
– Bauch, Eingeweide.	C76.2	C79.8	D09.7	D36.7	D48.7
– – Höhle	C76.2	C79.8	D09.7	D36.7	D48.7
– – Organe	C76.2	C79.8		D36.7	D48.7
– – Wand	C44.5	C79.2	D04.5	D23.5	D48.5
– Becken	C76.8	C79.8		D36.7	D48.7
– Akromion	C40.0	C79.5		D16.0	D48.0

1. Suche nach der Lokalisation

2. Suche nach dem Kode entsprechend Malignitätsgrad und Art des Tumors

Beispiel: Chondrosarkom des Akromion. Die Suche erfolgt dann 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.

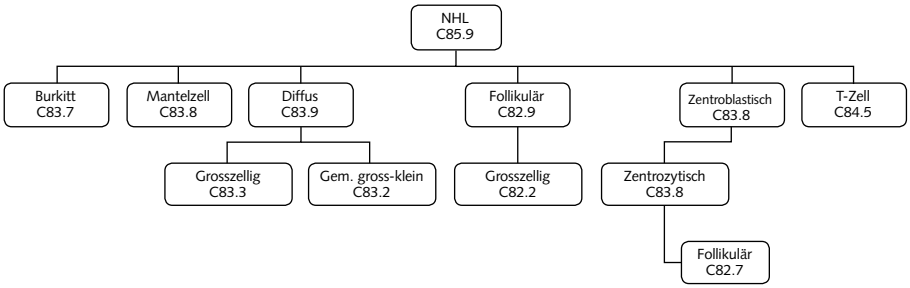
S02.g.1A Ausnahme

Die Primärtumoren des hämatopoetischen und des lymphatischen Systems (Lymphome, Leukämien) werden nicht nach der Lokalisation kodiert, sondern nach der Morphologie und finden sich aus diesem Grund nicht in der Tabelle der Neubildungen.

Beispiel: akute lymphoblastische Leukämie: C91.0.

Gut- und bösartige Pathologien, die nach ihrer morphologischen Bezeichnung klassifiziert werden: siehe dazu Anhang S02

Das folgende Schema zeigt die häufigsten Formen maligner Non-Hodgkin-Lymphome:



S02.d Kodierregeln

S02.d.1 Tumor

Ein Tumor wird dann als Hauptdiagnose kodiert, wenn

er der **Grund für die Hospitalisation mit entsprechender Behandlung** ist, unabhängig davon, ob es sich um einen Primärtumor oder eine Metastase handelt.

Wenn zum Beispiel der Grund für die Hospitalisation in der Behandlung einer Metastase besteht, wird diese als Hauptdiagnose angegeben und der Primärtumor als Nebendiagnose.

Beispiel: Ein Patient wird zur Exzision einer Hautmetastase eines Nierenkarzinoms hospitalisiert. Hauptdiagnose C79.2 «Sekundäre bösartige Neubildung der Haut»; Nebendiagnose C64 «Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken».

Bemerkung! Der Tumor wird nur angegeben, wenn er noch aktuell ist. Wenn der Primärtumor in einer früheren Hospitalisation entfernt wurde, sollte ein Kode der Kategorie Z85 «Bösartige Neubildung in der Eigenanamnese» angegeben werden.

Beispiel: Ein Patient wird sechs Monate nach Resektion eines Adenokarzinoms des Kolons zur Resektion einer Lebermetastase dieses Tumors hospitalisiert. Hauptdiagnose C78.7 «Sekundäre bösartige Neubildung der Leber», Nebendiagnose Z85.0 «Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane in der Eigenanamnese».

S02.d.2 Rezidive

Wenn ein Patient zur Behandlung eines Tumorrezidivs hospitalisiert wird, wird der Tumor nochmals als solcher kodiert, weil es keinen spezifischen Kode für Tumorrezidive gibt. Um die Information zu vervollständigen, wird der früher bestehende Tumor als Nebendiagnose angegeben.

Beispiel: Eine Patientin wird drei Jahre nach Resektion eines Mammakarzinoms (Karzinom befand sich im oberen lateralen Quadranten) zur Behandlung eines Rezidivs dieses Karzinoms hospitalisiert. Hauptdiagnose C50.4 «Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma], Oberer äusserer Quadrant der Brustdrüse», Nebendiagnose Z85.3 «Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma] in der Eigenanamnese».

S02.d.3 Komplikationen/Kontrolle

Wenn der Grund für die Hospitalisation die Komplikation eines Tumorleidens oder einer Therapie ist, wird die Komplikation als Hauptdiagnose angegeben und der Tumor oder seine frühere Existenz als Nebendiagnose. In der gleichen Weise ist vorzugehen, wenn der Grund für die Hospitalisation eine Kontrolluntersuchung ist.

Beispiel: Eine Patientin leidet an einem Lymphödem infolge einer Mastektomie wegen Mammakarzinoms. Hauptdiagnose I97.2 «Lymphödem nach Mastektomie», Nebendiagnose Z85.3 «Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma] in der Eigenanamnese».

Beispiel: Ein Patient wird zu verschiedenen Kontrolluntersuchungen nach Pneumonektomie und Chemotherapie wegen Bronchuskarzinoms hospitalisiert. Hauptdiagnose Z08.7 «Nachuntersuchung nach Kombinationstherapie wegen bösartiger Neubildung», Nebendiagnose Z85.1 «Bösartige Neubildung der Trachea, der Bronchien oder der Lunge in der Eigenanamnese».

S02.d.4 Therapie

Wird ein Patient hospitalisiert, um sich einer Chemo- oder Radiotherapie zu unterziehen, wird diese als Hauptdiagnose angegeben und der Tumor, respektive seine frühere Existenz, als Nebendiagnose. Muss die Hospitalisation zu diesem Zweck mehrfach wiederholt werden, muss bei jedem Aufenthalt in der gleichen Weise verfahren werden.

Beispiel: Patient mit einem Hodgkin-Lymphom mit lymphozytärer Prädominanz, Stadium I, wird zur Radiotherapie hospitalisiert. Hauptdiagnose Z51.0 «Strahlentherapiesitzung», Nebendiagnose C81.0 «Hodgkin-Krankheit [Lymphogranulomatose], Lymphozytenreiche Form».

S02.d.5 Sentinel-Lymphknoten

Bei Hospitalisation zur Exzision von Sentinel-Lymphknoten sollte wie folgt kodiert werden:

- Wenn keine Metastasen in den Lymphknoten vorkommen, wird der Kode Z12.8 verwendet, der anzeigt, dass es sich um ein spezielles Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen handelt.
- Wenn die Lymphknoten Metastasen enthalten, wird ein Kode der Kategorie C77 «Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Lymphknoten» angegeben, z. B. C77.3 «Axilläre Lymphknoten und Lymphknoten der oberen Extremität». Um anzuzeigen, dass der Primärtumor behandelt wurde, sollte ein Kode der Kategorie Z85 angegeben werden.

S02.d.6 Tumoren mit endokriner Aktivität

Alle Tumoren sind im Kapitel II klassifiziert, unabhängig von ihrer möglichen endokrinen Aktivität. Um eine solche Aktivität zu beschreiben, sollte bei Bedarf ein zusätzlicher Kode aus dem Kapitel IV verwendet werden.

Beispiel: bösartiges Phäochromozytom, das Katecholamin sezerniert. Hauptdiagnose C74.1 «Bösartige Neubildung der Nebenniere, Nebennierenmark»; Nebendiagnose E27.5 «Nebennierenmarküberfunktion».

S02.d.7 Besonderheiten der Lokalisation

S02.d.7A Primärlokalisation unbekannt

Der Kode C80 wird nur in den Fällen verwendet, in denen die primäre Lokalisation eines Tumors unbekannt bleibt. Diese Fälle werden meist dann festgestellt, wenn eine immunhistochemische Untersuchung einer oder mehrerer Lokalisationen ergeben hat, dass es sich sehr wahrscheinlich um Metastasen eines Primärtumors in einem anderen Organ handelt, und die Suche nach dem Primärtumor erfolglos bleibt.

S02.d.7B Multiple Lokalisationen

Der Kode C97 «Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen» wird dann als Hauptdiagnose angegeben, wenn ein Patient gleichzeitig an mehreren bösartigen Primärtumoren leidet und keiner von ihnen dominiert. Die Kodes der einzelnen Tumoren werden als Nebendiagnose angegeben.

S02.d.7C 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. Ein Tumor mit Beteiligung von zwei oder mehr Subkategorien ist mit dem Zusatz .8 zu kodieren, da diese Subkategorie Tumoren beschreibt, die mehrere Bereiche oder aneinander angrenzende Subkategorien überlappen.

Beispiel: Adenokarzinom, das sich vom Analkanal bis zum Rektum ausdehnt. Hauptdiagnose C21.8 «Bösartige Neubildung des Anus und des Analkanals; Rektum, Anus und Analkanal, mehrere Teilbereiche überlappend».

Ausnahme: Wenn es für einen überlappenden Tumor einen spezifischen Kode gibt.

Beispiel: Adenokarzinom, das sich vom Sigmoid bis zum Rektum erstreckt. C19 «Bösartige Neubildung am Rektosigmoid, Übergang».

S02.d.8 Besondere Anweisungen

S02.d.8A Mit # oder ◊ gekennzeichnete Kodes

Die in der Tabelle der Neubildungen im alphabetischen Verzeichnis mit # gekennzeichneten Lokalisationen sind wie folgt zu kodieren:

- als bösartiger Tumor der Haut, wenn es sich um ein spinozelluläres oder epidermoides Karzinom handelt
- als gutartiger Tumor der Haut, wenn es sich um ein Papillom handelt

Die in der Tabelle der Neubildungen im alphabetischen Verzeichnis mit ◊ gekennzeichneten Lokalisationen sind wie folgt zu kodieren:

- als bösartige Sekundärtumoren (Metastasen), es sei denn, sie sind intraossärer oder odontogener Natur

S02.d.8B Karzinoid-Syndrom / Paraneoplastisches Syndrom

Der Kode E34.0 «Karzinoid-Syndrom» wird nur in den Fällen als Hauptdiagnose verwendet, in denen die Hospitalisation zur Therapie des letzteren erfolgt. In den Fällen, in denen die Hospitalisation vorrangig dem Ziel dient, den Tumor selbst zu behandeln, wird dieser als Hauptdiagnose angegeben.

Auch für einige paraneoplastische Symptome gibt es eigene ICD-10-Kodes. So sind Anämien, die als Begleitsymptom einer Neubildung auftreten, mit D63.0* zu kodieren; dazu wird ein Tumor-Kode (C00–D48+) als †-Kode angegeben. Wenn ein Patient zur Behandlung dieser Anämie hospitalisiert wird, gelten die Regeln zur Kodierung von †/*-Paaren.

Zusammenfassung

Hauptdiagnose = Grund für die Hospitalisation, d. h.:	
• Primärtumor • Sekundärtumor • Rezidivierender Tumor • Komplikation	Gegenstand der Behandlung
• Chemotherapie/Radiotherapie	
• Kontrolluntersuchung(en)	
Nebendiagnose(n)	
• Neubildung existiert noch oder •Früher bestehender Tumor (in der Eigenanamnese, Z85.-)	

S04 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten

S04. Diabetes mellitus Typ I versus Typ II

S04.g.1 Allgemeines

Aus klinischer Sicht stellt die Klassifikation ICD-10 ein Problem bei der Kodierung des Diabetes mellitus dar, da sich die Titel der Kategorien E10.- und E11.- auf die Therapie, nicht auf den Typ des Diabetes beziehen. Welcher Kode ist nun zu vergeben, wenn der Fall eines Patienten mit einem Typ-II-Diabetes vorliegt, dessen Therapie aber in der Injektion von Insulin besteht? Hält man sich für die Kodierung an die Therapie und wählt dementsprechend den Kode E10.- «Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-I-Diabetes]»; oder soll man sich auf den Diabetestyp beziehen und mit E11.- «Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-II-Diabetes]» kodieren?

S04.g.2 Pathophysiologie

Die Klassifikation ICD-10 hat vor allem die Epidemiologie der Morbiditäten zum Ziel und basiert daher nicht auf einem therapeutischen Ansatz. Der Diabetes mellitus ist in fünf Kategorien E10.- bis E14.- unterteilt. Die Kategorie E10.- mit dem Titel «Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-I-Diabetes]» umfasst unter anderem den juvenilen Diabetes. Die Kategorie E11.- «Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-II-Diabetes]» beinhaltet unter anderem den Erwachsenendiabetes. Nach der Nomenklatur der WHO entspricht der Typ-I-Diabetes (IDDM) dem insulinabhängigen (juvenilen) Diabetes. Es handelt sich hier um einen Diabetes mit Insulinmangel, d.h. eine genetisch prädisponierte Form aufgrund einer Erschöpfung der Insulinsekretion. Die Therapie dieses Diabetestyps besteht in der Substitution von Insulin. Der Typ-II-Diabetes (NIDDM) oder nicht insulinpflichtige Diabetes mellitus (Erwachsenendiabetes, Patient in fortgeschrittenem Alter, familiäre Häufung) weist eine normale, entweder reduzierte

oder erhöhte, Insulinsekretion auf. In diesem Fall leidet der Patient also an einem relativen Insulinmangel, und die Therapie besteht nicht automatisch in der Injektion von Insulin, sondern eher in einer Diät oder in einer peroralen Gabe von Antidiabetika.

Im Dezember 1996 wurden an einer Konsultation der WHO unter Beteiligung der ADA (American Diabetes Association) die Kriterien für die Diagnosestellung und die Klassifikation des Diabetes und seiner Komplikationen überarbeitet. In Bezug auf die Klassifikation wurde in dieser Konferenz beschlossen, dass die Begriffe «Typ I» und «Typ II» angemessener als die diabetischen Bezeichnungen «insulinabhängig» und «nicht-insulinabhängig» sind, da die primäre Terminologie eher auf einem pathologischen als auf einem therapeutischen Ansatz basiert.

S04.d1 Allgemeine Kodierregeln

Mit E10.- sollte jeder Diabetes vom Typ I und mit E11.- jeder Diabetes vom Typ II kodiert werden. **Dies gilt auch in den Fällen, in denen Letztere insulinabhängig sind.**

Beispiel: Ein 75-jähriger Patient leidet an einem Typ-II-Diabetes (mit multiplen Komplikationen) und wird mit Insulininjektionen und oralen Antidiabetika behandelt.: Hauptdiagnose E11.7 «Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-II-Diabetes], mit multiplen Komplikationen».

Im Verlauf der Krankheit kann der Blutzuckerspiegel (Glykämie) starke Schwankungen aufweisen (Hyper- und Hypoglykämie). Diese Schwankungen sind jedoch nicht als Komplikationen zu klassifizieren, wie Azidose, Ketoazidose, Koma (4. Stelle 0 oder 1, zum Beispiel E11.1 «Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-II-Diabetes] mit Ketoazidose»). Um die oben genannten Komplikationen kodieren zu können, müssen diese vom Arzt explizit aufgeführt werden. Zu beachten ist, dass eine «einfache Dekompensation» ohne weitere Angabe mit der 4. Stelle .9 kodiert wird (z.B. E11.9 «Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-II-Diabetes] ohne Komplikationen»).

S04.d2 Malum perforans

Die Kodierung des diabetischen Malum perforans pedis birgt Probleme, da sich die verschiedenen Sprachversionen des ICD-10 in diesem Punkt als inkonsistent erweisen: Im alphabetischen Index der französischen Version stehen für das Malum perforans mit diabetischer Ursache die Kodes E10-E14 zur Verfügung mit .4 an der vierten Stelle. Im alphabetischen Index der deutschen Ausgabe findet die Ätiologie keine Berücksichtigung und es wird Kode L97 «Ulcus cruris, andernorts nicht klassifiziert» angegeben.

Bei dem diabetischen Malum perforans handelt es sich um ein tiefes Hautgeschwür an den Druckpunkten der Fussfläche (Ferse und Zehenballen). Die Ätiologie ist primär neurologisch mit einer sekundären vaskulären Komponente. Da die Schmerzempfindlichkeit des Patienten infolge einer diabetesbedingten Nervenschädigung (vegetative Neuropathie) herabgesetzt ist, spürt er eventuelle Hautläsionen nicht. Eine Infektion der Läsionen als erschwerender Umstand beruht zum Teil auf der reduzierten Durchblutung aufgrund des Diabetes (diabetische Mikroangiopathie).

In einem solchen Fall gelten folgende Regeln: In der Hauptdiagnose wird der Kode E10/E11.4+ «Diabetes mellitus […] mit neurologischen Komplikationen» angegeben; die Ergänzung der Hauptdiagnose wird mit G99.0* «Autonome Neuropathie bei endokrinen und Stoffwechselkrankheiten» kodiert; in der Nebendiagnose wird L97 «Ulcus cruris, andernorts nicht klassifiziert» angegeben.

Zu beachten ist, dass diabetische Hautgeschwüre vaskulären Ursprungs, d.h. infolge einer diabetischen Mikroangiopathie, mit E10/E11.5+ «Diabetes mellitus [...] mit peripheren vaskulären Komplikationen» und ergänzend mit I79.2* «Periphere Angiopathie bei andernorts klassifizierten Krankheiten» kodiert werden. In diesem Fall wird der Ulkus (L97) nicht hinzugefügt, da er implizit im Kode E10/11.5 enthalten ist.

S05 Psychischen Erkrankungen

S05.g Allgemeines

Die Kodes aus dem Kapitel V, Kodes F00 bis F99 beziehen sich ausschliesslich auf psychische Erkrankungen sowie Verhaltensstörungen. Kodes dieses Kapitels beinhalten auch Störungen der psychischen Entwicklung.

S05.g.1 Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

S05.g.1A Definition

Die Kodierung der 4. Stellen F...1 und/oder F… 2 bei der Kodierung Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19)

Diese Gruppe bezieht sich ausschliesslich auf die durch eine Sucht verursachten Pathologien.

Sucht = Abusus = «Abhängigkeitssyndrom» bezeichnet das Zusammenspiel von Phänomenen des Verhaltens, bei dem unter anderem der zwingende Wunsch, die Substanz zu gebrauchen und der Kontrollverlust bezüglich des Konsums, bei der betroffenen Person zu einem fortschreitenden Desinteresse an anderen Aktivitäten führt.

Sehr häufig stellt sich die Frage der unterschiedlichen Bedeutung der 4. Stelle der Kodes FXX.1 und FXX.2. Kann bei einem Patienten; unter Beachtung der Definition der Nebendiagnose; eine psychische Verhaltensstörung durch eine psychotrope Substanz kodiert werden, so ist zu unterscheiden in:

Ein schädlicher Gebrauch (= F….1) kann dann kodiert werden, wenn der Konsum von psychotropen Substanzen Komplikationen hervorruft, die körperlicher Art sind (z.B. entzündete Nasenscheidewände durch die Inhalation von Kokain), psychischer Art (z.B. depressive Episoden infolge übermässigen Konsums von Alkohol) oder sozialer Art (Unfähigkeit, seine beruflichen, familiären Verpflichtungen etc. zu erfüllen).

Ein Abhängigkeitssyndrom (= F…2) wird dann kodiert, wenn das Zusammenspiel von Phänomenen des Verhaltens, bei dem unter anderem der zwingende Wunsch, die Substanz zu gebrauchen und der Kontrollverlust bezüglich des Konsums, bei der betroffenen Person zu einem fortschreitenden Desinteresse an anderen Aktivitäten führt. In diesem Zusammenhang und

gemäss den Regeln der WHO (ICD-10, Kapitel V: Psychische und Verhaltensstörungen, klinische Beschreibung und Regeln für die Diagnostik), müssen drei der sechs folgenden Kriterien zur Diagnosestellung eines Abhängigkeitssyndroms erfüllt sein:

- Starker Wunsch, die Substanz einzunehmen,
- Schwierigkeiten, den Konsum zu kontrollieren,
- Entwicklung eines körperlichen Entzugssyndroms, wenn die Person den Konsum einschränkt oder ganz einstellt,
- Entwicklung einer Toleranzerhöhung gegenüber der Wirkung der Substanz,
- Zunehmende Vernachlässigung von anderen Interessen zugunsten des Gebrauchs der Substanz, vermehrter Zeitaufwand für die Beschaffung der Substanz,
- Anhaltender Substanzgebrauch trotz schädlicher Folgen und obwohl die Person über die schädliche Wirkung des konsumierten Produktes informiert ist.

Bemerkung zu den Kodes F17.1 «Psychische und Verhaltenssötrungen durch Tabak, schädlicher Gebrauch» bzw. F17.2 «Psychische und Verhaltenssötrungen durch Tabak, Abhängigkeitssyndrom».

Da im klinischen Alltag die Verwendung der Begriffe «schädlicher Gebrauch» und «Abhängigkeitssyndrom» nicht einheitlich ist und sich somit nicht einfach zu bestimmen ist, wann der Kode 17.1 und wann der Kode 17.2 verwendet wird, wurde entschieden, zur Beschreibung der Nikotinabhängigkeit künftig nur noch den Kode 17.1 zu verwenden.

S05.d.1 Allgemeine Kodierregel

F-Kodes werden prinzipiell bei akut somatischen Fällen als Nebendiagnosen angegeben – sofern diese einen Einfluss auf der behandelten aktuellen Krankheit aufweisen!

Beispiel: Geschäftsführer, dessen Leberwerte im Rahmen einer alkoholbedingten Hepatitis pathologisch sind. Hauptdiagnose K70.1 «Alkoholische Hepatitis», Nebendiagnose: F10.1 «Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, schädlicher Gebrauch».

Allgemeines:

Im medizinischen Sinne abhängig ist ein Patient oder eine Patientin dann, wenn er bzw. sie eine psychotrope Substanz braucht. Die Abhängigkeit kann physisch oder psychisch sein. Kriterien für die physische Abhängigkeit sind einerseits eine bestimmte Toleranz gegenüber dem Suchtmittel und andererseits das Auftreten des Entzugssyndroms beim Absetzen des Konsums.

Die psychische Abhängigkeit manifestiert sich durch ein sehr starkes oder sogar zwanghaftes Bedürfnis, die Substanz zu konsumieren.

Die Abhängigkeitsphänomene sind nicht substanzspezifisch und die genannten Definitionskriterien gelten für sämtliche Substanzen.

S05.d.2 Akute «Intoxikation bei einem abhängigen Patienten»

In den Kategorien F10 bis F19 «psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen» werden alle Fälle von Patienten mit chronischer Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen, die wegen einer akuten Intoxikation hospitalisiert sind, kodiert. Die Diagnose, die der Grund für die aktuelle Behandlung ist, wird als Hauptdiagnose kodiert und die chronische Abhängigkeit als Nebendiagnose angegeben.

Beispiel: bekannter Alkoholiker, der in fortgeschrittenem alkoholisierten Zustand – im Sinne eines Rausch – hospitalisiert wird. Hauptdiagnose. F10.0 «Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, akute Intoxikation», Nebendiagnose F10.2 «Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Abhängigkeits-Syndrom».

Achtung! Akzidentelle (unbeabsichtigte) Intoxikationen (z. Bsp. T51.0 für die Kodierung einer Intoxikation mit Alkohol) oder akute Intoxikationen/Vergiftungen bei nicht abhängigen Patienten werden nicht mit F-Kodes sondern mit einem Kode aus dem Kapitel XIX verschlüsselt (d.h. T36– T50 «Vergiftung durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen» oder T51- T65 «Toxische Wirkung von nicht medizinisch verwendeten Substanzen», siehe dazu S19.d.2).

S05.d.3 Missbrauch von nicht psychotropen Substanzen

Der Missbrauch einer nicht psychotropen Substanz wird mit F55 «Missbrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen» kodiert. Zu diesen Substanzen zählen psychotrope Medikamente, die keine Abhängigkeit hervorrufen, wie z.B. Antidepressiva, Laxantien und Analgetika, die ohne ärztliche Verordnung erworben werden können, wie z. B. Paracetamol.

S05.d.4 Gleichzeitiger Missbrauch von unterschiedlichen Substanzen

Wenn ein Patient mehrere unterschiedliche Substanzen konsumiert, wird die Diagnose in Abhängigkeit von der Substanz gewählt, die für das klinische Bild verantwortlich ist (ICD-10, Band 1, F10-F19). Die anderen Substanzen werden als Nebendiagnose(n) kodiert, wenn sie in einer Menge eingenommen wurden die ausreicht, um Symptome hervorzurufen oder eine Abhängigkeit zu erzeugen. Die Kodes der Kategorie F19 «Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen» müssen in Fällen von gesicherter Polytoxikomanie verwendet werden, bei denen es kaum möglich ist, die Wirkung der verschiedenen Substanzen voneinander zu unterscheiden.

S05.d.5 Aufnahme zur Entzug-, Entwöhnungsbehandlung

Patienten die ausdrücklich wegen einer Entzugsbehandlung bzw. Entwöhnungsbehandlung zur stationären Aufnahme im Spital aufgeboten werden, erhalten als Hauptdiagnose die Kodes Z50.2 Rehabilitationsmassnahmen bei Alkoholismus oder den Kode Z50.3 Rehabilitationsmassnahmen bei Arzneimittel – oder Drogenabhängigkeit. Die Art der psychotropen Substanz und der Grad der Beeinflussung der Gesundheit wird als Nebendiagnose kodiert.

Beispiel: Bekannter Alkoholiker wird zur Entzugsbehandlung eingewiesen. Ein Entzugssyndrom stellt sich während der Hospitalisierung ein und wird behandelt.: Hauptdiagnose Z50.2 «Rehabilitationsmassnahmen bei Alkoholismus», Nebendiagnose F10.3 «Psychische Verhaltensstörung durch Alkohol, Entzugssyndrom».

S09 Krankheiten des Kreislaufsystems

S09.d. Kodierregeln

S09.d.1 Krankheiten bei Hypertonie

In Verbindung mit Hypertonie ist nicht standardmässig einer der Kodes I50.-, I51.4 bis I51.9, N18.-, N19. oder N26.- anzugeben. Zwar werden diese Krankheiten oft durch eine Hypertonie ausgelöst, es kommen jedoch auch andere Ätiologien als Ursache in Frage.

S09.d.2 Akutes Koronarsyndrom (ACS), NSTEMI und STEMI

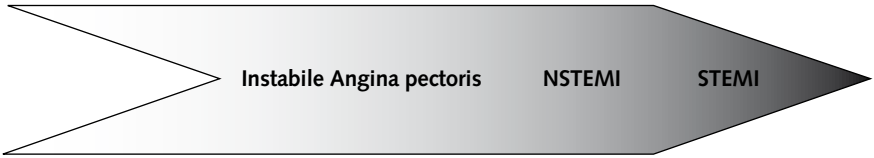
Dieser Begriff fasst die unmittelbar lebensbedrohlichen Phasen der koronaren Herzkrankheit zusammen. Das Spektrum reicht von der instabilen Angina pectoris über den akuten Myokardinfarkt bis zum plötzlichen Herztod. Dabei handelt es sich keineswegs um verschiedene Krankheiten, sondern um fliessend ineinander 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 drei Kategorien unterteilt:

1. Instabile Angina pectoris

2. NSTEMI (**N**on-**ST** **E**levation **M**yocardial **I**nfarction)

3. STEMI (**ST** **E**levation **M**yocardial **I**nfarction) (siehe Abb. S09.d.2)

Sowohl beim NSTEMI als auch STEMI handelt es sich um Myokardinfarkte.



Es ist zu bemerken, dass die stabile Angina pectoris NICHT zu den akuten Koronarsyndromen (ACS) gehört. Früher wurde das ACS als instabile Angina pectoris, beginnender Herzinfarkt oder Q-Zacken-Myokardinfarkt (transmuraler Infarkt) bezeichnet.

Patienten, bei denen ein NSTEMI diagnostiziert wird, werden anhand ihres Troponinwerts weiter unterteilt in Patienten mit hohem und Patienten mit niedrigem Risiko. Dies schlägt sich jedoch nicht in der Kodierung nieder.

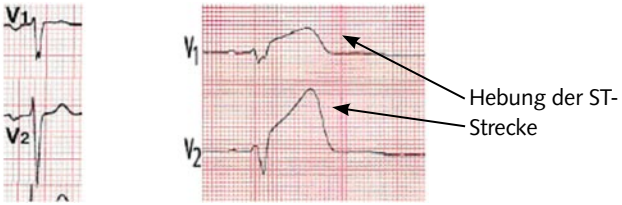


Abbildung S09.d.2: EKG bei STEMI und NSTEMI

Leider ist die ICD-10-Klassifikation in diesem Bereich nicht auf dem neusten Stand, und es kann bei der Kodierung der erwähnten Pathologien zu einigen Schwierigkeiten kommen. Die Klassifikation unterteilt nämlich die Myokardischämien nicht nach den EKG-Ergebnissen, sondern nach dem anatomisch-pathologischen Befund.

Es soll wie folgt kodiert werden:

Instabile Angina pectoris: I20.0 «Instabile Angina pectoris»

NSTEMI: I21.4 «Akuter subendokardialer Myokardinfarkt»

STEMI I21.1–I21.3 «Akuter transmuraler Myokardinfarkt»

Ein Koronarsyndrom mit positivem Troponinbefund ist ebenfalls mit I21.- zu kodieren.

S09.d.3 Myokardinfarkt

Ein Myokardinfarkt wird mit I21.- kodiert, wenn er weniger als 28 Tage vor der Hospitalisation eingetreten ist. Dies gilt auch dann, wenn es bereits die zweite Hospitalisation ist.

Beispiel 1:
Ein Patient wird wegen Herzinfarkt notfallmässig in die Klinik A eingewiesen, dann in die Klinik B für eine Koronarangiographie und Stenteinlage transferiert. Schliesslich wird er in die Klinik A zurückverlegt.

Klinik A	Hauptdiagnose: I21.- «Akuter Myokardinfarkt»	Hauptbehandlung: Durchgeführte Behandlungen falls b) zutreffend
Klinik B		
a)	Gilt der Patient als stationärer Fall:	
	Hauptdiagnose: I21.- «Akuter Myokardinfarkt»	Durchgeführte Behandlungen
b)	Gilt der Patient als ambulanter Fall:	
	Wird nicht kodiert, weil es sich um einen und denselben Fall handelt, da der Aufenthalt in Klinik B als administrativer Urlaubstag gilt.	

Beispiel 2:
Ein Patient wird am 25. April 2006 wegen akuter Appendizitis aufgenommen; am selben Tag wird der Appendix laparoskopisch entfernt. Als Komorbiditäten werden Hypertonie, Hypercholesterinämie und Status nach Herzinfarkt vom 7. April 2006 festgestellt.

Hier ist wie folgt zu kodieren:
Hauptdiagnose: K35.9 «Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet»
Nebendiagnose: I10 «Essentielle (primäre) Hypertonie», E78.0 «Reine Hypercholesterinämie», I21.1 «Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand», Behandlung: 47.01 «Laparoskopische Appendektomie»

Achtung! Wenn der Patient innerhalb von 28 Tagen nach dem ersten Herzinfarkt einen zweiten Infarkt an derselben Lokalisation erleidet, ist für diesen ein Kode aus der Kategorie I22.- «Rezidivierender Myokardinfarkt» anzugeben.

S09.d.4 Akute ischämische Herzkrankheit

Die Kodes der Kategorie I20.- «Angina pectoris» können nicht gleichzeitig mit Kodes der Kategorie I24.- «Sonstige akute ischämische Herzkrankheit» verwendet werden. Dieser gegenseitige Ausschluss ist gerechtfertigt, weil eine Koronarthrombose (I24.0) in der Regel auf dem Boden einer Angina pectoris bzw. in enger Assoziation mit einer solchen auftritt.

S09.d.5 (Re-)Stenose nach aortokoronarem Bypass

Eine erneute Stenosierung stellt keine Komplikation im eigentlichen Sinne dar, sondern vielmehr ein Fortschreiten bzw. Weiterbestehen der Arteriosklerose. In diesen Fällen ist daher als Hauptdiagonse ein der vorliegenden Pathologie entsprechender Kode aus der Kategorie I24.- «Sonstige akute ischämische Herzkrankheit» oder I25.- «Chronische ischämische Herzkrankheit» zu wählen. Um die Angabe zu präzisieren, ist zusätzlich als Nebendiagnose Kode Z95.1 «Vorhandensein eines aortokoronaren Bypasses» anzugeben.

S09.d.6 Stenose von Stents

Ein Stentverschluss kann entweder als Komplikation der Stentimplantation auftreten (z. B. durch überschiessende Bildung von Epithelzellschichten im Stent) oder infolge der weiterbestehenden Arteriosklerose. Wenn die Stent-Komplikation die Ursache ist, tritt die Stenose in der Regel innerhalb der ersten drei Monate nach dem Eingriff auf.

Es soll wie folgt kodiert werden:
Komplikation der Stentimplantation: T82.8 «Sonstige Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefässen» als Hauptdiagnose und Y83.1 als Zusatz zur Hauptdiagnose.

Weiterbestehen der Arteriosklerose: Als Hauptdiagnose I25.1 «Atherosklerotische Herzkrankheit», und als Nebendiagnose, um das Vorliegen des Stents zu erfassen, Z95.5 «Vorhandensein eines Implantates oder Transplantates nach koronarer Gefässplastik».

S09.d.7 Ischämische Kardiomyopathie

Der Kode I25.5 «Ischämische Kardiomyopathie» ist sehr allgemein und bezeichnet jeglichen ischämischen Zustand des Myokards, sowohl aufgrund von Verschlüssen der Koronararterien als auch relative Ischämien. Der Kode I25.1 «Atherosklerotische Herzkrankheit» ist präziser und bezeichnet ausschliesslich Kardiomyopathien infolge von Koronarstenosen. Dieser Fall tritt natürlich auch häufiger auf, doch tatsächlich liegen beide Kodes eng beieinander. Wählen Sie in jedem Fall den Kode I25.1, wenn gesichert ist, dass die Kardiomyopathie koronaren Ursprungs ist, und I25.5, wenn der Ursprung nicht sicher geklärt ist.

Ein Herzinfarkt, der mehr als 28 Tage alt ist, ist als I25.8 «Sonstige Formen der chronischen ischämischen Herzkrankheit» zu kodieren.

S09.d.8 Erkrankungen der Herzklappen

Wie werden Pathologien der Herzklappen kodiert? Ehe wir die Frage der Kodierung angehen, folgen einige Erläuterungen zu den Herzklappen (Abb.S09.d.8). Das Herz besteht aus vier Hohlräumen: linkes und rechtes Atrium (Vorhof) und linker und rechter Ventrikel (Herzkammer). Das

sauerstoffarme venöse Blut trifft über die Vena cava im rechten Vorhof ein (①), passiert die Trikuspidalklappe und gelangt so in die rechte Herzkammer, von wo es durch die Kontraktion des Myokards (Systole) über die Pulmonalklappe und die Lungenarterie (②) Richtung Lunge befördert wird. Nachdem das Blut in der Lunge Sauerstoff aufgenommen hat, fliesst es durch die Lungenvenen (③) ins Linksherz. Durch den linken Vorhof und die Mitralklappe strömt das sauerstoffreiche Blut in die linke Herzkammer (④). Von dort wird es mit der nächsten Systole durch die Aortenklappe in die Aorta gepumpt (⑤) und von dieser in den ganzen Körper transportiert.

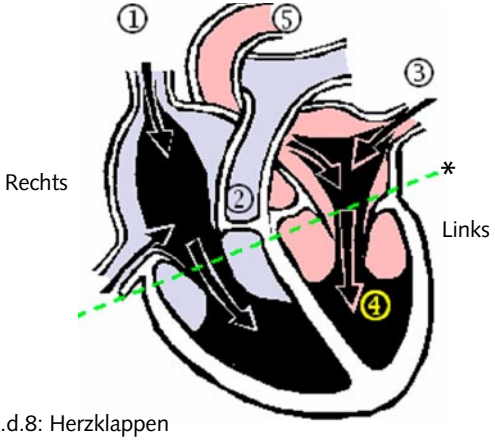
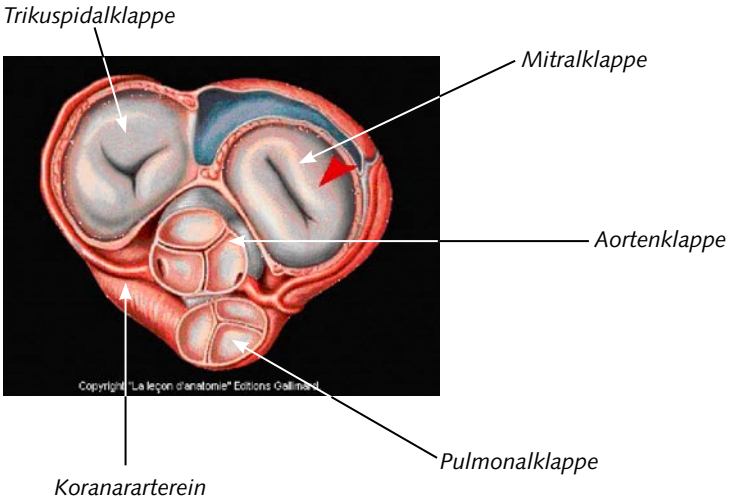


Abbildung S09.d.8: Herzklappen

Das Herz umfasst also vier Klappen (siehe Abb. S09.d.8), die einerseits die Vorhöfe von den Herzkammern und andererseits die Herzkammern von den grossen Blutgefässen (Lungenarterie und Aorta) trennen.

Abbildung S09.d.8bis: Herzklappen im Querschnitt (Ebene * in Abb. S09.d.8)



In der Regel sind es die Mitral- und die Aortenklappe, die pathologische Veränderungen aufweisen. Diese lassen sich grob in zwei Kategorien unterteilen: nach der «mechanischen» Art des Defekts und nach dessen Ursprung. Die Art des Defekts kann entweder eine Verengung der Klappenöffnung (Stenose) oder eine Undichtigkeit der Klappe (Insuffizienz) sein, wobei beide Formen auch gemeinsam auftreten können. Stenosen und Insuffizienzen können sowohl angeboren als auch erworben sein. Hier sprechen wir allerdings nur von erworbenen Defekten, da angeborene Klappenfehlbildungen durch Kodes des Kapitels XVII (Q) erfasst werden. Erworbenen Klappendefekten können ganz verschiedene Ätiologien zugrunde liegen, die man jedoch gemeinhin entweder als rheumatisch oder nichtrheumatisch klassifiziert. Folgende Erkrankungen gibt es:

- **Mitralklappenstenose** Gewöhnlich rheumatischen Ursprungs, selten angeboren.
- **Mitralklappeninsuffizienz** In der Hälfte der Fälle rheumatischen Ursprungs. Zu einer Insuffizienz kommt es auch bei einer Herzdilatation oder – seltener – im Rahmen von systemischem Lupus erythematodes (SLE), rheumatoider Arthritis und Spondylitis ankylosans.
- **Aortenklappenstenose** Kann sowohl angeboren als auch rheumatischen Ursprungs sein, tritt jedoch auch infolge von Kalzifikationen unbekannter Ursache auf.
- **Aortenklappeninsuffizienz.** Rheumatischen Ursprungs oder Folge einer infektiösen Endokarditis. In letzterem Fall manifestiert sie sich im Allgemeinen in akuter Form an einer bereits vorgeschädigten Herzklappe.
- **Trikuspidalklappenstenose** Diese eher seltene Störung ist meist rheumatischen Ursprungs und kommt praktisch nie isoliert vor, sondern in Verbindung mit einer Mitral- oder Aortenklappenstenose.
- **Trikuspidalklappeninsuffizienz** Hierbei handelt es sich im Allgemeinen um eine funktionelle Insuffizienz im Rahmen einer Rechtsherzvergrösserung (und -insuffizienz), die mit einer Stenose assoziiert ist.
- **Pulmonalklappenaffektionen** kommen selten vor; wenn überhaupt dann im Rahmen einer rheumatischen Erkrankung oder einer infektiösen Endokarditis.

Anmerkung: Die ICD-10 zeigt sich bei der Klassifikation von Herzklappenaffektionen nicht konsequent, wie sich anhand der Mitralklappendefekte veranschaulichen lässt: Eine Mitralklappeninsuffizienz nicht näher bezeichneten Ursprungs wird durch einen Kode der Kategorie I34 «Nichtrheumatische Mitralklappenkrankheiten» angegeben, während eine nicht näher bezeichnete Stenose mit einem Kode der Kategorie I05 «Rheumatische Mitralklappenkrankheiten» bezeichnet wird. Angesichts der Seltenheit rheumatischer Erkrankungen in der Schweiz haben wir zur Vereinfachung der Kodierung in Übereinstimmung mit den Experten beschlossen, dass Herzklappenaffektionen ohne näher bezeichnete Ursache durch Kodes der Kategorien I34 bis I37 angegeben werden (siehe vorstehende Tabelle), auch wenn wir damit von der Klassifikation der ICD-10 abweichen.

Sind mehrere Herzklappen betroffen, empfiehlt es sich, die entsprechenden Kodes der Kategorie I08 (siehe angeführte Tabelle) anzugeben.

Kodierung von Erkrankungen der Herzklappen:

		Als NICHT rheumatisch bezeichnet	Als rheumatisch bezeichnet	Ohne nähere Angabe oder mit angegebener, NICHT rheumatischer Ursache
Mitralklappe	Insuffizienz	I34.0	I05.1	I34.0
	Stenose	I34.2	I05.0	I34.2
	Stenose mit Insuffizienz		I05.2	I05.2*
Aortenklappe	Insuffizienz	I35.1	I06.1	I35.1
	Stenose	I35.0	I06.0	I35.0
	Stenose mit Insuffizienz	I35.2	I06.2	I35.2
Trikuspidalklappe	Insuffizienz	I36.1	I07.1	I36.1
	Stenose	I36.0	I07.0	I36.0
	Stenose mit Insuffizienz	I36.2	I07.2	I36.2
Pulmonalklappe	Stenose	I37.0	I09.8	I37.0
	Insuffizienz	I37.1	I09.8	I37.1
	Stenose mit Insuffizienz	I37.2	I09.8	I37.2

Affektion mehrerer Herzklappen:	
Mitral- und Aortenklappe	*I08.0 «Krankheiten der Mitral- und Aortenklappe, kombiniert»* *Kann rheumatisch oder nicht rheumatisch begründet sein*
Mitral- und Trikuspidalklappe	*I08.1 «Krankheiten der Mitral- und Trikuspidalklappe, kombiniert»* *Kann rheumatisch oder nicht rheumatisch begründet sein*
Aorten- und Trikuspidalklappe	*I08.2 «Krankheiten der Aorten- und Trikuspidalklappe, kombiniert»* *Kann rheumatisch oder nicht rheumatisch begründet sein*
Mitral-, Aorten- und Trikuspidalklappe	*I08.3 «Krankheiten der Mitral-, Aorten- und Trikuspidalklappe, kombiniert»* *Kann rheumatisch oder nicht rheumatisch begründet sein*
Mitral-, Aorten-, Trikuspidal- und Pulmonalklappe	*I08.8 «Sonstige Krankheiten mehrerer Herzklappen»* *Kann rheumatisch oder nicht rheumatisch begründet sein*

S09.d.9 Tako-Tsubo-Kardiomyopathie

Auslöser dieser nach dem japanischen Wort für «Glühbirne» benannten, reversiblen Störung ist die massive Ausschüttung von Katecholaminen in der Herzregion. Sie kann unterschiedliche Ursachen haben (Phäochromozytom, starke körperliche Belastung, Stress) und wird daher als I42.8 «Sonstige Kardiomyopathien» kodiert.

S09.d.10 Torsade de pointes-Tachykardie

Diese ausgeprägte Herzrhythmusstörung, die durch beschleunigte (tachykarde) Kammerkomplexe charakterisiert ist, wird als I47.2 «Ventrikuläre Tachykardie» kodiert.

S09.d.11 Periphere arterielle Verschlusskrankheit

Eine Gefässverengung (Stenose) kann infolge einer Arteriosklerose oder durch einen Thrombus entstehen. Die Folgen sind dieselben, der Entstehungsmechanismus jedoch nicht (siehe Abb. S09.d.11).

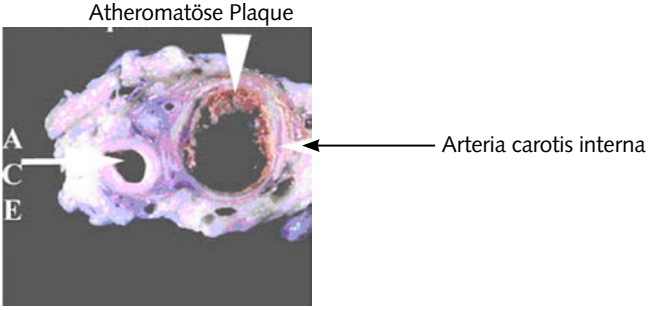


Abbildung S09.d.11: Blutgefäss mit atheromatösen Plaques

Makroskopischer Querschnitt einer atherosklerotischen Plaque mit Ursprung in der Arteria carotis interna. Eine atherosklerotische Plaque bildet sich an der Innenwand der inneren Halsschlagader. Die Plaque selbst vermindert das Gefässlumen nur um 30 %, wird aber von der Bildung gefurchter Geschwüre begleitet, an denen sich ein Gefässwandthrombus entwickeln kann. Der Querschnitt der Arteria carotis externa (ACE) ist unauffällig.

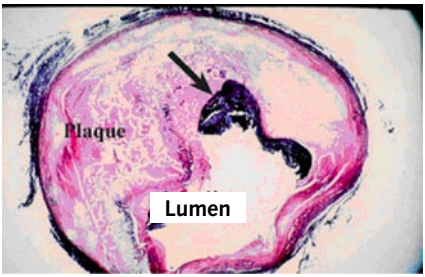


Abbildung S09.d.11bis: Mikroskopischer Querschnitt einer atherosklerotischen Plaque mit Ursprung in der Arteria carotis interna. Schwache Vergrösserung. Die atheromatöse Plaque verengt das Gefäss um 70%. Anliegend an die Plaque (s. Pfeil) hat sich ein muraler Thrombus gebildet.

Es soll wie folgt kodiert werden:
Arterielle Verschlusskrankheit, Grad 1 (oder o. n. A.):
I73.9 «Periphere Gefässkrankheit, nicht näher bezeichnet»

Arterielle Verschlusskrankheit, Grad 2 oder 3:
I70.2 «Atherosklerose der Extremitätenarterien»

Arterielle Verschlusskrankheit, Grad 4, chronisch/o. n. A.:
I70.2 «Atherosklerose der Extremitätenarterien»

Arterielle Verschlusskrankheit, Grad 4, akut : I74.- «Arterielle Embolie und Thrombose» zusammen mit I70.2 «Atherosklerose der Extremitätenarterien»

Kode I77.1 «Arterienstriktur» ist anzuwenden, wenn die Stenose durch ein externes Hindernis verursacht wird (z. B. Tumor).

S09.d.12 May-Thurner-Syndrom

Das May-Thurner-Syndrom ist eine Kompression der linken Vena iliaca communis durch die rechte Arteria iliaca communis, die zu rezidivierender Thrombosierung führt. Das Syndrom ist als I87.1 «Venenkompression» zu kodieren.

S09.d.13 Nachuntersuchung nach Herztransplantation

Bei Kontrolluntersuchungen nach einer Herztransplantation ist als Hauptdiagnose Kode Z09.0 «Nachuntersuchung nach chirurgischem Eingriff wegen anderer Krankheitszustände» anzugeben, als Nebendiagnose Z94.1 «Zustand nach Herztransplantation».

S09.d.14 Implantation, Anpassung und Wartung eines Herzschrittmachers/Kardiodefibrillators

Der Kode Z45.0 «Anpassung und Handhabung eines künstlichen Herzschrittmachers» ist nur als Hauptdiagnose bei Hospitalisationen wegen Implantation, Anpassung oder Wartung eines Herzschrittmachers/Kardiodefibrillators zu verwenden. Als Nebendiagnose ist die Krankheit anzugeben, die die Implantation des Gerätes erforderlich gemacht hat.

Beispiel: Ein Patient, dem nach AV-Block II. Grades ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde, wird hospitalisiert, weil die Batterie des Schrittmachers leer ist und das Batteriegehäuse ausgetauscht werden soll. Die Hauptdiagnose ist Z45.0 «Anpassung und Handhabung eines künstlichen Herzschrittmachers», die Nebendiagnose I44.1 «Atrioventrikulärer Block 2. Grades».

S09.d.15 Vorliegen von Herz- und Gefässimplantaten und -transplantaten

Diese Kodes sind lediglich dann anzugeben, wenn sie für die Beschreibung des Falls von zentraler Bedeutung sind.

S09.d.16 Ligatur von Varizen

Die Ligatur von Perforansvenen (38.69) ist integraler Bestandteil einer Varizentherapie und ist daher in Kode 38.59 eingeschlossen.

S09.d.17 Arterielle Embolie

Die Kodes der Gruppe 38.8- «Sonstiger chirurgischer Verschluss von Gefässen» bezeichnen ausdrücklich den Verschluss von Blutgefässen mit chirurgischen Mitteln. Auf Fälle von Gefässverschluss durch einen Embolus oder einen Katheter treffen sie nicht zu. Bei Embolisierung durch Coils oder Klebstoff (über endovaskulären Zugang) sind Kodes der Gruppe 39.7- «Endovaskuläre Korrektur von Gefässen, Endoluminale Korrektur» anzugeben. Bei «einfacher» Injektion oder Infusion eines Wirkstoffs, der die Embolisation hervorruft, ist Kode 99.29 «Injektion oder Infusion einer anderen therapeutischen oder prophylaktischen Substanz» anzugeben.

S09.d.18 Arteriovenöse Fistel

Kode 39.27 «Arteriovenöser Shunt für Hämodialyse» ist ausschliesslich zu verwenden, wenn die Fistel für die Nierendialyse angelegt wird.

Wenn die Fistel repariert werden muss, ist Kode 39.42 «Revision eines arteriovenösen Shunts zur Hämodialyse» zu wählen.

S09.d.19 Schlaganfall

S09.d.19A Ätiologie

Ein Schlaganfall (Apoplex, CVA) entsteht bei Minderdurchblutung einer Gehirnregion. Die Ischämie führt rasch zur Nekrose von Gehirngewebe. Ursache ist entweder der Verschluss oder die Ruptur eines Blutgefässes.

Typische Ursachen eines Gefässverschlusses:

- Arterieller Thrombus mit Ursprung in den Herzkranzgefässen (kardiale Embolie)
- **Arteriosklerose:** Atheromatöse Plaques lösen sich oder ulzerieren. Daraus entsteht ein Embolus, der im weiteren Verlauf des Blutstroms ein Gefäss verlegt (arterio-arterielle Embolie).

Ursachen von Gefässrupturen:

- Schwere Hypertonie
- Vaskulitis mit nachfolgender Dissektion
- Aneurysmenruptur

S09.d.19B Anatomie

Die Blutversorgung von Kopf und Hirn erfolgt massgeblich über die so genannten präzerebralen Arterien (Arteria carotis communis, Karotisgabel, Wirbelarterien), die ab ihrem Eintritt in die Schädelhöhle als Hirnarterien bezeichnet werden. Das Gehirn wird von zwei Haupt-«Zuflüssen» mit Blut versorgt: der Arteria carotis interna (①) und dem Truncus basilaris (③), zu dem sich die Wirbelarterien (②) vereinigen. Zu den Hirnarterien zählen neben den genannten Schlagadern die Arteria choroidea anterior, die Kleinhirnarterien, die intrakranielle Karotis, der Karotissiphon und die distale Wirbelarterie.

Der wichtigste Zweig, der von der **Carotis interna** (①) abgeht:

- Arteria ophthalmica

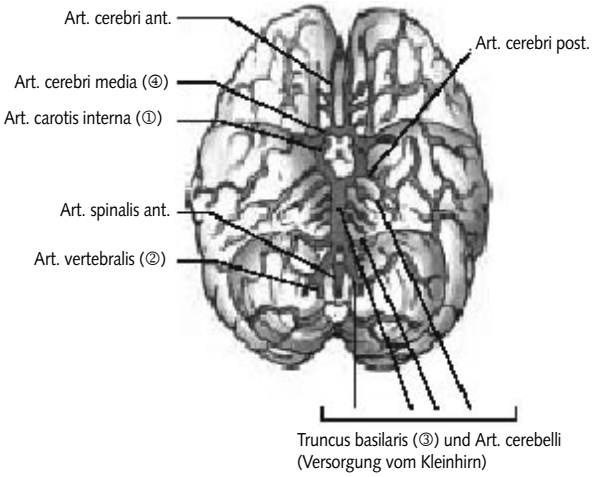
Die weiteren Verzweigungen:

- mittlere Hirnarterie (Arteria cerebri media) (④)
- vordere Hirnarterie (Arteria cerebri anterior)
- Arteria choroidea anterior
- Arteria communicans posterior

Abgänge von der **Arteria basilaris**:

- Kleinhirnarterien (Arteriae cerebelli)
- Perforans-Arterien

Abbildung S09.d.19B: Hirnarterien



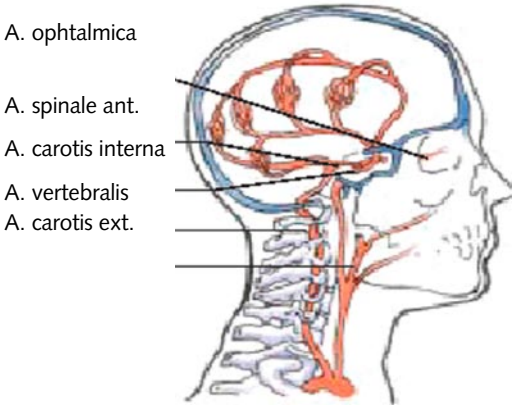


Abbildung S09.d.19Bbis

S09.d.19C Manifestation

Die Erscheinungsbilder des Schlaganfalls sind vielfältig, je nachdem, welche Hirnareale betroffen sind. (siehe Abb.S09.d.19ter)

Rund 80 % aller zerebralen Ischämien treten im Versorgungsgebiet der Carotis interna auf.

Bei Ischämie der linken mittleren Hirnarterie: Hemiplegie, Hemianopsie, Wahrnehmungsstörungen und eventuell Aphasie, wenn die dominante Hirnhälfte betroffen ist.

Bei Ischämie der vorderen Hirnarterie: Hemiplegie mit Schwerpunkt in der linken unteren Extremität, linksseitiger Neglect.

Bei Ischämie der hinteren Hirnarterie: Hemianopsie.

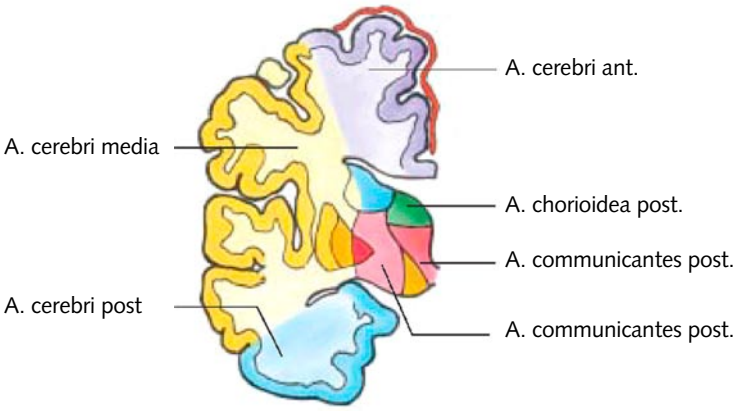


Abbildung S09.d.19ter*:* Versorgungsgebiete der Blutgefässe

Zur Kodierung von Schlaganfällen:

Falls die Information bezüglich der Lokalisation der Läsion oder der betroffenen Arterie nicht im Austrittsbericht steht, ist es nicht einfach der richtige Kode anzugeben. Ist die Information nicht vorhanden wird der Kode I63.9 «Hirninfarkt, nicht näher bezeichnet» angegeben; ist die Information verfügbar wird folgendermassen kodiert:

Lokalisation der Stenose / des Verschlusses				
	Circulus Willisi		Präzerebrale Äste (A. carotis ext. / A. vertebralis)	Sinus venosus
Kodes	Stenose / Verschluss, nicht näher bezeichnet	Stenose / Verschluss	Stenose / Verschluss	Venöse Thrombose
	I63.5	Durch Embolie I63.4	I63.2	I63.6
		Durch Thrombose I63.3		

S10 Krankheiten der Atemwege

S10.d.1 Pneumonien

Eine Pneumonie ist nicht gleich eine Pneumonie: dieser Begriff bezeichnet allgemein eine Erkrankung des Lungengewebes meistens infektiösen Ursprungs. Seltener kann die Pneumonie durch Chemikalien bedingt sein oder auch allergischer Genese. Pneumonien können nach verschiedenen Gesichtspunkten unterteilt werden: nach morphologischen (d.h. auch radiologischen) oder ätiologischen Kriterien. Unterteilt nach den morphologischen Kriterien kann eine Pneumonie:

1) Lobär,

2) Lobulär,

3) Interstitiell sein.

1) Die Lobärpneumonie: die Lobärpneumonie ist auf einen Lappen (siehe Abb. S10.1) beschränkt, sei es der Unter(Basal-)-, Mittel- oder Ober (Apikal-) lappen. Es ist zu beachten, dass die Lobärpneumonie meistens durch Pneumokokken (Streptococcus pneumoniae), seltener andere Bakterien, hervorgerufen wird und dass der Verlauf dieser charakteristischerweise in drei Stadien verläuft (rote, gelbe und graue so genannte Hepatisation). Die Lobärpneumonie ist eine spezifische und gut definierte Erkrankung. Die Lobärpneumonie ist keineswegs Synonym für eine Basalpneumonie (siehe Abb. S10.2) und wird entweder mit J13 falls der verantwortliche Keim bekannt ist, oder mit J18.1 falls dieser unbekannt ist, verschlüsselt.

Abbildung S10.1: gesundes versus erkranktes Gewebe

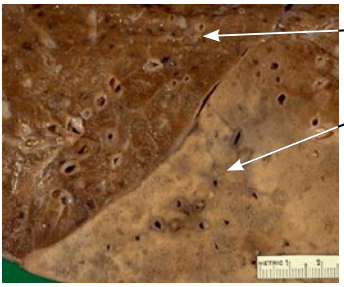
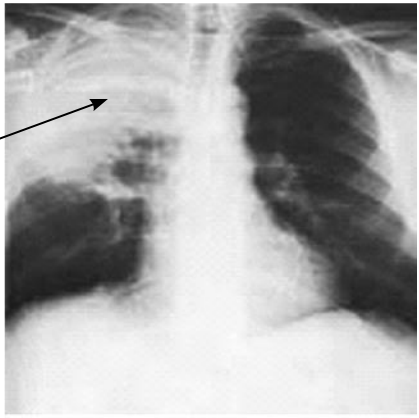
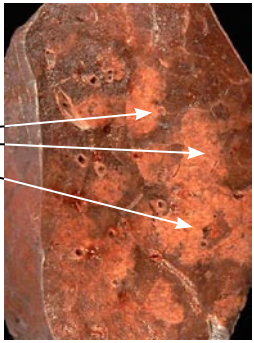


Abbildung S10.2:
erkrankter Lappen (Oberlappen)



2) Die Lobulärpneumonie (oder Bronchopneumonie) ist eine Pneumonie, welche zahlreiche Herde zeigt. In solchen Fällen betrifft die Entzündung sowohl die Bronchien bzw. Bronchiolien wie auch die Lungenalveolen. Solche Pneumonien sind durch die multiplen Herde verteilt in der gesamten Lunge charakterisiert (siehe Abb. S10.3). Alle Lungenlappen können betroffen sein. Verantwortlich für diese Art von Pneumonie können viele Bakterien sein(Staphylokokken, Haemophilus influenza, Klebsiellen, usw…). Je nach Erreger werden diese Pneumonien mit J14-J16, J18.0 verschlüsselt.

Abbildung S10.3:
Bronchopneumonie mit
multiplen Pneumonieherden



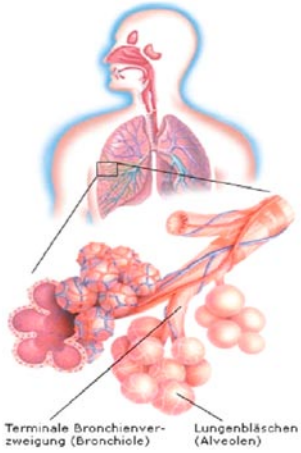
3) **Die interstitielle Pneumonie,** befällt das ganze Organ und ist charakteristisch für die viralen Pneumonien.

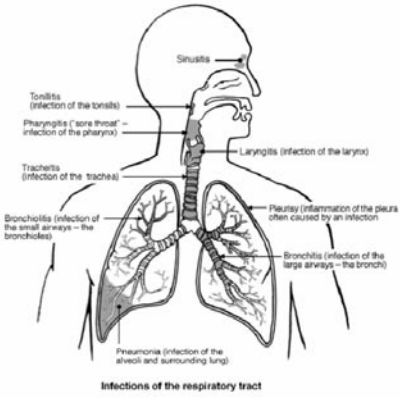
Zusammengefasst: eine Basalpneumonie ist nicht gleichbedeutend mit einer Lobärpneumonie und darf nicht ohne weiteres mit J18.1 kodiert werden!

S10.d.2 COPD (chronisch obstruktive Lungenkrankheit)

S10.d.2.A Anatomie und Pathologie

Die Atemwege teilen sich in obere und untere Atemwege. Zu den oberen Atemwegen gehören die Nasennebenhöhlen mit den Sinus sowie der Pharynx (Rachen). Die unteren Atemwege beginnen am Larynx (Kehlkopf) und verlaufen über die Trachea (Luftröhre) und die Bronchien bis zu den Bronchiolen; zu ihnen wird somit der Bronchialbaum gerechnet. Die Lungenalveolen (Lungenbläschen) sind nicht mehr Teil des Bronchialbaums, sondern gehören bereits zum Lungenparenchym.





Pathologie

Die Bronchitis ist eine Entzündung der Bronchien, die Pneumonie, oder Lungenentzündung, eine (akute oder chronische) Entzündung des Lungenparenchyms; die Ursache ist zumeist infektiös. Unterschieden wird zwischen der Pneumonie und der Bronchopneumonie, die nicht nur die kleinen Bronchien und Bronchiolen betrifft, sondern auf das Lungenparenchym übergreift. Somit sind bei dieser Affektion sowohl der Bronchialbaum als auch das Lungengewebe selbst betroffen. Es wird demzufolge zwischen Tracheitis, Bronchitis, Bronchiolotis, Bronchopneumonie und Pneumonie unterschieden. Bei den vier ersten Erkrankungen handelt es sich um Affektionen der unteren Atemwege, nicht aber bei der letzten, da hier das Lungengewebe befallen ist, nicht die Bronchien.

Die COPD (chronisch obstruktive Bronchitis oder Bronchopneumopathie) ist eine Erkrankung mit verschiedenen Manifestationen: Neben Veränderungen der Schleimhaut infolge einer chronischen Bronchitis ist eine neutrophile und lymphozytäre Entzündung primär im Bereich der Bronchioli terminales mit einer Destruktion distal der Bronchioli respiratorii und des Parenchyms zu beobachten. Diese Destruktion führt zur Bildung eines Emphysems. Sie tritt häufig bei Rauchern auf und ist klinisch durch eine Obstruktion der Atemwege charakterisiert.

S10.d.2.C Kodierregeln

Regeln zur Kodierung der COPD:

- Lautet die Diagnose auf eine COPD mit Pneumonie oder Bronchopneumonie, wird zusätzlich zum Kode J44.0 die Pneumonie (z.B. J18.0 «Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet») als Hauptdiagnose kodiert.
- Verschlimmert sich die COPD und es tritt eine akute Infektion ein, ist Kode J44.0 anzugeben.
- Zu beachten ist, dass asthmatische Manifestationen in den Kodierungen der Kategorie J44.- enthalten sind und somit nicht zusätzlich kodiert werden müssen.
- Tritt beim Patienten im Verlauf der COPD eine respiratorische Insuffizienz auf, die einer Ventilation oder maschinellen Beatmung bedarf, wie beispielsweise CPAP, so ist dies anzugeben.

Zusammenfassung

COPD und...		
1.	Prinzip: Enthält die Definition die Ergänzung «und/mit» (Infektion) und ist sie eindeutig, so wird folgendermassen kodiert:	J44.0 «Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege»
2.	COPD und/mit **Asthma**	Nur J44.8 (Asthma eingeschlossen)
3.	COPD und/mit **Pneumonie**	
	Hauptdiagnose:	J12-J16, J18 Pneumonie
	Nebendiagnose:	J44.0
4.	COPD und/mit **akute(r) respiratorische(r) Insuffizienz**	
	Hauptdiagnose:	J96.0
	Nebendiagnose:	J44.1
5.	COPD und **chronische respiratorische Insuffizienz**	
	Hauptdiagnose:	J96.1
	Nebendiagnose:	J44.1
6.	Patient wurde aufgrund einer anderen Pathologie hospitalisiert (z.B.: Femurfraktur), leidet aber an einer diagnostizierten COPD	
	Hauptdiagnose:	S72.0
	Nebendiagnose:	J44.8

7.	Patient wurde aufgrund einer anderen Pathologie hospitalisiert (z.B.: Femurfraktur) und leidet an einer COPD mit chronischer respiratorischer Insuffizienz, die speziell therapiert wird	
	Hauptdiagnose:	S72.0
	Nebendiagnose:	J44.8
	Nebendiagnose:	J96.1
8.	COPD mit **Superinfektion**	J44.0
	Mit respiratorischer Dekompensation: Zu kodieren mit	J96.0 «Akute respiratorische Insuffizienz, andernorts nicht klassifiziert»

Bemerkung: Der Kode J44.9 «Chronische obstruktive Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet» wird nur verwendet, wenn keinerlei Angaben zur Form der COPD gemacht wurden.

S15 Geburtshilfe

S15.g Allgemeines

Die Diagnosekodes, welche die Geburtshilfe betreffen, befinden sich im Kapitel XV «Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett» (Kodes O00-O99) des systematischen Verzeichnisses der ICD-10. Dieses Kapitel dient nur zur Kodierung des Spitalaufenthaltes der Mutter.

Einige Pathologien, die mit Schwangerschaft und Wochenbett in Zusammenhang stehen, finden sich in anderen Kapiteln. Dabei handelt es sich um Osteomalazie im Wochenbett (M83.0), postpartale Hypophysennekrose (E23.0), psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett (F53.-), Tetanus während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes (A34), Überwachung einer normalen Schwangerschaft (Z34.-), Überwachung einer Risikoschwangerschaft (Z35.-), Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äusserer Ursachen (S00-T98).

Es ist zu beachten, dass HIV-Krankheiten (B20-B24) aus den Exklusiva ausgeschlossen wurden (Beschluss der Expertengruppe) und somit zusammen mit Kodes O00-O99 angegeben werden können.

Die geburtshilflichen Prozedurencodes sind hauptsächlich im Kapitel 13 der CHOP «Geburtshilfliche Operationen» (Kategorien 72 bis 75) aufgeführt.

S15.g.1 Definitionen

Geburt
Ausstossung eines Feten nach der 22. Schwangerschaftswoche (mehr als 154 Tage) oder mit einem Gewicht von 500 g oder mehr.

Geburt ausserhalb des Spitals
Der Kode Z39.0 «Betreuung und Untersuchung der Mutter unmittelbar nach einer Entbindung» wird verwendet und NICHT der Kode Z37.- «Resultat der Entbindung».

Übertragung (nach dem Termin Geborenes)
Schwangerschaftsdauer von 42 vollendeten Wochen oder mehr (mehr als 294 Tage).

Termingeburt (zum Termin Geborenes)
Schwangerschaftsdauer von 37 vollendeten Wochen bis vor Vollendung von 42 Wochen (259 bis 293 Tage).

Frühgeburt (vor dem Termin Geborenes)

Schwangerschaftsdauer weniger als 37 vollendete Wochen (< 259 Tage).

Lebendgeburt
Als Lebendgeburt gilt ein Kind, das atmet oder mindestens Herzschläge (minimale Lebenszeichen) aufweist und ein Schwangerschaftsalter von mindestens 22 vollendeten Wochen oder ein Geburtsgewicht ≥ 500 g besitzt.

Totgeburt
Als Totgeburt wird ein Kind bezeichnet das ohne Lebenszeichen geboren wird und ein Schwangerschaftsalter von mindestens 22 vollendeten Wochen oder ein Geburtsgewicht gleich oder mehr als 500 g besitzt. In diesem Rahmen werden folgende Kodes angegeben: O35.- «Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Anomalie oder Schädigung des Feten» oder O36.- «Betreuung der Mutter wegen sonstiger festgestellter oder vermuteter Komplikationen beim Feten»[12] .

Abort / Fehlgeburt
Als Abort / Fehlgeburt gilt die vorzeitige Beendigung der Schwangerschaft durch spontane oder künstlich herbeigeführte Ausstossung der Leibesfrucht bis und mit der vollendeten 22. Schwangerschaftswoche oder mit einem Geburtsgewicht von 500g oder weniger (in diesem Rahmen werden Kodes O02.- bis O06.- «sonstige abnorme Konzeptionsprodukte und Aborte» verwendet).

Missed abortion
Der Begriff «missed abortion» ist ein angelsächsischer Begriff für die Retention einer abgestorbenen Leibesfrucht.

Nachgeburtsperiode: syn. Plazentarperiode; Zeit von der Geburt des Kindes bis zur Ausstossung der Plazenta [Pschyrembel].

Postplazentarperiode: Periode von 2 Stunden nach der Ausstossung der Plazenta [Pschyrembel].

Wochenbett (Puerperium): Zeitraum von der Entbindung bis zur Rückbildung der Schwangerschafts- und Geburtsveränderungen bei der Mutter; Dauer 6 bis 8 Wochen (Frühwochenbett: die ersten sieben Tagen post partum) [Pschyrembel].

[12] **Zur zivilstandsamtlichen Meldepflicht:** Eine zivilstandsamtliche Meldepflicht gilt für Lebendgeborene unabhängig von Schwangerschaftsalter und Geburtsgewicht und für Totgeborene ab Vollendung von 22 Wochen (≥22 0/7 Wochen) oder bei einem Geburtsgewicht ≥ 500 g.

HELLP Syndrom
Das HELLP-Syndrom, dessen Ätiologie nicht eindeutig ist, wird durch eine Hämolyse (H), Leberdysfunktion mit erhöhten Transaminasenwerten (Elevated Liver function test) und eine Thrombozytopenie (Low Platet counts) charakterisiert und stellt eine schwere und lebensbedrohliche Variante der Präeklampsie dar. Die Ätiologie dieses Syndromes bewirkt die Kodierung O14.1 «schwere Präeklampsie».

S15.d Kodierregeln

S15.d.1 Allgemeine Regeln zur Wahl der Hauptdiagnose

S15.d.1A Allgemein

Die Hauptdiagnose ist immer ein Kode des Kapitels XV (O00-O99). Treten mehrere Erkrankungen auf, wird diejenige als Hauptdiagnose angegeben, welche:

- am meisten medizinische Ressourcen verbraucht hat,
- am bedrohlichsten für die Mutter und das Kind ist.

S15.d.1C Entbindung (O80.- – O84.-)

Die Kategorien O80.- bis O84.- sollen nicht systematisch als Hauptdiagnose angegeben werden. Die Kategorie O80.- «Spontangeburt eines Einlings» und der Kode O84.0 «Mehrlingsgeburt, Spontangeburt aller Kinder» wird nur dann als Hauptdiagnose angegeben, wenn Schwangerschaft und Geburt problemlos verlaufen sind. Ansonsten wird das bedeutendste klinische Problem (z. Bsp. Frühgeburt, Dystokie, Risikoschwangerschaft, etc.) als Hauptdiagnose mit dem entsprechenden Kode aus dem Kapitel XV dokumentiert.

Beispiel: Eine Patientin wird zur Geburtseinleitung wegen Überschreitung des Geburtstermins (42. Woche) hospitalisiert. Die Geburt erfolgt notfallmässig durch Kaiserschnitt wegen Verdacht auf fetalen Distress und mangelnde Wehentätigkeit während der Dilatationsphase. Hauptdiagnose O68.0 «Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz», Nebendiagnosen O63.0 «Protrahiert verlaufende Eröffnungsperiode (bei der Geburt)», O82.1 «Geburt durch Schnittentbindung bei Gefahrenzustand für Mutter und Kind», O48 «Übertragene Schwangerschaft» und Z37.0 «lebendgeborener Einling».

Beispiel: Patientin in der 40. Schwangerschaftswoche: notfallmässige Sektio bei akutem fetalen Distress. Es liegt ausserdem ein Oligohydramnion vor und es kommt zu einer postpartalen Blutung. Geburt eines gesunden Neugeborenen. Hauptdiagnose O68.0 «Komplikation bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz», Nebendiagnosen O41.0 «Oligohydramnion», O72.1 «Sonstige unmittelbare postpartal auftretende Blutung», O82.1 «Geburt durch Schnittentbindung bei Gefahrenzustand für Mutter und Kind» und Z37.0 «Lebendgeborener Einling».

Ausnahme! Folgende Kodes dürfen nicht als Hauptdiagnosen angegeben werden:

- O30.- «Mehrlingsschwangerschaft»
- O70.0 und O70.1 «Dammrisse 1. und 2. Grades»
- O75.7 «Vaginale Entbindung nach vorangegangener Schnittentbindung» (siehe auch unter den speziellen Regeln)

S15.d.2 Allgemeine Regeln zur Wahl der Nebendiagnose(n)

Ein Kode der Kategorie Z37.- «Resultat der Entbindung» muss immer als Nebendiagnose im Datensatz der Mutter angegeben werden. Diese Angabe erlaubt es, umfassendere Informationen über die Schwangerschaft und Geburt zu erhalten. Es ist so auch leichter, eine Verbindung zwischen den Informationen, die die Mutter betreffen (Alter, Krankheit, Schwangerschaftsrisiko, Geburtsrisiko etc.), und dem Resultat der Entbindung herzustellen. Dies ist für epidemiologische Studien von Bedeutung, weil es sehr schwierig ist, die Daten der Mutter mit denen des Neugeborenen zu verbinden, da die Datensätze durch den Verbindungskode anonymisiert wurden (es ist zu beachten, dass die Kategorie Z38.- nur für das Neugeborene zu verwenden ist).

S15.d.3 Spezielle Kodierregeln

S15.d.3C1 Frühe Schwangerschaftskomplikationen mit abortivem Ausgang (O00-O08, O35.-)

Handelt es sich um eine vorzeitige Beendigung im Sinne eines Abortes (d.h. bis und mit der vollendeten 22. Schwangerschaftswoche), so wird ein Kode der Kategorie O02.- bis O06.- angegeben. Diese Kodes sind dann zu verwenden wenn eine Schwangerschaft weniger als 22 Wochen dauert und sich mit einem spontan- oder therapeutisch eingeleiteten Abort endet. Als Hauptdiagnose gilt der Abort und als Nebendiagnose dessen Ursache

Beispiele:

1. Schwangerschaftsbeendigung wegen Pätau-Syndrom (Trisomie 13) nach 12 Schwangerschaftswochen:

   Hauptdiagnose O04.9 «Ärztlich eingeleiteter Abort, komplett oder nicht näher bezeichnet, ohne Komplikation»

   Nebendiagnose O35.1 «Betreuung der Mutter bei (Verdacht auf) Chromosomenanomalie beim Feten».

2. Schwangerschaftsabbruch im Rahmen einer unerwünschten Schwangerschaft soll folgendermassen verschlüsselt werden:

   Hauptdiagnose O04.9 «Ärztlich eingeleiteter Abort, komplett oder nicht näher bezeichnet, ohne Komplikation»,

   Nebendiagnose Z64.0 «Probleme mit Bezug auf eine unerwünschte Schwangerschaft».

3. Medikamentöse Unterbrechungen der Schwangerschaft durch orale Einnahme von Mifepriston in Kombination mit einem Prostaglandin-Analog (Misoprostol) – bis zu einer Amenorrhœdauer von 49 Tagen (7. Schwangerschaftswoche) – sollen mit Z30.3 «Auslösung der Menstruation» verschlüsselt werden.

Kodes der Kategorie O08 «Komplikationen nach Abort, Extrauteringravidität und Molenschwangerschaft» werden nur dann als Hauptdiagnose kodiert, wenn der Spitalaufenthalt zur Behandlung solcher Zustände erfolgt.

Beispiel: Eine Patientin wird zur Behandlung einer Sepsis nach Abort hospitalisiert, der einige Tage zuvor durchgeführt worden war. Hauptdiagnose O08.0 «Infektion des Genitaltraktes und des Beckens nach Abort, Extrauteringravidität und Molenschwangerschaft».

In allen anderen Fällen sollen diese Codes in den Nebendiagnosen verwendet werden, um Komplikationen, die mit einem Abort oder einer Molenschwangerschaft in Zusammenhang stehen, anzugeben.

Beispiel: Eine Patientin, die wegen einer Fehlgeburt hospitalisiert wird und während dem Aufenthalt eine schwere Hämorrhagie entwickelt. Hauptdiagnose O03.6 «Spontanabort, komplett oder nicht näher bezeichnet, kompliziert durch Spätblutung oder verstärkte Blutung». Nebendiagnose O08.1 «Spätblutung oder verstärkte Blutung nach Abort, Extrauteringravidität und Molenschwangerschaft».

Wird eine Schwangerschaft vorzeitig beendet, soll als Hauptdiagnose der therapeutisch eingeleitete Abbruch angegeben werden. Als Nebendiagnose wird der Grund der Beendigung angegeben.

Handelt es sich um eine vorzeitige Beendigung nach der vollendeten 22. Schwangerschaftswoche (oder bei unbekanntem Schwangerschaftsalter bei einem Geburtsgewicht ab 500g), so wird ein Kode der Kategorie O35.- «Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Anomalie oder Schädigung des Feten» oder O36.- «Betreuung der Mutter wegen sonstiger festgestellter oder vermuteter Komplikationen beim Feten» angegeben.

Beispiel: Schwangerschaftsbeendigung wegen Anenzephalie in der 26. Schwangerschaftswoche. O35.0 «Betreuung der Mutter bei (Verdacht auf) Fehlbildung des Zentralnervensystems beim Feten», Nebendiagnosen: O60 «Vorzeitige Entbindung», Z37.1 «Totgeborener Einling».

Intrauteriner Fruchttod

Wird die Patientin wegen einem intrauterinen Fruchttod nach der 22. Schwangerschaftswoche behandelt, soll der Kode O36.4 «Betreuung der Mutter wegen intrauteriner Fruchttod» angegeben werden.

S15.d.3C2 Sonstige Krankheiten der Mutter, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind (O20-O29)

Diese Kodes bezeichnen Krankheiten die in engem Zusammenhang mit einer Schwangerschaft stehen, z.B. O21.1 «Hyperemesis gravidarum mit Stoffwechselstörung». Befindet sich die Krankheit nicht unter diesen Kategorien, sollen Kodes der Kategorien O98-O99 angegeben werden.

S15.d.3C3 Krankheiten der Mutter, die anderenorts klassifizierbar sind, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren (O98-O99)

Kodes O98-O99 bezeichnen Komplikationen einer Schwangerschaft und Zustände, die sich während einer Schwangerschaft verschlimmern und Anlass für eine Therapie sind. Diese Zustände sind in einem anderen Kapitel der ICD-10 präziser klassifiziert. Kodes der Kategorien O98.- bis O99.- werden als Hauptdiagnose und die entsprechenden Kodes der anderen Kapitel als Nebendiagnosen angegeben, wenn die Patientin im Rahmen einer geburtshilflichen Therapie eingewiesen wird.

Beispiel: Eine Patientin, die wegen einer schweren Anämie aufgrund von Vitamin B12-Mangel eingewiesen wird. Hauptdiagnose O99.0 «Anämie, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert», Nebendiagnose D51.3 «Sonstige alimentäre Vitamin-B12-Mangelanämie».

Geben solche Zustände Anlass zu einer Therapie mit Einfluss auf den Aufenthalt (z.B. perorale Therapie, keine Verlängerung der Aufenthaltdauer) bzw. werden sie nicht als Hauptdiagnose betrachtet, so werden sie als Nebendiagnosen mit dem präzisen Kode angegeben. Der entsprechende Kode der Kategorien O98-O99 wird nicht mehr angegeben.

Zusammengefasst: Kodes O98-O99 bezeichnen Zustände oder Krankheiten, welche die Schwangerschaft komplizieren oder sich durch die Schwangerschaft verschlechtern und behandlungs- oder therapiebedürftig sind. Es ist zu beachten, dass diese Erkrankungen in anderen Kapiteln der ICD-10 genau bezeichnet werden. Sie werden wie folgt verschlüsselt:

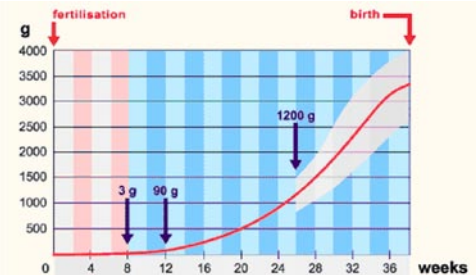
Schwangerschaft	Stellt die Krankheit, welche die Schwangerschaft kompliziert oder durch sie verschlechtert wird, den Einweisungs- bzw. Behandlungsgrund	Dann wird O98-O99 als HD angegeben
	Beispiel: Patientin wird wegen einer schweren schwangerschaftsbedingten Anämie eingewiesen: HD: O99.0 ND: D50.8	
	Stellt die Krankheit, welche die Schwangerschaft kompliziert oder durch sie verschlechtert wird, nicht den Einweisungs- bzw. Behandlungsgrund	Dann wird der präzise Kode ohne den entsprechenden O98-O99 angegeben
	Beispiel: schwangere Patientin wegen einer Commoti cerebri nach einem Sturz auf dem verschneiten Trottoir und welche weiterhin an einem Colon irritabile mit schweren Diarrhoen leidet. HD: S06.0 Zusatz zur HD: W00 ND: K58.9 ND: Z34.-	
	Wird eine schwangerschaftunabhängige Krankheit diagnostiziert, und diese stellt den Einweisungs- bzw. Behandlungsgrund dar.	Dann wird die Erkrankung als Hauptdiagnose angegeben und die Tatsache, dass die Patientin schwanger ist mit dem Z34.- als Nebendiagnose.
	Hat die Erkrankung keinen Einfluss,	wird sie nicht angegeben

Entbindung	Stellt die Erkrankung den Anlass zur Sectio (oder jegliche Art von Entbindung anders als spontane Entbindung)	Dann wird O98-O99 als HD angegeben
	Beispiel: Patientin mit maligner Myopie, welche bedingt, dass die Entbindung durch eine Sectio durchgeführt werden muss (unabhängig davon, ob diese notfallmässig oder elektiv stattfindet): HD: O99.8 ND: H44.2 ND: O82.- ND: Z37.0	
	Beeinflusst die Erkrankung den Spitalaufenthalt jedoch nicht die Entbindungsart,	Dann wird die Erkrankung als ND angegeben
	Beispiel: eine Patientin mit normaler Entbindung und zwei Tage vor dem Austritt eine akute Bronchitis entwickelt: HD: O80.0 ND: J20.9 ND: Z37.0	
	Hat die Erkrankung keinen Einfluss,	wird sie nicht angegeben

S15.d.3C4 Intrauterine Wachstumsretardierung

Der Kode O36.5 «Betreuung der Mutter wegen fetaler Wachstumsretardierung», soll bei festgestellter oder vermuteter Entwicklungsretardierung des Fetus angegeben werden. Dabei kann der Fetus zu klein (small-for-dates) und / oder zu leicht (light-for-dates) sein.

Gewichtsverlauf des Kindes während der Schwangerschaft



S15.d.3C5 Mehrlingsgeburt

Bei spontanen Mehrlingsgeburten soll als Hauptdiagnose der Kode O84.0 «Mehrlingsgeburt, Spontangeburt aller Kinder» und als Nebendiagnose ein Kode der Kategorie O30.- angegeben werden.

In allen anderen Fällen soll(en) die Affektion(en) / Komplikation(en) zuerst angegeben werden und Kodes O84.- und O30.- als Nebendiagnosen.

Beispiel: Patientin in der 38. Schwangerschaftswoche mit Zangenentbindung aus dem Beckenausgang beim zweiten Zwilling wegen fetalem Distress. Hauptdiagnose O68.0 «Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz», Nebendiagnosen O84.8 «Sonstige Mehrlingsgeburt», O30.0 «Zwillingsschwangerschaft», Z37.2 «Zwillinge, beide lebendgeboren», Hauptbehandlung: 72.01 «Beckenausgangszange mit Episiotomie» (zur Kodierung der Forzepsextraktionen: siehe unten).

S15.d.3C6 Uterusnarbe

Der Kode O34.2 «Betreuung der Mutter bei Uterusnarbe durch vorangegangenen chirurgischen Eingriff» soll nur dann angegeben werden, wenn die bestehende Narbe eine Behandlung oder spezielle Überwachung erfordert.

Der Kode O75.7 «Vaginale Entbindung nach vorangegangener Schnittentbindung» wird als Nebendiagnose angegeben bei Patientinnen, die nach einer früheren Sektio vaginal gebären.

S15.d.3C7 Isoimmunisierung (O36.-)

Bei jeder schwangeren Frau wird die Blutgruppe anfangs der Schwangerschaft bestimmt. Bei vermuteter Unverträglichkeit im Rhesussystem (Blutgruppen C,c, D und E,e) oder einigen anderen Blutgruppen zwischen Mutter und Kind ist eine besondere Überwachung der Schwangerschaft angezeigt, weil ein Übergang von einigen dieser mütterlichen Antikörper durch die Plazenta eine fetale hämolytische Anämie mit Hypoxie (wegen des Mangels an Sauerstoffträgern) bis hin zum Hydrops fetalis und zum intrauterinen Fruchttod führen kann.

Die Überwachung einer Schwangerschaft bei Blutgruppenunverträglichkeit (Inkompatibilität, Folge einer Sensibilisierung) besteht in einer Abschätzung der fetalen Gefährdung unter Einbezug des Antikörpertiters und der Anamnese. Um die fetale Hämolyse zu beurteilen, werden spezielle Ultraschalluntersuchungen gemacht (Messung der Blutflussgeschwindigkeit in die Arteria cerebri media) und eventuell invasive Verfahren eingesetzt (Amniozentese, Cordozentese).

Bezüglich des Rhesussystems stellt eine erste Schwangerschaft meistens kein Problem dar. Diese Antikörper erscheinen in der Regel erst nach einer ersten Schwangerschaft, wenn eine sog. «Rhesus-negative» Mutter bei der Entbindung in direktem Kontakt mit kindlichen Rhesuspositiven Erythrozyten bzw. mit dem Antigen D (seltener C, c, E oder e) sensibilisiert wurde. Selten kann es allerdings auch schon im Laufe einer ersten Schwangerschaft zu einer Sensibilisierung kommen, z.B. im Rahmen einer drohenden Fehlgeburt, einer Amniozentese oder auch ohne äusserlich feststellbares Ereignis. Um einer solchen Sensibilisierung vorzubeugen, werden

im Laufe der Schwangerschaft auf Indikation oder generell bei ca. 28 Wochen Anti-D-Antikörper gespritzt. Diese Antikörper können dann bei der Geburt noch nachweisbar sein, beweisen aber keine Inkompatibilität. Gegen die anderen Blutgruppen-Antikörper existiert keine derartige Impfung.

Zusammengefasst: Die blosse Beobachtung bei einer ersten Schwangerschaft, dass Mutter und Kind verschiedene Rhesusfaktoren aufweisen, setzt nicht die grundsätzliche Angabe des Kodes O36.0 voraus, auch wenn eine Injektion von Anti-D bei der Geburt durchgeführt worden ist.

Der Kode O36.0 (und O36.1 für die AB0-Inkompatibilität) wird nur dann angegeben, wenn die Mutter deswegen betreut werden muss (Überwachung, Nachweis und Messung von Antikörpern, Hydramnios [Ultraschall], ev. Amniozentese usw.). Die Anti-D-Injektion wird jedoch immer mit dem Kode 99.11 «Injektion von Rhesus-Immunoglobulin» angegeben.

S15.d.3C8 Schwangerschaftsdauer und Komplikationen bei Wehentätigkeit und Entbindung

Frühgeburt: Geschieht die Geburt – gleichgültig ob spontan, eingeleitet oder durch Sektio – vor der abgeschlossenen 37. Schwangerschaftswoche (weniger als 259 Tagen), wird der Kode O60 «Vorzeitige Entbindung» angegeben.

Übertragene Schwangerschaft: Geschieht die Geburt – gleichgültig ob spontan, eingeleitet oder durch Sektio – nach vollendeter 42. Schwangerschaftswoche oder später, wird der Kode O48 «Übertragene Schwangerschaft» angegeben.

Frustrane Kontraktionen [Unnütze Wehen] (O47.-)

Vor allem gegen das Ende einer Schwangerschaft können mehr oder weniger regelmässige Kontraktionen (Wehen) auftreten, welche nicht zur Geburt führen. Man spricht auch von «nicht geburtswirksamen» oder von «portiounwirksamen» Wehen.

Treten solche Wehen vor Vollendung von 37 Wochen auf, so ist der Kode O47.0 «Frustrane Kontraktionen vor der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche» zu verwenden. In diesem Fall wird auch von «drohender Frühgeburt» gesprochen.

Ab Vollendung von 37 Wochen gilt Kode O47.1 «Frustrane Kontraktionen ab 37 oder mehr vollendeten Schwangerschaftswochen».

- O47.- zusätzlich bei vorzeitigen Kontraktionen (Wehen vor der vollendeten 37. SSW) ohne Geburt (dürfte selten sein bei vorzeitigem Blasensprung).
- O60 zusätzlich bei vorzeitiger Entbindung vor der vollendeten 37. SSW (mit Angabe des Geburtsmodus wie üblich bei Geburt).

O42.- «Vorzeitiger Blasensprung…»

Beginnen die Wehen spontan, weniger als 12 Stunden nach dem Blasensprung oder geschieht der Blasensprung während des Geburtsvorganges handelt es sich nicht um einen vorzeitigen Blasensprung.

Kodes O42.- sind nur dann zu verwenden wenn eine Behandlung (zum Beispiel eine Antibiose oder das Einleiten der Geburt) wegen eines vorzeitigen Blasensprunges durchgeführt wird.

O63.- «Protrahierte Geburt»

Eine Geburt wird als protrahiert betrachtet, wenn:

- Die Eröffnungsperiode mehr als 12 Stunden dauert, dann gilt Kode O63.0 «Protrahiert verlaufende Eröffnungsperiode (bei der Geburt)»,
- Die Austreibungsperiode mehr als 1 Stunde dauert, dann gilt Kode O63.1 «Protrahiert verlaufende Austreibungsperiode (bei der Geburt)».

Wenn die Austreibungsperiode bei Verwendung einer Epiduralanalgesie (Periduralanalgesie) mehr als 2 Stunden dauert, so soll dazu der Kode O74.6 «Sonstige Komplikationen bei Spinal- oder Periduralanästhesie während der Wehentätigkeit und bei der Entbindung» angegeben werden.

Achtung! Wenn es sich um eine protrahierte Geburt nach Blasensprengung handelt, soll der Kode O75.5 «Protrahierte Geburt nach Blasensprengung» und Kode O75.6 «Protrahierter Geburt nach spontanem oder nicht näher bezeichnetem Blasensprung» verwendet werden. Hier gilt jeweils ein Zeitintervall zwischen Eröffnung der Fruchtblase und Geburt von 24 Stunden.

Geburtseinleitung

Künstliche und chirurgische Einleitungen werden mit 73.0- «Künstliche Blasensprengung» und 73.1 «Sonstige chirurgische Weheneinleitung» verschlüsselt.

Medikamentöse Einleitungen werden mit 73.4 «Medikamentöse Weheneinleitung» verschlüsselt.

Wehenunterstützende Massnahmen werden NICHT kodiert.

Kommt es zu einem Misserfolg der Einleitung wird, ein Kode der Kategorie O61.- «Misslungene Geburtseinleitung» angegeben.

Geburtstraumata

Verletzungen während der Geburt, seien sie durch Instrumente oder ohne äussere Einwirkung («spontan») aufgetreten, werden mit Kodes der Kategorie O71.- «sonstige Verletzungen unter der Geburt» verschlüsselt. Verletzungen im Rahmen eines Kaiserschnittes werden mit Kodes der Kategorien T80-T88 «Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen […]» angegeben, gefolgt von der äusseren Ursache (aus Kapitel XX).

Uterusatonie und Hämorrhagien

Eine Uterusatonie:

- während dem Geburtsvorgang wird mit den Kodes der Kategorie O62.-«Abnorme Wehentätigkeit»,
- nach der Geburt wird mit den Kodes der Kategorie O72.- »Postpartale Blutung» angegeben.

Als postpartale Hämorrhagien (O72.0 bis O72.2) betrachtet man einen Blutverlust aus dem Genitaltrakt nach spontaner Geburt von über 500 ml und nach Kaiserschnitt von über 1000 ml.

Achtung! Bei gewissen Patientinnen kann schon ein geringerer Blutverlust therapeutische Massnahmen erfordern und, bei anderen Patientinnen bleiben grössere Blutverlustmengen ohne Konsequenzen. Aus diesem Grund soll immer auf die Angaben des Geburtshelfers und die folgenden zwei weiteren Definitionen geachtet werden:

- Absinken von Hämatokrit oder Hämoglobin um mehr als 10%,
- jede Blutung, die hämodynamische Symptome verursacht oder eine Transfusion benötigt.

S15.d.3C9 Entbindung

Sektio
Geplante Kaiserschnitte (aus medizinischen oder Komfort-Gründen) werden mit O82.0 «Geburt durch elektive Schnittentbindung» verschlüsselt.

Beispiel: Komfort-Sektio. Hauptdiagnose O82.0 «Geburt durch elektive Schnittentbindung» und Nebendiagnose Z37.0 «Lebendgeborener Einling».

Beispiel: Eine Patientin tritt ein zur Sektio wegen Beckenendlage. Hauptdiagnose O32.1 «Betreuung der Mutter wegen Beckenendlage», O82.0 «Geburt durch elektive Schnittentbindung» und Z37.0 «Lebendgeborener Einling».

Notfallmässige bzw. ungeplante Kaiserschnitte werden mit O82.1 «Geburt durch Schnittentbindung bei Gefahrenzustand für Mutter oder Kind» angegeben.

Achtung! Es ist zu beachten, dass die beiden Begriffe «geplant» und «ungeplant» bzw. notfallmässig» nach der Verwendung zur Kodierung nicht mit den klinisch üblichen Begriffen «primär» und «sekundär» gleichgesetzt werden dürfen. Nach klinischem Sprachgebrauch bedeutet eine «primäre Sektio» eine Sektio vor Einsetzen von Wehen, unabhängig davon, ob diese Sektio geplant oder notfallmässig durchgeführt wird. «Sekundäre Sektio» bedeutet die Durchführung einer Sektio nach Wehenbeginn. Bei der Kodierung muss also nur beachtet werden, ob ein Kaiserschnitt notfallmässig oder geplant durchgeführt wurde. Somit müssen die Begriffe «primär» und «sekundär» nicht beachtet werden, und man kommt mit dieser (zu) einfachen Unterteilung in O82.0 und O82.1 durch.

Geburt ausserhalb des Krankenhauses
Wenn eine Patientin ausserhalb eines Spitals niederkommt und erst nach der Geburt hospitalisiert wird, sollte mit Z39.0 «Betreuung und Untersuchung der Mutter unmittelbar nach einer Entbindung» kodiert werden. Der Kode Z37.- «Resultat der Entbindung» wird hier als Nebendiagnose nicht vergeben, weil die Niederkunft ausserhalb des Spitals stattgefunden hat.

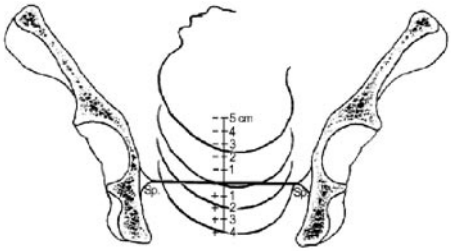
Streptococcus-Trägerinnen
Patientinnen, welche Streptococcus-Trägerinnen sind, werden mit dem Kode Z22.3 «Keimträger anderer näher bezeichneter bakterieller Krankheiten» als Nebendiagnose gekennzeichnet.

S15.d.3C10 Behandlungen

Spontangeburt
Für eine Spontangeburt ohne die Notwendigkeit einer medizinischen Intervention, ohne Einleitung und ohne Episiotomie, wird der Kode 73.59 «sonstige manuell unterstützte Geburt» verwendet.

Periduralanesthäsie bei normaler Entbindung
Eine PDA aus Komfortgründen bei normaler Entbindung wird als Hauptbehandlung mit dem 03.91 «Injektion eines Anästhetikums in den Spinalkanal zur Analgesie».

Zangengeburt
Als «hohe Zange» (72.3-) gilt eine Forzepsextraktion aus einer Höhe über der Spinae ischiadicae: 72.31 «hohe Zange mit Episiotomie», 72.39 «sonstige hohe Zange» (versteht sich ohne Epistiomie). Diese Zangenoperationen sollten im Prinzip nicht mehr oder nur noch bei günstigen Voraussetzungen durch sehr geübte Operateure ausgeführt werden.



Als «mittlere Zange» (72.2-) werden Forzepsextraktionen von der Höhe der Spinae ischiadicae oder unmittelbar darunter, aber noch über + 2 cm, bezeichnet: 72.21 «mittlere Zange mit Episiotomie», 72.29 «sonstige mittlere Zange» (versteht sich ohne Episiotomie).

Als «tiefe Zange» (72.1-) werden Forzepsextraktionen von der Höhe von +2 bis + 3 cm unterhalb der Spinae ischiadicae, aber noch über dem Beckenboden, bezeichnet: 72.11 «tiefe Zange mit Episiotomie», 72.19 «sonstige tiefe Zangen» (versteht sich ohne Episiotomie).

Als «Beckenausgangszange» (72.0-) gelten Forzepsextraktionen vom Beckenboden aus bzw. wenn der Kopf in der Vulva sichtbar ist [ACOG 1994]: 72.01 «Beckenausgangszange mit Episiotomie», 72.09 «sonstige Beckenausgangszange» (versteht sich ohne Episiotomie).

Kaiserschnittoperationen
Heutzutage werden gewöhnlich tiefe isthmische Sectiones caesareae durchgeführt, welche trotz störender Wortwahl mit 74.1 «Tiefe zervikale Sectio caeserea» zu verschlüsseln sind.

Seltener werden korporale Sectiones– fast nur in Universitätsspitälern und geburtshilflichen Zentrumskliniken – durchgeführt, insbesondere bei Frühgeburten oder bei Plazenta praevia. Diese werden mit 74.0 «Klassische Sectio caesarea verschlüsselt».

Zusammenfassung

Geburt ohne Komplikationen	**Geburt mit Komplikationen**
Hauptdiagnose	*Hauptdiagnose*
• Kode der Kategorie O80.- oder O84.0	• das klinische Hauptproblem angeben
Nebendiagnose	*Nebendiagnosen*
• Resultat der Entbindung (Z37.-)	• die Probleme oder Begleiterkrankungen • Resultat der Entbindung (Z37.-) • Kode der Kategorie O81.- bis O84.- (ausser O84.0)

! Achtung: Z37.- muss immer kodiert werden !	
Bermerkung: Kodes der Kategorie O08.-: generell in die Nebendiagnose ausser, wenn der Aufenthalt durch die Behandlung der Komplikation verursacht wird	
Bemerkung: Kodes der Kategorie O98.- bis O99.-: Hauptdiagnose. Entsprechende Kodes aus den anderen Kapiteln in die Nebendiagnosen	
Bemerkung: HELLP-Syndrom entspricht Kode O14.0	
Behandlungen	
73.59 «sonstige manuell unterstützte Geburt»	
Achtung! keine P-Codes im Datensatz der Mutter verwenden!	

S16 Neonatologie

S16.g Allgemeines

Die Neonatologie ist eine Teildisziplin der Pädiatrie. Ihr Ziel ist die Pflege und Behandlung des Neugeborenen, insbesondere des kranken Neugeborenen und Frühgeborenen. Es handelt sich um ein Fachgebiet der Spitalmedizin, das gewöhnlich in Neugeborenen-Intensivstationen praktiziert wird. Die meisten Patienten der Neonatologen sind kranke Neugeborene oder solche, die aufgrund einer Frühgeburt, geringen Geburtsgewichts, intrauteriner Wachstumsretardierungen, angeborener Fehlbildungen (Geburtsfehler), Sepsen oder Asphyxien unter der Geburt spezieller medizinischer Massnahmen bedürfen.

S16.d Kodierregeln

S16.d.1 Termingerecht Geborenes

S16.d.1.A Definition

Die Schwangerschaftsdauer wird in Wochen ab dem 1. Tag der letzten Regelblutung berechnet (Amenorrhoewochen). Termingerechte Neugeborene werden zwischen der vollendeten 37. und 42. Schwangerschaftswoche geboren (259 bis 293 Tage).

S16.d.1.C Infos zur Kodierung

Für ein **gesundes** Neugeborenes ist als Hauptdiagnose ein Kode der Kategorie Z38.- «Lebendgeborene nach dem Geburtsort» anzugeben.

In den Fällen, in denen ein Neugeborenes **eine oder mehrere Pathologien** aufweist, sollte die schwerwiegendste Affektion als Hauptdiagnose und die eventuellen Begleiterkrankungen als Nebendiagnosen kodiert werden. In diesem Fall ist die Angabe eines Kodes der Kategorie Z38.- überflüssig, da die Geburt bereits im Feld Eintrittsart erscheint (Variable 1.2.V.3).

Beispiel: Neugeborenes mit Soor (Mykose der Mundschleimhaut), die mit Miconazol-Gel behandelt wird. Hauptdiagnose P37.5 «Kandidose beim Neugeborenen».

Bemerkung: Die speziellen Kodes für die Morbidität des Neugeborenen befinden sich mehrheitlich im Kapitel XVI «Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben» (P00-P96); ausserdem sind die Kodes S00-T78, E00-E90, Q00-Q99, A33 und C00-D48 heranzuziehen.

Als Erinnerung: Die Perinatalperiode gilt als der Zeitraum, der mit Vollendung der 22. Schwangerschaftswoche beginnt und mit der Vollendung des 7. Tages nach der Geburt endet.

Die Mehrheit der P-Kodes dient nicht nur dazu, Affektionen zu kodieren, die sich während der Perinatalperiode ergeben, sondern auch Krankheiten, ***deren Ursprung eindeutig in diesen Zeitraum fällt,*** *die sich aber erst zu einem späteren Zeitpunkt manifestieren. Dies gilt gemäss Seite 821, Band 1 ICD 10.*

Einige P-Kodes sind indessen nur für Neugeborene bis zum 28. Lebenstag erlaubt. Sie gelten ausschliesslich für die Neonatalperiode: 1. bis 28. Lebenstag (siehe Liste im Anhang S16).

Kann bei einem Neugeborenen, das jünger als 28 Tage, aber älter als 7 Tage ist, eine Pathologie nicht mit einem der oben genannten Kodes klassifiziert werden, so kann ein Kode aus einem der anderen Kapitel verwendet werden, der diese Erkrankung präzise beschreibt.

Das heisst, dass die Kodes P28.8, P28.9, P29.8, P29.9 angewendet werden, wenn die Pathologie in den Dokumenten nicht präzisiert ist.

Beispiel: Die angeborene Kardiomyopathie bei einem 8 Tage alten Säugling ist mit I42.4 anstelle von P29.8 «Sonstige kardiovaskuläre Krankheiten mit Ursprung in der Perinatalperiode» zu kodieren.

Der Kode I42.4 ist folglich für einen Säugling zu verwenden, der die Perinatalperiode überschritten hat, d.h. älter als 7 Tage ist.

S16.d.2 Frühgeborene

S16.d.2.A Definition

Gemäss der Definition der WHO gilt ein Kind als Frühgeburt, wenn die Schwangerschaftsdauer unter 37 Wochen (259 Tage) liegt.

S16.d.2.C Kodierregeln

Der Umstand, dass es sich um eine Frühgeburt handelt, wird mit dem Kode der Kategorie P07.- «Störungen im Zusammenhang mit kurzer Schwangerschaftsdauer und niedrigem Geburtsgewicht, andernorts nicht klassifiziert» angegeben.

Diese Kategorie besteht aus vier Kodes, von denen sich zwei Kodes auf das Gewicht (P07.0 oder P07.1) und die beiden anderen (P07.2 oder P07.3) auf das Gestationsalter beziehen. Die Kodes P07.0 und P07.1 (die sich auf das Gewicht beziehen) sind vor den Kodes in Bezug auf das Gestationsalter vorrangig zu verwenden. Die Kodes P07.0/P07.1 werden als Hauptdiagnose angegeben, wenn das Neugeborene keinerlei andere Pathologie aufweist.

Beispiel: Frühgeborenes in der 36. Schwangerschaftswoche mit einem Geburtsgewicht von 2'430g, aber ohne Pathologie. Hauptdiagnose P07.1 «Neugeborenes mit sonstigem niedrigem Geburtsgewicht», Nebendiagnose P07.3 «Sonstige vor dem Termin Geborene».

Ein in der 36. Schwangerschaftswoche Geborenes mit einem Geburtsgewicht von 2560g ist ausschliesslich mit dem Kode P07.3 «Sonstige vor dem Termin Geborene» zu kodieren.

In den Fällen, in denen **mehrere Pathologien bestehen**, wird die schwerwiegendste in der Hauptdiagnose angegeben und die Kodes für die Frühgeburt als Nebendiagnose.

Beispiel: Frühgeborenes in der 29. Schwangerschaftswoche geboren, das unter Lungenunreife leidet. Hauptdiagnose P28.0 «Primäre Atelektase beim Neugeborenen», Nebendiagnosen P07.1 «Neugeborenes mit sonstigem niedrigem Geburtsgewicht» und P07.3 «Sonstige vor dem Termin Geborene».

S16.d.3 Verbindung zwischen Kodierung Mutter – Kodierung Kind

Die Morbiditäten der Mutter haben keinerlei Einfluss auf die Kodes des Neugeborenen. Es besteht insofern keine Verbindung zwischen den Kodes der Mutter und denjenigen des Kindes. Falls aber die Morbiditäten der Mutter Konsequenzen für die Gesundheit des Kindes haben, werden diese im Datensatz des Kindes mit den Kodes P00.- bis P04.- angezeigt.

Beispiel: Ein Plazentainfarkt führt bei einem Neugeborenen zu einer Wachstumsretardierung. Hauptdiagnose P05.2 «Fetale Mangelernährung des Neugeborenen ohne Angabe von zu leicht oder zu klein für das Gestationsalter [light or small for gestational age]», Nebendiagnose P02.2 «Schädigung des Feten und Neugeborenen durch sonstige und nicht näher bezeichnete morphologische und funktionelle Plazentaanomalien». Bemerkung: Im Dossier der Mutter wird als Hauptdiagnose O43.8 «Sonstige pathologische Zustände der Plazenta» angegeben.

Die Kodes P00.- bis P04.- «Schädigung des Feten und Neugeborenen durch mütterliche Faktoren und durch Komplikationen während Schwangerschaft, Wehen und Entbindung» sind relativ ungenau und erlauben keinerlei genauen Hinweis auf die Art der Affektionen.

Um der medizinischen Statistik möglichst genaue Informationen zur Verfügung zu stellen, sollten möglichst präzise Kodes angegeben werden. Daher wird die bedeutendste Morbidität als Hauptdiagnose angegeben, während die Tatsache, dass es sich um eine Morbidität aufgrund mütterlicher Faktoren handelt, unter den Nebendiagnosen klassifiziert wird.

In einigen Fällen ist diese Vorgehensweise jedoch nicht möglich. Als Beispiel dient ein gesundes Neugeborenes einer HIV-positiven Mutter, das keine Symptome aufweist, aber einer Blutabnahme und einer Behandlung mit Virostatika unterzogen wird. Dasselbe gilt für Neugeborene von Müttern, bei denen Streptokokken nachgewiesen werden, aber nur, sofern eine Behandlung durchgeführt wird. In diesen Fällen wird je nach Infektionsart, Infektion durch HIV oder lokalisierter Infektion mit P00.2 oder P00.8 kodiert.

Beispiel: Zwillinge mit einer Wachstumsretardierung. Hauptdiagnose P05.0 «Fetale Mangelernährung des Neugeborenen ohne Angabe von zu leicht oder zu klein für das Gestationsalter [light or small for gestational age]», Nebendiagnose P01.5 «Schädigung des Feten und Neugeborenen bei Mehrlingsschwangerschaft».

Beispiel: Neugeborenes mit Nabelschnurverschlingung, niedriger Apgar nach 5 Minuten, mit physiologischem Ikterus. Hauptdiagnose P59.9 «Neugeborenenikterus, nicht näher bezeichnet», Nebendiagnose P02.5 «Schädigung des Feten und Neugeborenen durch sonstige Formen der Nabelschnurkompression».

S16.d.4 Geburt durch Kaiserschnitt

A) Elektiver Kaiserschnitt und dem Neugeborenen geht es gut: In der Hauptdiagnose mit Z38.0 kodieren; keine weitere Kodierung

B) Grund für den Kaiserschnitt unbekannt und dem Neugeborenen geht es gut: In der Hauptdiagnose mit Z38.0 kodieren; keine weitere Kodierung

C) bei Geburt durch Zangen-, Vakuumextraktion oder Kaiserschnitt aufgrund fetaler Ursachen sind diese fetalen Ursachen zu kodieren; Bsp.: P20.- Intrauterine Hypoxie

Der Kode P03.4 findet nur dann Anwendung, wenn das Neugeborene unter der Geburt durch den Kaiserschnitt geschädigt wurde: zum Beispiel Wet-Lung-Disease, transitorisches Respiratory-Distress-Syndrom, Trauma. Die Tatsache des Kaiserschnitts allein reicht nicht aus.

S16.d.5 Totgeborene

S16.d.5.A Definition

Obgleich die Information «Totgeborenes» (z.B. Z37.1 «Totgeborener Einling») bereits im Datensatz der Mutter erscheint, sollten auch ein Minimaldatensatz und ein Zusatzdatensatz für das Kind angelegt werden. Die Kriterien eines Totgeborenen sind folglich dann erfüllt, wenn das Geborene ohne Vitalzeichen ein Gestationsalter von mindestens vollendeten 22 Schwangerschaftswochen oder ein Gewicht von > 500g aufweist.

S16.d.5.C Kodierregel

Obgleich die Information «Totgeborenes» (z.B. Z37.1 «Totgeborener Einling») bereits im Datensatz der Mutter erscheint, sollten auch ein Minimaldatensatz (d.h. ein Fall) und ein Zusatzdatensatz für das Kind angelegt werden, sofern dies die vorstehenden Kriterien erfüllt.

Darüber hinaus gibt es für das Neugeborene spezielle Kodes zur Klassifizierung dieser Umstände: Kodes der Kategorie P20.- «Intrauterine Hypoxie», P95 «Fetaltod nicht näher bezeichneter Ursache». Bei dieser Verfahrensweise stehen zwei komplette Dossiers zur Verfügung.

S16.d.6 Geburt ausserhalb eines Spitals

In den Fällen, in denen die Niederkunft zu Hause vor der Hospitalisation erfolgt, ist die Hauptdiagnose – sofern das Neugeborene keine Pathologien aufweist – mit einem Kode der Kategorie Z38.- anzugeben:

- Z38.1 «Einling, Geburt ausserhalb des Krankenhauses»,
- Z38.4 «Zwilling, Geburt ausserhalb des Krankenhauses» oder
- Z38.7 «Anderer Mehrling, Geburt ausserhalb des Krankenhauses».

Bezüglich der **Eintrittsart** darf nicht die Ziffer 3 angegeben werden, weil sie ausdrücklich die Geburt im Spital bezeichnet; stattdessen ist die Ziffer 1 (Notfall) oder 2 (angemeldet, geplant) einzutragen.

S16.d.7 Zusatzdaten des Neugeborenen

Bemerkung zu den Zusatzdaten des Neugeborenen: Seit 1. Januar 2002 ist die Erfassung der Zusatzdaten des Neugeborenen obligatorisch (siehe Anhang G01.4).

Zusammenfassung Neonatologie

Geburt ohne Komplikationen	**Geburt mit Komplikationen**
Hauptdiagnose	*Hauptdiagnose*
• Kode der Kategorie Z38.-	• das bedeutendste klinische Problem angeben (im Allgemeinen mit einem P-Kode)
Nebendiagnose	*Nebendiagnose(n)*
• Ø	• die Begleitprobleme oder –pathologien (im Allgemeinen mit P-Kodes) **Bemerkung:** Die Angabe des Kodes Z38.- ist hier überflüssig!
Bemerkung: Kodes der Kategorie P00.- bis P04.- sind als Nebendiagnosen anzugeben, da nur wenig genau; davon ausgenommen sind P00.2. und P00.8 Geburt ausserhalb eines Spitals: Z38.1, Z38.4 oder Z38.7 und keine Eintrittsart vom Typ 3	
Frühgeborene ohne Komplikationen	**Kranke Frühgeborene**
Hauptdiagnose	*Hauptdiagnose*
• entsprechend dem Geburtsgewicht P07.0 oder P07.1	• Kode der schwerwiegendsten Krankheit
Nebendiagnose	*Nebendiagnosen*
• entsprechend dem Gestationsalter P07.2 oder P07.3 P07.3 in der Hauptdiagnose wenn Gewicht >2500 g	• Kodes für Frühgeburt: Der Kode für das Geburtsgewicht und der Kode für das Gestationsalter müssen angegeben werden
Bemerkung: Auch für Totgeburten muss ein Datensatz angelegt werden, wenn das Gewicht des Feten bei mindestens 500 g liegt oder das Gestationsalter 22 Wochen beträgt.	
Kodierung in der Neonatologie = P-Kodes für Perinatologie und Krankheiten, deren Ursprung in der Perinatalperiode liegt (vollendete 22. Schwangerschaftswoche bis 7 Tage nach der Geburt) sowie die Kodes S00-T78, E00-E90, Q00-Q99, A33 und C00-D48.*	
Achtung! Keinen O-Kode im Dossier des Kindes angeben	

S19 Verletzungen, Vergiftungen, Folgen äusserer Ursachen

S19.g Allgemeines, Vergiftungen und Suizidversuche durch Arzneimitteleinnahme (Akzidentelle und vorsätzliche Vergiftungen)

Die Exposition gegenüber Arzneimitteln oder nicht medizinisch verwendeten Substanzen, ob akzidentell oder vorsätzlich (bei einem Suizidversuch), kann Symptome oder Pathologien verursachen, die eine Behandlung des Patienten erforderlich machen.

Es ist auch möglich, dass ein Patient Substanzen eingenommen hat und daraufhin bereits vor Auftreten der Symptome überwacht oder prophylaktisch behandelt werden muss (Magenspülung, Antidot). In diesem Fall ist die Kodierung identisch.

Die Kodes der Kategorien T36 bis T50 beziehen sich auf Vergiftungen durch Arzneimittel und biologisch aktive Substanzen. In den Kodes T51 bis T65 sind die toxischen Wirkungen von vorwiegend nicht medizinisch verwendeten Substanzen erfasst. Sie beschreiben die Art der Substanz, welche die Vergiftung verursacht hat.

Im Arzneimittelverzeichnis des ICD-10 (alphabetischer Index) ist in der ersten Spalte für jede Substand ein Kode aus Kapitel XIX, Kodes T36.- bis T65.-, aufgeführt; in der zweiten und dritten Spalte erscheinen die Kodes aus Kapitel XX, welche die Vergiftungsursachen angeben: akzidentell oder vorsätzlich.

S19.d Kodierregeln

Die Vergiftung muss in der Hauptdiagnose entsprechend mit T36 bis T65 kodiert werden. Ausserdem ist die Hauptdiagnose unbedingt durch den Zusatz zur Hauptdiagnose zu ergänzen. Dieser Kode beschreibt die Umstände des Ereignisses (X-Kode). Als Nebendiagnose(n) sind dann die Symptome oder Pathologien zu kodieren, die als Folge der Vergiftung auftreten.

S19.d.1 Vorsätzliche Vergiftung:

- Hauptdiagnose: Der entsprechende Kode der Vergiftung (T36-T65)
- Zusatz zur Hauptdiagnose (obligatorisch): Umstände des Ereignisses: Vorsätzliche Selbstschädigungen: Kodes der Gruppe X60-X69 aus Kapitel XX «Äussere Ursachen von Morbidität und Mortalität».
- **Nebendiagnosen:** Symptome oder Pathologien, die Folge der Vergiftung sind.
- **Nebendiagnosen:** Diagnostizierte und aktuelle psychiatrische Störungen

S19.d.2 Vergiftung durch Arzneimittel und Alkohol:

Problematisch ist häufig die Kodierung bei Suizidversuchen durch gleichzeitige Einnahme von Arzneimitteln und Alkohol. In diesem Fall wird wie folgt richtig kodiert:

Hauptdiagnose: Der für das Arzneimittel geltende T-Kode

- Obligatorische Zusatz zur Hauptdiagnose: der entsprechende Kode der Gruppe X60-X69
- Nebendiagnose: 2 Möglichkeiten:
  - F10.2 Abhängigkeitssyndrom durch Alkohol
  - F10.1 Schädlicher Gebrauch von Alkohol

  Für akzidentelle Vergiftungen (zum Beispiel beim Kind): T51.0

  Für vorsätzliche Vergiftungen (unabhängig vom Alter): F10.0
- Die psychiatrischen Störungen, welche die Handlung auslösen, werden als Nebendiagnosen kodiert.
- Bei Fällen der Selbstbeschädigung in der Eigenanamnese kann in der Nebendiagnose der Kode Z91.5 angegeben werden.

Beispiel: Ein aufgrund von Depression bekannter Patient wird wegen eines Suizidversuchs durch die Einnahme grosser Mengen Kokain und gleichzeitigem Konsum von 1 Liter Whisky hospitalisiert. Er wird von seiner Frau sofort nach der Einnahme in die Notaufnahme gebracht. Der Patient ist bei der Ankunft asymptomatisch. Hauptdiagnose T40.5 «Vergiftung durch Kokain», Zusatz zur Hauptdiagnose X62 «Vorsätzliche Selbstvergiftung durch Exposition gegenüber Betäubungsmitteln...»; Nebendiagnosen F10.0 «Akute Intoxikation» und F32.9 «Depressive Episode, nicht näher bezeichnet».

S19.d.3 Akzidentelle Vergiftung oder Überdosierung

- Hauptdiagnose: Der entsprechende Kode der Vergiftung (T36-T65)
- Zusatz zur Hauptdiagnose (obligatorisch): Umstände des Ereignisses: Akzidentelle Vergiftung durch und Exposition gegenüber schädliche(n) Substanzen: Kodes der Gruppe X40-X49 aus Kapitel XX «Äussere Ursachen von Morbidität und Mortalität».
- Nebendiagnosen: Symptome oder Pathologien, die Folge der Vergiftung sind.

Beispiel: Ein Patient wird aufgrund einer Ciguatera-Fischvergiftung (Intoxikation durch Ciguatoxin) nach dem versehentlichen Verzehr toxischen Fisches hospitalisiert. Die Symptome sind Übelkeit und allgemeines Schwächegefühl. Hauptdiagnose T61.0 «Ciguatera-Fischvergiftung», die Zusatz zur Hauptdiagnose wird mit X49.- «Akzidentelle Vergiftung durch und Exposition gegenüber sonstige(n) und nicht näher bezeichnete(n) Chemikalien und schädliche(n) Substanzen» (mit der 4. Stelle wird entsprechend der Ort des Ereignisses kodiert); Nebendiagnosen R11 «Übelkeit und Erbrechen» und R53 «Unwohlsein und Ermüdung».

Beispiel: 4-jähriger Patient, asymptomatisch, wird von seinen Eltern nach der Einnahme mehrerer Aspirintabletten in die Notaufnahme des Spitals gebracht. Es wird eine Magenspülung durchgeführt. Hauptdiagnose T39.0 «Vergiftung durch Salicylate», Zusatz zur Hauptdiagnose X40.- «Akzidentelle Vergiftung durch und Exposition gegenüber nichtopioidhaltige(n) Analgetika, Antipyretika und Antirheumatika» (die 4. Stelle beschreibt den Ort des Ereignisses).

S19.d.3.a Vergiftungen durch Arzneimittel ohne nähere Bezeichnung einer Absicht

Auch in diesen Fällen gelten die oben aufgeführten Kodierungsregeln. Allerdings werden die Umstände des Ereignisses, die obligatorisch in den Zusatz zur Hauptdiagnose anzugeben sind, mit der Gruppe Y10-Y34 aus Kapitel XX «Äussere Ursachen von Morbidität und Mortalität» kodiert.

S19.d.4 Koma und Vergiftung durch Arzneimittel

Im Falle eines Komas (wobei dieser Begriff allgemein für Bewusstseinsstörungen verwendet wird) infolge der akzidentellen oder vorsätzlichen Einnahme psychotroper Substanzen ist in der Hauptdiagnose nicht der Kode R40 anzugeben, da dieser das Symptom beschreibt.

Hauptdiagnose: Der entsprechende Kode der Vergiftung (T42.-)

Zusatz zur Hauptdiagnose (obligatorisch): Umstände des Ereignisses: Akzidentelle Vergiftung, Kodes der Gruppe X40 – X49 oder Selbstbeschädigung, d.h. Kodes der Gruppe X60-X69.

Nebendiagnosen: Symptome oder Pathologien die Folge der Vergiftung sind, d.h. Kode R40.- für das Koma wird in der Nebendiagnose angegeben. Er gibt Aufschluss über den Gesundheitszustand des Patienten.

Beispiel: Eine Patientin versucht ihrem Leben durch die massive Einnahme von Barbituraten ein Ende zu setzen. Hospitalisation als Notfall im komatösen Zustand*. Hauptdiagnose T42.3 «Vergiftung durch Barbiturate», Zusatz zur Hauptdiagnose X61.- «Vorsätzliche Selbstvergiftung durch und Exposition gegenüber Antiepileptika, Hypnotika, Antiparkinsonmittel(n) und psychotrope(n) Substanzen», andernorts nicht klassifiziert (die 4. Stelle beschreibt den Ort des Ereignisses), Nebendiagnose R40.2 «Koma, nicht näher bezeichnet».

AUSNAHMEN:

S19.d.4.a Koma durch Alkoholmissbrauch

Dieser Zustand wird als Folge eines akuten Stadiums oder der Wirkung des Rausches betrachtet: Hauptdiagnose: Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, akute Intoxikation F10.0 und Nebendiagnosen: Symptome oder Pathologien, die Folge der Vergiftung sind, d.h. Kode R40.- für das Koma wird in der Nebendiagnose angegeben. Er gibt Aufschluss über den Gesundheitszustand des Patienten. (Nebendiagnose: Abhängigkeitssyndrom durch Alkohol F10.2).

***Bemerkung:** Bei Kindern unter 10 Jahren ist anstelle von F10.1 der Kode T51.0 «Toxische Wirkung von Äthanol» anzugeben.

S19.d.4.b Diabetisches Koma und Vergiftung

Eine Vergiftung aufgrund der (akzidentellen oder vorsätzlichen) Einnahme oder Verabreichung von Insulin oder eines Antidiabetikums, die sich in einem hypoglykämischen Koma manifestiert, sollte mit E15 «Hypoglykämisches Koma, nichtdiabetisch» kodiert werden. Die Angabe des Zusatzes zur Hauptdiagnose ist nicht erforderlich.

Liegt der gleiche Fall vor, doch zeigt der Patient bei der Hospitalisation keinerlei Symptome, so ist Kode T38.3 «Vergiftung durch Insulin und orale blutzuckersenkende Arzneimittel [Antidiabetika]» in der Hauptdiagnose anzugeben; ergänzend wird eine Zusatz zur Hauptdiagnose (X44.- oder X65.-) kodiert.

S19.d.5 Vergiftung durch Einnahme mehrerer Substanzen

Die Hauptdiagnose gibt die Substanz an (T36-T65), die das schwerwiegendste Symptom ausgelöst hat oder die Ursache der Symptome ist. Falls bekannt ist, welche 2 Substanzen die schwerste Intoxikation bewirkt haben, werden die 2 T-Kodes und die 2 X-Kodes angegeben. Sollte aber beispielsweise eine Patientin ihren kompletten Medizinschrank eingenommen haben, wird mit einem Kode der Gruppe T50.9 kodiert und der Zusatz zur Hauptdiagnose wie im folgenden Beispiel angegeben.

Der Zusatz zur Hauptdiagnose zur Hauptdiagnose wird wie folgt kodiert:

Akzidentell:
- X49.9 «Akzidentelle Vergiftung durch und Exposition gegenüber sonstige(n) und nicht näher bezeichnete(n) Chemikalien und schädliche(n) Substanzen, ohne nähere Angabe».

oder

- X44.9 «Akzidentelle Vergiftung durch und Exposition gegenüber sonstige(n) und nicht näher bezeichnete(n) Arzneimittel(n), Drogen und biologisch aktive(n) Substanzen».

Vorsätzlich:
- X69.9 «Vorsätzliche Selbstvergiftung durch und Exposition gegenüber sonstige(n) und nicht näher bezeichnete(n) Chemikalien und schädliche(n) Substanzen, ohne nähere Angabe».

oder

- X64.9 «Vorsätzliche Selbstvergiftung durch und Exposition gegenüber sonstige(n) und nicht näher bezeichnete(n) Arzneimittel(n), Drogen und biologisch aktive(n) Substanzen».

S19.d.5.a Vergiftung durch Einnahme mehrerer Arzneimittel, ohne nähere Bezeichnung der Zusammensetzung oder wenn die Vergiftung durch eine unbekannte Substanz verursacht wurde

Die Hauptdiagnose wird mit T50.9 «Vergiftung durch sonstige und nicht näher bezeichnete Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen» kodiert.

Der Zusatz zur Hauptdiagnose zur Hauptdiagnose wird mit den oben aufgeführten Kodes bezeichnet, abhängig davon, ob die Vergiftung akzidentell oder vorsätzlich herbeigeführt wurde.

Um die Zusammensetzung des Arzneimittels herauszufinden, ist das Arzneimittelkompendium der Schweiz zu konsultieren.

Beispiel: Der Patient wird mit einer Atemdepression infolge der akzidentellen Einnahme von Barbituraten in Kombination mit einem alkoholischen Getränk hospitalisiert. Hauptdiagnose T42.3 «Vergiftung durch Barbiturate», Zusatz zur Hauptdiagnose Kode X41.- «Akzidentelle

Vergiftung durch und Exposition gegenüber Antiepileptika, Sedativa, Hypnotika, Antiparkinsonmittel(n) und psychotrope(n) Substanzen, andernorts nicht klassifiziert», Nebendiagnosen F10.0 «Akute Intoxikation durch Alkohol».

Ausnahme! Eine Ausnahme gilt für Patienten, die direkt in einer psychiatrischen Einrichtung hospitalisiert werden. In diesen Fällen ist die psychiatrische Pathologie als Hauptdiagnose zu kodieren, die vorsätzliche Selbstschädigung folgt in der Nebendiagnose.

Zusammenfassung

Hauptdiagnose →	Vergiftung Kode T36 bis T65
Zusatz zur Hauptdiagnose →	äussere Ursache • Akzidentelle Vergiftung: Kodes der Gruppe X40 – X49 • Vorsätzliche Selbstschädigung: Kodes der Gruppe X60-X69
Nebendiagnose →	Symptome oder Pathologien, die Folge der Vergiftung sind. Die psychiatrische Störung
AUSGENOMMEN Fälle, in denen der Patient in einer psychiatrischen Einrichtung hospitalisiert wird!	

S19.d.6 Suizidversuch, ausgenommen Vergiftung durch Arzneimittel

S19.d.6.a Allgemeines

Bei Hospitalisierungen von Notfallpatienten nach einem Suizidversuch stellt sich die Frage, welche Hauptdiagnose zu kodieren ist. Gilt für die Hauptdiagnose die Verletzung bzw. Vergiftung oder die psychische Störung, die zu der Handlung geführt hat? Der alphabetische Index gibt auf diese Frage keine Antwort. Eine Suche unter dem Begriff «Suizid/Selbsttötung» führt zum Kode T14.9 «Verletzung, nicht näher bezeichnet». Dieser Kode ist aber sowohl aus klinischer als auch aus epidemiologischer Sicht nicht eindeutig.

S19.d.6.b Kodierregeln

Fälle von Suizid und Suizidversuche werden wie folgt kodiert:

- **Hauptdiagnose:** die schwerwiegendste Läsion. Dazu sind die Kodes aus Kapitel XIX (S- und T-Kodes, Verletzungen und Vergiftungen) heranzuziehen.
- **Zusatz zur Hauptdiagnose:** Umstände des Ereignisses (obligatorisch): Kodes der Gruppe X70-X84 aus Kapitel XX «Äussere Ursachen von Morbidität und Mortalität».
- **Nebendiagnosen:** psychiatrische Störungen, welche die Handlung ausgelöst haben, Pathologien, die sich daraus ergeben
- Bei Fällen der Selbstbeschädigung in der Eigenanamnese wird in der Nebendiagnose der Kode Z91.5 angegeben.

Beispiel: Ein junger Patient, der aufgrund rezidivierender depressiver Episoden bekannt ist, wird nach einem Suizidversuch in der Notaufnahme aufgenommen. Er hat eine Schnittwunde am Hals mit Beschädigung der Karotis. Hauptdiagnose S15.0 «Verletzung der A. carotis», Zusatz

zur Hauptdiagnose X78.- «Vorsätzliche Selbstschädigung durch scharfen Gegenstand» die 4. Stelle beschreibt den Ort des Ereignisses), Nebendiagnose F33.2 «Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome».

Zusammenfassung

Hauptdiagnose →	die schwerwiegendste Läsion
Zusatz zur Hauptdiagnose →	die äussere Ursache X70 -X84
Nebendiagnose →	die psychiatrische Störung Pathologien, die diese Handlung ausgelöst haben

AUSGENOMMEN Fälle, in denen der Patient in einer psychiatrischen Einrichtung hospitalisiert wird!

S19.d.7 Unerwünschte Nebenwirkungen von Arzneimitteln

S19.d.7A Allgemeines

Unerwünschte Nebenwirkungen **korrekt verschriebener und verabreichter Arzneimittel/ therapeutischer Substanzen** sind nach Art der Wirkungen zu klassifizieren (siehe dazu Anhang S19) und dürfen nicht mit den oben genannten Kodes (T36-T65) kodiert werden, sondern müssen nach der Art ihrer Wirkungsweise verschlüsselt werden. Ein Kode aus der Gruppe Y40-Y59 als Zusatz zur Hauptdiagnose dient lediglich der Angabe, dass es sich um eine unerwünschte Nebenwirkung handelt.

Es ist unbedingt zu beachten, dass eine Nebenwirkung eines Medikaments nicht gleichbedeutend mit einer Vergiftung ist.

S19.d.7.C1 Kodierung

Hauptdiagnose ist die Art der Affektion. Zusatz zur Hauptdiagnose zur Hauptdiagnose: hier wird der Kode des Arzneimittels angegeben, das die Affektion ausgelöst hat (Kode aus der Gruppe Y40-Y59 «Unerwünschte Nebenwirkungen bei therapeutischer Anwendung von Arzneimitteln, Drogen oder biologisch aktiven Substanzen»).

Beispiel: Ein Patient wird zur Behandlung einer chronischen Nephropathie infolge einer Dauertherapie mit einem Analgetikum hospitalisiert (Phenacetinniere). Hauptdiagnose N14.0 «Analgetika-Nephropathie», Zusatz zur Hauptdiagnose: Y45.5 «4-Aminophenol-Derivate».

Beispiel: Ein Patient wird infolge der Einnahme von Antikoagulanzien wegen eines Psoashämatoms hospitalisiert. Hauptdiagnose D68.3 «Hämorrhagische Diathese durch zirkulierende Antikoagulanzien», Zusatz zur Hauptdiagnose: Y44.2 «Antikoagulanzien».

S19.d.7.C2 Nebenwirkungen während der Hospitalisation

In diesem Fall wird in der Nebendiagnose die Art der Wirkung kodiert, unmittelbar gefolgt vom Kode für die äussere Ursache.

Beispiel: Bei einer Patientin, die zur Behandlung eines Ovarialkarzinoms durch Chemotherapie (Cisplatin) hospitalisiert ist, wird während des stationären Aufenthalts einige Tage nach der Therapie eine Knochenmarkaplasie infolge der Cisplatin-Verabreichung diagnostiziert. Hauptdiagnose C56 «Bösartige Neubildung des Ovars», Nebendiagnosen D61.1 «Arzneimittelinduzierte aplastische Anämie», gefolgt von Y43.3 «Sonstige antineoplastische Arzneimittel».

Beispiel: Ein Patient wird zur Behandlung einer Folsäure-Mangelanämie infolge einer Therapie mit Trimethoprim hospitalisiert. Hauptdiagnose D52.1 «Arzneimittelinduzierte Folsäure-Mangelanämie», Zusatz zur Hauptdiagnose Y41.8 «Sonstige näher bezeichnete systemisch wirkende Antiinfektiva und Antiparasitika».

Zusammenfassung

Hauptdiagnose →	Art der Affektion
Zusatz zur Hauptdiagnose →	Hier wird der Kode des Arzneimittels angegeben, das die Affektion ausgelöst hat (Kode aus der Gruppe Y40-Y59 «Unerwünschte Nebenwirkungen bei therapeutischer Anwendung von Arzneimitteln, Drogen oder biologisch aktiven Substanzen»).

S19.d.7.C3 Anaphylaktischer Schock durch Medikamente ausgelöst

Bei indikationsgerechter Anwendung des Arzneimittels lautet die Hauptdiagnose T88.6 «Anaphylaktischer Schock als unerwünschte Nebenwirkung eines indikationsgerechten Arzneimittels oder einer indikationsgerechten Droge bei ordnungsgemässer Verabreichung», Zusatz zur Hauptdiagnose: Kode der Gruppe Y40 –Y59

S19.d.7.C4 Anaphylaktischer Schock, der durch eine andere Ursache ausgelöst wurde

Hauptdiagnose T78.2 «Anaphylaktischer Schock, nicht näher bezeichnet». Anschliessend folgt die Klassifizierung der externen Ursache mit den Kodes für die externen Ursachen

Medizinscher Fall	**Hauptdiagnose**	**Zusatz zur Hauptdiagnose:**	**Nebendiagnose**
Vergiftungen und Suizidversuche durch Arzneimitteleinnahme:			
S19.d.1 Vorsätzliche Vergiftung,	T36.- bis T65.-	X60.- bis X69.-	Symptom oder Pathologie
Bei Hosp. in psychiatrischer Einrichtung)	Fxx-	–	T36.- bis T65.- und X40.- bis X49.-
S19.d.3 Akzidentelle Vergiftung oder Überdosierung	T36.- bis T65.-	X40.-bis X49.-	Symptom oder Pathologie

Suizidversuch, ausgenommen Vergiftung durch Arzneimittel	Die schwerwiegendste Läsion	X70.- X84.-	Psychiatrische Störung
S19. Nebenwirkungen von Arzneimitteln	Art der Affektion	Y40 –Y57	

S21 Rehabilitation

S21.g Allgemeines

Rehabilitationsfälle sind meist Patienten, die wegen postoperativer Rekonvaleszenz oder Anschlussbehandlung hospitalisiert sind. Die Kodierung solcher Fälle mit der ICD-10-Klassifikation ist nicht befriedigend, da nur wenige und zudem ungenaue Kodes zu Verfügung stehen. Es geht dabei um die Kodes der Kategorie Z50.- «Rehabilitationsmassnahmen», die zu den Kategorien Z40-Z54 gehören: «Personen, die das Gesundheitswesen zum Zwecke spezifischer Massnahmen und zur medizinischen Betreuung in Anspruch nehmen». Diese Kodes geben den Grund der Hospitalisation von Patienten an, die schon behandelt worden sind, aber einer weiteren Behandlung bedürfen (Rekonvaleszenz, Versorgung aufgrund eines weiter bestehenden Zustandes, etc.).

Die Patienten in der Rehabilitation unterscheiden sich in ihrer Gesamtheit deutlich von denjenigen in Akutkliniken und zeichnen sich mehrheitlich wie folgt aus:

- Rehabilitation postoperativ (z. B. im Anschluss an eine Knie- oder Hüftprothesenimplantation, nach Diskushernienoperation, nach grösseren viszeralchirurgischen oder thoraxchirurgischen Eingriffen usw.)
- Rehabilitation nach akuter Behandlung von Krankheitszuständen (z. B. Status nach Myokardinfarkt, Status nach Hirninfarkt mit Hemiplegie)
- Rehabilitation von chronischen Krankheiten und Störungen (z. B. Rheumatische Erkrankungen, Dorsopathien, Arthropathien, Schmerzsyndrome usw.)

Die Dokumentation dieser Zustände mit der ICD-10 ist schwierig, und die vorhandenen Kodes vermögen den Patienten aus Sicht des Klinikers oft nur ungenügend zu beschreiben. Deshalb wird in Rehabilitationskliniken nicht selten als Hauptdiagnose der präoperative oder ehemals akute Krankheitszustand angegeben. Bei einem Patienten mit Rehabilitation nach Knieprothesenimplantation wird somit die Diagnose «Gonarthrose» kodiert, bei einem Patienten nach Entfernung eines Kolonkarzinoms der nicht mehr vorhandene Tumor.

Dieses Vorgehen bei der Kodierung entspricht nicht den Bedürfnissen der in der Rehabilitation tätigen Ärzte, die einen Fall zu dokumentieren haben. Aus epidemiologischer Sicht ist dieses Verfahren jedoch korrekt. Es ermöglicht eine Unterscheidung zwischen Akutversorgung und späterer Rehabilitation und gewährleistet, wenn es richtig angewandt wird, eine konsistente Kodierung.

S21.d Regeln

Beachten Sie folgende Regeln: In Fällen von Rehabilitation nach Behandlung einer akuten Krankheit oder einer traumatischen Läsion ist die Hauptdiagnose ein Kode aus der Kategorie Z50 «Rehabilitationsmassnahmen». Um den Fall genauer zu beschreiben, werden Nebendiagnosen angegeben, die anzeigen, dass es sich um einen postoperativen Status handelt (Vorhandensein von Implantaten, Vorhandensein eines aortokoronaren Bypasses, maligne Neubildungen in der Eigenanamnese, etc.) und welche Begleiterkrankungen vorliegen, die die Behandlung beeinflussen könnten.

S21.d.1 Beispiel Kardiologische Rehabilitation

Beispiel: Patient nach einer dreifachen Bypass-Operation, der in einer Klinik für kardiale Rehabilitation hospitalisiert ist. Hauptdiagnose Z50.0 «Rehabilitationsmassnahmen bei Herzkrankheit», Nebendiagnose Z95.1 «Vorhandensein eines aortokoronaren Bypasses».

S21.d.2 Beispiel Rehabilitation und Weiterbehandlung

Beispiel: Patient mit Status nach totaler Pneumonektomie rechts bei Bronchuskarzinom, der an chronisch obstruktiver Bronchitis leidet und in einer Rehabilitationsklinik zur Weiterbehandlung und respiratorischen Physiotherapie hospitalisiert ist. Hauptdiagnose Z50.8 «Sonstige Rehabilitationsmassnahmen», Nebendiagnosen Z85.1 «Bösartige Neubildung der Trachea, der Bronchien oder der Lunge in der Eigenanamnese», Z90.2 «Verlust der Lunge [Teile der Lunge]» und J44.8 «Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit».

S21.d.3 Anmerkung zu chronisch Kranken:

Bei Patienten, die wegen chronischer Erkrankungen in Behandlung sind und zur allgemeinen Weiterbehandlung hospitalisiert werden, kann die Grundkrankheit (z. B. rheumatische Erkrankungen, Rücken- und Gelenkerkrankungen) als Hauptdiagnose kodiert werden, ohne spezifisch die Rehabilitation anzugeben.

Beispiel: Patient mit rheumatischer Polymyalgie, der zur allgemeinen Rehabilitation hospitalisiert wird. Hauptdiagnose M35.3 «Polymyalgia rheumatica».

Es ist also falsch, die initiale Pathologie (oder präoperative Pathologie) als Hauptdiagnose anzugeben. Zur Erinnerung: Pathologien, die nicht mehr aktuell sind, dürfen nicht mehr kodiert werden! Den Kode für die primäre Erkrankung anzugeben wäre nicht korrekt, weil er schon bei der Akutversorgung erfasst wurde. Darüber hinaus ermöglicht diese Vorgehensweise, zwischen der Behandlung in einer Akuteinrichtung und in einer Rehabilitationsklinik zu unterscheiden.

S21.d.4 Beispiel palliative Versorgung

Wenn ein Patient zur palliativen Behandlung hospitalisiert wird, ist als Hauptdiagnose Kode Z51.5 «Palliativbehandlung» anzugeben – auch wenn die aufnehmende Einrichtung eine Akutklinik ist. Der Tumorkode wird als Nebendiagnose angegeben. In der Operationsklassifikation hingegen gibt es weder gesonderte Kodes für palliative Massnahmen noch für oral eingenommene Medikamente. Dennoch lassen sich bestimmte nicht-invasive Behandlungsmassnahmen kodieren, z. B. die Injektion eines Antibiotikums (99.21) oder physiotherapeutische Massnahmen (93.1-93.3).

S21.d.5 Beispiel Weiterbehandlung bei fortdauernder Akutbehandlung

Ein Patient wird zur Weiterbehandlung einer Akuterkrankung (Pneumonie, Septikämie o. Ä.) in ein geriatrisches oder Rehabilitationszentrum aufgenommen, während er noch mit Antibiotika behandelt wird. Als Hauptdiagnose ist Z51.8 «Sonstige näher bezeichnete medizinische Behandlung» zu kodieren, als Nebendiagnose die Akuterkrankung, deren Behandlung noch andauert.

S21.d.6 Beispiel Rehabilitation bei nicht abgeheilter Fraktur

Als Hauptdiagnose wird Z50.1 kodiert; die erneute Erfassung der Fraktur ist nicht erforderlich, wenn diese bereits chirurgisch oder konservativ (Osteosynthese, Gips) versorgt worden ist.

S21.d.7 Beispiel Hospitalisierung zur Mobilisierung und Weiterbehandlung

Eine Patientin, nach einem Autounfall initial im Tessin hospitalisiert, wird zur Mobilisation und Verlaufskontrolle in eine andere Klinik verlegt. Wie wird dieser Fall in der weiterbehandelnden Klinik kodiert? Dass die Patientin Verletzungen bei einem Autounfall erlitt, wurde bereits in der Klinik kodiert, in der sie akut behandelt wurde. Da die Patientin nun zur Weiterbehandlung hospitalisiert ist, wird folgendermassen kodiert: Hauptdiagnose Z50.1 «Sonstige Physiotherapie» (oder, wenn es sich nicht rein um Physiotherapie handelt, Z50.8 «Sonstige Rehabilitationsmassnahmen»). Falls die Frakturen mit Fixateur behandelt worden sind, kann der Kode Z96.7 «Vorhandensein von anderen Knochen- und Sehnenimplantaten» als Nebendiagnose hinzugefügt werden.

Zusammenfassung

Rehabilitation nach Behandlung einer Akuterkrankung

Als Hauptdiagnose einen Kode der Kategorie Z50.- angeben

Für genauere Angaben: Nebendiagnosen hinzufügen, insbesondere

1. anzeigen, dass es sich um einen post-operativen Status handelt (Vorhandensein von Implantaten, Vorhandensein eines aortokoronaren Bypasses, maligne Neubildung in der Eigenanamnese usw.)
2. Begleiterkrankungen kodieren (sofern sie für die aktuelle Behandlung von Bedeutung sind)

Behandlung chronischer Krankheiten

Krankheit als Hauptdiagnose kodieren (z. B. rheumatische Erkrankungen, Rücken- und Gelenkerkrankungen)

Beschreibung des Minimaldatensatzes

0.	**Allgemeine Angaben**		
0.1.	**Betriebsidentifikation**		Nicht durch den Betrieb auszufüllen
0.1.V01	Rekordart	MB = Medizinische Statistik	Art der Erhebung
0.1.V02	Betriebsnummer (BUR-Satellit Gesundheit)	BUR-Nummer	Achtstellige Nummer der Institution gemäss dem Betriebs- und Unternehmensregister des BFS (BUR-GES).
0.1.V03	Kode der NOGA		BFS-NOGA-Schlüsselnummer des Betriebstyps
0.1.V04	Kanton		BFS-Kantonskurzzeichen
0.2.	**Identifikation**		
0.2.V01	Anonymer Verbindungskode		Via ein kryptologisches Verfahren aus Vorname, Geburtsdatum und Geschlecht generierter Identifikator des Individuums. Dieser ist nicht sprechend (etwa: «sV6kOEqWi9»). Siehe Dokument «Datenschutz in der Medizinischen Statistik».
0.2.V02	Kennzeichnung des Statistikfalls	A = normaler Minimaldatensatz B = Administrative Meldung mit reduziertem Datensatz C = Administrative Meldung mit vollständigem Minimaldatensatz	Fall «A» entspricht einer «Standard-Hospitalisierung», bei der Eintritt und Austritt in der Erhebungsperiode liegen. Der gesamte Minimaldatensatz muss ausgefüllt werden. Fall «B» entspricht dem Behandlungsbeginn während der Erhebungsperiode, bei welchem die Hospitalisierung über den 31. Dezember hinausgeht. In diesem Falle müssen die Variablen der Bereiche «1.5. Austrittsmerkmale», «1.6. Diagnosen» und «1.7. Behandlungen» nicht ausgefüllt werden. Fall « C» entspricht einer längeren Behandlung, deren Behandlungsbeginn schon im Vorjahr der Erhebungsperiode begonnen hat und die Hospitalisierung über den 31. Dezember der Erhebungsperiode hinausgeht. In diesem Falle muss der gesamte Minimaldatensatz ohne «1.5. Austrittsmerkmale», ausgefüllt werden.
0.3.	Zusätzliche Daten		Existieren für diesen Fall zusätzliche, ergänzende Daten?
0.3.V01	Neugeborenen-Datensatz	0 = nein 1 = ja	Falls 1 = ja folgt in der Zeile nach den Minimaldaten der entsprechende Neugeborenen-Datensatz
0.3.V02	Psychiatrie-Datensatz	0 = nein 1 = ja	Falls 1 = ja folgt in der Zeile nach den Minimaldaten (und ggf. nach den Neugeborenen-Daten) der Psychiatrie-Datensatz

0.3.V03	Fallkosten-Datensatz	0 = nein 1 = ja	Falls 1 = ja folgt in der Zeile nach den Minimaldaten (eventuell nach sonstigen Zusatzdaten) der Fallkosten-Datensatz
0.3.V04	kantonaler Datensatz	0 = nein 1 = ja	Falls 1 = ja folgt in der Zeile nach den Minimaldaten (eventuell nach sonstigen Zusatzdaten) ein vom Kanton definierter Zusatzdatensatz.
1.	**Minimaldaten**		
1.1.	*soziodemographische Angaben*		
1.1.V01	Geschlecht	1 - Mann 2 - Frau	Geschlecht des Individuums. Bei Geschlechtsumwandlungen ist das bei Spitaleintritt geltende zivilrechtliche Geschlecht anzugeben.
1.1.V02	Geburtsdatum	Datumsangabe	Jahr-Monat-Tag des Geburtsdatums. Die Angabe des Tages und des Monats ist obligatorisch bei Kindern unter 2 Jahren (erfüllt) und bei Todesfällen. Alle übrigen Fälle kodieren den Monat und den Tag jeweils mit 00.
1.1.V03	Alter bei Eintritt	Exaktes Alter	Alter in erfüllten Jahren (Eintrittsdatum-Geburtsdatum) bei Spitaleintritt
1.1.V04	Wohnort (Region)		Für Personen mit ständigem Wohnsitz in der Schweiz wird die Wohnregion nach einer Typologie des BFS mit Bevolkerungsgrössen von je ca. 10'000 erhoben. Fakultativ erfolgt die Angabe in Form der vierstelligen Postleitzahl. Bei Personen mit Wohnsitz im Ausland wird das Wohnland angegeben nach der Ländertabelle des BFS (wie 1.1.V05) plus einem vorgängigen «E».
1.1.V05	Nationalität		ISO-Kode des Herkunftslandes. Nach einer ISO-Ländertabelle, bei welcher die aussereuropäischen Staaten zu Regionen zusammengefasst sind.
1.2.	**Eintrittsmerkmale**		
1.2.V01	Eintrittsdatum und -Stunde		Angabe des Eintrittszeitpunktes. Für Notfälle ist die Angabe der Uhrzeit obligatorisch (1.2.V03=1). Ein Notfall ist definiert durch die Behandlungsnotwendigkeit innerhalb von 12 Stunden.

1.2.V02	Aufenthaltsort vor dem Eintritt	1 = Zuhause 2 = Zuhause mit SPITEX-Versorgung 3 = Krankenheim, Pflegeheim 4 = Altersheim, andere sozialmed. Institutionen 5 = Psychiatrische Klinik 6 = anderes Krankenhaus, Spital (Allgemeinspital) 7 = Strafvollzugsanstalt 8 = andere 9 = unbekannt	Unmittelbarer Aufenthaltsort vor dem Eintritt. Wo befand sich der Patient / die Patientin?
1.2.V03	Eintrittsart	1 = Notfall (Behandlung innerhalb von 12 Std. unabdingbar) 2 = angemeldet, geplant 3 = Geburt (Kind in dieser Klinik geboren) 8 = andere 9 = unbekannt	Beschreibung der Umstände des Eintritts. Wie wurde der Patient / die Patientin aufgenommen?
1.2.V04	Einweisende Instanz	1 = selbst, Angehörige 2 = Rettungsdienst (Ambulanz, Polizei) 3 = Arzt 4 = nichtmedizinischer Therapeut 5 = sozialmedizinischer Dienst 6 = Justizbehörden 8 = andere 9 = unbekannt	Wer hat die Initiative für die Klinikeinweisung ergriffen?
1.3.	**Aufenthaltsmerkmale**		
1.3.V01	Behandlungsart	1 = ambulant 2 = teilstationär 3 = stationär 9 = unbekannt	Angabe der Behandlungsart
1.3.V02	Klasse	1 = allgemein 2 = halbprivat 3 = privat 9 = unbekannt	Im Rahmen des Spitalaufenthaltes belegte Liegeklasse, nicht die Versicherungskategorie. Bei Wechsel der Klasse ist die im Wesentlichen beanspruchte Klasse anzugeben.

1.3.V03	Aufenthalt in Intensivmedizin	vollendete Stunden	Anzahl Stunden intensivmedizinischer Betreuung, der Inanspruchnahme intensivmedizinischer Infrastruktur oder Aufenthalt in neonatologischer Intensivstation.
1.3.V04	Administrativer Urlaub & Ferien	vollendete Stunden	Verlässt ein Patient die Institution 'ferienhalber' für mehr als 24 Stunden bei bleibender Platzerservierung, so ist dies als administrativer Urlaub anzugeben. Die Angabe enthält die Gesamtsumme in Stunden.
1.4.	**Betriebswirtschaftliche Angaben**		
1.4.V01	Hauptkostenstelle	M000 = Fachgebiete (allgemein) M050 = Intensivmedizin M100 = Innere Medizin M200 = Chirurgie M300 = Gynäkologie und Geburtshilfe M400 = Pädiatrie M500 = Psychiatrie und Psychotherapie M600 = Ophthalmologie M700 = Oto-Rhino-Laryngologie M800 = Dermatologie und Venereologie M850 = Medizinische Radiologie M900 = Geriatrie M950 = Physikalische Medizin und Rehabilitation M990 = Andere Tätigkeitsbereiche	Kostenstelle, der die Kosten dieser Hospitalisierung zugeordnet werden. Diese Variable ist vorgesehen im Hinblick auf die geplante Einführung der Kostenstellenrechnung in den Spitälern. Sollte im Prinzip mit den Kostenstellen gemäss der Krankenhausstatistik (administrative Daten) übereinstimmen.
1.4.V02	Hauptkostenträger für Grundversicherungsleistungen	1 = Krankenversicherung (obligat.) 2 = Invalidenversicherung 3 = Militärversicherung 4 = Unfallversicherung 5 = Selbstzahler (zB. Ausländer ohne Grundversicherung) 8 = andere 9 = unbekannt	Angabe des Hauptgaranten, der für die Kosten der Grundversicherungsleistung en des Spitalaufenthalts im wesentlichen aufkommt. Keine Mehrfachnennungen möglich.
1.5.	Austrittsmerkmale		Administrative Meldungen mit reduziertem Datensatz (Fall «B» und «C» der Variablen 0.2.V02) beantworten diese Fragen nicht.
1.5.V01	Austrittsdatum und -Stunde		Die Angabe der Stunde des Austritts ist fakultativ. Bei Todesfällen ist das genaue Datum und die Stunde des Todes anzugeben.

1.5.V02	Entscheid für Austritt	1 = auf Initiative des Behandelnden 2 = auf Initiative des Patienten (gegen Ansicht des Behandelnden) 3 = auf Initiative einer Drittperson 5 = gestorben 8 = anderes 9 = unbekannt	Wer hat den Klinikaustritt veranlasst?
1.5.V03	Aufenthalt nach Austritt	1 = Zuhause 2 = Krankenheim, Pflegeheim 3 = Altersheim, andere sozialmed. Institution 4 = Psychiatrische Klinik 5 = Rehabilitationsklinik 6 = anderes Krankenhaus, Spital (Allgemeinspital) 7 = Strafvollzugsanstalt 8 = andere 9 = unbekannt	Wohin wurde der Patient entlassen? Bei Todesfällen muss dieses Feld nicht ausgefüllt werden, soll auf 0 gesetzt werden.
1.5.V04	Behandlung nach Austritt	1 = geheilt/kein Behandlungsbedarf 2 = ambulante Behandlung 3 = ambulante Pflege (z.B. SPITEX) 4 = stationäre Behandlung oder Pflege 5 = Rehabilitation (amb. oder stat.) 8 = anderes 9 = unbekannt	Behandlung, Pflege, Rehabilitation nach dem Spitalaufenthalt. Es geht darum, den Behandlungserfolg resp. den Abhängigkeitsgrad bei Austritt anzugeben. Nur die am besten zutreffende Kategorie auswählen Bei Todesfällen muss dieses Feld nicht ausgefüllt werden, soll auf 0 gesetzt werden.
1.6.	**Diagnosen**		Administrative Meldungen mit reduziertem Datensatz (Fall «B» der Variablen 0.2.V02) beantworten diese Fragen nicht.
1.6.V01	Hauptdiagnose	ICD-10 Kode	Die Hauptdiagnose ist als derjenige Zustand definiert, der am Ende des Spitalaufenthalts als Diagnose feststeht und der Hauptanlass für die Behandlung und Untersuchung des Patienten war. Sind mehr als ein Zustand aufgeführt, ist derjenige auszuwählen, der (medizinisch gesehen) den grössten Aufwand an Mitteln erforderte. Erfolgte keine Diagnosenstellung, dann ist das Hauptsymptom, der medizinisch schwerwiegendste abnorme Befund oder die schwerwiegendste Gesundheitsstörung als Hauptdiagnose auszuwählen. Die Vergabe der Kodes erfolgt nach den Regeln der ICD-10, Band 2. Die Angabe kann bis zu fünfstellige Kodes umfassen.

1.6.V02	Zusatz zu Hauptdiagnose	ICD-10 Kode	Angabe von ergänzenden Merkmalen des Hauptdiagnosekodes (Sternkode, Kode für externe Ursachen) Sternkodes werden nicht als solche markiert, die Vergabe erfolgt nach den Regeln des ICD10, Band 2.
1.6.V03	1. Nebendiagnose	ICD-10 Kode	Angabe der wichtigsten Begleitkrankheiten, die mit der Hauptdiagnose im Zusammenhang stehen. Die Auswahl und Reihung soll nach medizinischen Kriterien erfolgen. Eventuelle Kreuz- und Sternkodes werden linear in die Nebendiagnose-Felder gefügt.
1.6.V04	2. Nebendiagnose	ICD-10 Kode	Dito
1.6.V05	3. Nebendiagnose	ICD-10 Kode	Dito
1.6.V06	4. Nebendiagnose	ICD-10 Kode	Dito
1.6.V07	5. Nebendiagnose	ICD-10 Kode	Dito
1.6.V08	6. Nebendiagnose	ICD-10 Kode	Dito
1.6.V09	7. Nebendiagnose	ICD-10 Kode	Dito
1.6.V10	8. Nebendiagnose	ICD-10 Kode	Dito
1.7.			Administrative Meldungen mit reduziertem Datensatz (Fall «B» der Variablen 0.2.V02) beantworten diese Fragen nicht.
1.7.V01		CHOP-2 Kode	Angabe der im Rahmen der Hauptdiagnose für den Behandlungsprozess entscheidensten medizinischen Behandlung. Verschlüsselung nach der Schweizerischen Operationsklassifikation (CHOP-2). Die Angabe erfolgt mit bis zu fünfstelligen Kodes.
1.7.V02		Datum und Stunde	Zeitpunkt des effektiven Beginns des unter «Hauptbehandlung» angegebenen medizinischen Aktes (ohne routinemässige Vorbereitungen).
1.7.V03		CHOP-2 Kode	Angabe der wichtigsten weiteren Behandlungen. Verschlüsselung nach der Schweizerischen Operationsklassifikation (CHOP-2)
1.7.V04		CHOP-2 Kode	Dito
1.7.V05		CHOP-2 Kode	Dito
1.7.V06		CHOP-2 Kode	Dito
1.7.V07		CHOP-2 Kode	Dito

1.7.V08		CHOP-2 Kode	Dito
1.7.V09		CHOP-2 Kode	Dito
1.7.V10		CHOP-2 Kode	Dito
1.7.V11		CHOP-2 Kode	Dito

2.	**Neugeborenen-Zusatzdaten**		
2.1.	**Allgemeine Angaben**		
2.1.V01	Rekordart	MN = Zusatzdaten Neugeborene	Art des Datensatzes
2.1.V02	Interne Geburtsnummer	vierstellige Nummer	Spitalinterne Laufnummer der Geburt gemäss Hebammentagebuch
2.1.V03	Geburtszeitpunkt	Zeitangabe	Uhrzeit der Geburt
2.2.	**Angaben betreffend das Kind**		
2.2.V01	Vitalstatus	0 = totgeboren 1 = lebendgeboren	Lebend- oder totgeboren
2.2.V02	Mehrling	1 = Einling 2 = Zwilling 3 = Drilling 4 = Vierling usw.	Angabe für Mehrlingsgeburten
2.2.V03	Geburtsrang bei Mehrlingsgeburten	1 = Als erstes geboren 2 = Als zweites geboren 3 = Als drittes geboren 4 = Als viertes geboren usw.	Angabe der Geburtsreihenfolge bei Mehrlingsgeburten als Indikator für den Geburtsstress
2.2.V04	Geburtsgewicht	Angabe in Gramm	
2.2.V05	Körperlänge	Angabe in Zentimeter	

2.2.V06	Kongenitale Missbildungen	0 = Nein 1 = Ja 9 = unbekannt	Wurden beim Kind pränatal oder bei der Geburt Abklärungs- bzw. behandlungsbedürftige Missbildungen festgestellt (einschliesslich nicht lebensfähige Missbildungen?)
2.2V07	Verlegung Kind in anderes Spital	0 = nein 1 = ja	Wurde Kind nach der Geburt in ein anderes Spital verlegt?
2.3.	**Angaben betreffend die Mutter**		
2.3.V01	Geburtsdatum der Mutter	Datumsangabe (Jahr und Monat)	Angabe des Jahres und Monats obligatorisch für die Verbindung von Kind- und Mutterdatensatz.
2.3.V02	Gestationsalter 1	Wochen und Tage	Gestationsalter berechnet ab Beginn der letzten Menstruation in Anzahl Wochen und Tage (erfüllte Wochen und erfüllte Tage, 1. Tag der letzten Menstruation ist Tag null).
2.3.V03	Gestationsalter 2	Wochen und Tage	Gestationsalter aufgrund einer Ultraschalluntersuchung in der 1. Schwangerschaftshälfte (erfüllte Wochen und erfüllte Tage)
2.3.V04	Anzahl vorausgegangener Schwangerschaften insgesamt	Anzahl	
2.3.V05	Anzahl vorausgegangener Lebendgeburten	Anzahl	
2.3.V06	Anzahl vorausgegangener Fehl- oder Totgeburten	Anzahl	Fetaltod (Tod ini utero) unabhängig von der Schwangerschaftsdauer, exklusive Schwangerschaftsabbrüche
2.3.V07	Anzahl vorausgegangener Schwangerschaftsabbrüche	Anzahl	
2.3.V08	Verlegung Mutter aus anderem Spital	0 = nein 1 = ja	Wurde Mutter vor der Geburt aus einem anderen Spital verlegt?

Einzelheiten der Variablen der medizinischen Statistik

Betriebsidentifikation

- Rekordart
  Bezeichnet den Typ des Datensatzes, dabei kann es sich um den Minimaldatensatz handeln, oder um Zusatzdaten (siehe Anhang).

MB = **M**edizinische Statistik, **B**asisdatensatz, obligatorisch
MN = **M**edizinische Statistik, Zusatzdaten **N**eugeborene, obligatorisch
MP = **M**edizinische Statistik, Zusatzdaten **P**sychiatrie, fakultativ

- Betriebsnummer (BUR-Nummer)

  Es handelt sich um eine Nummer, die aus acht Ziffern besteht, mit der die Einrichtung eindeutig gekennzeichnet wird und die vom BFS gemäss dem Betriebs- und Unternehmensregister des BFS (BUR-Nummer) vergeben wird. Die BUR-Nummer erlaubt die Auswertung der Daten nach Institution.

- NOGA-Kode *(«Nomenclature générale des activités économiques»)*

  Jede Institution wird nach ihrem Typ klassifiziert. Die Typologie der Institutionen dient der Organisation der Erhebung und der Zuordnung und Inbeziehungsetzung der Institutionen mit anderen Statistiken nach der Nomenklatur der ökonomischen Aktivitäten.

NOGA-Code	Beschreibung	Zu diesem Kode gehören:
8511A	Behandlung durch mehrere medizinische Fachgebiete gewährleistet	Universitätsspitäler, Allgemeinkrankenhäuser
8511B	Behandlung in nur einem Fachgebiet	Universitäre und nicht-universitäre Spezialkliniken, z. B. Kinderspitäler, Augenkliniken etc.
8511C	Behandlung psychischer Krankheiten	Universitäre und nicht-universitäre psychiatrische Kliniken
8511D	Behandlung von Alterskrankheiten (aktive ärztliche Therapie)	Geriatrische Kliniken
8531A	Altersheime	
8531B	Alters- und Pflegeheime	
8531C	Pflegeheime	
8531D	Institutionen für behinderte Personen	
8531E	Heime für Drogenabhängige und Alkoholkranke	
8531F	Heime für psychosoziale Fälle	

- Kanton
  Der Kanton wird gemäss den Autokennzeichen angegeben.

Fallidentifikation

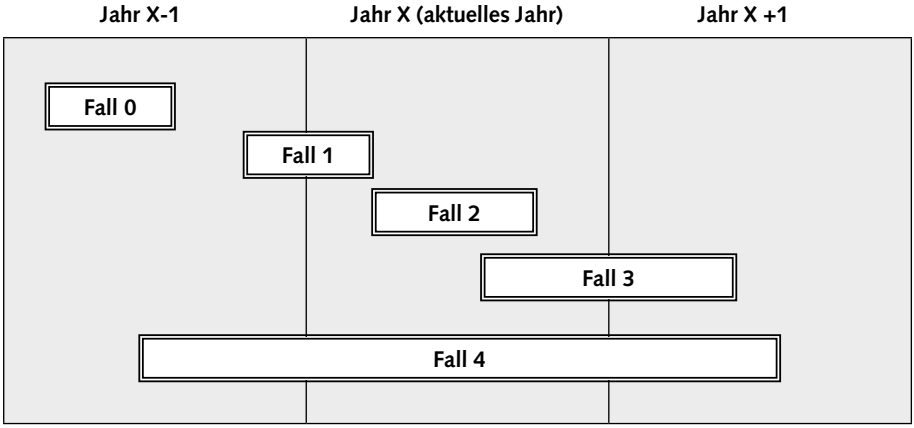
- Anonymer Verbindungscode

  Wie weiter oben erwähnt, wird dieser Code in den Spitälern bei der Erfassung der Daten generiert. Dafür werden Name, Vorname, Geburtsdatum und Geschlecht des Patienten verwendet. Die Kodierung erfolgt unidirektional, d. h. dass die Identifikation des Patienten durch diesen Code unmöglich ist. Dank diesem Kode können die Rehospitalisierungen und interkantonalen Hospitalisierungen analysiert werden.

- Kennzeichnung des Statistikfalles

Normalerweise wird der Patient nach Abschluss der Behandlung registriert. Für die Patienten, die über das Referenzdatum des 31. Dezember hinaus hospitalisiert bleiben, muss eine administrative Meldung erfolgen. Diese enthält keinerlei Angaben über die Diagnosen und Behandlungen, die zu diesem Zeitpunkt noch nicht definitiv feststehen (Fall 3, entspricht einer administrativen Meldung mit gekürztem Datensatz, Statistikfall Typ B). Dank dieser Meldung, kann die Zahl der am Referenztag effektiv hospitalisierten Patienten berechnet werden.

Die Fälle, bei denen sich die Dauer über mehr als zwölf Monate erstreckt (anders gesagt, mehrere Erhebungsperioden), müssen ebenfalls erfasst werden. In diesen Fällen handelt es sich um eine administrative Meldung mit vollständigem Minimaldatensatz, Statistiktyp C).



Zusammenfassung:

Fall 0: Keine Erfassung, weil der Fall nicht der aktuellen Erhebungsperiode angehört
Fall 1: Erfassung erfolgt mittels der Liste des Minimaldatensatzes, Statistikfall A
Fall 2: Erfassung erfolgt mittels der Liste des Minimaldatensatzes, Statistikfall A
Fall 3: Administrative Meldung mit einer gekürzten Datenliste, Statistikfall B
Fall 4: Administrative Meldung mit vollständigem Minimaldatensatz bezüglich der Diagnosen und Behandlungen, jedoch ohne Angaben zum Austritt, Statistikfall C.

• Geschlecht

Es handelt sich um ein Grundmerkmal jeglicher statistischen Datenauswertung.

• Geburtsdatum

Obligatorisch ist in allen Fällen nur die Angabe des Geburtsjahres. Die Angabe des genauen Geburtsdatums (Tag, Monat und Jahr) ist nur bei Kindern bis zum vollendeten zweiten Lebensjahr unerlässlich und bei Todesfällen, weil die genaue Angabe dieser Daten es erlauben, die medizinische Statistik mit der Geburts- und Sterbestatistik in Beziehung zu setzen.

• Alter bei Eintritt

Genau wie das Geschlecht ist auch dies eine fundamentale statistische Variable. Das Alter wird nach vollendeten Lebensjahren berechnet.

• Wohnort respektive Region

Es handelt sich um eine wichtige Variable. Im Spital wird die Postleitzahl angegeben. Diese wird von der kantonalen Stelle vor der Übermittlung der Daten an das BFS durch den entsprechenden Regionencode ersetzt. Diese Variable erlaubt es, die Institution bezüglich Einzugsgebiet geographisch einzuordnen und liefert Informationen über die Häufigkeit von Erkrankungen in einer bestimmten Region.

• Nationalität

Diese Variable ist für epidemiologische Studien von grosser Bedeutung. Die Variable wird mittels der internationalen Ländercodes «ISO» kodiert.

Eintrittsmerkmale

• Eintrittsdatum und -Stunde

Das Datum und die Stunde sind aus epidemiologischen Gesichtspunkten wichtige Daten, da sie über die Dauer der Hospitalisierung und ihren Verlauf bei einer bestimmten Erkrankung Auskunft geben. Sie liefern so eine wichtige Entscheidungsgrundlage für die Gesundheitspolitik. Darüber hinaus, zeigen sie die Disponibilität einer Einrichtung. Die Angabe der Stunde ist fakultativ, **ausser bei Notfällen**, wo sie obligatorisch ist.

Notfall (Definition): ein Fall, der eine Behandlung innerhalb von 12 Stunden erfordert

• Aufenthaltsort vor dem Eintritt

Gibt Auskunft über den Aufenthaltsort unmittelbar vor der Hospitalisierung.

• Eintrittsart

Diese Variable beschreibt die Bedingungen des Eintritts: notfallmässig (Definition siehe oben), geplanter Eintritt, «Geburt». Achtung! Die Geburt muss im Datensatz des Neugeborenen angegeben werden und nicht im Datensatz der Mutter.

• Einweisende Instanz

Diese Variable gibt Informationen über die medizinische Organisationsstruktur und ist deshalb vom gesundheitspolitischen Blickwinkel aus wichtig. Diese Variable zeigt an, wer die Hospitalisierung veranlasst hat.

Aufenthaltsmerkmale

- Behandlungsart

Diese Variable ermöglicht es, zwischen stationären, teilstationären und ambulanten Hospitalisierungen zu unterscheiden.

Die neue Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (Art. 3, 4 und 5 des VKL) gibt eine Definition für die verschiedenen Behandlungstypen an:

– Art. 3
  Als stationäre Behandlung nach Artikel 49 Absatz 1 des Gesetzes gelten Aufenthalte im Spital von mindestens 24 Stunden zur Untersuchung, Behandlung und Pflege. Aufenthalte im Spital von weniger als 24 Stunden, bei denen während einer Nacht ein Bett belegt wird, sowie Aufenthalte im Spital bei Überweisungen in ein anderes Spital und bei Todesfällen gelten ebenfalls als stationäre Behandlung.

– Art. 4
  Als teilstationäre Behandlung nach Artikel 49 Absatz 5 des Gesetzes gelten geplante Aufenthalte zur Untersuchung, Behandlung und Pflege, die eine an die Behandlung anschliessende Überwachung oder Pflege sowie die Benutzung eines Bettes erfordern. Wiederholte Aufenthalte in Tages- oder Nachtkliniken gelten ebenfalls als teilstationäre Behandlung.

– Art. 5
  Als ambulante Behandlung nach Artikel 49 Absatz 5 des Gesetzes gelten alle Behandlungen, die weder als stationär noch als teilstationär angesehen werden.

Alle Patienten, die stationär oder teilstationär hospitalisiert sind, müssen im Rahmen der medizinischen Statistik zwingend erfasst werden.

- Klasse

Die **Art des Zimmers**, in dem der Patient während seines Aufenthaltes untergebracht war, muss angegeben werden und nicht, was die Versicherung vorsieht. Diese Variable liefert Informationen über die soziale Situation des Patienten.

- Aufenthalt in Intensivmedizin

Die Angabe erfolgt in Stunden (maximal 9999 Stunden). Nur die von der medizinischen Gesellschaft für Intensivmedizin oder Intensive Neonatologie anerkannten Dienste können diese Angabe machen. Diese Variable erlaubt es (annäherungsweise) die finanzielle Belastung dieser Art von Leistungserbringung zu schätzen. Die Zahl der Stunden dient als Indikator für diese Schätzung.

- Administrativer Urlaub und Ferien

Muss angegeben werden, wenn der Patient die Einrichtung für mehr als 24 Stunden verlässt, währenddessen das Bett für ihn reserviert bleibt.

Betriebswirtschaftliche Angaben

- Hauptkostenstelle

Diese Variable legt die Kostenstelle fest (innere Medizin, Chirurgie etc.). Es handelt sich um eine wichtige Variable für die Auswertung der betriebswirtschaftlichen Daten.

- Hauptkostenträger für Grundversicherungsleistungen

Zeigt die Institution an, welche die Kosten der Behandlung entsprechend der Grundversicherung (Krankenkasse, Unfallversicherung etc.) übernimmt. Eine einzige Angabe ist möglich. Wenn es mehrere Institutionen gibt, die sich die Kosten teilen, sollte diejenige angegeben werden, die den grössten Teil der Kosten trägt.

Austrittsmerkmale

- Austrittsdatum und -stunde

Vollständiges Datum. Die Angabe der Stunden ist fakultativ, AUSSER bei Todesfällen. Diese Variable erlaubt die Berechung der Aufenthaltsdauer und des Zeitraums zwischen zwei Hospitalisierungen.

- Entscheid für Austritt

Die Umstände des Austritts sind anzugeben (auf Initiative des Behandelnden, auf Initiative des Patienten etc.)

- Aufenthalt nach Austritt

Beschreibung der Situation nach dem Austritt aus dem Spital (zu Hause, andere Einrichtungen, psychiatrische Klinik etc.). Bei Todesfällen ist die Ziffer 0 einzutragen.

- Behandlung nach Austritt

Art der Behandlung und Pflege nach Entlassung. Diese Angabe informiert über die Art der Pflege nach der Behandlung im Spital und über den Erfolg der Behandlung. Eine Kontrolle beim behandelnden Arzt wird gesetzt mit geheilt/ kein Behandlungsbedarf (Ziffer 1).

Diagnosen und Behandlungen

- Hauptdiagnose

Eine einzige Hauptdiagnose ist möglich. Siehe die Definitionen im Kapitel allgemeine Regeln.

- Zusatz zur Hauptdiagnose

Siehe die Definitionen im Kapitel allgemeine Regeln.

- Nebendiagnose(n)

Bis zu acht Nebendiagnosen sind möglich. Siehe die Definitionen im Kapitel allgemeine Regeln.

- Hauptbehandlungen

Siehe die Definition im Kapitel allgemeine Regeln.

- Nebenbehandlungen

Bis zu neun Nebenbehandlungen sind möglich. Siehe die Definitionen im Kapitel allgemeine Regeln.

Rote Liste

Einige nicht-chirurgische Massnahmen müssen, falls sie durchgeführt wurden, obligatorisch kodiert werden. Es handelt sich um Massnahmen, die:

- invasiv sind,
- ein potentielles Risiko für den Patienten mit sich bringen,
- nicht routinemässig durchgeführt werden,
- eine spezielle technische Ausrüstung erfordern.

Ausführlich:

Kode	
00.10	Implantation chemotherapeutischer Substanz
00.11	Infusion von Drotrecogin alpha (aktiviert)
00.13	Injektion oder Infusion von Nesiritide
00.14	Injektion oder Infusion von Antibiotika der Klasse der Oxazolidinone
00.50	Implantation von Resynchronisations-Herzschrittmacher ohne Angabe von Defibrillation, komplettes System [CRT-P]
00.51	Implantation von Resynchronisationdefibrillator komplettes System [CRT-D]
00.52	Implantation oder Ersetzen von transvenösen Elektroden im linken Ventrikel durch den Koronarsinus
00.53	Implantation oder Ersetzen nur des Pulsgenerators eines Resynchronisations-Herzschrittmachers [CRT-P]
00.54	Implantation oder Ersetzen nur des Pulsgenerators eines Resynchronisationdefibrillators [CRT-D]
33.99	Grosse Lungenspülung (therapeutische Lavage)
95.04	Augenuntersuchung in Narkose
21.21	Rhinoskopie
29.11	Pharyngoskopie
31.41	Tracheoskopie durch ein künstliches Stoma
31.42	Laryngoskopie und andere Tracheoskopie
31.43	Geschlossene [endoskopische] Biopsie am Larynx
31.44	Geschlossene [endoskopische] Biopsie an der Trachea
32.01	Endoskopische Exzision oder Destruktion von Läsion oder Gewebe an einem Bronchus
32.28	Endoskopische Exzision oder Destruktion von Läsion oder Gewebe an der Lunge
33.21	Bronchoskopie durch ein künstliches Stoma
33.22	Fiberoptische Bronchoskopie
33.23	Sonstige Bronchoskopie

33.24	Geschlossene [endoskopische] Bronchusbiopsie
37.21	Rechtsherzkatheter
37.22	Linksherzkatheter
37.23	Kombinierter Rechts- und Linksherzkatheter
37.26	Kardiale elektrophysiologische Stimulation und Aufzeichnungsstudien
37.27	Herz-Mapping
37.70	Erstimplantation von Elektroden, n.n.bez.
37.71	Erstimplantation von transvenösen Ventrikelelektroden
37.72	Erstimplantation von transvenösen Vorhof- und Ventrikelelektroden
37.73	Erstimplantation von transvenösen Vorhofelektroden
37.81	Erstimplantation eines Einkammer-Schrittmachers nicht spezifiziert ob rate responsive
37.82	Erstimplantation eines Einkammer-Schrittmachers, rate responsive
37.83	Erstimplantation eines Zweikammer-Schrittmachers
39.65	Extrakorporelle Membranoxygenierung [ECMO]
Ges. Kategorie 88.5	Angiokardiographie mit Kontrastmittel (88.50-88.58)
42.22	Ösophagoskopie durch ein künstliches Stoma
42.23	Sonstige Ösophagoskopie
42.24	Geschlossene [endoskopische] Biopsie am Ösophagus
44.12	Gastroskopie durch ein künstliches Stoma
44.13	Sonstige Gastroskopie
44.14	Geschlossene [endoskopische] Biopsie am Magen
45.12	Endoskopie am Dünndarm durch ein künstliches Stoma
45.13	Sonstige Endoskopie am Dünndarm
45.14	Geschlossene [endoskopische] Biopsie am Dünndarm
45.16	Ösophagogastroduodenoskopie [EGD] mit geschlossener Biopsie
45.22	Endoskopie am Dickdarm durch ein künstliches Stoma
45.23	Koloskopie
45.24	Flexible Sigmoidoskopie
45.25	Geschlossene [endoskopische] Biopsie am Dickdarm
45.30	Endoskopische Exzision oder Destruktion einer Läsion im Duodenum
45.42	Endoskopische Polypektomie im Dickdarm
45.43	Endoskopische Destruktion von anderer Läsion oder Gewebe im Dickdarm
46.39	Sonstige Enterostomie
48.22	Rektosigmoidoskopie durch ein künstliches Stoma

48.23	Starre Rektosigmoidoskopie
48.24	Geschlossene [endoskopische] Biopsie am Rektum
49.21	Anoskopie
49.31	Endoskopische Exzision oder Destruktion von Läsion oder Gewebe am Anus
51.10	Endoskopische retrograde Cholangiopankreatographie [ERCP]
51.11	Endoskopische retrograde Cholangiographie [ERC]
51.14	Sonstige geschlossene [endoskopische] Biopsie an Gallengang oder Sphincter Oddii
51.64	Endoskopische Exzision oder Destruktion einer Läsion von Gallenwegen oder Sphincter Oddii
51.84	Endoskopische Dilatation von Gallengang und Ampulla Vateri
51.85	Endoskopische Sphinkterotomie und Papillotomie
51.86	Endoskopisches Einsetzen eines nasobiliären Drainage-Katheters
51.87	Endoskopisches Einsetzen eines Stents in den Gallengang
52.13	Endoskopische retrograde Pankreatographie [ERP]
52.14	Geschlossene [endoskopische] Biopsie am Ductus pancreaticus
52.21	Endoskopische Exzision oder Destruktion von Läsion oder Gewebe am Ductus pancreaticus
52.93	Endoskopisches Einsetzen eines Stents (Katheters) in den Ductus pancreaticus
52.97	Endoskopisches Einsetzen eines nasopankreatischen Drainagekatheters
52.98	Endoskopische Dilatation des Ductus pancreaticus
87.53	Intraoperative Cholangiographie
55.21	Nephroskopie
55.22	Pyeloskopie
56.31	Ureteroskopie
57.31	Zystoskopie durch ein künstliches Stoma
57.32	Sonstige Zystoskopie
58.22	Sonstige Urethroskopie
98.51	Extrakorporelle Stosswellen-Lithotripsie [ESWL] von Niere, Ureter und/oder Blase
68.12	Hysteroskopie
70.21	Kolposkopie
70.22	Kuldoskopie
86.07	Einsetzen einer vollständig implantierbaren Vorrichtung mit vaskulärem Zugang
86.09	Sonstige Inzision an Haut und Subkutangewebe
86.3	Sonstige lokale Exzision oder Destruktion von Läsion oder Gewebe von Haut und Subkutangewebe
92.27	Implantation oder Einsetzen radioaktiver Elemente
93.90	Kontinuierliche positive Druckbeatmung [CPAP]

96.04	Einsetzen eines endotrachealen Tubus
96.6	Enterale Infusion konzentrierter Nährstoffe
96.70	Kontinuierliche mechanische Beatmung ohne Angabe der Dauer
96.71	Kontinuierliche mechanische Beatmung während weniger als 96 aufeinanderfolgenden Stunden
96.72	Kontinuierliche mechanische Beatmung während 96 aufeinanderfolgenden Stunden oder länger
99.15	Parenterale Infusion konzentrierter Nährlösungen
99.25	Injektion oder Infusion eines Zytostatikums zur Krebsbehandlung
99.76	Extrakorporale Immunadsportion

Liste der Neubildungen, die im alphabetischen Verzeichnis unter ihrer morphologischen Bezeichnung geführt werden:

A: Ameloblastom, Androblastom, Angiochoriom, Angioendotheliomatose, Angioendotheliom, Angiolipom, Angiom, Arrhenoblastom,

C: Chlorom, Cholangiokarzinome, Cholangiohepatom, Cholangiom, Chorioadenoma (destruens), Chorioangiom,

D: Dentinom,

E: Ecchondrosis, Epithelioma (maligne),

F: Fibroadenom, Fibromyom, Fibroodontom ameloblastisch, Folliculom,

G: Gangliozytom, Ganglioneurom, Gliomatosis cerebri, Glomangiom, Glomangiomyom, Glukagonom,

H: Hepatoblastom, Hepatokarzinom, Hepatocholangiokarzinom, Hepatom (maligne), Histiozytose, Hodgkin, Hürthle-Zell-,

I: Immunozytom,

K: Kaposi, Kupffer-(Stern) Zell-sarkom,

L: Leiomyom, Leukämie, Lipom, Lutinom, Luteom, Lymphangiom, Lymphangiomyom, Lymphoblastom (diffus), Lymphogranulomatose (bösartig), Lymphogranulom (maligne), Lymphome, Lymphosarkom,

M: Mastozytom, Melanozytom des Augapfels, Melanom, Mesothliom (maligne), Myelofibrose, Myelomatose, Myelom, Myelosarkom, Myeloscleros, Myelose,

N: Nävus, Nephroblastom, Nephrom, Non-Hodgkin-Lymphom,

O: Odonto-Ameloblastom, Odontom, Odontosarkom ameloblastisch, Orchioblastom, Osteochondromatose,

P: Paragranulom Hodgkin, Pindborg Tumor, Pinealoblastom, Pinealozytom, Pinealom, Pinealoblastom, Pineozytom, Plasmozytom (extramedullär (solitär), Polypose, Präleukämie (Syndrom),

R: Retikuloendotheliose, Retikulolymphosarkom (diffus), Retikulosarkom (diffus), Retinoblastom,

S: Sézary Retikulose,

T: Thekom,

Z: Zementoblastom gutartig, Zementom, Zystadenokarzinome, Zystadenofibrom, Zystadenom

Liste der bis zum 28. Lebenstag erlaubten P-Codes

Code	Titel
Alle P10-P15	«Geburtstrauma»
Alle P20.-	«Intrauterine Hypoxie»
Alle P21.-	«Asphyxie unter der Geburt»
Alle P22.-	«Atemnot [Respiratory distress] beim Neugeborenen»
Alle P24.-	«Aspirationssyndrom beim Neugeborenen»
P29.3	«Persistierender Fetalkreislauf»
P38	«Omphalitis beim Neugeborenen, mit oder ohne leichte Blutung»
Alle P50.-	«Fetaler Blutverlust»
Alle P51.-	«Nabelblutung bei Neugeborenen»
Alle P52.-	«Intrakranielle nichttraumatische Blutung beim Feten und Neugeborenen»
P55.0	«Rh-Isoimmunisierung beim Feten und Neugeborenen»
P55.1	«AB0-Isoimmunisierung beim Feten und Neugeborenen»
P56.0	«Hydrops fetalis durch Isoimmunisierung»
Alle P57.-	«Kernikterus»
Alle P58.-	«Neugeborenenikterus durch sonstige gesteigerte Hämolyse»
P59.0	«Neugeborenenikterus in Verbindung mit vorzeitiger Geburt»
P61.0	«Transitorische Thrombozytopenie beim Neugeborenen»
P61.3	«Angeborene Anämie durch fetalen Blutverlust»
P61.6	«Sonstige transitorische Gerinnungsstörungen beim Neugeborenen»
Alle P70-P74	«Transitorische endokrine und Stoffwechselstörungen, die für den Feten und das Neugeborene spezifisch sind»
P75* (E84.1†)	«Mekoniumileus»
P76.0	«Mekoniumprof-Syndrom»
P78.2	«Hämatemesis und Meläna beim Neugeborenen durch Verschlucken mütterlichen Blutes»
P83.0	«Sclerema neonatorum»
P83.1	«Erythema toxicum neonatorum»
P83.2	«Hydrops fetalis, nicht durch hämolytische Krankheit bedingt»

Anhang S19

Liste der Kodes, unter denen die unerwünschten Nebenwirkungen von Arzneimitteln klassifiziert sind:

D52.1 Arzneimittelinduzierte Folsäure-Mangelanämie"

D59.0 Arzneimittelinduzierte autoimmunhämolytische Anämie

D59.2 Arzneimittelinduzierte nicht-autoimmunhämolytische Anämie

D61.1 Arzneimittelinduzierte aplastische Anämie

D64.2 Sekundäre sideroachrestische [sideroblastische] Anämie durch Arzneimittel oder Toxine

D68.3 Hämorrhagische Diathese durch zirkulierende Antikoagulanzien

D70 Agranylozytose

E03.2 Hypothyreose durch Arzneimittel oder andere exogene Substanzen

E06.4 Arzneimittelinduzierte Thyreoiditis

E16.0 Arzneimittelinduzierte Hypoglykämie ohne Koma

E23.1 Arzneimittelinduzierter Hypopituitarismus

E24.2 Arzneimittelinduziertes Cushing-Syndrom

E27.3 Arzneimittelinduzierte Nebennierenrindeninsuffizienz

E66.1 Arzneimittelinduzierte Adipositas

G21.0 Malignes Neuroleptika-Syndrom

G21.1 Sonstiges arzneimittelinduziertes Parkinson-Syndrom

G24.0 Arzneimittelinduzierte Dystonie

G25.1 Arzneimittelinduzierter Tremor

G25.4 Arzneimittelinduzierte Chorea

G25.6 Arzneimittelinduzierte Tics und sonstige Tics organischen Ursprungs

G44.4 Arzneimittelinduzierter Kopfschmerz, andernorts nicht klassifiziert

G61.1 Serumpolyneuropathie

G62.0 Arzneimittelinduzierte Polyneuropathie

G72.0 Arzneimittelinduzierte Myopathie

G93.7 Reye-Syndrom

H26.3 Arzneimittelinduzierte Katarakt

H40.6 Glaukom [sekundär] nach Arzneimittelverabreichung

I42.7 Kardiomyopathie durch Arzneimittel oder sonstige exogene Substanzen

I95.2 Hypotonie durch Arzneimittel

J70.2 Akute arzneimittelinduzierte interstitielle Lungenkrankheiten

J70.3 Chronische arzneimittelinduzierte interstitielle Lungenkrankheiten

J70.4 Arzneimittelinduzierte interstitielle Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet

L10.5 Arzneimittelinduzierter Pemphigus

L23.3 Allergische Kontaktdermatitis durch Drogen oder Arzneimittel bei Hautkontakt

L24.4 Toxische Kontaktdermatitis durch Drogen oder Arzneimittel bei Hautkontakt

L25.1 Nicht näher bezeichnete Kontaktdermatitis durch Drogen oder Arzneimittel bei Hautkontakt

L27.0 Generalisierte Hauteruption durch Drogen oder Arzneimittel

L27.1 Lokalisierte Hauteruption durch Drogen oder Arzneimittel

L43.2 Lichenoide Arzneimittelreaktion

L56.0 Phototoxische Reaktion auf Arzneimittel

L56.1 Photoallergische Reaktion auf Arzneimittel

L64.0 Arzneimittelinduzierte Alopecia androgenetica

M10. Arzneimittelinduzierte Gicht[13]

M32.0 Arzneimittelinduzierter systemischer Lupus erythematodes

M34.2 Systemische Sklerose, durch Arzneimittel oder chemische Substanzen induziert

M80.4 Arzneimittelinduzierte Osteoporose mit pathologischer Fraktur

M81.4 Arzneimittelinduzierte Osteoporose

M83.5 Sonstige arzneimittelinduzierte Osteomalazie bei Erwachsenen

M87.1 Knochennekrose durch Arzneimittel

N14.0 Analgetika-Nephropathie

N14.1 Nephropathie durch sonstige Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen

N14.2 Nephropathie durch nicht näher bezeichnete(s) Arzneimittel, Drogen oder biologisch aktive Substanzen

P58.4 Neugeborenenikterus durch Arzneimittel oder Toxine, die von der Mutter übertragen oder dem Neugeborenen verabreicht wurden

[13] Der korrekte Kode in der dt. Ausgabe des ICD-10 ist 10.2. Anm. d. Übers.

Publikationsprogramm BFS

Das Bundesamt für Statistik (BFS) hat – als zentrale Statistikstelle des Bundes – die Aufgabe, statistische Informationen breiten Benutzerkreisen zur Verfügung zu stellen.

Die Verbreitung der statistischen Information geschieht gegliedert nach Fachbereichen (vgl. Umschlagseite 2) und mit verschiedenen Mitteln:

Diffusionsmittel	**Kontakt**
Individuelle Auskünfte	032 713 60 11 info@bfs.admin.ch
Das BFS im Internet	www.statistik.admin.ch
Medienmitteilungen zur raschen Information der Öffentlichkeit über die neusten Ergebnisse	www.news-stat.admin.ch
Publikationen zur vertieften Information	032 713 60 60
(zum Teil auch als Diskette/CD-Rom)	order@bfs.admin.ch
Online-Datenbank	032 713 60 86 ww.statweb.admin.ch

Nähere Angaben zu den verschiedenen Diffusionsmitteln im Internet unter der Adresse www.statistik.admin.ch→Dienstleistungen→Publikationen Statistik Schweiz.

Gesundheit

Übergewicht bei Erwachsenen in der Schweiz: Aspekte einer multifaktoriellen Problematik, StatSanté 3/2007, Neuchâtel 2007, Bestellnummer: 516-0703, 43 Seiten, gratis

Neugeborene in Schweizer Spitälern 2004. Spitalversorgung von termin- und frühgeborenen Säuglingen, StatSanté 2/2007, Neuchâtel 2007, Bestellnummer: 516-0702, 23 Seiten, gratis

Todesursachenstatistik. Ursachen der Sterblichkeit 2003 und 2004, Neuchâtel 2007, Bestellnummer: 069-0400, 79 Seiten, Fr. 11.– (exkl. MWST)

Gebären in Schweizer Spitälern. Spitalaufenthalte während Schwangerschaft und Entbindung, StatSanté 1/2007, Neuchâtel 2007, Bestellnummer: 516-0701, 32 Seiten, gratis

Gesundheitsstatistik 2007, Neuchâtel 2007, Bestellnummer: 847-0700, 8 Seiten, gratis

Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2005. Definitive Resultate (Standardtabellen), Neuchâtel 2007, Bestellnummer: 532-0703-05, 72 Seiten, gratis

Spitalaufenthalte im Überblick. Ergebnisse aus der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser 2005, Neuchâtel 2007, Bestellnummer: 532-0705-05, 22 Seiten, gratis

Im Rahmen der Medizinischen Statistik werden sämtliche stationären und teilstationären Spitalaufenthalte erfasst. Die Erhebung, welche in allen Krankenhäusern und Kliniken durchgeführt wird, umfasst neben administrativen Daten und soziodemographischen Merkmalen der Patienten auch die Diagnosen und Behandlungen. Um diese Informationen zu erfassen, werden zwei medizinische Klassifikationen verwendet. Es handelt sich dabei um die ICD-10 für die Diagnosen und die CHOP (basierend auf der ICD-9-CM, Vol. 3) für die Behandlungen. Die Angabe dieser Kodes unterliegt präzisen Regeln. Das Kodierungssekretariat des BFS redigiert, überprüft und passt allenfalls diese Regeln an, pflegt die oben genannten Klassifikationen und unterstützt alle, die sich mit der Kodierung befassen.

Das Kodierungshandbuch beinhaltet alle Kodierregeln, welche bis jetzt veröffentlicht wurden. Das Kodierungshandbuch ist die Grundlage für die Kodierung.

Bestellnummer
543-0700-05

Bestellungen
Tel.: 032 713 60 60
Fax: 032 713 60 61
E-Mail: order@bfs.admin.ch

Preis
Fr. 15.– (exkl. MWST), Print-on-Demand

ISBN 978-3-303-14122-9