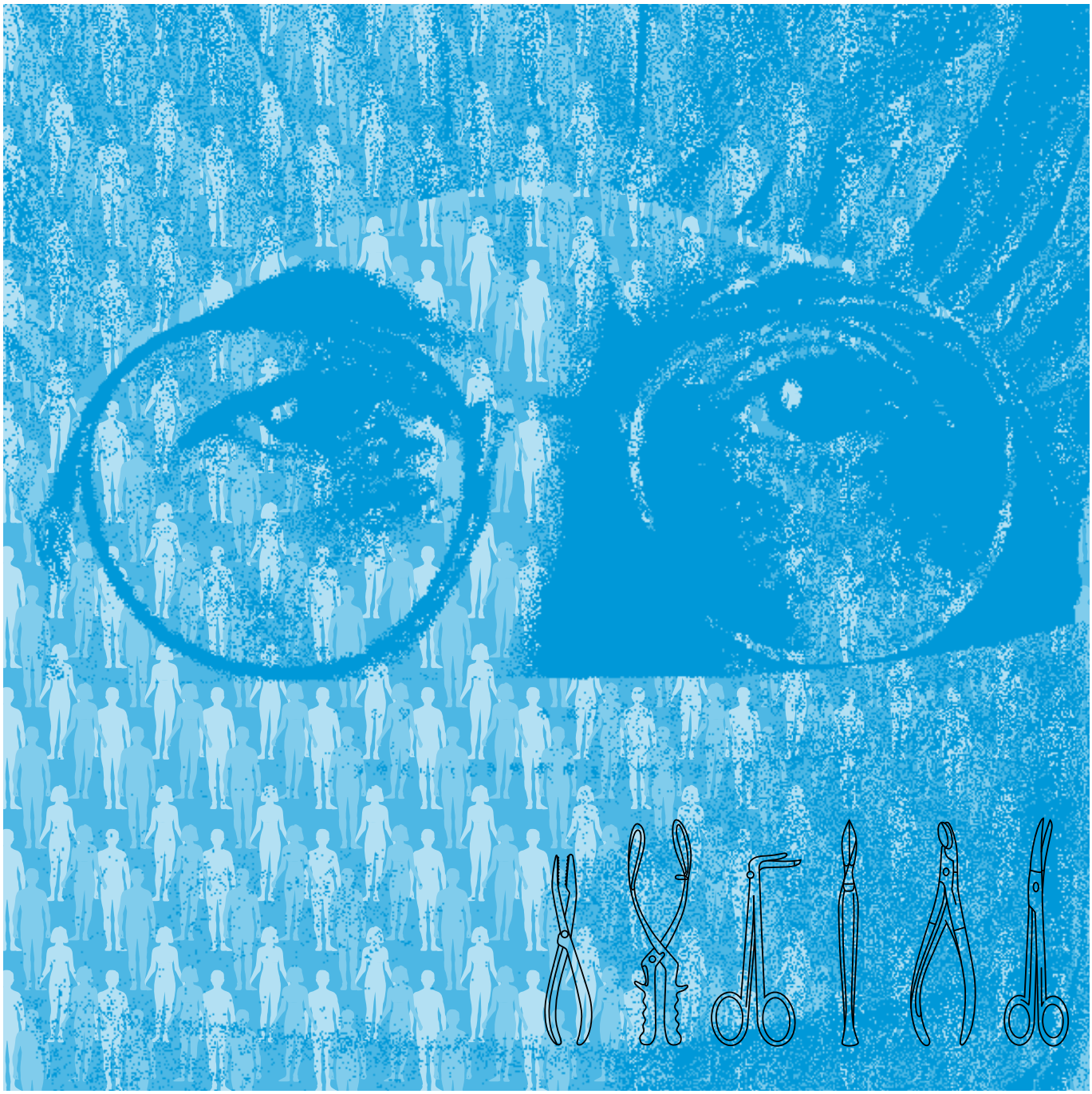
Kodierungshandbuch

Der offizielle Leitfaden der Kodierregeln

Version 3.0, 2009



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Statistik BFS

Neuchâtel, 2009

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 Kultur, Medien, Informationsgesellschaft, Sport

17 Politik

18 Öffentliche Verwaltung und Finanzen

19 Kriminalität und Strafrecht

20 Wirtschaftliche und soziale Situation der Bevölkerung

21 Nachhaltige Entwicklung und Disparitäten auf regionaler und internationaler Ebene

Kodierhandbuch

Der offizielle Leitfaden der Kodierregeln

Version 3.0, 2009

Bearbeitung Chantal Vuilleumier-Hauser, BFS
Ursula Althaus, USB
Phédon P. Tahintzi, HUG

Herausgeber Bundesamt für Statistik (BFS)

Office fédéral de la statistique (OFS)
Neuchâtel, 2009

Herausgeber: Bundesamt für Statistik (BFS)

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

Autor: Bundesamt für Statistik

Realisierung: Christiane Ricci

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

Bestellnummer: 543-0900

Preis: Fr. 15.– (exkl. MWST)

Reihe: Statistik der Schweiz

Fachbereich: 14 Gesundheit

Originaltext: Deutsch

Titelgrafik: Roland Hirter

Grafik/Layout: BFS

Copyright: BFS, Neuchâtel 2009
Abdruck – ausser für kommerzielle Nutzung – unter Angabe der Quelle gestattet

ISBN: 978-3-303-14133-5

Inhaltsverzeichnis

INHALTSVERZEICHNIS 3

DANKSAGUNG 7

EINLEITUNG 8

Abkürzungen des Inhaltsverzeichnisses und der Struktur des Kodierhandbuches 8
Abkürzungen bei der Darstellung der Beispiele 8

ALLGEMEINES G00 – G05 9

G00 ALLGEMEINER RAHMEN DER MEDIZINISCHEN KODIERUNG 9
G01 MEDIZINISCHE STATISTIK 10
G01.1 Einführung 10
G01.2 Gesetzliche Grundlagen 10
G01.3 Ziele 11
G01.4 Anonymisierung der Daten 11
G01.5 Der medizinische Datensatz, Definitionen und Variablen 11
G01.6 Zusatzdatensätze 12
G01.6.A Neugeborenendatensatz 12
G01.6.B Psychiatriedatensatz 12
G01.6.C Patientengruppendatensatz 12
G02 MEDIZINISCHE STATISTIK UND DRG-PATIENTENKLASSIFIKATIONSSYSTEME 13
G03 DIE KLASSIFIKATIONEN (ICD-10 UND CHOP) 14
G03.1 ICD-10 14
G03.1.A Einführung 14
G03.1.B Geschichte 14
G03.1.C Struktur 14
G03.2 Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP) 19
G03.2.A Allgemeines 19
G03.2.B Struktur 19
G03.2.C Typographische Vereinbarungen und Abkürzungen: 21
G03.3 Der Weg zur korrekten Kodierung 22
G04 DEFINITIONEN 23
G04.1 Definition des Behandlungsfalls 23
G04.2 Die Hauptdiagnose 23
G04.3 Zusatz zur Hauptdiagnose 25
G04.4 Die Nebendiagnosen 25
G04.5 Hauptbehandlung 26
G04.6 Nebenbehandlungen 26
G05 ALLGEMEINE KODIERREGELN 27
G05.1 Allgemeine Regeln zur Kodierung der Diagnosen 27
G05.1.A Symptome 27
G05.1.B Bilaterale Diagnosen 27
G05.1.C Besondere Diagnosekodes 27
G05.1.D Status nach /Zustand nach 31
G05.1.E Folgezustände 31
G05.1.F Verdachtsdiagnosen 32
G05.1.G Kodierung multipler Erkrankungen 32
G05.1.H Chronische Krankheiten mit akutem Schub 33
G05.1.I Kombinationskodes 33
G05.1.J Komplikationen 33

G05.1.K Syndrome 38
G05.1.L Aufnahme zur Operation/Prozedur, nicht durchgeführt 39
G05.1.M Aufnahme zur Entfernung von Osteosynthesematierial 39
G05.2 Allgemeine Regeln zur Kodierung der Prozeduren 40
G05.2.A Endoskopie und endoskopische Eingriffe 41
G05.2.B Kombinationseingriffe - Komplexe Operationen 41
G05.2.C Unvollständig durchgeführte Eingriffe 41
G05.2.D Mehrfach durchgeführte Prozeduren 42
G05.2.E Bilaterale Operationen 43
G05.2.F Revisionen eines Operationsgebietes / Reoperationen 43
G05.2.G Nicht invasive diagnostische & therapeutische Massnahmen 43

SPEZIELLE KODIERREGELN S01 – S21 44

S01 INFEKTIÖSE UND PARASITÄRE KRANKHEITEN 44
S01.g Allgemeines 44
S01.g.1 Neuheiten 44
S01.g.2 Definitionen 44
S01.d Kodierregeln 45
S01.d.1 SIRS 45
S01.d.2 Bakteriämie 45
S01.d.3 Sepsis 45
S01.d.4 Krankheiten aufgrund HIV 46
S01.d.4A HIV-Kodierregeln 47
S01.d.5 Echter Krupp – Pseudokrupp – Kruppsyndrom 48
S01.d.6 Infektiöse Gastroenteritis 48
S02 ONKOLOGIE (TUMOREN) 49
S02.g Allgemeines 49
S02.g.1 Speziell: Tumoren des hämatopoetischen / lymphatischen Systems 50
S02.g.2 Tumoraktivität 50
S02.d Kodierregeln 50
S02.d.1 Wahl der Hauptdiagnose 50
S02.d.2 Rezidive 52
S02.d.3 Nachresektion im Tumorgebiet 52
S02.d.4 Malignomnachweis nur in der Biopsie 52
S02.d.5 Komplikationen 52
S02.d.6 Kontrolle 52
S02.d.7 Tumoren mit endokriner Aktivität 52
S02.d.8 Besonderheiten der Lokalisation 53
S02.d.9 Remissionen 53
S02.d.10 Karzinoid-Syndrom / Paraneoplastisches Syndrom 54
S02.d.11 Lymphangiosis carcinomatosa 54
S02.d.12 Chemo- und Radiotherapie 54
S04 ENDOKRINE, ERNÄHRUNGS- UND STOFFWECHSELKRANKHEITEN 55
S04.g Allgemeines 55
S04.g.1 Diabetes mellitus: Begriffe 55
S04.d Kodierregeln 56
S04.d.1 Regeln zur Kodierung des Diabetes mellitus 56
S04.d.2 Zystische Fibrose 60
S05 PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN 61
S05.g Allgemeines 61
S05.g.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19) (Drogen, Medikamente, Alkohol, Nikotin) 61

S05.d Kodierregeln 62
S05.d.1 Akute nicht akzidentelle Intoxikation 62
S05.d.2 Akute akzidentelle Intoxikation 62
S05.d.3 Missbrauch von nicht psychotropen Substanzen 62
S05.d.4 Gleichzeitiger Missbrauch von unterschiedlichen Substanzen 62
S05.d.5 Aufnahme zur Entzugs-, Entwöhnungsbehandlung 62
S06 KRANKHEITEN DES NERVENSYSTEMS 63
S06.d Kodierregeln 63
S06.d.1 Schlaganfall 63
S06.d.2 Tetraplegie und Paraplegie, nicht traumatisch 64
S06.d.3 Neurologische Komplexbehandlungen 64
S07 KRANKHEITEN DES AUGES UND DER AUGENANHANGSGEBILDE 65
S07.d Kodierregeln 65
S07.d.1 Katarakt: Sekundäre Linseninsertion 65
S07.d.2 Versagen oder Abstossung eines Kornea-Transplantates 65
S08 KRANKHEITEN DES OHRES UND DES WARZENFORTSATZES 66
S08.d Kodierregeln 66
S08.d.1 Schwerhörigkeit und Taubheit 66
S09 KRANKHEITEN DES KREISLAUFSYSTEMS 67
S09.d Kodierregeln 67
S09.d.1 Hypertonie und Krankheiten bei Hypertonie 67
S09.d.2 Koronare Herzkrankheit 67
S09.d.3 Erkrankungen der Herzklappen 69
S09.d.4 Schrittmacher / Defibrillatoren 70
S09.d.5 Nachuntersuchung nach Herztransplantation 71
S09.d.6 Akutes Lungenödem 71
S09.d.7 Herzstillstand 71
S09.d.8 Periphere arterielle Verschlusskrankheit 72
S09.d.9 Akute arterielle Verschlusskrankheit 72
S10 KRANKHEITEN DER ATEMWEGE 73
S10.d Kodierregeln 73
S10.d.1 Beatmung 73
S10.d.2 Pneumonien 74
S10.d.3 COPD (chronisch obstruktive Lungenkrankheit) 74
S11 KRANKHEITEN DES VERDAUUNGSSYSTEMS 75
S11.d Kodierregeln 75
S11.d.1 Appendizitis 75
S11.d.2 Adhäsionen 75
S11.d.3 Gastrointestinale Blutung 75
S11.d.4 Dehydratation bei Gastroenteritis 75
S15 GEBURTSHILFE 76
S15.g Allgemeines 76
S15.g.1 Definitionen 76
S15.d Kodierregeln 77
S15.d.1 Allgemeine Regeln 77
S15.d.2 Vorzeitige Beendigung einer Schwangerschaft von < 22 Wochen (O00-O08) 77
S15.d.3 Vorzeitige Beendigung der Schwangerschaft von > 22 Wochen 78
S15.d.4 Krankheiten in der Schwangerschaft 79
S15.d.5 Komplikationen der Schwangerschaft, Mutter oder Kind betreffend 80
S15.d.6 Spezielle Kodierregeln für die Geburt 81
S15.d.7 Schwangerschaftsdauer und Komplikationen bei Wehentätigkeit und Entbindung 83
S16 NEONATOLOGIE 85

S16.g Allgemeines ... 85
S16.g.1 Definitionen ... 85
S16.d Kodierregeln ... 85
S16.d.1 Wahl der Hauptdiagnose und Nebendiagnose ... 85
S16.d.2 Zusatzdaten des Neugeborenen ... 87
S16.d.3 Besondere Massnahmen für das kranke Neugeborene ... 87
S16.d.4 Atemnotsyndrom des Neugeborenen/Hyaline Membranenkrankheit/Surfactantmangel ... 88
S16.d.5 Massives Aspirationssyndrom und transitorische Tachypnoe beim Neugeborenen ... 88
S16.d.6 Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie (HIE) ... 88
S19 VERLETZUNGEN, VERGIFTUNGEN UND BESTIMMTE ANDERE FOLGEN ÄUSSERER URSACHEN ... 89
S19.1 Verletzungen ... 89
S19.1.d Kodierregeln ... 89
S19.1.d.1 Oberflächliche Verletzungen ... 89
S19.1.d.2 Fraktur und Luxation ... 89
S19.1.d.3 Offene Wunden/Verletzungen ... 90
S19.1.d.4 Bewusstlosigkeit ... 90
S19.1.d.5 Verletzung des Rückenmarks (mit traumatischer Paraplegie und Tetraplegie) ... 91
S19.1.d.6 Mehrfachverletzungen - Polytrauma ... 91
S19.1.d.7 Verbrennungen und Verätzungen ... 92
S19.2 Vergiftungen (akzidentelle und vorsätzliche) ... 93
S19.2.g Allgemeines ... 93
S19.2.d. Kodierregeln ... 93
S19.2.d.1 Vorsätzliche Vergiftung ... 93
S19.2.d.2 Vergiftung durch Arzneimittel und Alkohol ... 93
S19.2.d.3 Akzidentelle Vergiftung oder Überdosierung ... 94
S19.2.d.4 Vergiftungen durch Arzneimittel ohne nähere Bezeichnung einer Absicht ... 94
S19.2.d.5 Koma und Vergiftung durch Arzneimittel ... 94
S19.2.d.6 Vergiftung durch Einnahme mehrerer Substanzen ... 94
S19.3 Suizidversuch, ausgenommen Vergiftung durch Arzneimittel ... 95
S19.3.g Allgemeines ... 95
S19.3.d Kodierregeln ... 95
S19.4 Unerwünschte Nebenwirkungen von Arzneimitteln ... 95
S19.4.g Allgemeines ... 95
S19.4.d Kodierregeln ... 95
S19.4.d.1 Nebenwirkungen während der Hospitalisation ... 96
S19.4.d.2 Anaphylaktischer Schock ... 96
S21 REHABILITATION ... 97
S21.g Allgemeines ... 97
S21.d Regeln ... 97
ANHANG ZU KAPITEL S16 ... 98
ANHANG ZU KAPITEL S19 ... 99

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. Ihnen allen dankt das Bundesamt für Statistik ganz herzlich für das wertvolle Engagement. Im Rahmen der Einführung des fallpauschalenbasierten Abrechnungssystems SwissDRG war insbesondere auch die Mitarbeit des Casemix-Office der SwissDRG AG hoch geschätzt. Ein ganz besonderer Dank gilt ausserdem Frau Ursula Althaus vom Universitätsspital Basel, die den Grossteil der inhaltlichen und redaktionellen Arbeit in einer trotz der engen Termine äusserst sorgfältigen und umsichtigen Art und Weise ausführte.

Verantwortlich für die Version 3.0:

Redaktion

Ursula Althaus, Aerztin, Universitätsspital, Basel; Mitglied der Expertengruppe für Klassifikationen im Gesundheitswesen
Dr. med. Phédon Tahintzi, Universitätsspital, Genf
Dr. med. Chantal Vuilleumier-Hauser, Bundesamt für Statistik, Neuchâtel

Prüfung der Kompatibilität zum SwissDRG-Fallpauschalensystem

Ursula Althaus, Aerztin, Universitätsspital, Basel, Mitglied der Expertengruppe für Klassifikationen im Gesundheitswesen
Dr. med. Alfred Bollinger, Universitätsspital, Zürich, Präsident der Expertengruppe für Klassifikationen im Gesundheitswesen
Dr. med. François Borst, Universitätsspital, Genf, Mitglied der Expertengruppe für Klassifikationen im Gesundheitswesen
Dr. med. Bettina Holzer, Universitätsspital Basel, Vorstandsmitglied SGMC
Dr. med. Cristina Pangrazzi, H Services AG, Baar, Mitglied Expertengruppe für Klassifikation im Gesundheitwesen, Vorstandsmitglied SGMC
Dr. med. Phédon Tahintzi, Universitätsspital, Genf
Dr. med. Chantal Vuilleumier-Hauser, Bundesamt für Statistik, Neuchâtel
In enger Zusammenarbeit mit Dr. med. Constanze Hergeth, Casemix-Office, SwissDRG AG, Bern

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

Dieses Handbuch enthält neben den bisher gültigen, grundlegenden Regeln der Kodierung viele neue Anweisungen, die auch für erfahrene Kodierer und Kodiererinnen von Nutzen sein können. Eine umfassende Überarbeitung drängte sich v.a. im Hinblick auf die Einführung des fallpauschalenbasierten Abrechnungssystems Swiss DRG auf. Die Nummerierung der Kapitel und Unterkapitel musste grundlegend überarbeitet werden und entspricht nicht mehr derjenigen der früheren Versionen des Kodierhandbuches. Viele neue Beispiele ergänzen die Regeln.

Bei der aktuellen Version handelt es sich um die dritte Fassung. Wie in der Version 1.0 wurden die allgemeinen Kodierregeln (Kapitel G für generell) getrennt von den spezifischen Regeln (Kapitel S für spezifisch) aufgeführt. Die Kapitel der speziellen Regeln folgen in der Nummerierung der Einteilung der ICD-10. Üblicherweise wird pro Abschnitt eine Regel erklärt, die jeweils mit Beispielen veranschaulicht wird. Am Ende einiger Paragraphen und Kapitel finden sich Tabellen, die den Inhalt des behandelten Themas kurz zusammenfassen.

Die in diesem Handbuch publizierten Kodierregeln sind verbindlich für alle kodierten Daten der Spitäler, die für die Medizinische Statistik an das Bundesamt für Statistik abgegeben werden.

Das Kodierungshandbuch 3.0 ist ab 1.1.2010 gültig und ersetzt alle früheren Versionen des Handbuchs.

Basis dieses Handbuches sind die Klassifikationen ICD-10 GM 2008 und CHOP 11.0.
Aufgrund der grundlegenden Revision des Kodierungshandbuchs sind ab dem 1.1.2010 alle früheren CodeInfos, Richtlinien, Kodierregeln und Rundbriefe des BFS, die dem Text dieses Kodierungshandbuches widersprechen und die vor dem 31.07.2009 veröffentlicht wurden, nicht mehr gültig.

Abkürzungen des Inhaltsverzeichnisses und der Struktur des Kodierhandbuches

d	*Kodierregel (directive)*
G / g	*Allgemeines (généralités)*
S	*Spezifische Kodierregeln*

Abkürzungen bei der Darstellung der Beispiele

Beh.	*Behandlung (Haupt- oder Nebenbehandlung, je nach Situation)*
HB	*Hauptbehandlung*
HD	*Hauptdiagnose*
NB	*Nebenbehandlung*
ND	*Nebendiagnose*
ZHD	*Zusatz zur Hauptdiagnose*

Allgemeines G00 – G05

G00 Allgemeiner Rahmen der medizinischen Kodierung

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

1997/1998 wurde eine Reihe von Statistiken der stationären Betriebe des Gesundheitswesens auf nationaler Ebene ins Leben gerufen. Das Bundesamt für Statistik (BFS) erhebt und veröffentlicht seither Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser, welche über Patienten in den Schweizer Spitälern Auskunft gibt.

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

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

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

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

G01 Medizinische Statistik

G01.1 Einführung

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

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

G01.2 Gesetzliche Grundlagen

Die Medizinische Statistik basiert auf dem Bundesstatistikgesetz (BStatG) vom 9. Oktober 1992, der Verordnung vom 30. Juni 1993, welche Vorschriften über die Durchführung von statistischen Erhebungen des Bundes enthält, und auf dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG). Seit dem 1.1.2009 ist eine Teilrevision des KVG in Kraft, welche auch Auswirkungen auf die Medizinische Statistik zeigt.

Das Bundesstatistikgesetz bestimmt, dass die Einrichtung von Gesundheitsstatistiken eine Aufgabe auf nationaler Ebene ist (Art. 3, Abs. 2b), die die Zusammenarbeit von Kantonen, Gemeinden und anderen involvierten Partnern erfordert. Der Bundesrat kann nach Artikel 6 (Abs. 1) die Teilnahme an einer Erhebung als obligatorisch erklären.

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

Neben dem Bundesstatistikgesetz bestimmt auch das KVG die Erhebung. Nach dem KVG sind die Spitäler und die Geburtshäuser verpflichtet, den zuständigen Bundesbehörden die Daten bekannt zu geben, die benötigt werden, "um die Anwendung der Bestimmungen dieses Gesetzes über die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen zu überwachen (Art. 22a, Abs. 1)". Die Daten werden vom Bundesamt für Statistik erhoben und die Angaben sind von den Leistungserbringern kostenlos zur Verfügung zu stellen (Art. 22a Abs. 2 u. 3).

Die Teilrevision des KVG sieht vor, dass in der Schweiz ein fallpauschalenbasiertes Abrechnungssystem eingeführt wird. Die Daten der Medizinischen Statistik werden dafür verwendet (vgl. Kapitel G02). Ausserdem bestimmt das revidierte Gesetz auch, dass das BFS die Angaben dem Bundesamt für Gesundheit, dem Eidgenössischen Preisüberwacher, dem Bundesamt für Justiz, den Kantonen und Versicherern sowie einigen anderen Organen je Leistungserbringer zur Verfügung stellt. Die Daten werden vom Bundesamt für Gesundheit pro Kategorie oder pro Leistungserbringer (pro Spital) veröffentlicht. Resultate, die die Patientinnen und Patienten betreffen, werden nur anonym veröffentlicht, so dass keine Rückschlüsse auf einzelne Personen gemacht werden können.

G01.3 Ziele

- Die epidemiologische Überwachung der Bevölkerung soll ermöglicht werden (Spitalpopulation). Die Daten liefern wichtige Informationen über die Häufigkeit wichtiger Krankheiten, die zu Spitalaufenthalten führen, und ermöglichen die Planung und gegebenenfalls die Anwendung von präventiven oder therapeutischen Massnahmen.
- Dank einer homogenen Erfassung der Leistungen bilden diese Daten eine wesentliche Voraussetzung für die Einführung eines Patientenklassifikationssystems. Damit kann das Ziel erreicht werden, die Finanzierung der Spitäler auf eine leistungsbezogene Grundlage zu stellen - wie die Einführung des Fallpauschalensystems SwissDRG.
- Ausserdem erlauben die erhobenen Daten eine allgemeine Analyse der von den Spitälern erbrachten Leistungen und ihrer Qualität, zum Beispiel die Häufigkeit bestimmter Operationen oder die Häufigkeit von Rehospitalisierungen bei bestimmten Diagnosen oder Behandlungen.
- Die Daten erlauben es auch, einen Überblick über die Versorgungslage im Bereich der Spitäler zu erhalten. Zum Beispiel können Einzugsgebiete einzelner Spitäler dargestellt werden. Damit dienen die Daten der Versorgungsplanung auf kantonaler und interkantonaler Ebene.

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

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 Verbindungskode besteht aus einem verschlüsselten Kode (der durch Zerhacken und Kodieren der Daten erzeugt wird), der so erstellt ist, dass man die Person nicht identifizieren kann.

G01.5 Der medizinische Datensatz, Definitionen und Variablen

Die Daten der Medizinischen Statistik sind bezüglich der Übermittlung (der Schnittstellen) in verschiedene Datensätze eingeteilt, in einen Minimaldatensatz, einen Zusatzdatensatz für Neugeborene, einen für Psychiatriepatienten und einen – seit 2009 neuen – Patientengruppendatensatz. Daneben kann die kantonale Erhebungsstelle weitere Auflagen machen, unter anderem einen Kantonsdatensatz einfordern. Kantonale Vorgaben werden nicht durch das BFS beschrieben und hier auch nicht weiter ausgeführt.

Historisch gesehen umfasst der Minimaldatensatz der Medizinischen Statistik diejenigen Variablen, deren Übermittlung obligatorisch war. Auf den 1.1.2009 wurde die Medizinische Statistik zugunsten des Aufbaus von SwissDRG (fallpauschalenbasierte Abrechnung) angepasst, was zu einem weiteren Datensatz führte, welcher obligatorisch für alle Patienten zu erhebende Daten enthält (so genannter Patientengruppen-Zusatzdatensatz). Die Verteilung der obligatorischen Variablen auf die beiden Datensätze wurde aus praktischen Gründen vorgenommen, damit in einer Übergangsphase gewisse Spitäler die alte Schnittstelle, andere bereits die neue benutzen können. Grundsätzlich müssen ab 2010 beide Datensätze obligatorisch geliefert werden.

Eine Beschreibung der Variablen aller Datensätze findet sich auf der Webseite des Bundesamtes für Statistik unter
www.bfs.admin.ch >Infothek>Erhebungen, Quellen>Medizinische Statistik der Krankenhäuser >Konzept
oder
http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen__quellen/blank/blank/mkh/02.html

G01.6 Zusatzdatensätze

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

G01.6.A Neugeborenendatensatz

Für Neugeborene ist ergänzend ein Neugeborenendatensatz zu erfassen. Damit können für die Spitalgeburten (über 95% aller Geburten in der Schweiz) epidemiologische und medizinische Zusatzinformationen, insbesondere Parität, Schwangerschaftsdauer, Geburtsgewicht und Angaben zu Transfers gewonnen werden.

G01.6.B Psychiatriedatensatz

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

G01.6.C Patientengruppendatensatz

Die Medizinische Statistik wurde ab 1.1.2009 angepasst an die Bedürfnisse einer leistungsorientierten Spitalfinanzierung (SwissDRG, vgl. Kapitel G02). Um in der Schweiz die notwendige Kompatibilität zum gewählten deutschen Modell zu erreichen, müssen detailliertere Informationen als bisher erhoben werden. In dem neu gebildeten Patientengruppendatensatz können bis zu 50 Diagnosen und bis 100 Behandlungen erhoben werden. Zudem erhält er weitere für Abrechnungszwecke relevante Daten.

G02 Medizinische Statistik und DRG-Patientenklassifikationssysteme

Seit einiger Zeit wird die Medizinische Statistik in mehreren Kantonen als Basis für die Finanzierung der Einrichtungen des Gesundheitswesens (z. B. Fallpauschalen nach APDRG) verwendet. Ab 2012 wird die Finanzierung der Krankenhäuser auf eidgenössischer Ebene auf dem SwissDRG-System basieren. Im Rahmen der Einführung dieses neuen Systems werden Klassifikationen und Kodierungsrichtlinien angepasst. Insbesondere wurden die Datensätze, die für die Medizinische Statistik zu übermitteln sind, ergänzt (mit einem neuen Zusatzdatensatz versehen), eine neue Klassifikation der Diagnosen ICD-10 GM (German Modification) wurde gewählt und die Prozedurenklassifikation CHOP wurde und wird noch deutlich erweitert. Damit das System für die Gruppierung nach SwissDRG tatsächlich verwendet werden kann, gehören entsprechend angepasste Kodierrichtlinien dazu.

Bis zur Einführung des neuen Systems wird in der Übergangsphase vielerorts weiterhin nach APDRG abgerechnet und Fragen bezüglich der Kompatibilität zwischen den offiziellen Kodierregeln des BFS und den Regeln des Groupers werden nicht zu umgehen sein. Um Inkohärenzen zu umgehen, werden die betroffenen Spitäler gebeten, die Weisungen zur forcierten Zuordnung eines Falles in die richtige APDRG-Gruppe weiterhin zu beachten. Diese sind bei APDRG Suisse oder unter der Webadresse
http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/nomenklaturen/blank/blank/codage/04/04_05.html
zu finden.

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-WHO, Band 2, Kapitel 2.3).

Eine Klassifikation, die eine Methode der Verallgemeinerung ist, wie William Farr feststellt, muss die Zahl der Rubriken einschränken und dennoch alle bekannten Krankheiten umfassen. Dies schliesst notwendigerweise einen Informationsverlust ein. Dementsprechend kann die Realität in der Medizin mit einer Klassifikation nicht absolut realitätsgetreu abgebildet werden.

Die Klassifikation ICD-10 wurde entwickelt, um die Analyse und den Vergleich von Daten zu Mortalität und Morbidität zu ermöglichen. Für eine solche Interpretation ist ein Instrument zur Verschlüsselung von Diagnosen unerlässlich.

Die ICD-10 Version, die in der Schweiz ab 01.01.2010 zur Kodierung der Diagnosen verwendet wird, ist die ICD-10 GM 2008 (German Modification). Sie entspricht in der Grundstruktur der ICD-10 WHO-Edition, enthält jedoch deutliche Unterschiede, insbesondere enthält sie auch Regeln zur Kodierung innerhalb der Klassifikation. Diese sind zu beachten, die schweizerischen Regeln haben aber im Zweifelsfall Vorrang.

G03.1.B Geschichte

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

1975, bei der 9. Revision der Klassifikation, der ICD-9, wurde eine fünfte Stelle bei den Kodes und das Kreuz-Stern-System eingeführt. 1993 wurde die 10. Revision der Klassifikation validiert, mit der die alphanumerische Struktur der Kodes eingeführt wurde. Es existieren verschiedene Ländermodifikationen der ICD-10, welche hauptsächlich zu Abrechnungszwecken erstellt wurden. In der Schweiz wird ab 01.01.2010 die Version ICD-10 GM 2008 (German Modification) verwendet.

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-GM besteht aus zwei Bänden: dem systematischen und dem alphabetischen Verzeichnis.

G03.1.C1 Struktur des systematischen Verzeichnisses

Das systematische Verzeichnis ist in 22 Kapitel unterteilt. Die siebzehn ersten Kapitel beschreiben Krankheiten, das Kapitel XVIII enthält Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, das Kapitel XIX die Verletzungen und Vergiftungen, das Kapitel XX (das eng mit dem Kapitel XIX verbunden ist, 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. Im Kapitel XXII finden sich "Schlüsselnummern für besondere Zwecke". Dies sind Zusatzkodes zur genaueren Spezifizierung von andernorts klassifizierten Krankheiten, Klassierungen von Funktionseinschränkungen, usw.

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-D90
IV	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	E00-E90
V	Psychische und Verhaltensstörungen	F00-F99
VI	Krankheiten des Nervensystems	G00-G99
VII	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	H00-H59
VIII	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	H60-H95
IX	Krankheiten des Kreislaufsystems	I00-I99
X	Krankheiten des Atmungssystems	J00-J99
XI	Krankheiten des Verdauungssystems	K00-K93
XII	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	L00-L99
XIII	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	M00-M99
XIV	Krankheiten des Urogenitalsystems	N00-N99
XV	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	O00-O99
XVI	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	P00-P96
XVII	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	Q00-Q99
XVIII	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	R00-R99
XIX	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äusserer Ursachen	S00-T98
XX	Äussere Ursachen von Morbidität und Mortalität	V01!-Y98!
XXI	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	Z00-Z99
XXII	Schlüsselnummern für besondere Zwecke	U00-U99

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

Die Subkategorien: die Kategorien werden 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 Kodes: In verschiedenen Kapiteln wurden die Kodes zur spezifischeren Verschlüsselung auf 5 Stellen erweitert.

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

Krankheiten der Appendix (K35-K38)

Block/Gruppe

Dreistellige Kategorie

K35	**Akute Appendizitis**
K35.0	**Akute Appendizitis mit diffuser Peritonitis**
	Appendizitis (akut) mit: • Perforation • Peritonitis nach Perforation oder Ruptur • Ruptur
K35.1	**Akute Appendizitis mit Peritonealabszess**
	Appendixabszess
K35.9	**Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet**
	Akute Appendizitis ohne : • Perforation • Peritonealabszess • Ruptur Akute Appendizitis mit Peritonitis, lokal oder o.n.A.
K36	**Sonstige Appendizitis**
	Appendizitis : • chronisch • rezidivierend
K37	**Nicht näher bezeichnete Appendizitis**

Vierstellige Sub-Kategorien

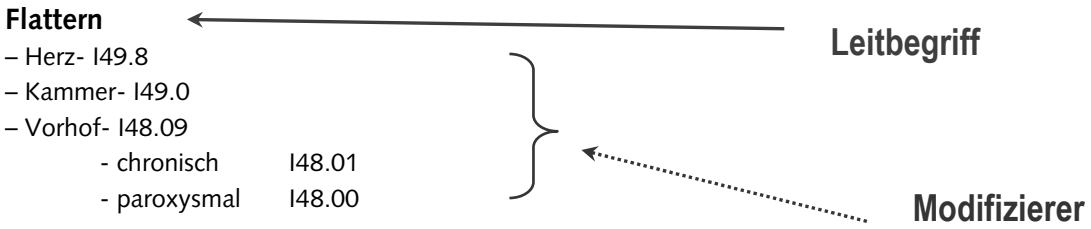
Dreistellige Kategorien

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**

Vierstellige Sub-Kategorien

G03.1.C2 Struktur des alphabetischen Verzeichnisses

Das alphabetische Verzeichnis beinhaltet Suchbegriffe für Krankheiten, Syndrome, Traumata und Symptome. Am linken Rand der Spalte findet sich der Hauptbegriff, der eine Krankheit oder einen Krankheitszustand kennzeichnet, gefolgt von den nach rechts gestaffelt dargestellten Modifizierern oder Qualifizierern:



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

G03.1.C3 Typographische Vereinbarungen und Abkürzungen

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

Runde Klammern ():

Sie schliessen ergänzende Begriffe ein, die den Hauptbegriff präzisieren:

I10.- Essentielle (primäre) Hypertonie

Bluthochdruck
Hypertonie (arterielle) (essentiell) (primär) (systemisch)

Sie werden zur Angabe der zutreffenden Schlüsselnummer bei Exklusiva benutzt:

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

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

Krankheiten der Appendix
(K35-K38)

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

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

B57.0† Akute Chagas-Krankheit mit Herzbeteiligung (I41.2*, I98.1*)

Diese Präzisierungen beinhalten keine Modifikation des Kodes.

a.n.k.: diese Abkürzung 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 alphabethischen Teil:

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]

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

Strich (ersetzt die geschweiften Klammern { }): Dieses Zeichen wird in Band 1 verwendet, um Inklusiva und Exklusiva aufzulisten, wobei keiner der Begriffe, der vor oder nach dem Strich steht, für sich allein vollständig ist und deshalb ohne die jeweilige Ergänzung der Rubrik nicht zugeordnet werden kann.

H50.3 **Intermittierender Strabismus concomitans**

Intermittierend:

- Strabismus convergens
- Strabismus divergens

| (alternierend) (unilateral)

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.

N85.9 **Nichtentzündliche Krankheiten des Uterus, nicht näher bezeichnet**

Krankheit des Uterus o. n. A.

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

I74.- **Arterielle Embolie und Thrombose**

Diese Kategorie umfasst Embolien, Thrombosen und Thrombembolien.

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

J43.- **Emphysem**

Exkl.: Emphysembronchitis (obstruktiv) (J44.-)

Mit dem Strich wird der Kodierer darauf aufmerksam gemacht, dass der entsprechende detailliertere Kode 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)

Inkl. (Inklusiva): 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

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, therapeutische und diagnostische Massnahmen. Die Ursprungsklassifikation 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 enthalten Diagnosekodes und die zugehörigen Zusatzkodes, Band 3 beinhaltet Prozedurenkodes.

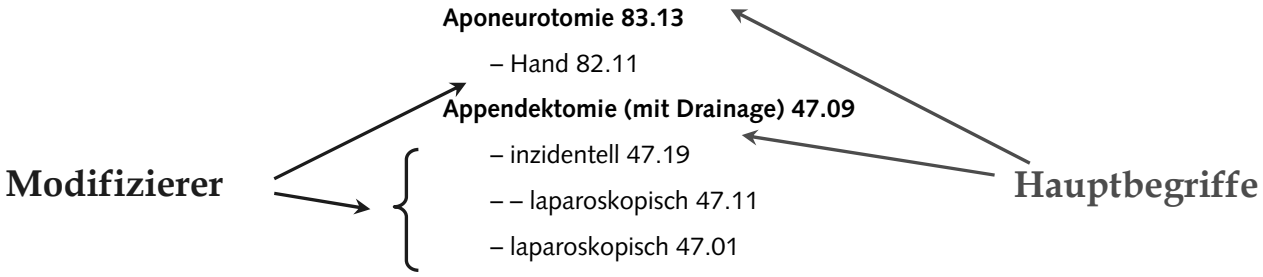
Die CHOP wird jährlich angepasst, für 2009 gilt Version 11.0, ab 01.01.2010 gilt Version 12.0.

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 grundsätzlich alphanumerisch, doch sind die meisten Kodes aus historischen Gründen Ziffernkodes. Die Kodes setzen sich in der Regel aus 2 Ziffern, gefolgt von einem Punkt und anschliessend einer bis 4 weiteren Ziffern zusammen (z.B. 06.4; 45.76; 93.38.10). Es gilt zu beachten, dass nur endständige Kodes verwendet werden können.

Alphabetisches Verzeichnis

Im alphabetischen Index befindet sich der fett gedruckte Hauptbegriff am linken Rand der Spalte. Modifizierer, die zu ihm gehören, werden nach rechts gestaffelt dargestellt.



Die Hauptbegriffe können 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 (Eigennamen, der zum Namen einer Prozedur wurde, wie z.B. 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.

Systematisches Verzeichnis

Das systematische Verzeichnis der CHOP wird in 18 Kapitel eingeteilt. Die Kapitel 1 bis 15 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
17 (neu)	Neuere Prozeduren	17

Die Klassifikationsachsen der Kapitel weisen üblicherweise eine aufsteigende Komplexität auf. Die weniger aufwändigen Eingriffe befinden sich anfangs des Kapitels und die komplexeren Operationen am Schluss. Prinzipiell besteht folgende Reihenfolge der Einteilung:

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

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

G03.2.C Typographische Vereinbarungen und Abkürzungen

In der CHOP werden Abkürzungen und Konventionen verwendet, die man kennen und beachten sollte.

n.a.klass.: "nicht andernorts klassifiziert" bedeutet, dass es keinen anderen Subkode für diese spezifische Massnahme gibt.

n.n.bez.: "nicht näher bezeichnet" wird verwendet, wenn genaue klinische Angaben fehlen, um den Eingriff präziser zu kodieren.

Runde Klammern (): enthalten ergänzende Bezeichnungen oder Erläuterungen zu einem Begriff. Sie beeinflussen den Kode jedoch nicht.

Eckige Klammern [ ]: enthalten ein Synonym des vorangehenden Begriffes,
Beispiel : –Tuba uterina [Eileiter][Ovidukt]

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 Kode 54.98 und nicht mit dem Kode 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, z.B.:

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

Dieses Inklusivum 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, z.B.:

43.81 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 Kode enthalten, z.B.:

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".

G03.3 Der Weg zur korrekten Kodierung

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

Schritt 1 Den Leitbegriff im alphabetischen Verzeichnis suchen

Schritt 2 Den gefundenen Kode im systematischen Verzeichnis überprüfen

- ICD-10: 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, wie auch spezielle Kodierregeln!
- CHOP: die Anweisungen "Kodiere ebenso", "Kode weglassen", Exklusiva und Inklusiva sind unbedingt zu beachten!

  GRUNDSATZ: möglichst spezifische Kodes auswählen

G04 Definitionen

Die Auflistung der Diagnosen und/oder Prozeduren im Austrittsbericht liegt in der Verantwortung der behandelnden Ärztin bzw. des behandelnden Arztes. Diese Angaben bilden die Kodiergrundlage. Die Bedeutung einer kohärenten und vollständigen Dokumentation im Patientendossier kann nicht genug betont werden. Fehlt eine solche Dokumentation, ist es schwierig, ja unmöglich, irgendwelche Kodierrichtlinien umzusetzen.

G04.1 Definition des Behandlungsfalls

Als Behandlungsfall gilt ein stationärer Aufenthalt eines Patienten/einer Patientin in einem Spital, unabhängig von der Hospitalisierungsursache. Der gesamte Aufenthalt von Eintritt bis zum Austritt zählt als ein Fall.

Die Hauptdiagnose und die Hauptbehandlung zählen zu den wichtigsten Merkmalen des Datensatzes der Medizinischen Statistik. Die Variablen werden nachfolgend definiert.

G04.2 Die Hauptdiagnose

Die Definition der Hauptdiagnose entspricht der Definition der WHO

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).

Dies bedeutet, dass erst am Ende des stationären Aufenthaltes die Erkrankung oder Beeinträchtigung festgestellt wird, die der Hauptanlass für die Hospitalisierung war. Die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt bestimmt während und nach dem Spitalaufenthalt die relevanten Diagnosen und gibt an, wie sie behandelt wurden. Darauf gestützt wählt die Kodiererin oder der Kodierer die Hauptdiagnose gemäss obiger Definition. Die Eintrittsdiagnose (der Eintrittsgrund) stimmt nicht zwingend mit der Hauptdiagnose überein.

Wahl der Hauptdiagnose (HD) bei den häufigsten Situationen :

1. Patient tritt mit **Symtomen** ein:	Es wird eine Diagnose gestellt (und behandelt)	HD ist die Diagnose
	Es werden mehrere Diagnosen gestellt	HD ist die Diagnose, die am meisten Aufwand an medizinischen Mitteln erforderte
	Es wird keine Diagnose gestellt	HD ist das wichtigste Symptom
	Eine Diagnose wird schwer vermutet, aber nicht bestätigt	HD ist die schwer vermutete Diagnose (siehe Kapitel Verdachtsdiagnose)
2. Patient tritt mit **bekannter Diagnose** ein:		HD ist die bekannte Diagnose, ausser es wird während der Hospitalisation eine gravierendere Krankheit festgestellt, die dann als HD kodiert wird
	Beachte: Wird bei bekannter Diagnose während der Hospitalisation **ausschliesslich** eine spezifische geplante Behandlung durchgeführt, muss dies als ND kodiert werden mit Z51.-; Z47.- ; Z50.- **Beachte:** Kann eine spezifisch geplante Therapie nicht durchgeführt werden, wird der Fall mit der bekannten Diagnose als HD und einem Kode aus Z53.- als ND kodiert **Ausnahme:** Erfolgt der Eintritt **ausschliesslich** zur Behandlung eines Symptoms der bekannten Krankheit, dann ist das Symptom die HD, die Krankheit die ND (z.B. Patient/in mit Aszites bei Leberzirrhose kommt zur Aszitespunktion, keine anderen Therapien)	
3. Patient tritt **ohne** Symptome und ohne Diagnose ein:	Eintritt zur rein diagnostischen Nachkontrolle nach abgeschlossener Behandlung	HD aus Z08.- resp. Z09.-
	Eintritt mit potentiellem Risiko, es wird eine Diagnose gestellt	HD ist die Diagnose (z.B. Familiäres Vorkommen von Kolonkarzinom, die Koloskopie zeigt Polyp, der entfernt wird. HD = Polyp)
	Eintritt zur Abklärung einer vermuteten Diagnose, die ausgeschlossen werden kann	HD aus Z03.- (z.B. Überwachung eines Kleinkindes, das von der Mutter mit einer leeren Tablettenschachtel gefunden wird. Keine Symptome, Verlauf ohne Hinweise für Intoxikation . HD = Z03.6 Beobachtung bei Verdacht auf toxische Wirkung von aufgenommenen Substanzen)
4. Patient tritt mit **Komplikationen** ein:		Eine Komplikation kann nur dann HD sein, wenn sie bei Eintritt besteht. Komplikationen, die während der Hospitalisation auftreten sind immer ND, auch wenn sie schwerwiegender als die HD sind (siehe dazu G05)

HD = Hauptdiagnose, ND = Nebendiagnose

Für die Auswahl der Hauptdiagnose gelten bei einigen Kapiteln spezielle Richtlinien, dies v.a. bei Geburtshilfe.

G04.3 Zusatz zur Hauptdiagnose

Das Feld "Zusatz zur Hauptdiagnose" (ZHD) wird nur in den zwei folgenden Fällen ausgefüllt:

1. Die Hauptdiagnose ist ein Kreuzkode (†), dem im Feld "Zusatz zur Hauptdiagnose" der entsprechende Sternkode (*) beigefügt werden muss. Zum Beispiel wird ein Patient zur Behandlung einer Retinopathia diabetica hospitalisiert:
   Hauptdiagnose: E11.30† "Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus mit Augenkomplikationen, nicht entgleist"
   Zusatz zur Hauptdiagnose (ZHD): H36.0* "Retinopathia diabetica"

2. Die Hauptdiagnose ist ein Trauma oder eine Intoxikation (Kodes S oder T), dem 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 (ZHD): V99! "Transportmittelunfall"

G04.4 Die Nebendiagnosen

Die Nebendiagnose ist seit 1.1.2009 definiert als:
"Eine Krankheit oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich während des Spitalaufenthaltes entwickelt."

Bei der Kodierung werden diejenigen Nebendiagnosen berücksichtigt, welche eine der folgenden Bedingungen erfüllen. Sie erfordern:
- therapeutische Massnahmen,
- diagnostische Massnahmen,
- erhöhten Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand.

Krankheiten, die z.B. durch den Anästhesisten während der präoperativen Beurteilung dokumentiert wurden, werden nur kodiert, wenn sie einem der drei oben genannten Kriterien entsprechen. Anamnestische Diagnosen, die die Patientenbehandlung gemäss obiger Definition nicht beeinflusst haben, werden nicht kodiert (z.B. ausgeheilte Pneumonie vor 6 Monaten oder abgeheiltes Ulkus).

Abnorme Befunde: Abnorme Befunde (Labor-, Röntgen-, Pathologie- und andere diagnostische Befunde) werden nicht kodiert, es sei denn, sie haben eine therapeutische Konsequenz (Behandlung oder weiterführende Untersuchung).
Achtung: Die Überprüfung eines abnormen Wertes gilt nicht als Behandlung.

Beispiel: *Ein Patient wird wegen einer Pneumonie stationär aufgenommen. Im Labortest wird eine leicht erhöhte Gamma-GT gefunden. Ein zweiter Test zeigt Werte im Normbereich. Hauptdiagnose: Pneumonie. Die erhöhte Gamma-GT erfüllt die Definition einer Nebendiagnose nicht und wird deshalb nicht dokumentiert.*

Zusammengefasst:

Aufwand > 0 wird kodiert.

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

Beispiel: *Eine Patientin wird zur Behandlung einer chronischen myeloischen Leukämie (CML, nicht in Remission) stationär aufgenommen. Vor 10 Jahren wurde sie wegen einer Meniskusläsion operiert. Danach war sie beschwerdefrei. Sie leidet an einer bekannten koronaren Herzkrankheit, die während der Hospitalisation medikamentös weiterbehandelt wird. Die sonografische Untersuchung zur Kontrolle der abdominalen Lymphknoten zeigt ausser einem bereits bekannten Uterusmyom keine Befunde. Das Myom erfordert keine weitere Abklärung oder Behandlung. Während des stationären Aufenthaltes kommt es zu einer depressiven Reaktion, die durch Antidepressiva behandelt wird. Wegen anhaltender Lumbalgien wird die Patientin physiotherapeutisch betreut.*

HD C92.10 Chronisch myeloische Leukämie, ohne Angabe einer kompletten Remission
ND F32.- Depressive Episode
M54.86 Sonstige Rückenschmerzen, lumbal
I25.19 Atherosklerotische Herzkrankheit, n.n.bez.

Die übrigen Diagnosen (Uterusmyom und Status nach Meniskusoperation) erfüllen die erforderlichen Bedingungen nicht und werden somit nicht kodiert.

G04.5 Hauptbehandlung

Nach der Definition des BFS wird die wichtigste chirurgische oder medizinische Behandlung oder die wichtigste diagnostische Massnahme als Hauptbehandlung kodiert.

G04.6 Nebenbehandlungen

Die zusätzlichen Behandlungen, die im Rahmen der Hauptdiagnose oder der Nebendiagnosen durchgeführt wurden, werden als Nebenbehandlungen kodiert. In der Regel sollte jede Prozedur eine zugehörige Diagnose haben, aber nicht unbedingt jede Diagnose einen Behandlungskode.

Beispiel: *Ein Patient wird mit einer Commotio cerebri hospitalisiert, bei dem die Behandlung allein in der Überwachung besteht (Commotioüberwachung).*

HD S06.0 Gehirnerschütterung
HB keine

G05 Allgemeine Kodierregeln

G05.1 Allgemeine Regeln zur Kodierung der Diagnosen

Erfassung der Diagnosen im Medizinischen Datensatz
Zu jeder erfassten Diagnose ist bei Zutreffen anzugeben:

- Die Tumoraktivität (aktiv / inaktiv) bei allen malignen Tumoren
- Die Seitigkeit bei Krankheiten an paarigen Organen

G05.1.A Symptome

Symptome als Hauptdiagnosen: Symptomkodes werden nur dann als Hauptdiagnose angegeben, wenn am Ende der Hospitalisation keine endgültige Diagnose gestellt wurde (siehe dazu das Schema unter G04.2).

Ausnahme: Wird ein Patient wegen eines Symptoms im Zusammenhang mit einer bereits bekannten Krankheit stationär aufgenommen, und wird nur das Symptom behandelt, ist das Symptom als Hauptdiagnose zu kodieren.

Beispiel: *Ein Patient wird aufgrund eines Aszites bei bekannter Leberzirrhose stationär aufgenommen. Als einzige Behandlung wird eine Aszitespunktion durchgeführt.*
HD R18 Aszites
ND K74.6 Sonstige und nicht näher bezeichnete Zirrhose der Leber
HB 54.91 Perkutane abdominale Drainage (Punktion)

Symptome als Nebendiagnosen: Ein Symptom wird nicht kodiert, wenn es als eindeutige und unmittelbare Folge mit der zugrunde liegenden Krankheit vergesellschaftet ist. Stellt jedoch ein Symptom (eine Manifestation) ein eigenständiges, wichtiges Problem für die medizinische Betreuung dar, so wird es als Nebendiagnose kodiert, wenn es die Definition der Nebendiagnose erfüllt. Störungen des Elektrolythaushaltes im Rahmen von anderen Grundkrankheiten werden nicht angegeben, ausser wenn diese so schwerwiegend sind, dass sie zu Massnahmen führen (siehe dazu die Definition der Nebendiagnosen G04.4).

G05.1.B Bilaterale Diagnosen

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

1. Dieselbe Schlüsselnummer für die Diagnose wird nur einmal angegeben.
2. Gibt es in der ICD-10 eine eigene Schlüsselnummer für eine doppelseitige Erkrankung, so ist diese zu verwenden.
3. Ansonsten ist die Seitigkeit der Diagnosen bei paarigen Organen im speziellen Feld des Datensatzes der Medizinischen Statistik zu erfassen.

G05.1.C Besondere Diagnosekodes

Die ICD-10 GM kennt Kodes, die nicht allein verschlüsselt werden dürfen, sondern immer nur in Verbindung mit einer anderen Diagnose. Diese Kodes dürfen NIE als Hauptdiagnose stehen. Dabei gilt es 3 Varianten zu unterscheiden:

- die Sternkodes (in Verbindung zu Kreuzkodes, siehe unten)
- die Kodes für äussere Ursachen (Kapitel XX, siehe unten)
- weitere Kodes mit Ausrufezeichen "!" (in verschiedenen Kapiteln, neu in ICD-10 GM, siehe unten).

G05.1.C1 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 darf nie ohne seinen Kreuz†-Kode gebraucht werden und umgekehrt! Die beiden Kodes sind immer miteinander verbunden.

Beispiel: *Ein Patient, der an einem disseminierten Lupus erythematodes mit Beteiligung der Lunge erkrankt ist:*

HD M32.1† Systemischer Lupus erythematodes mit Beteiligung von Organen oder Organsystemen
ZHD J99.1 Krankheiten der Atemwege bei sonstigen diffusen Bindegewebskrankheiten*

Auszug ICD-10 GM Systematisch :

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*)

Bemerkung: 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.*

Ab 1.1. 2010 neu können zu einem Kreuzkode mehrere Sternkodes zugeordnet werden.

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

HD E10.71† Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus mit multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet
ZHD I79.2 Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten*
ND H36.0 Retinopathia diabetica*
N08.3 Glomeruläre Krankheiten bei Diabetes mellitus*

Anmerkung: Der Kode E10.71 gilt hier als "Ätiologiekode" und ist daher mit einem "†" zu kennzeichnen. Gemäss den Regeln ist der Ätiologiekode den Manifestations-Kodes voranzustellen und gilt dann - wie in diesem Beispiel - für alle folgenden Stern-Kodes (Manifestationen) bis zum Auftreten eines neuen Kreuz-Kodes oder eines Kodes ohne Kennzeichen. Somit ist mit E10.71† die Ätiologie der Manifestationen I79.2*, H36.0* und N08.3* kodiert.

G05.1.C2 Äussere Ursachen von Verletzungen und Vergiftungen

Bei Traumata und Vergiftungen wird 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 Kodes aus dem Kapitel XX (Buchstaben V, W, X und Y) kodiert.

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.*
HD S91.3 Offene Wunde sonstiger Teile des Fusses
ZHD W49.9! Unfall durch Exposition gegenüber mechanischen Kräften unbelebter Objekte

Die Vorgehensweise bei Vergiftungen ist die gleiche wie bei Verletzungen. 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 S19.2).

G05.1.C3 Kodes mit Ausrufezeichen ("!")

Die Kodes mit Ausrufezeichen dienen der differenzierteren Beschreibung der zuvor genannten Kodes. Ihre Angabe ist **obligatorisch.**

Nur für die „Äusseren Ursachen von Morbidität und Mortalität (V01!-Y98!)" dürfen diese Kodes als Zusatz zur Hauptdiagnose benützt werden, ansonsten stehen sie immer als Nebendiagnose.

Kategorien der obligatorischen Kodes mit Ausrufezeichen, die als Nebendiagnose zu kodieren sind:

B95.-!	Streptokokken und Staphylokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind
B96.-!	Sonstige Bakterien als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind
B97.-!	Viren als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind
C95.8!	Leukämie, refraktär auf Standard-Induktionstherapie.
C97!	Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen
G82.6-!	Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes
O09.-!	Schwangerschaftsdauer
R65.-!	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS]
S14.7-!	Funktionale Höhe einer Verletzung des zervikalen Rückenmarkes
S24.7-!	Funktionale Höhe einer Verletzung des thorakalen Rückenmarkes
S34.7-!	Funktionale Höhe einer Verletzung des lumbosakralen Rückenmarkes
S01.83!	Offene Wunde (jeder Teil des Kopfes) mit Verbindung zu einer intrakraniellen Verletzung
S21.83!	Offene Wunde (jeder Teil des Thorax) mit Verbindung zu einer intrathorakalen Verletzung
S31.83!	Offene Wunde (jeder Teil des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens) mit Verbindung zu einer intraabdominalen Verletzung
Sx1.84!	Weichteilschaden I. Grades bei geschlossener Fraktur oder Luxation
Sx1.85!	Weichteilschaden II. Grades bei geschlossener Fraktur oder Luxation
Sx1.86!	Weichteilschaden III. Grades bei geschlossener Fraktur oder Luxation
Sx1.87!	Weichteilschaden I. Grades bei offener Fraktur oder Luxation
Sx1.88!	Weichteilschaden II. Grades bei offener Fraktur oder Luxation
Sx1.89!	Weichteilschaden III. Grades bei offener Fraktur oder Luxation
T31.-!	Verbrennungen, klassifiziert nach dem Ausmaß der betroffenen Körperoberfläche
T32.-!	Verätzungen, klassifiziert nach dem Ausmaß der betroffenen Körperoberfläche
U60.-!	Klinische Kategorien der HIV-Krankheit
U61.-!	Anzahl der T-Helferzellen bei HIV-Krankheit
U69.00!	Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie bei Patienten von 18 Jahren und älter
U69.10!	Anderenorts klassifizierte Krankheit, für die der Verdacht besteht, dass sie Folge einer medizinisch nicht indizierten ästhetischen Operation, einer Tätowierung oder eines Piercings ist
U80.-!	Erreger mit bestimmten Antibiotikaresistenzen, die besondere therapeutische oder hygienische Massnahmen erfordern
U81!	Bakterien mit Multiresistenz gegen Antibiotika
U82.-!	Mykobakterien mit Resistenz gegen Antituberkulotika (Erstrangmedikamente)
U83!	Candida mit Resistenz gegen Fluconazol oder Voriconazol
U84!	Herpesviren mit Resistenz gegen Virustatika
U85!	Humanes Immundefizienz-Virus mit Resistenz gegen Virustatika oder Proteinaseinhibitoren
Z37.-!	Resultat der Entbindung
Z50.-!	Rehabilitationsmassnahmen
Z54.-!	Rekonvaleszenz

Es kann vorkommen, dass ein Kode mit Ausrufezeichen aus klinischer Sicht mehreren Diagnosekodes zugeordnet werden kann. Dann ist der Ausrufezeichenkode genau einmal am Ende der Diagnosekodes anzugeben.

Beispiel: *Ein Patient erleidet bei Verkehrsunfall eine offene Abdomenverletzung mit vollständiger Zerreissung des Nierenparenchyms, Milzriss und kleinen Risswunden am Darm.*

HD S37.03 Komplette Ruptur des Nierenparenchyms
ZHD V99! Transportmittelunfall
ND S36.03 Rissverletzung der Milz mit Beteiligung des Parenchyms
S36.49 Sonstiger und mehrere Teile des Dünndarmes
S31.83! Offene Wunde (jeder Teil des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens) mit Verbindung zu einer intraabdominalen Verletzung

G05.1.D Status nach /Zustand nach

"Status nach"-Diagnosen, die keinerlei Bedeutung für die aktuelle Hospitalisierung haben, werden nicht kodiert. Es werden nur Diagnosen kodiert, welche die Ursache für einen aktuellen pathologischen Zustand darstellen oder solche, die Einfluss auf die aktuelle Behandlung haben (siehe Definition Nebendiagnose).

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. Z86.1 "Infektiöse oder parasitäre Krankheiten in der Eigenanamnese"
- Transplantat (Zustand nach Transplantation), z.B. Z94.4 "Zustand nach Lebertransplantation"
- Vorhandensein (von), z.B. Z95.1 "Vorhandensein eines aortokoronaren Bypass"
- Fehlen von, Verlust (von), Amputation, z.B. Z89.6 "Verlust der unteren Extremität oberhalb des Knies, einseitig"
- Zustandsbefund (nach), z.B. postoperativer Zustand Z98.- "Sonstige Zustände nach chirurgischem Eingriff"
- Folgen (von), siehe Abschnitt Folgen

In all den genannten Fällen soll 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 Klebsiellen-Pneumonie hospitalisiert wird, wobei die Behandlung dadurch kompliziert wird, dass er früher eine Lebertransplantation hatte.*

HD J15.0 Pneumonie durch Klebsiella pneumoniae

ND Z94.4 Zustand nach Lebertransplantation

G05.1.E Folgezustände

Folgezustände oder Spätfolgen einer Krankheit sind **aktuelle** Krankheitszustände, die durch eine frühere Krankheit hervorgerufen werden. Die Verschlüsselung erfolgt durch 2 Kodes: Hauptdiagnose ist die aktuelle Auswirkung der früheren Krankheit. Die Tatsache, dass es sich um einen Folgezustand handelt, wird als Nebendiagnose kodiert.
Es gilt keine allgemeine zeitliche Beschränkung für die Verwendung der Kodes für Folgezustände. Sobald die Ärztin bzw. der Arzt den Begriff "Folgezustand" benutzt, ist der entsprechende Kode anzugeben.

Spezielle Kodes für Folgezustände :

B90.-	Folgezustände der Tuberkulose
B91	Folgezustände der Poliomyelitis
B92	Folgezustände der Lepra
B94.-	Folgezustände sonstiger und nicht näher bezeichneter infektiöser und parasitärer Krankheiten
E64.-	Folgen von Mangelernährung oder sonstigen alimentären Mangelzuständen
E68	Folgen der Überernährung
G09	Folgen entzündlicher Krankheiten des Zentralnervensystems
I69.-	Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit
O94	Folgen von Komplikationen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
O97	Tod an den Folgen direkt gestationsbedingter Ursache
T90-T98	Folgen von Verletzungen, Vergiftungen und sonstigen Auswirkungen äusserer Ursachen

Beispiel: *Ein Patient wird hospitalisiert zur Behandlung einer Dysphasie nach zerebralem Infarkt:*

HD R47.0 Dysphasie und Aphasie

ND I69.3 Folgen eines Hirninfarktes

Beispiel: *Ein Patient, der zur Behandlung von Narbenkeloid am Thorax nach Verbrennungen hospitalisiert wird:*

HD L91.0 Keloid

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

Beispiel: *Tuberkulöse Salpingitis vor zehn Jahren als Ursache für Sterilität: Hauptdiagnose ist die Sterilität*

HD N97.1 Sterilität tubaren Ursprungs bei der Frau

ND B90.1 Folgezustände einer Tuberkulose des Urogenitalsystems

G05.1.F Verdachtsdiagnosen

Es bestehen drei Möglichkeiten, wie Verdachtsdiagnosen vorkommen können:

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.*

HD R51 Kopfschmerz

ND R11 Übelkeit und Erbrechen

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.- „Ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen" 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 Hauptdiagnose Z03.0 "Beobachtung bei Verdacht auf Tuberkulose".*

G05.1.G Kodierung multipler Erkrankungen

Entsprechend der oben erwähnten Definition der Hauptdiagnose (Abschnitt Definitionen G04), 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.

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.*

Das gleiche gilt für multiple Verletzungen, bei denen die schwerwiegendste als Hauptdiagnose zu wählen ist (vergleiche Kapitel S19).

G05.1.H Chronische Krankheiten mit akutem Schub

Bei chronischer Erkrankung mit einer Verschlimmerung des Zustands, für die kein spezifischer Kode existiert, wird der akute Schub der Krankheit als Hauptdiagnose kodiert, weil dieser den Behandlungsgrund darstellt. Der chronische Status wird als Nebendiagnose angegeben.

Beispiel: *Ein Patient wird wegen eines akuten Schubs bei chronischer idiopathischer Pankreatitis ohne Organkomplikationen aufgenommen.*
HD K85.00 Idiopathische akute Pankreatitis, ohne Angabe einer Organkomplikation
ND K86.1 Sonstige chronische Pankreatitis

Ausnahmen
a) Sofern in der ICD-10 GM ein spezifischer Kode für den akuten Schub einer chronischen Krankheit vorliegt: zum Beispiel J44.1- "Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet"

b) Die Klassifikation schreibt etwas anderes vor, zum Beispiel C92.0- "Akute myeloische Leukämie", Exkl. "Akute Exazerbation einer chronischen myeloischen Leukämie (C92.1-)". In diesem Fall ist ausschliesslich C92.1- zu kodieren und der Remissionstand mit der 5. Stelle anzugeben:
C92.10 "Chronische myeloische Leukämie, ohne Angabe einer kompletten Remission"

c) Laut ICD-10-GM wird ein einziger Kode benötigt: Zum Beispiel beim akuten Schub einer chronischen mesenterialen Lymphadenitis. Der alphabetische Index zeigt an, dass der akute Schub im gleichen Kode enthalten ist wie der chronische Status: I88.0 "Unspezifische mesenteriale Lymphadenitis"

G05.1.I Kombinationskodes

Ein einzelner Kode, der zur Klassifikation von zwei Diagnosen oder einer Diagnose mit einer Manifestation oder einer mit ihr zusammenhängenden Komplikation verwendet wird, wird als "Kombinationskode" bezeichnet. Bei der Suche im alphabetischen Verzeichnis ist der Hauptbegriff auf Modifikatoren zu überprüfen und die Ein- und Ausschlusshinweise zum betreffenden Kode sind im systematischen Verzeichnis nachzulesen.

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

Beispiel: *Arteriosklerose an den Extremitäten mit Gangrän. I70.24 "Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Gangrän". Nicht korrekt wäre die separate Kodierung I70.20 "Atherosklerose der Extremitätenarterien Sonstige und nicht näher bezeichnet" mit R02 "Gangrän, anderenorts nicht klassifiziert".*

G05.1.J Komplikationen

G05.1.J.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).

- Für Komplikationen stehen in den meisten Kapiteln spezielle Kodes zur Verfügung, z.B. K62.7 "Strahlenproktitis".
- Ebenso existiert bei den meisten Organkapiteln eine Kategorie für Krankheiten oder Störungen "nach medizinischen Massnahmen, andernorts nicht klassifiziert".

E89.-	Endokrine und Stoffwechselstörungen nach med. Massnahmen, a.n.k
G97.-	Krankheiten des Nervensystems nach med. Massnahmen, a.n.k
H59.-	Krankeiten des Auges und der Augenanhangsgebilde nach med. Massnahmen, a.n.k
H95.-	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes nach med. Massnahmen, a.n.k
I97.-	Kreislaufkomplikationen nach med. Massnahmen, a.n.k
J95.-	Krankheiten der Atemwege nach med. Massnahmen, a.n.k
K91.-	Krankheiten des Verdauungssystems nach med. Massnahmen, a.n.k
M96.-	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach med. Massnahmen, a.n.k
N99.-	Krankheiten des Urogenitalsystems nach med. Massnahemn, a.n.k

- Darüber hinaus gibt es im Kapitel XIX die Kategorien T80 - T88 "Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, andernorts nicht klassifiziert".

- 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.

G05.1.J.d Kodierregeln

G05.1.J.d.1 Auswahl des richtigen Kodes

- Die Komplikation sollte möglichst organbezogen und so spezifisch wie möglich verschlüsselt werden.

- Die Kodes "andernorts nicht klassifiziert" sind nur dann zu verschlüsseln, wenn kein spezifischerer Kode für die Erkrankung existiert, oder dieser durch ein Exklusivum ausgeschlossen ist. Dabei sind die Kodes aus den Organkapiteln den Kodes T80-T88 vorzuziehen, soweit letztere die Erkrankung nicht spezifischer beschreiben.

- Zum Auffinden des korrekten Kodes kann 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.

Beispiel: *Ein Patient, der zur Revision eines intestinalen Stomas mit Prolaps hospitalisiert wird.*
HD K91.4 Funktionsstörung nach Kolostomie oder Enterostomie

Beispiel: *Ein Patient, der zur Revision einer gelockerten Hüftprothese hospitalisiert wird.*
HD T84.0 mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese
ZHD Y82.8! Zwischenfälle durch medizintechnische Geräte und Produkte

G05.1.J.d.2 Komplikation als Hauptdiagnose

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 Y40! bis Y84!) als Zusatz zur Hauptdiagnose angegeben werden. In allen anderen Fällen wird die Komplikation als 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:*
HD T82.1 Mechanische Komplikation durch ein kardiales elektronisches Gerät
ZHD Y82.8! Zwischenfälle durch medizintechnische Geräte und Produkte

Beispiel: *Ein Patient wird nach vorangegangener Behandlung einer Knochenfraktur (Bein) wegen einer tiefen Beinvenenthrombose stationär aufgenommen.*
HD I80.2 Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger tiefer Gefässe der unteren Extremitäten

Anmerkung: Der Kode I97.8 "Sonstige Kreislaufkomplikationen nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert" ist nicht als Hauptdiagnose zu kodieren, da er die Art der Komplikation weniger genau beschreibt als I80.2.

Beispiel: *Ein HIV-Patient mit Tri-Therapie-Behandlung wird wegen einer Polyneuropathie hospitalisiert.*
HD G62.0 Arzneimittelinduzierte Polyneuropathie
ZHD Y57.9! Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen
ND Z21 Asymptomatische HIV-Infektion [Humane Immundefizienz-Virusinfektion]

G05.1.J.d.3 Komplikation als Nebendiagnose

Tritt eine Komplikation während des Spitalaufenthaltes auf, wird sie immer als Nebendiagnose kodiert, auch wenn sie sich letztlich als gravierender erweist als die Pathologie, auf welche sie zurückzuführen ist.

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

G05.1.J.d.4 Unterscheidung Komplikation - unabhängige Erkrankung

Als Komplikation gilt jede Affektion, die im Zusammenhang mit jenem Leiden auftritt, welches ursprünglich eine Behandlung erforderlich machte. 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. Der Zeitpunkt des Auftretens einer unabhängigen Affektion spielt dabei bei der Wahl der Hauptdiagnose keine Rolle.

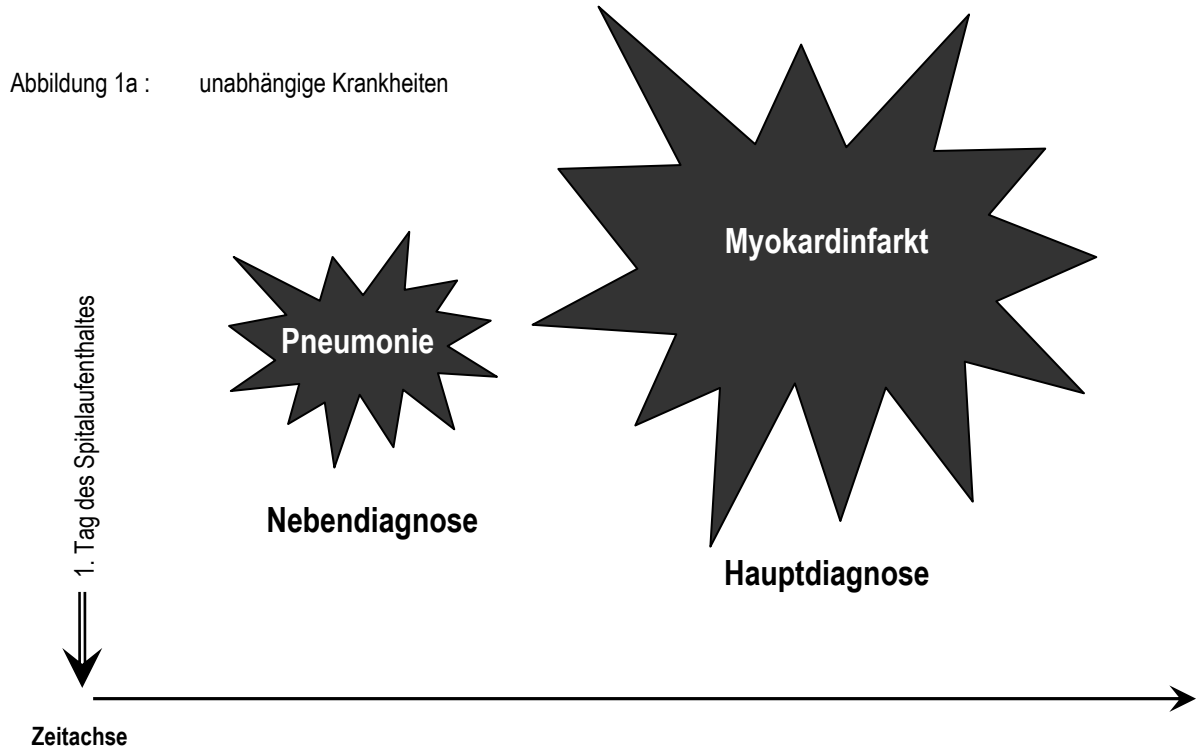
Beispiele unabhängiger Erkrankungen:

Beispiel 1a: *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. 1a).*

HD I21.0 Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand

ND J13 Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae

Abbildung 1a : unabhängige Krankheiten

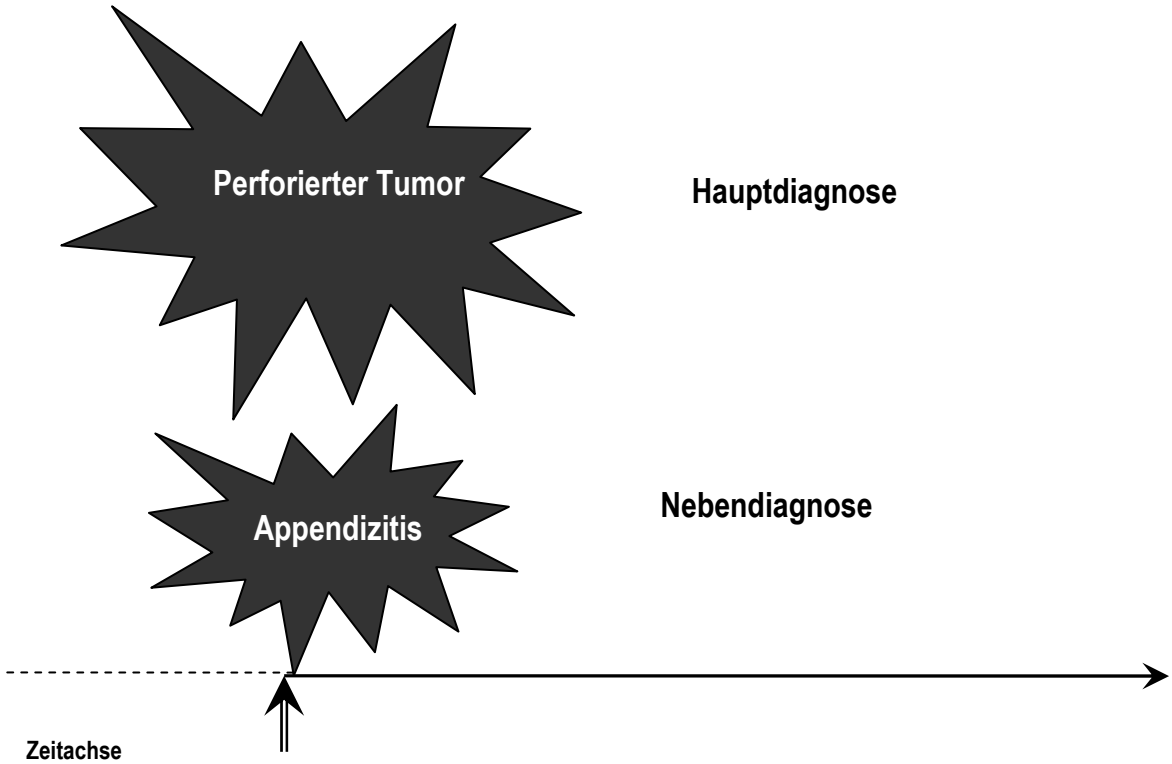


Beispiel 1b: *Ein Patient wird wegen Appendizitis notfallmässig eingeliefert. Während der Operation wird ausserdem ein perforierender Tumor der Appendix entdeckt. Die histopathologische Untersuchung zeigt die Bösartigkeit des Tumors. Es wird sofort eine Chemotherapie eingeleitet.*

HD C18.1 Bösartige Neubildung des Kolons

ND K35.0 Akute Appendizitis mit diffuser Peritonitis

Abbildung 1b: gleichzeitig auftretende unabhängige Krankheiten

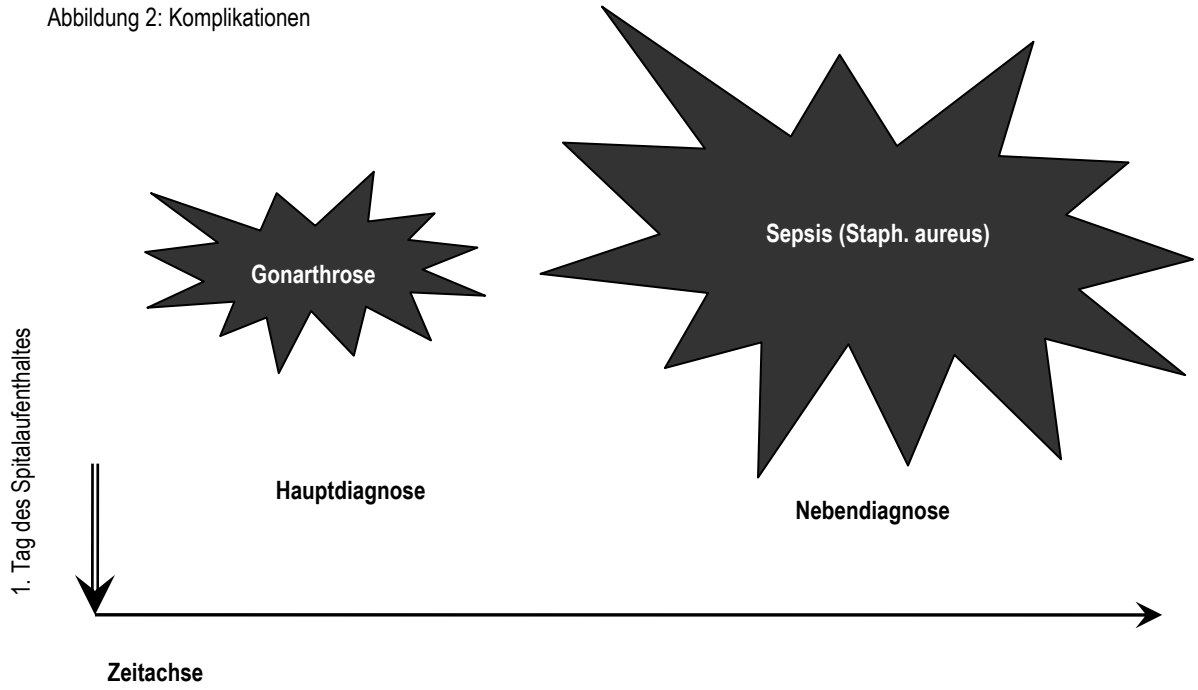


Beispiel für eine Komplikation: *Einem Patienten wird aufgrund beidseitiger primärer Gonarthrose eine Knieprothese implantiert. Sein Zustand verschlechtert sich infolge der Infektion der Prothese mit nachfolgender Sepsis durch Staphylococcus aureus. Zweifellos wiegen die Komplikation und ihre Behandlung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

HD M17.0 Primäre Gonarthrose, beidseitig

ND A41.0 Sepsis durch Staphylococcus aureus
T84.5 Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese
Y84.9! Zwischenfälle durch medizinische Massnahmen, nicht näher bezeichnet

Abbildung 2: Komplikationen



G05.1.K Syndrome

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

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

HD Q90.0 Trisomie 21, meiotische Non-disjunction

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

HD Q21.0 Ventrikelseptumdefekt

ND Q90.0 Trisomie 21, meiotische Non-disjunction

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

Bei angeborenem Syndrom sind die zusätzlichen Kodes aus der Kategorie Q87 "Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungssyndrome mit Beteiligung mehrerer Systeme" als Nebendiagnose zur Beschreibung der Manifestationen zu kodieren. Die Zusatzkodes dienen als Hinweis, dass dies ein Syndrom ist, dem kein spezifischer Kode zugewiesen ist.

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

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

ND Q40.1 Angeborene Hiatushernie
Q02 Mikrozephalie
Q87.8 Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungssyndrome, anderenorts nicht klassifiziert

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

G05.1.L Aufnahme zur Operation/Prozedur, nicht durchgeführt

Wenn ein Patient für eine Operation/Prozedur stationär aufgenommen wurde, die nicht durchgeführt und der Patient entlassen wurde, ist je nach Situation wie folgt zu kodieren:

a) Wenn die Operation/Prozedur aus technischen Gründen nicht ausgeführt wurde:
Beispiel: *Ein Patient wurde zwecks Insertion von Paukenröhrchen bei Seromukotympanon im Rahmen einer chronischen Otitis hospitalisiert. Die Operation wird aus technischen Gründen verschoben.*

HD H65.3 Chronische muköse Otitis media

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

b) Wenn die Operation/Prozedur auf Grund einer Krankheit oder einer Komplikation, die nach Aufnahme aufgetreten ist, nicht ausgeführt wurde:
Beispiel: *Ein Patient mit Tonsillitis wurde zur Tonsillektomie aufgenommen. Die Operation wurde aufgrund einer akuten Sinusitis frontalis verschoben.*

HD J35.0 Chronische Tonsillitis

ND Z53 Personen, die Einrichtungen des Gesundheitswesens wegen spezifischer Massnahmen aufgesucht haben, die aber nicht durchgeführt wurden
J01.1 Akute Sinusitis frontalis

G05.1.M Aufnahme zur Entfernung von Osteosynthesematierial

Das Entfernen einer Platte, einer Schraube oder von anderem Material aus Metall oder jede andere Behandlung (z.B. Enfernung eines orthopädischen Nagels) sind mit dem Kode der ursprünglichen Verletzung oder der aktuellen Affektion als Hauptdiagnose, gefolgt von dem zutreffenden Kode aus dem Kapitel XXI (z.B. Z47.0 Entfernung einer Metallplatte oder einer anderen internen Fixationsvorrichtung) als Nebendiagnose zu verschlüsseln. Beide Kodes zusammen mit dem Kode der Behandlung informieren darüber, dass der Patient zur Materialentfernung hospitalisiert wurde.
Beispiel: *Ein Patient wird ein Jahr nach einer Femurfraktur zur Plattenentfernung hospitalisiert.*

HD S72.3 Fraktur des Femurschaftes

ND Z47.0 Entfernen einer Metallplatte oder einer anderen inneren Fixationsvorrichtung

Bei der Entfernung des Osteosynthesematerials muss der ursprüngliche Schweregrad der Weichteilverletzung sowie die Unfallursache nicht angegeben werden.

Beispiel: *Ein Patient kommt nach Operation für Hallux valgus zur Ostesosynthesematerialentfernung wegen Gelenkbeschwerden.*

HD M25.57 Gelenkschmerz, Zehe

ND Z47.0 Entfernen einer Metallplatte oder einer anderen inneren Fixationsvorrichtung

G05.2 Allgemeine Regeln zur Kodierung der Prozeduren

Erfassung der Prozedur im Medizinischen Datensatz
Zu jeder erfassten Prozedur ist anzugeben:

- Hauptbehandlung: das Behandlungsdatum + die Behandlungszeit
- Nebenbehandlungen: das Behandlungsdatum
- die Seitigkeit bei Eingriffen an paarigen Organen
- die Information, ob die Leistung auswärts oder im Spital selbst erbracht wurde.

Prozeduren, die kodiert werden müssen

- Alle signifikanten Prozeduren während des Spitalaufenthaltes sind zu kodieren. Signifikante Prozeduren können diagnostische, therapeutische oder pflegerische Massnahmen sein. Signifikante Prozeduren sind:
  - Prozeduren, die in den Kapiteln 0 – 15 abgebildet sind
  - Prozeduren, welche ein potentielles Risiko für den Patienten mit sich bringen, nicht routinemässig durchgeführt werden oder eine spezielle technische Ausrüstung erfordern (auch aus Kapitel 16).

- Alle 6-stelligen CHOP-Kodes sind, sofern zutreffend, zu kodieren, unabhängig davon, ob es sich um chirurgische Eingriffe, diagnostische oder therapeutische Massnahmen handelt.

- Eigenständige signifikante Prozeduren, die nicht im direkten Zusammenhang mit einer operativen Prozedur stehen, werden getrennt kodiert.
  Beispiel: *Eine präoperative Koronarangiographie vor der offenen 3-fachen Aortokoronaren Bypassoperation unter Herz-Lungenmaschine wird wie folgt kodiert:*
  Beh. 36.13 Aortokoronarer Bypass an drei Koronararterien
  88.56 Koronare Arteriographie mit zwei Kathetern
  39.61 Extrakorporelle Zirkulation (ECC) zur Unterstützung der offenen Herzchirurgie

- Die Versorgung von intraoperativen Komplikationen wird gesondert kodiert.

Prozeduren, die NICHT kodiert werden müssen
Nicht kodiert werden

- Prozeduren, die routinemässig bei den meisten Patienten mit dieser Hauptdiagnose durchgeführt werden, da sich der Aufwand für diese Prozeduren in der Diagnose oder in den anderen angewendeten Prozeduren widerspiegelt
  Beispiele:
  - Röntgenaufnahme und Gipsverband bei Radius-Fraktur (Colles)
  - Konventionelle Röntgenuntersuchungen, z.B. Routine-Thoraxröntgen
  - EKG (Ruhe-, Langzeit-, Belastungs-EKG)
  - Blutentnahme und Laboruntersuchungen
  - Aufnahme-, Kontroll-, Konsiliaruntersuchungen
  - Medikamentöse Therapien **mit Ausnahme von**: Therapien bei Neugeborenen, Chemotherapien, Immunglobulin- und andere Immuntherapien, Thrombolysen, Blutprodukte

- Einzelne Komponenten einer Prozedur: Vorbereitung, Lagerung, Anästhesie oder Analgesie, Wundverschluss, sie sind in der Regel in einem Operationskode abgebildet

Beachte: Mit der neuen Definition der zu kodierenden, resp. nicht zu kodierenden Prozeduren entfällt die bisher verwendete "Rote Liste".

G05.2.A Endoskopie und endoskopische Eingriffe

Endoskopische Eingriffe (laparoskopisch, endoskopisch, arthroskopisch) sind mit dem spezifischen Kode für den endoskopischen Eingriff zu kodieren, falls ein solcher Kode existiert. Diagnostische Massnahmen, die zum Eingriff gehören, in derselben Sitzung durchgeführt werden und in der Regel Bestandteil der Operation sind, werden nicht gesondert kodiert.

Beispiel: *Laparoskopie und laparoskopische Cholezystektomie:*
HB 51.23 laparoskopische Cholezystektomie

Wird ein endoskopischer Eingriff nicht durch einen spezifischen Kode beschrieben, so wird der Kode für den konventionellen Eingriff zuerst kodiert gefolgt von dem entsprechenden Kode für die Endoskopie.

Beispiel: *Arthroskopisch durchgeführte Meniskusresektion:*
HB 80.6 Meniskektomie am Knie
NB 80.26 Arthroskopie des Knies

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

Beispiele:

- Eine Oesophagogastroduodenoskopie wird kodiert als 45.13 "Sonstige Endoskopie am Dünndarm (Ösophagogastroduodenoskopie [EGD])".
- Eine Oesophagogastroduodenoskopie mit Biopsien an einer oder mehrerer Stellen von Oesophagus, Magen oder Duodenum wird kodiert als 45.16 "Ösophagogastroduodenoskopie [EGD] mit geschlossener Biopsie".
- Eine Pharyngo-Tracheo-Bronchoskopie wird kodiert als 33.22 "Fiberoptische Bronchoskopie ".

G05.2.B Kombinationseingriffe - Komplexe Operationen

Es gibt Kodes für kombinierte Eingriffe, bei denen mehrere einzeln durchführbare Eingriffe in einer Sitzung vorgenommen werden. Sie sind dann zu verwenden, wenn sie den kombinierten Eingriff vollständig beschreiben, zum Beispiel 28.3 "Tonsillektomie mit Adenoidektomie".

Gibt es keinen spezifischen Kode, der eine komplexe Operation beschreibt, die 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 soll.

Beispiel: *Ein Patient, der sich einer totalen Gastrektomie unterzieht mit Resektion des grossen Netzes und der Lymphknoten der Magenregion.*
HB 43.99 Sonstige totale Gastrektomie
NB 40.3 Exzision von regionalen Lymphknoten
54.4 Exzision oder Destruktion von Peritonealgewebe

Zum Teil beinhaltet der CHOP spezielle Hinweise, dass einzelne Komponenten zusätzlich kodiert werden müssen:

Beispiel 1: *00.70 Revision einer Hüftendoprothese, sowohl azetabuläre als auch femorale Komponente*
Kodiere ebenso: Entfernung von Spacer (84.57)
Art der tragenden Oberfläche, falls bekannt (00.74 - 00.77)

Beispiel 2: *68.4 Totale abdominale Hysterektomie*
Kodiere ebenso:jedes gleichzeitige Entfernen von Tubae uterinae oder Ovarien (65.31 - 65.64)

G05.2.C Unvollständig durchgeführte Eingriffe

Muss eine geplante Operation aus irgendeinem Grund abgebrochen werden oder kann sie nicht in der geplanten Art vollendet werden, ist wie folgt zu kodieren:

1. Wenn bei einem laparoskopisch/endoskopischen Verfahren auf "offen chirurgisch" gewechselt werden muss, wird nur die offene chirurgische Prozedur kodiert.

Beispiel: *Laparoskopische Cholecystektomie mit Umsteigen auf die offen chirurgische Methode:*
HB 51.22 Cholezystektomie

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

Beispiel: *Wenn bei einer geplanten Appendektomie nach der Laparotomie der Eingriff wegen eines Herzstillstandes abgebrochen werden musste, wird nur die Laparotomie kodiert.*
HB 54.11 Probelaparotomie

Beispiel: *Muss die Oesophagektomie bei einem Ösophagus-Ca vor der Präparation des Ösophagus wegen Inoperabilität abgebrochen werden, wird nur die durchgeführte Thorakotomie kodiert.*
HB 34.02 Probethorakotomie

3. Eine geplante Operation wird nur dann als solche kodiert, wenn sie bis zum Ende oder nahezu vollständig durchgeführt wurde.

G05.2.D Mehrfach durchgeführte Prozeduren

Die Prozedurenkodierung soll, soweit möglich, den Aufwand widerspiegeln. Deswegen sind allgemein multiple Prozeduren so oft zu kodieren, wie sie während der Behandlungsphase durchgeführt wurden.

Ausnahmen:

- Nur einmal während einer Sitzung zu kodieren sind: z.B. multiple Exzisionen von Hautläsionen, multiple Biopsien oder ähnlich aufwändige Prozeduren, wenn diese bzgl. der Lokalisation an gleicher Stelle kodierbar sind:
  Beispiel: *Ein Patient wird zur Exzision von zehn Läsionen aufgenommen: eine bei rezidivierendem Basalzellkarzinom der Nase, drei Läsionen bei Basalzellkarzinom am Unterarm, zwei Läsionen bei Basalzellkarzinom am Ohr, drei Läsionen bei Keratosis solaris am Rücken und eine Läsion bei Keratosis solaris am Unterschenkel.*
  HD C44.3 Basalzellkarzinom, Nase, rezidivierend
  ND C44.2 Basalzellkarzinom, Ohr
  C44.6 Basalzellkarzinom, Unterarm
  C97! Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen ;
  L57.0 Keratosis solaris
  HB 21.32 Exzision und lokale Destruktion einer anderen Läsion an der Nase (für Basaliom Nase)
  NB 18.31 Radikale Exzision einer Läsion am äusseren Ohr (für Basaliome Ohr)
  86.4 Radikale Exzision einer Hautläsion (für Basaliome Unterarm)
  86.3 Sonstige lokale Exzision oder Destruktion von Läsion oder Gewebe von Haut...(für Keratosis solaris an mehreren Lokalisationen)
  Für die Exzision der drei Basaliome am Unterarm wird nur ein Kode verwendet, weil sie bezüglich der Lokalisation an gleicher Stelle, bzw. undifferenziert kodierbar sind. Dasselbe gilt für die Exzision der insgesamt 4 Läsionen bei Keratitis solaris.

- Der CHOP-Kode beinhaltet bereits eine Angabe betr. Anzahl Behandlungen, die die gesamte Hospitalisation betrifft
  Beispiel: *Ein Patient erhält eine multimodale Schmerztherapie , dies vom 2. bis zum 8. und vom 12. bis zum 19. Hospitalisationstag.*
  HB 94.39.11 Multimodale Schmerztherapie mindestens 14, höchstens 20 Behandlungstage (Total 7 + 8 = 15 Tage)

Hinweis: Nuklearmedizin und Strahlentherapie CHOP 92.2-
Bei Strahlen- und nuklearmedizinischer Therapie sind die Prozeduren so oft zu erfassen, wie sie durchgeführt wurden, mit Ausnahme der Radiojodtherapie (92.28.0-) wo bei mehrfacher Applikation während eines stationären Aufenthaltes die erzielte Gesamtaktivität zu kodieren ist.

G05.2.E Bilaterale Operationen

Wenn es einen spezifischen Kode für den bestimmten bilateralen Eingriff gibt, ist dieser zu verwenden:

Beispiel: *Inguinalhernieoperation beidseits nach Lichtenberg*
HB 53.17 "Beidseitige Operation von Inguinalhernien mit Transplantat oder Prothese, n.n.bez."

Wenn es keinen CHOP-Kode für beidseitige Eingriffe gibt, ist der Kode zweimal aufzuführen; Seitigkeit einmal li, einmal re:

Beispiel: *Implantation von Knie-Totalprothesen beidseits*
HB 81.54 Totalendoprothese des Kniegelenks - re
NB 81.54 Totalendoprothese des Kniegelenks - li

G05.2.F Revisionen eines Operationsgebietes / Reoperationen

Bei der Wiedereröffnung eines Operationsgebietes zur Behandlung einer Komplikation, Durchführung einer Rezidivtherapie oder Durchführung einer anderen Operation in diesem Operationsgebiet ist zunächst zu prüfen, ob die durchgeführte Operation mit Wiedereröffnung des Operationsgebietes im CHOP durch einen spezifischen Kode im betreffenden Organkapitel kodiert werden kann, wie z.B.:

- 28.7 Blutstillung nach Tonsillektomie und Adenoidektomie
- 34.03 Rethorakotomie
- 39.41 Stillung einer Blutung nach vaskulärem Eingriff.

Existiert kein solcher Reoperationskode, ist der Eingriff möglichst spezifisch abzubilden.

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

G05.2.G Nicht invasive diagnostische & therapeutische Massnahmen

Nicht invasive diagnostische und therapeutische Prozeduren werden erfasst, sobald sie die Kriterien für eine zu kodierende Prozedur erfüllen.
Speziell zu beachten sind die neuen Prozedurengruppen:

Komplextherapie
Verschiedene nicht invasive Therapien lassen sich neu mit speziellen Kodes für Komplextherapien abbilden. Dabei ist es wichtig, die genauen Bedingungen für die Anwendung dieser Kodes zu berücksichtigen, zum Beispiel mit dem CHOP-Kode 89.13.1- "Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls".

Schmerztherapie
Eine Schmerztherapie wird nur als solche kodiert, wenn sie eine eigenständige Massnahme darstellt.
Beispiel: *Ein Patient mit metastasierendem Karzinom wird behandelt mit Chemotherapie und epiduraler Schmerztherapie*
HB 99.25.- Chemotherapie
NB 03.91 Injektion eines Anaesthetikums in den Spinalkanal zur Analgesie

Prä- und postoperative Schmerzbehandlungen werden nicht kodiert mit Ausnahme der Kategorie CHOP 94.39.1- "Multimodale Schmerztherapie".

Spezielle Kodierregeln S01 – S21

S01 Infektiöse und parasitäre Krankheiten

S01.g Allgemeines

Infektiöse Krankheiten werden v.a. im Kapitel I der ICD-10-Klassifikation aufgeführt. Die Hinweise zu Beginn des Kapitels I sind speziell zu beachten.

S01.g.1 Neuheiten

Die ICD-10 GM hat neu differenziertere, zusätzlich als Nebendiagnose zu erfassende Kodes (!), mit welchen infektiöse Krankheiten spezifischer abgebildet werden können.

Kategorien B95! - B97! „Bakterien, Viren und sonstige Infektionserreger als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind“

sind mit ICD-10 GM als "!-Kode" obligat zu kodieren.

Beispiel: *Harnwegsinfekt durch Pseudomonas aeruginosa*
HD N39.0 Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet
ND B96.5! Pseudomonas (aeruginosa) (mallei) (pseudomallei) als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind

U80.-! – U85! Infektionserreger mit Resistenzen gegen bestimmte Antibiotika

Infektionserreger mit Resistenzen gegen bestimmte Antibiotika oder Chemotherapeutika können neu mit den Kategorien U80.-! - U85! abgebildet werden. Die Kodes sind zu benutzen, wenn der jeweilige Erreger gegen eine oder mehrere der aufgeführten Substanzgruppen resistent ist.

U69.00! Andernorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie bei Patienten von 18 Jahren oder älter

Mit diesem zusätzlichen Kode wird eine nosokomiale Pneumonie spezifisch als solche abgebildet.

R65.-! Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom (SIRS)

Mit der Kategorie R65.-! stehen zusätzliche Kodes zur Verschlüsselung eines SIRS zur Verfügung.

S01.g.2 Definitionen

S01.g.2A 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 sie die Definition der Nebendiagnose erfüllen.

S01.g.2B SIRS - Bakteriämie - Sepsis

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/mm3 oder < 4000/mm3.

Bakteriämie: Eine Bakteriämie bedeutet ein *symptomloses* Vorhandensein von Bakterien im Blut *ohne Anzeichen einer Sepsis.*

Sepsis: Die Sepsis wurde vor 100 Jahren so definiert: "Eine Sepsis liegt dann vor, wenn sich innerhalb des Körpers ein Herd gebildet hat, von dem kontinuierlich oder periodisch pathogene Bakterien in den Kreislauf gelangen und zwar derart, dass durch diese Invasion subjektive und objektive Krankheitserscheinungen ausgelöst werden".
Heute gilt: "Sepsis ist die Gesamtheit der lebensbedrohlichen klinischen Krankheitserscheinungen und pathophysiologischen Veränderungen als Reaktion auf die Aktion pathogener Keime und ihrer Produkte, die aus einem Infektionsherd in den Blutstrom eindringen, die große biologische Kaskadensysteme und spezielle Zellsysteme aktivieren und die Bildung und Freisetzung humoraler und zellulärer Mediatoren auslösen."
Oder:
"Eine Sepsis liegt vor bei einem SIRS (2 Kriterien erfüllt, siehe Liste oben), wenn eine Infektion nachgewiesen ist".

Eine **schwere Sepsis** zeichnet sich aus durch zusätzlich verschiedene Organversagen, wie Kreislaufversagen (septischer Schock), Nierenversagen, Leberversagen, akute respiratorische Insuffizienz, Gerinnungsstörung, Enzephalopathie.

S01.d Kodierregeln

S01.d.1 SIRS

Für die Verschlüsselung eines SIRS steht in der ICD-10 GM die Kategorie R65.-! "Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom" zur Verfügung. Dabei ist zunächst ein Kode für die Sepsis oder die ein SIRS nichtinfektiöser Genese auslösende Grundkrankheit anzugeben, gefolgt von einem Kode aus R65.–! "Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS]". Zur Angabe von Organkomplikationen, Erregern und deren Resistenzlage sind zusätzliche Schlüsselnummern zu verwenden.

S01.d.2 Bakteriämie

Eine Bakteriämie ist mit einem Kode aus A49.– "Bakterielle Infektion, nicht näher bezeichneter Lokalisation" oder einem anderen Kode, der spezifisch den Erreger benennt, z.B. A54.9 "Gonokokkeninfektion, nicht näher bezeichnet", zu kodieren. Sie ist nicht mit einem Sepsis-Kode (siehe unten) zu verschlüsseln.

Eine Ausnahme hiervon stellt die Meningokokken-Bakteriämie dar, die mit A39.4 *Meningokokkensepsis, nicht näher bezeichnet* zu verschlüsseln ist.

S01.d.3 Sepsis

Eine Sepsis (Septikämie) wird nach dem verursachenden Keim kodiert. Die Kodes für Sepsis finden sich in folgenden Kategorien

- bei den einzelnen Infektionskrankheiten in Kapitel I (z.B. B37.7 "Candidasepsis"),
- bei den Kategorien A40.- "Streptokokkensepsis" und A41.- "sonstige Sepsis", wobei die Exklusiva bei A41 zu berücksichtigen sind.

Beispiel: *Ein Patient wird hospitalisiert wegen einer Sepsis mit Staphylococcus aureus mit Pneumonie.*
HD A41.0 Sepsis durch Staphylococcus aureus
ND J15.2 Pneumonie durch Staphylokokken

Eine **Urosepsis** wird wie eine andere Sepsis kodiert.
***Beispiel**: Patient mit Urosepsis bedingt durch einen Infekt mit E. coli*
HD A41.51 Sepsis durch E.coli
ND N39.0 Harnwegsinfekt, Lokalisation n.n.b

Eine Sepsis im Zusammenhang mit Abort, ektopischer Schwangerschaft, Molenschwangerschaft, Geburt oder Wochenbett ist mit dem passenden Kode aus Kapitel XV zu verschlüsseln. Zusätzlich ist ein Kode zum spezifizieren des Erregers als Nebendiagnose anzugeben.
***Beispiel:** Rehospitalisation für Sepsis nach Entbindung, bedingt durch eine Infektion mit Streptokokkus Gruppe C*
HD O85 Puerperalfieber
ND B95.41! Streptokokken, Gruppe C, als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind

Eine Sepsis bei Neugeborenen ist mit einem Kode aus Kapitel XVI zu verschlüsseln.
***Beispiel:** Neugeborenes mit einer Staphylococcus-aureus-Sepsis.*
HD P36.2 Sepsis beim Neugeborenen durch Staphylococcus aureus

Bei **schwerer Sepsis** sind Organkomplikationen zusätzlich zu kodieren.
***Beispiel:** Ein 18-jähriger Patient wird notfallmässig wegen einer akuten Meningokokkensepsis ins Spital eingewiesen. Kurz nach Eintritt kommt es zu einem akuten Nierenversagen.*
HD A39.2 akute Meningokokkensepsis
ND N17.- akutes Nierenversagen

Sepsis bei Agranulozytose
Falls ein Patient wegen einer Sepsis im Rahmen einer arzneimittelinduzierten 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.*
HD A41.0 Sepsis durch Staphylococcus aureus
ND D70.19 Arzneimittelinduzierte Agranulozytose n.n.b.

S01.d.4 Krankheiten aufgrund HIV

Achtung: Neue Kodierung HIV mit ICD-10 GM

HIV-Kodes sind :
R75 Laborhinweis auf Humanes Immundefizienz-Virus [HIV]
(d.h. unsicherer Nachweis nach nicht eindeutigem serologischem Test)
B23.0 Akutes HIV-Infektionssyndrom
Z21 Asymptomatische HIV-Infektion [Humane Immundefizienz-Virusinfektion]
(d.h. Infektionsstatus HIV-positiv o.n.A.)
B20–B24 Humane Immundefizienz-Viruskrankheit [HIV]

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

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

U60!-U61! Stadieneinteilung der HIV-Infektion

Das Stadium der HIV-Krankheit wird mit zusätzlichen Kodes aus den Kategorien
U60.-! "Klinische Kategorien der HIV-Krankheit" und
U61.-! "Anzahl T-Helferzellen bei HIV-Krankheit"
abgebildet.

S01.d.4A HIV-Kodierregeln

1) 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.

2) B23.0 "Akutes HIV-Infektions-Syndrom"

Bei einem "akuten HIV-Infektionssyndrom" (entweder bestätigt oder vermutet) ist der Kode B23.0 "Akutes HIV-Infektionssyndrom" als **Nebendiagnose** zu den Kodes der bestehenden Symptome (z.B. Lymphadenopathie, Fieber) oder der Komplikation (z.B. Meningitis) hinzuzufügen.
Hinweis: Diese Kodieranweisung stellt eine Ausnahme zur Regel "Kodieren von Symptomen als Hauptdiagnose" dar.

Beispiel*: Ein HIV-positiver Patient wird mit Lymphadenopathie aufgenommen. Es wird die Diagnose eines akuten HIV-Infektionssyndroms gestellt.*
HD R59.1 Lymphknotenvergrösserung, generalisiert
ND B23.0 Akutes HIV-Infektionssyndrom

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

3) Z21 "Asymptomatischer HIV-Status"

Z21 "Asymptomatische HIV-Infektion (Humane Immundefizienz-Virusinfektion)" ist **nicht routinemässig, sondern nur dann als Nebendiagnose** zuzuweisen, wenn ein HIV-positiver Patient zwar keine Symptome der Infektion zeigt, die Infektion aber trotzdem den Behandlungsaufwand erhöht.

4) B20, B21, B22, B23.8, B24 "HIV-Krankheit (AIDS)"

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

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

Reihenfolge und Auswahl der Kodes

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

Beispiel: *Patient mit HIV Stadium C mit immunoblastischem Lymphom wird hospitalisiert zur antiretroviralen Therapie. Er leidet auch an Mundsoor.*

HD B21 Bösartige Neubildungen infolge HIV-Krankheit
ND C83.4 Lymphom immunoblastisch (diffus)
ND B37.0 Candida Stomatitis
ND U60.3! HIV Kategorie C
ND U61.9! Anzahl der (CD4+) T-Helferzellen, nicht näher bezeichnet

Ist eine spezielle Manifestation der bekannten HIV-Krankheit Hauptanlass für den Spitalaufenthalt, ist die **Manifestation als Hauptdiagnose** zu kodieren. Ein Kode aus B20–B24 (außer B23.0) ist als Nebendiagnose anzugeben.

***Beispiel**: Ein Patient wird zur Behandlung des Mundsoor aufgrund einer bereits bekannten HIV-Infektion aufgenommen.*
HD B37.0 Candida-Stomatitis
ND1 B20 Infektiöse und parasitäre Krankheit infolge HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]
ND2 U60.3! Klinische Kategorien der HIV-Krankheit, Kategorie C
ND3 U61.9! Anzahl der (CD4+-) T-Helferzellen nicht näher bezeichnet

S01.d.5 Echter Krupp – Pseudokrupp – Kruppsyndrom

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

Nach Rücksprache mit Kinderärzten ist wie folgt zu kodieren, übereinstimmend mit ICD-10 GM:

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

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.

S02 Onkologie (Tumoren)

S02.g Allgemeines

In der Klassifikation ICD gibt es zwei Systeme, um Tumoren zu kodieren: eine Klassifizierung nach der Lokalisation und eine Klassifizierung nach der Morphologie (International Classification of Diseases for Oncology ICD-O). 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), wobei X für einen beliebigen Buchstaben, die 9 für eine beliebige Ziffer steht.
- Die Kodierung nach der Morphologie (ICD-O) 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.

Unabhängig von der medizinischen Statistik wird auch eine Erhebung der Tumoren nach ihrer Morphologie durchgeführt. Diese Kodierung interessiert insbesondere die pathologischen Institute und Krebsregister. Es ist daher erlaubt, für die eigenen Unterlagen die Tumormorphologie mitzukodieren. Diese Kodes gehören nicht zum Datensatz für die medizinische Statistik und sind dementsprechend nicht zu exportieren und dem BFS zu übermitteln. Morphologiekodes finden sich zum Beispiel am Schluss des systematischen Teils der ICD-10 GM unter dem Kapitel "Mo".

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

Im alphabetischen Verzeichnis unter dem Begriff "Neubildungen" befindet sich eine Tabelle, in der die Kodes nach der Lokalisation des Tumors klassiert sind. 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 verwiesen, z. B. Melanom (maligne), sondern fast immer auf die Tabelle "Neubildungen".

	bösartig		In situ	gutartig	unsicherer oder unbekannter Charakter
	primär	sekundär			
–Bauch,	C76.2	C79.88	D09.7	D36.7	D48.7
—Höhle	C76.2	C79.88	D09.7	D36.7	D48.7
—Organe	C76.2	C79.88		D36.7	D48.7
—Wand	C44.5	C79.2	D04.5	D23.5	D48.5
-Akromion	C40.0	C79.5		D16.0	D48.0

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

Beispiel: *Chondrosarkom des Akromion.*
Die Suche erfolgt in der Tabelle der Neubildungen unter der entsprechenden Lokalisation, dann in der ersten Spalte, weil es sich um einen Primärtumor handelt: C40.0 "Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels der Extremitäten; Skapula und lange Knochen der oberen Extremität". Der Begriff Chondrosarkom erscheint im alphabetischen Verzeichnis, dort wird aber auf die Tabelle "Neubildungen" verwiesen.

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

Mit # oder □ gekennzeichnete Kodes
Die in der Tabelle der Neubildungen im alphabetischen Verzeichnis mit **#** (z.B. Gesicht a.n.k #) 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 (z.B. Akromion □) sind wie folgt zu kodieren:
- als bösartige Sekundärtumoren (Metastasen), es sei denn, sie sind intraossärer oder odontogener Natur.

S02.g.1 Speziell: Tumoren des hämatopoetischen / lymphatischen Systems

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

Beispiel: *akute lymphoblastische Leukämie: C91.0 (0/1 an 5. Stelle unterscheidet mit / ohne Remission)*

S02.g.2 Tumoraktivität

Zu jeder Diagnose einer Neubildung aus Kaptitel II der ICD-10 GM ist als Ergänzung zum ICD-Kode in der Medizinischen Statistik die Tumoraktivität in einem gesonderten Feld zu erfassen mit der Differenzierung aktiv / inaktiv (in der Schnittstelle mit den Werten aktiv = 1, inaktiv = 0 erfasst).

Definition: Als Tumoraktivität wird das Vorhandensein des Tumors verstanden.
Ist der Tumor anwesend – primär oder sekundär – und klinisch nachweisbar, wird er als aktiv definiert. (Noch) nicht behandelte Tumoren (chirurgisch oder chemo-radiotherapeutisch, oder beides) und rezidivierende Tumoren gelten als aktiv. Ist der Tumor nach einer chirurgischen, chemo- oder radiotherapeutischen Behandlung sowohl klinisch wie auch pathologisch-anatomisch nicht mehr vorhanden, bzw. nachweisbar, gilt er als inaktiv.
Bemerkung: Diese Definition erfüllt statistische und nicht klinische Kriterien und weicht somit vom üblichen klinischen Sprachgebrauch ab.

S02.d Kodierregeln

In der Einleitung zu Kapitel II in der ICD-10 GM finden sich wertvolle Informationen zur Kodierung von Neubildungen. Diese sind wie die Hinweise zu den Subkapiteln und Kategorien zu beachten. Sie unterscheiden sich teilweise von den Regeln der ICD-10 WHO.

S02.d.1 Wahl der Hauptdiagnose

Ein Tumor wird dann als Hauptdiagnose kodiert, wenn er der Hauptanlass für die **Behandlung und/oder Untersuchung während dieser Hospitalisation ist**, unabhängig davon, ob es sich um einen Primärtumor oder eine Metastase handelt.

Primärtumor
Erfolgt die Spitalaufnahme zur Diagnostik/Behandlung des primären Tumors, dann ist der Primärtumor als Hauptdiagnose zu kodieren.
Beispiel: *Ein Patient wird zur Teilresektion der Lunge wegen eines Bronchialkarzinoms des Oberlappens eingewiesen.*
HD C34.1 Bösartige Neubildung des Oberlappen (-Bronchus)
Aktivität aktiv

Der Kode für den primären Tumor ist als Hauptdiagnose bei jedem Spitalaufenthalt zur Erstbehandlung, für Folgebehandlungen (chirurgische Behandlungen, Chemo- und Strahlentherapien) oder zur Diagnostik (z.B. Staging) anzugeben, dies bis die Behandlung des Tumors abgeschlossen ist.
Logik: Auch wenn der Tumor bereits ein erstes Mal behandelt wurde (z.B. chirurgisch reseziert), ist er Ursache der nachfolgenden Behandlungen.
Beispiel: *Ein Patient – nach Mittellappenresektion wegen eines Bronchuskarzinomes – wird zur Chemotherapie stationär aufgenommen.*
HD C34.2 Bösartige Neubildung des Mittellappen (-Bronchus)
Aktivität inaktiv
ND Z51.1 Chemotherapie-Sitzung wegen bösartiger Neubildung

Metastasen
Erfolgt die Spitalaufnahme zur **lokalen** (chirurgischen, radiotherapeutischen oder lokal chemotherapeutischen) Behandlung von Metastasen, dann werden diese als Hauptdiagnose angegeben.
Beispiel: *Ein Patient wird zur Resektion von Lebermetastasen eines (resezierten) kolorektalen Karzinoms stationär aufgenommen.*
HD C78.7 Sekundäre bösartige Neubildung der Leber
Aktivität aktiv
ND C19 Bösartige Neubildung am Rektosigmoid, Übergang
Aktivität inaktiv

Werden die Metastasen mit **systemischer** Therapie behandelt (Ganzkörperbestrahlung, iv-Radiotherapie, systemische Chemotherapie), dann wird der Primärtumor als Hauptdiagnose und die Metastasen werden als Nebendiagnose angegeben.
Beispiel: *Ein Patient wird zur systemischen Chemotherapie bei Lebermetastasen eines kolorektalen Karzinoms stationär aufgenommen.*
HD C19 Bösartige Neubildung am Rektosigmoid, Übergang
Aktivität aktiv
ND C78.7 Sekundäre bösartige Neubildung der Leber
Aktivität aktiv
ND Z51.1 Chemotherapie-Sitzung wegen bösartiger Neubildung

Ausnahme: ist die Lokalisation des Primärtumors unbekannt, dann wird die Metastase als Hauptdiagnose angegeben!

Beispiel: *Ein Patient wird zur Chemotherapie wegen Lebermetastasen bei unbekanntem Primärtumor stationär aufgenommen.*
HD C78.7 Sekundäre bösartige Neubildung der Leber
Aktivität aktiv
ND Z51.1 Chemotherapie-Sitzung wegen bösartiger Neubildung
ND C80 Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation

Werden sowohl Primärtumor wie auch Metastasen behandelt, dann soll diejenige Diagnose, die am meisten Ressourcen verbraucht hat, als Hauptdiagnose angegeben werden.

S02.d.2 Rezidive

Wird ein Patient zur Behandlung eines Tumorrezidivs hospitalisiert, wird der Tumor 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.*
HD C50.4 Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma], oberer äusserer Quadrant der Brustdrüse
Aktivität aktiv
ND Z85.3 Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma] in der Eigenanamnese

S02.d.3 Nachresektion im Tumorgebiet

Bei Aufnahmen zur ausgedehnten Exzision (des Gebietes) eines bereits früher entfernten Tumors ist der Kode für den Tumor zuzuweisen, selbst wenn der histopathologische Befund keinen Hinweis auf einen Resttumor ergibt.

S02.d.4 Malignomnachweis nur in der Biopsie

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

S02.d.5 Komplikationen

Wenn der Grund für die Hospitalisation die Komplikation eines Tumorleidens oder einer Therapie ist, wird die Komplikation als Hauptdiagnose angegeben und der Tumor als Nebendiagnose.

Beispiel: *Eine Patientin leidet an einem Lymphödem infolge einer Mastektomie wegen Mammakarzinoms.*
HD I97.2 Lymphödem nach Mastektomie
ND C50.- Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma] (4. Stelle entsprechend der Lokalisation)
Aktivität inaktiv

S02.d.6 Kontrolle

Wenn der Patient zwecks Kontrolle nach abgeschlossener Behandlung eines Tumorleidens eingewiesen wird und kein Tumor mehr nachweisbar ist, wird die Kontrolle als Hauptdiagnose und eine frühere Existenz des Tumors als Nebendiagnose angegeben.

Beispiel: *Ein Patient wird zu verschiedenen Kontrolluntersuchungen nach Pneumonektomie und Chemotherapie wegen Bronchuskarzinoms hospitalisiert. Die Untersuchungen weisen keinen Tumor mehr nach.*
HD Z08.7 Nachuntersuchung nach Kombinationstherapie wegen bösartiger Neubildung
ND Z85.1 Bösartige Neubildung der Trachea, der Bronchien oder der Lunge in der Eigenanamnese

S02.d.7 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*
HD C74.1 Bösartige Neubildung der Nebenniere, Nebennierenmark
Aktivität aktiv
ND E27.5 Nebennierenmarküberfunktion

S02.d.8 Besonderheiten der Lokalisation

S02.d.8A Primärlokalisation unbekannt

Der Kode C80 wird nur in den Fällen verwendet, in denen die primäre Lokalisation eines Tumors unbekannt bleibt.

S02.d.8B Multiple Lokalisationen

Der Kode C97! "Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen" ist nur in den Fällen – und dann **nur als Nebendiagnose** – zuzuweisen, in denen mehr als ein maligner Primärtumor die Definition der Hauptdiagnose erfüllt. Als HD kodiert wird der Tumor, der am meisten Ressourcen verbrauchte (G04.2). Im Zweifelsfall entscheidet der behandelnde Arzt.

Beispiel: *Eine Patientin wird bei ein und demselben Krankenhausaufenthalt sowohl wegen eines malignen Melanoms am Bein als auch wegen eines Mammakarzinoms (oberer äusserer Quadrant) behandelt.*

HD/ND1 C50.4 Bösartige Neubildung der Brustdrüse, oberer äusserer Quadrant
Aktivität aktiv
ND1/HD C43.7 Bösartiges Melanom der unteren Extremität, einschließlich Hüfte
Aktivität aktiv
ND2 C97! Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen

S02.d.8C Überlappende Lokalisation

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

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

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

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

Beispiel: *Adenokarzinom, das sich vom Sigmoid bis zum Rektum erstreckt.*

HD C19 Bösartige Neubildung am Rektosigmoid, Übergang
Aktivität aktiv

Ist der Ursprungsort bekannt, wird nur die Primärlokalisation verschlüsselt.

Beispiel: *Zervixkarzinom (Ektozervix), mit Infiltration der Vagina.*

HD C53.1 Bösartige Neubildung des Ektozervix
Aktivität aktiv

S02.d.9 Remissionen

Kodes C88.– "Bösartige immunoproliferative Krankheiten", C90.– "Plasmozytom und bösartige Plasmazellen- Neubildungen" und C91–C95 "Leukämien" erlauben mit ihrer fünften Stelle den Remissionsstatus anzugeben:

0 *ohne Angabe einer(kompletten) Remission, in partieller Remission* oder
1 *in kompletter Remission*

Beispiel: *Ein Patient wird zur Behandlung einer promyelozytären Leukämie eingewiesen.*

HD C92.40 Akute promyelozytäre Leukämie, ohne Angabe einer Remission
Aktivität aktiv

Beispiel: *Patient mit sich in totaler Remission befindendem Morbus Waldenström ist hospitalisiert.*
HD C88.01 Makroglobulinämie Waldenström, in kompletter Remission
Aktivität inaktiv

S02.d.10 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 paraneoplastische Symptome gibt es eigene ICD10-Kodes. So sind Anämien, die als Begleitsymptom einer Neubildung auftreten, mit D63.0* zu kodieren; dazu wird ein Tumorkode (C00–D48) als †-Kode angegeben. Wenn ein Patient zur Behandlung dieser Anämie hospitalisiert wird, gelten die Regeln zur Kodierung von †/*-Paaren.

S02.d.11 Lymphangiosis carcinomatosa

Die Lymphangiosis carcinomatosa wird nicht nach der Histologie (Lymphbahnen), sondern nach der Lokalisation, analog einer Metastasierung kodiert.
Beispiel: *Lymphangiosis carcinomatosa der Pleura.*
HD C78.2 Sekundäre bösartige Neubildung der Pleura
Aktivität aktiv

S02.d.12 Chemo- und Radiotherapie

Z51.0/Z51.1 werden nie als Hauptdiagnose kodiert und als Nebendiagnose nur dann, wenn die Hospitalisation ausschliesslich für diese Therapie stattfindet.
Bei der Kodierung von Chemotherapie soll deren Komplexität beachtet werden.
Beispiel: *Patient mit Ewing-Sarkom (Ursprungsort: Becken) wird für einen viertägigen Zyklus (Block) von sogenannten VAI, VAC-Blöcken (komplexe Chemotherapie) eingewiesen.*
HD C41.4 Bösartige Neubildung des Knochens, Beckenknochen
Aktivität Aktiv
ND Z51.1 Chemotherapie-Sitzung wegen bösartiger Neubildung
HB 99.25.10 Hochgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: ein Chemotherapieblock während eines stationären Aufenthaltes

Bei Radiotherapien wird bei mehrmaliger Bestrahlung jede einzelne Bestrahlung kodiert.
Beispiel: *Patientin nach Resektion eines Mamma-Karzinomes (mehrere Teilbereiche überlappend) wird zur post-operativen Radiotherapie (Linearbeschleuniger, Hochvoltbestrahlung) eingewiesen. Es wird während 4 Tagen täglich bestrahlt.*
HD C50.8 Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend
Aktivität inaktiv
ND Z51.0 Strahlentherapie-Sitzung
HB 92.24.09 Teleradiotherapie mit Photonen, Linearbeschleuniger, sonstige + Datum + Zeit
NB 92.24.09 Teleradiotherapie mit Photonen, Linearbeschleuniger, sonstige + Datum
NB 92.24.09 Teleradiotherapie mit Photonen, Linearbeschleuniger, sonstige + Datum
NB 92.24.09 Teleradiotherapie mit Photonen, Linearbeschleuniger, sonstige + Datum

S04 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten

S04.g Allgemeines

S04.g.1 Diabetes mellitus: Begriffe

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

E10.-	*Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-1-Diabetes)* umfasst alle DM Typ I, u.a. juveniler Diabetes, IDDM (Insulin Dependent DM)
E11.–	*Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-2-Diabetes)* umfasst alle DM Typ II, u.a. Erwachsenendiabetes, NIDDM (Non Insulin Dependent DM)
E12.–	*Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung (Malnutrition)* Diese Form kommt überwiegend bei Patienten aus Entwicklungsländern vor. Ein Diabetes mellitus im Rahmen eines metabolischen Syndroms ist hierunter nicht zu verschlüsseln.
E13.-	*Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus* u.a. Diabetes nach medizinischen Massnahmen z.B. Steroiddiabetes
E14.–	*Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus*
O24.0 -.3	*Diabetes mellitus in der Schwangerschaft, vorher bestehend*
O24.4	*Gestationsdiabetes*
P70.0 -.2	V*erschiedene Formen von Diabetes mellitus beim Neugeborenen*
R73.0	*Abnormer Glukosetoleranztest*

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

An 4. Stelle werden in den Kategorien E10–E14 mögliche Komplikationen (.0 für Koma; .2 für Nierenkrankheiten; usw.) verschlüsselt.

Entgleister Diabetes mellitus

An **5. Stelle** werden angegeben: 0 für "nicht als entgleist bezeichneten" oder
1 für "als entgleist bezeichneten" Diabetes mellitus.

Dabei ist zu beachten, dass nicht alle Kombinationen der jeweiligen 4-stelligen Kodes mit den 5. Stellen medizinisch sinnvoll sind. Weder bei Diabetes mellitus Typ 1 noch bei Diabetes mellitus Typ 2 ist der Blutzuckerspiegel zum Zeitpunkt der Aufnahme als Kontrollindikator für die Diagnose "entgleister Diabetes mellitus" zu nehmen. Die Einstufung als "entgleist" oder "nicht entgleist" wird generell in Kenntnis des gesamten Behandlungsverlaufs vorgenommen (retrospektiv). Der Begriff "entgleist" bezieht sich dabei auf die Stoffwechsellage.
Einige Kriterien für den entgleisten Diabetes mellitus (besprochen mit der Fachgesellschaft FMH für Endokrinologie):

- Rezidivierende Hypoglykämien unter 3 mmol/l mit Symptomen, mit 3xtgl Blutzucker (BZ)-Kontrollen und Therapieanpassung, oder
- stark schwankende BZ-Werte (Diff mind 5 mmol/l) mit 3xtgl BZ-Kontrollen und Therapieanpassung oder
- deutlich überhöhtes HBA1C (>9%) während der letzten 3 Mo und 3xtgl BZ-Kontrollen und / oder
- mindestens 3 mal Werte > 15 mmol/l mit mehrfacher Therapieanpassung
- bei Werten < 15 mmol/l aber aufwändigem Management mit an mehreren Tagen mehr als 3xtgl BZ und dokumentiertem Nachspritzen

S04.d.1 Regeln zur Kodierung des Diabetes mellitus

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

S04.d.1A Hauptdiagnose Diabetes mellitus mit Komplikationen

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

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

bei der Hospitalisation im Vordergrund standen.
Des Weiteren ist für die Kodierung von Bedeutung, wie viele Komplikationen des Diabetes mellitus vorliegen, und ob diese die Nebendiagnosendefinition (siehe G04.4) erfüllen.

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

HD E10–E14, vierte Stelle ".6"
ZHD Ausserdem ist ein Kode für die Manifestation anzugeben

Diese Kodieranweisung stellt eine **Ausnahme zu den Regeln der ICD-10** zur Verschlüsselung des Diabetes mellitus dar. Nach dieser Regel wird mit der vierten Stelle ".6" des Diabeteskodes sachgerecht eine Diabetes-DRG angesteuert. Mit Wert ".2" (Nierenkomplikation) an der vierten Stelle käme der Fall zu einer Nieren-DRG.

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

HD E10.61† Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes] mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen, als entgleist bezeichnet
ZHD N08.3 Glomeruläre Krankheiten bei Diabetes mellitus*

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

HD E10–E14, vierte Stelle ".7".
ZHD/ND Ausserdem sind die Kodes für die einzelnen Manifestationen anzugeben

Beispiel 2: *Ein Patient mit Diabetes mellitus Typ 1 mit multiplen Komplikationen in Form einer Atherosklerose der Extremitätenarterien, einer Retinopathie und einer Nephropathie wird wegen einer schweren Entgleisung der Stoffwechsellage aufgenommen. Alle vorliegenden Komplikationen werden ebenfalls behandelt.*

HD E10.71† Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes] mit multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet
ZHD I79.2 Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten*
ND H36.0 Retinopathia diabetica*
N08.3 Glomeruläre Krankheiten bei Diabetes mellitus*

c) Die Behandlung einer Komplikation (Manifestation) des Diabetes mellitus steht im Vordergrund:

HD E10–E14, vierte Stelle entsprechend dieser Manifestation,
ZHD gefolgt vom entsprechenden Kode für diese Manifestation.
ND Die Kodes für die weiteren Manifestationen sind anzugeben, sofern sie der Nebendiagnosendefinition entsprechen.

Beispiel 3: *Ein Patient mit Diabetes mellitus Typ 1 mit peripheren vaskulären Komplikationen in Form einer Atherosklerose der Extremitätenarterien mit Ruheschmerz wird zur Bypass-Operation aufgenommen. Zusätzlich besteht eine Retinopathie mit erheblicher Einschränkung des Sehvermögens.*

HD: E10.50† Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes] mit peripheren vaskulären Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet
ZHD I79.2 Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten*
ND I70.22 Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerzen
E10.30† Diabetes mellitus mit Augenkomplikationen, nicht als entgleist bezeichnet
H36.0 Retinopathia diabetica*
HB 39.25 Anlegen eines iliofemoralen Bypass

Hinweis: Der Kode I70.22 *Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerzen* dient in diesem Beispiel zur näheren Spezifizierung der durch das Kreuz-Stern-System beschriebenen Diagnose. Er ist nicht als Hauptdiagnose anzugeben.

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

HD /ZHD Entsprechend der Definition HD (der Zustand, der den grössten Aufwand an medizinischen Mitteln erfordert) wird die aufwändigste Komplikation zur Hauptdiagnose mit Zusatzdiagnose der Manifestation.

ND Die Kodes für die weiteren Manifestationen sind anzugeben, sofern sie der Nebendiagnosen-definition entsprechen.

S04.d.1B Diabetes mellitus als Nebendiagnose

Wenn die stationäre Aufnahme **aus einem anderen Grund als dem Diabetes mellitus** erfolgt ist, so ist für die korrekte Verschlüsselung von Bedeutung,

- ob der Diabetes mellitus die Nebendiagnosendefinition erfüllt,
- ob Komplikationen des Diabetes mellitus vorliegen und
- ob diese die Nebendiagnosendefinition erfüllen.

Wenn der Diabetes mellitus die Nebendiagnosendefinition erfüllt, so ist dieser zu kodieren. Liegen Komplikationen (Manifestationen) vor, ist bei einem Kode aus E10–E14 die vierte Stelle entsprechend der Komplikation(en) zu verschlüsseln. Außerdem sind die Komplikationen anzugeben, sofern diese die Nebendiagnosedefinition erfüllen.

Abweichend von den Regelungen zur Hauptdiagnose Diabetes mellitus ist jedoch ".6" nicht als vierte Stelle zu erfassen, wenn ein spezifischerer Kode für eine einzelne Komplikation gewählt werden kann, bzw. bei multiplen Komplikationen stets ".7" an vierter Stelle zu kodieren.

Beispiel 4: *Ein Patient wird wegen einer geschlossenen Humeruskopffraktur ohne Weichteilschaden stationär aufgenommen. Zudem besteht ein Diabetes mellitus Typ 2, der diätetisch und medikamentös behandelt wird. Als einzige Komplikation liegt eine diabetische Nephropathie vor.*

HD S42.21 Fraktur des proximalen Ende des Humerus: Kopf
ND E11.20† Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes] mit Nierenkomplikationen, nicht als entgleist bezeichnet
ND N08.3 Glomeruläre Krankheiten bei Diabetes mellitus*

S04.d.1C Spezifische Komplikationen des Diabetes mellitus

Generell sind bezüglich der Kodierung von Komplikationen des Diabetes mellitus die vorhergehenden Absätze zu beachten.

Nierenkomplikationen (E10†–E14†, vierte Stelle ".2")
Nierenerkrankungen, die in kausalem Zusammenhang mit Diabetes mellitus stehen, sind als "Diabetes mellitus mit Nierenkomplikationen" E10†–E14†, vierte Stelle ".2" zu verschlüsseln. Außerdem ist ein Kode für die spezifische Manifestation anzugeben.

Beispiel 5: *Ein Patient kommt zur Behandlung einer diabetischen Nephropathie*

HD	*E10.20† Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes] mit Nierenkomplikationen, nicht als entgleist bezeichnet*
ZHD	*N08.3* Glomeruläre Krankheiten bei Diabetes mellitus*

Beispiel 6: *Ein Patient kommt zur Behandlung einer terminalen Niereninsuffizienz aufgrund einer diabetischen Nephropathie.*

HD	*E10.20† Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes] mit Nierenkomplikationen, nicht als entgleist bezeichnet*
ZHD	*N08.3* Glomeruläre Krankheiten bei Diabetes mellitus*
ND	*N18.0 Terminale Niereninsuffizienz*

Hinweis: Der Kode N18.0 "Terminale Niereninsuffizienz" dient in diesem Beispiel zur näheren Spezifizierung der durch das Kreuz-Stern-System beschriebenen Diagnose. Er ist nicht als Hauptdiagnose anzugeben.

Diabetische Augenerkrankungen (E10†–E14†, vierte Stelle ".3")
Augenerkrankungen, die in kausalem Zusammenhang mit Diabetes mellitus stehen, sind als "Diabetes mellitus mit Augenkomplikationen" E10†–E14†, vierte Stelle ".3" zu verschlüsseln. Außerdem ist ein Kode für die spezifische Manifestation anzugeben.

Beispiel 7: *Diabetische Retinopathie*

E10†–E14†, vierte Stelle ".3"	*Diabetes mellitus mit Augenkomplikationen*
*H36.0**	*Retinopathia diabetica*

Beispiel 8: *Eine diabetische Retinopathie mit Retina-(Makula-)Ödem ist wie folgt zu kodieren:*

E10†–E14†, vierte Stelle ".3"	*Diabetes mellitus mit Augenkomplikationen*
*H36.0**	*Retinopathia diabetica*
H35.8	*Sonstige näher bezeichnete Affektionen der Netzhaut*

Beispiel 9: *Wenn die diabetische Augenerkrankung eine Erblindung oder geringes Sehvermögen zur Folge hat, wird zusätzlich ein Kode der Kategorie*

H54.–	*Blindheit und Sehschwäche*

zugewiesen.

Beispiel 10: *Katarakt*
Eine diabetische Katarakt wird nur dann kodiert, wenn ein kausaler Zusammenhang zwischen der Katarakt und dem Diabetes mellitus besteht:

E10†–E14†, vierte Stelle ".3"	*Diabetes mellitus mit Augenkomplikationen*
*H28.0**	*Diabetische Katarakt*

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

der zutreffende Kode aus	H25.– Cataracta senilis
oder	H26.– Sonstige Kataraktformen

sowie die entsprechenden Kodes aus E10–E14 Diabetes mellitus

Neuropathie und Diabetes mellitus (E10†–E14†, vierte Stelle ".4")
Neurologische Erkrankungen, die in kausalem Zusammenhang mit Diabetes mellitus stehen, sind als "Diabetes mellitus mit neurologischen Komplikationen" E10†–E14†, vierte Stelle ".4" zu verschlüsseln. Außerdem ist ein Kode für die spezifische Manifestation anzugeben.

Diabetische Mononeuropathie
E10†–E14†, vierte Stelle ".4" *Diabetes mellitus mit neurologischen Komplikationen*
*G59.0** *Diabetische Mononeuropathie*

Diabetische Amyotrophie
E10†–E14†, vierte Stelle ".4" *Diabetes mellitus mit neurologischen Komplikationen*
*G73.0** *Myastheniesyndrome bei endokrinen Krankheiten*

Diabetische Polyneuropathie
E10†–E14†, vierte Stelle ".4" *Diabetes mellitus mit neurologischen Komplikationen*
*G63.2** *Diabetische Polyneuropathie*

Periphere vaskuläre Erkrankung und Diabetes mellitus (E10†–E14†, vierte Stelle ".5")
Periphere vaskuläre Erkrankungen, die in kausalem Zusammenhang mit Diabetes mellitus stehen, sind als "Diabetes mellitus mit peripheren vaskulären Komplikationen" E10†–E14†, vierte Stelle ".5" zu verschlüsseln. Außerdem ist ein Kode für die spezifische Manifestation anzugeben.

Diabetes mellitus mit peripherer Angiopathie
E10†–E14†, vierte Stelle ".5" *Diabetes mellitus mit peripheren vaskulären Komplikationen*
*I79.2** *Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten*

Diabetisches Fußsyndrom – malum perforans pedis (E10–E14, vierte Stelle ".7")
Die Diagnose "Diabetischer Fuss" wird kodiert mit E10–E14, vierte Stelle ".7" "Diabetes mellitus mit multiplen Komplikationen".
Die Kodes für die vorhandenen Manifestationen, z.B.
*G63.2** *Diabetische Polyneuropathie,*
*I79.2** *Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten*
sind danach anzugeben.

Beispiel 11: *Ein Patient mit entgleistem Diabetes mellitus Typ 1 wird zur Behandlung eines diabetischen Fusssyndroms mit gemischtem Ulkus der Zehe (bei Angiopathie und Neuropathie) und Erysipel am Unterschenkel aufgenommen.*
HD *E10.71† Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1- Diabetes] mit multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet*
ZHD *G63.2* Diabetische Polyneuropathie*
ND *I79.2* Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten*
I70.23 Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration
A46 Erysipel [Wundrose]

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

S04.d.1D Metabolisches Syndrom

Bei Vorliegen eines "metabolischen Syndroms" sind die vorliegenden Komponenten des Syndroms (Adipositas, Hypertonie, Hyperlipidämie und Diabetes mellitus) einzeln zu kodieren.

S04.d.1E Störungen der inneren Sekretion des Pankreas

Die Kodes
E16.0 *Arzneimittelinduzierte Hypoglykämie ohne Koma*
E16.1 *Sonstige Hypoglykämie*
E16.2 *Hypoglykämie, nicht näher bezeichnet*
E16.8 *Sonstige näher bezeichnete Störungen der inneren Sekretion des Pankreas*
E16.9 *Störungen der inneren Sekretion des Pankreas, nicht näher bezeichnet*
sind bei Diabetikern **nicht** als Hauptdiagnose zu verschlüsseln.

S04.d.2 Zystische Fibrose

Bei einem Patienten mit Zystischer Fibrose ist unabhängig davon, aufgrund welcher Manifestation dieser Erkrankung er aufgenommen wird, eine Schlüsselnummer aus E84.– *Zystische Fibrose* als Hauptdiagnose zuzuordnen. Die spezifische(n) Manifestation(en) ist/sind immer als Nebendiagnose(n) zu verschlüsseln.

Es ist zu beachten, dass in Fällen mit kombinierten Manifestationen der passende Kode aus
E84.8- *Zystische Fibrose mit sonstigen Manifestationen* zu verwenden ist:
E84.80 *Zystische Fibrose mit Lungen- und Darm-Manifestation*
E84.87 *Zystische Fibrose mit sonstigen multiplen Manifestationen*
E84.88 *Zystische Fibrose mit sonstigen Manifestationen*
Zu verwenden ist.

Ausnahme: Es steht die Behandlung einer Manifestation im Vordergrund (z.B. Darmoperation - E84.1)

Beispiel: *Ein Patient mit Mukoviszidose und Haemophilus influenzae-Infektion wird zur Behandlung einer Bronchitis aufgenommen.*
HD E84.0 Zystische Fibrose mit Lungenmanifestationen
ND J20.1 Akute Bronchitis durch Haemophilus influenzae

Bei Krankenhausaufenthalten, die nicht die Zystische Fibrose betreffen, wird die Erkrankung (z.B. Fraktur) als Hauptdiagnose und ein Kode aus E84.– *Zystische Fibrose* als Nebendiagnose verschlüsselt.

S05 Psychische Erkrankungen

S05.g Allgemeines

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

S05.g.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19) (Drogen, Medikamente, Alkohol, Nikotin)

S05.g.1A Allgemeine Hinweise

Die allgemeinen Hinweise zu den Kategorien F10–F19 in der ICD-10 GM sind zu beachten.

Unterscheidung : Schädlicher Gebrauch (F1x.1) und Abhängigkeitssyndrom (F1x.2)

Ein schädlicher Gebrauch (= F1x.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, usw. zu erfüllen). Dies wird z.B. beschrieben mit den Begriffen "alkoholinduziert" oder "drogenbezogen".

Beispiel: *Patient mit alkoholinduzierter Oesophagitis*
HD K20 Oesophagitis
ND F10.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, schädlicher Gebrauch

Ein Abhängigkeitssyndrom (= F1x.2) wird dann kodiert, wenn eine Sucht, ein Abusus vorliegt, d.h. 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.

Regel zu den Kodes F17.1 "Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak, schädlicher Gebrauch" bzw. F17.2 "Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak, Abhängigkeitssyndrom"
Da im klinischen Alltag die Verwendung der Begriffe "schädlicher Gebrauch" und "Abhängigkeitssyndrom" nicht einheitlich ist und somit nicht einfach zu bestimmen ist, wann der Kode F17.1 und wann der Kode F17.2 verwendet wird, wurde entschieden, zur Beschreibung der Nikotinabhängigkeit den Kode F17.1 zu verwenden.

S05.d.1 Akute nicht akzidentelle Intoxikation

Im Fall einer akuten Intoxikation (eines akuten Rausches) wird der zutreffende Kode aus F10-F19 - vierte Stelle ".0" zugewiesen, gegebenenfalls zusammen mit einem weiteren vierstelligen Kode aus F10-F19. Sofern die akute Intoxikation der Aufnahmegrund ist, ist sie als Hauptdiagnose zu kodieren.

Beispiel: *Bekannter Alkoholiker, der in fortgeschrittenem alkoholisierten Zustand – im Sinne eines Rausches – hospitalisiert wird.*

HD F10.0 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, akute Intoxikation
ND F10.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Abhängigkeits-Syndrom

S05.d.2 Akute akzidentelle Intoxikation

Akzidentelle (unbeabsichtigte) Intoxikationen (z.B. T51.0 bei Alkohol), Überdosierungen von Medikamenten (verordnet oder nicht verordnet) 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 S19).

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 Medikamente, die keine Abhängigkeit hervorrufen (z.B. Antidepressiva, Laxanzien und Analgetika), die ohne ärztliche Verordnung erworben werden können, (z.B. Paracetamol). In der ICD-10 GM werden unter F55.- die verschiedenen Substanzen unterschieden. Sie sind entsprechend zu kodieren.

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. Die anderen Substanzen werden als Nebendiagnosen 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 Entzugs-, Entwöhnungsbehandlung

Wird ein Patient zur Entzugsbehandlung seiner Abhängigkeitskrankheit in einem akutsomatischen Spital hospitalisiert, so wird **NEU** die Abhängigkeitskrankheit als Hauptdiagnose, der Entzug als Nebendiagnose kodiert.

Beispiel: *Bekannter Alkoholiker wird zur Entzugsbehandlung eingewiesen. Ein Entzugssyndrom stellt sich während der Hospitalisierung ein und wird behandelt:*

HD F10.2 Psychische Verhaltensstörung durch Alkohol Abhängigkeitssyndrom
ND Z50.2 Rehabilitationsmassnahmen bei Alkoholismus
F10.3 Psychische Verhaltensstörung durch Alkohol, Entzugssyndrom

S06.d Kodierregeln

S06.d.1 Schlaganfall

Solange der Patient eine **fortgesetzte** Behandlung des akuten Schlaganfalls und der unmittelbaren Folgen (Defizite) erhält, ist ein Kode aus den Kategorien I60–I64 (Zerebrovaskuläre Krankheiten) mit den jeweils passenden Kodes für die Defizite (z.B. Hemiplegie, Aphasie, Hemianopsie, Neglect) zuzuweisen.

Der korrekte Kode nach Lokalisation und Ätiologie des Schlaganfalls
Falls die Information bezüglich der Lokalisation der Läsion oder der betroffenen Arterie nicht verfügbar ist, muss notfalls der Kode I63.9 "Hirninfarkt, nicht näher bezeichnet" angegeben werden. Ist die Information verfügbar, wird folgendermassen kodiert:

Lokalisation	Circulus Willisi Zerebrale Arterien			Präzerebrale Arterien (A. carotis ext. / A. vertebralis)	Sinus venosus
Art	Stenose/Verschluss			Stenose / Verschluss	Venöse Thrombose
	nicht näher bezeichnet	durch Embolie	durch Thrombose		
Kodes	I63.5	I63.4	I63.3	I63.2	I63.6

Beispiel: *Ein Patient erleidet einen Hirninfarkt mit schlaffer Hemiplegie und Aphasie und wird zur stationären Behandlung aufgenommen. Radiologisch zeigt sich ein Verschluss der Arteria cerebri media*
HD I63.3 Hirninfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien
ND G81.0 Schlaffe Hemiparese und Hemiplegie
R47.0 Aphasie
Es werden der Hirninfarkt als Hauptdiagnose und sämtliche auftretende Funktionsstörungen als Nebendiagnosen kodiert, sofern sie die Bedingungen der Nebendiagnose erfüllen.

S06.d.1A. "Alter Schlaganfall"

Wenn ein Patient die Anamnese eines Schlaganfalls **mit** gegenwärtig bestehenden neurologischen Ausfällen zeigt, werden die neurologischen Ausfälle (z.B. Hemiplegie, Aphasie, Hemianopsie, Neglect) und danach ein Kode aus I69.– *Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit* zugewiesen.

Beispiel: *Ein Patient wurde mit einer Pneumokokken-Pneumonie aufgenommen. Der Patient hatte vor drei Jahren einen akuten Schlaganfall und erhält seitdem Thrombozytenaggregationshemmer zur Rezidivprophylaxe. Es besteht eine residuale spastische Hemiparese. Diese verursachte erhöhten Pflegeaufwand.*
HD J13 Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae
ND G81.1 Spastische Hemiparese und Hemiplegie
I69.4 Folgen eines Schlaganfalls, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet

S06.d.1B Funktionsstörungen

Bei einem Schlaganfall **werden Dysphagie, Urin- und Stuhl-Inkontinenz** nur dann kodiert, wenn bestimmte Kriterien erfüllt sind:

Dysphagie (R13.–) ist nur zu kodieren, wenn z.B. eine Magensonde zur enteralen Ernährung notwendig ist oder eine Behandlung der Dysphagie mehr als 7 Kalendertage nach Auftreten des Schlaganfalls erforderlich ist.

Inkontinenz: Die Kodes für Urin- oder Stuhlinkontinenz

N39.3	Stressinkontinenz
N39.4-	sonstige näher bezeichnete Harninkontinenz
R32	Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz
R15	Stuhlinkontinenz

sind nur anzugeben, wenn die Inkontinenz die Definition der Nebendiagnose erfüllt.

S06.d.2 Tetraplegie und Paraplegie, nicht traumatisch

Zur Kodierung einer traumatischen Tetraplegie/Paraplegie siehe Kapitel S19.1.d.5 *Verletzung des Rückenmarks*

S06.d.2A Initiale (akute) Phase der Paraplegie/Tetraplegie

Die "akute" Phase einer nichttraumatischen Paraplegie/Tetraplegie umfasst Erstaufnahmen wegen eines nicht traumatisch bedingten Funktionsausfalls, wie zum Beispiel bei Myelitis transversa oder bei Rückenmarkinfarkt. Es kann sich auch um eine konservativ oder operativ behandelte Erkrankung handeln, die sich in Remission befand, sich jedoch verschlechtert hat und jetzt die gleiche Behandlungsintensität erfordert wie bei Patienten, die das erste Mal aufgenommen wurden. Nach der Grundkrankheit wird das Ausmass der Lähmung (G82.- mit 5. Stelle "0" akut komplett oder "1"akut inkomplett) und die funktionale Höhe der Läsion kodiert.

Beispiel: *Patient mit einer akuten Myelitis, die eine Schädigung des Rückenmarks auf Höhe der mittleren Brustwirbelsäule mit inkompletter Paraplegie zur Folge hat*

HD	*G04.9 Diffuse Myelitis*
ND	*G82.21 Paraplegie n.n.b, akut inkomplett*
ND	*G82.64! Funktionale Schädigung des Rückenmarks Th7 – Th10*

S06.d.2B Späte (chronische) Phase einer Paraplegie/Tetraplegie

Von der "Spätphase" einer Paraplegie/Tetraplegie spricht man z.B. in folgendem Fall: Ein Patient kommt zur weiteren Behandlung einer Paraplegie/Tetraplegie. Die Behandlung der akuten Erkrankung (z.B. einer Myelitis), die die Lähmungen verursachte, ist zu diesem Zeitpunkt abgeschlossen. Oder: Ein Patient mit einer Paraplegie/Tetraplegie wird zur Behandlung einer anderen Erkrankung wie z.B. Harnwegsinfektion, Fraktur des Femur, usw. aufgenommen.

In solchen Fällen ist ein Kode aus G82.– *Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie,* fünfte Stelle ".2"chronisch komplett oder ".3"chronisch inkomplett und die Diagnosekodes sonstiger Krankheiten des Patienten zuzuweisen, entweder als Hauptdiagnose, wenn die Hospitalisation zur „Weiterbehandlung" der Plegie / Parese erfolgt, ansonsten als Nebendiagnose, wenn die aktuelle Hospitalisation zur Behandlung der Femurfraktur oder des HWI erfolgt.

Für die funktionale Höhe der Rückenmarksschädigung ist zusätzlich der passende Kode aus G82.6-! *Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarks* anzugeben.

S06.d.3 Neurologische Komplexbehandlungen

Neurologische Komplexbehandlung des akutes Schlaganfalls (89.13.1-)

Mit dieser Kategorie können Behandlungen in spezialisierten Intensivstationen (Stroke-units) abgebildet werden. Die Bedingungen, die erfüllt sein müssen damit diese Kodes erfasst werden können, sind bei der Kategorie 89.13.1- detailliert aufgelistet.

Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (93.89.1-)

Mit dieser Kategorie kann die multidisziplinäre Therapie zur Frührehabilitation neurologischer und/oder neurochirurgischer Patienten abgebildet werden. Die Bedingungen, die erfüllt sein müssen, damit diese Kodes erfasst werden können, sind bei der Kategorie 93.89.1- detailliert aufgelistet.

S07 Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde

S07.d Kodierregeln

S07.d.1 Katarakt: Sekundäre Linseninsertion

In Fällen, in denen die Linse entweder in einer vorangegangenen Operation entfernt wurde oder die Linse disloziert oder subluxiert und nicht korrekt positioniert ist, ist die Insertion einer Linse wie folgt zu kodieren:
Diagnose H27.0 Aphakie oder T85.2 Mechanische Komplikation durch eine intraokulare Linse
HB 13.72 sekundäres Einsetzen einer Intraokularlinse

S07.d.2 Versagen oder Abstossung eines Kornea-Transplantates

Versagen und Abstoßung eines Hornhauttransplantates des Auges ist mit dem Kode
T86.83 Versagen und Abstossung eines Hornhauttransplantates des Auges
zu kodieren.

Nebendiagnosen im Zusammenhang mit der Abstossung oder dem Versagen eines Korneatransplantates werden zusätzlich zu T86.83 kodiert, zum Beispiel:
H44.0 Purulente Endophthalmitis
H44.1 Sonstige Endophthalmitis

S08 Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes

S08.d Kodierregeln

S08.d.1 Schwerhörigkeit und Taubheit

Die Diagnosen Schwerhörigkeit und Taubheit können mit einem passenden Kode aus den Kategorien
H90.– *Hörverlust durch Schalleitungs- oder Schallempfindungsstörung* und
H91.– *Sonstiger Hörverlust*
in folgenden Situationen als **Hauptdiagnose** kodiert werden:

- Untersuchung bei Kindern, wenn ein CT unter Sedierung oder wenn Hörtests durchgeführt werden
- plötzlicher Hörverlust bei Erwachsenen

S09 Krankheiten des Kreislaufsystems

S09.d Kodierregeln

S09.d.1 Hypertonie und Krankheiten bei Hypertonie

- Eine arterielle Hypertonie I10.- kann in der ICD-10 GM differenziert erfasst werden mit der Unterscheidung benigne – maligne sowie mit oder ohne hypertensive Krise (der hypertensive Notfall ist definiert durch eine akute aufgetretende Erhöhung des systolischen Blutdruckes >220 mmHg und/oder des diastolischen Blutdruckes >120 mmHg , mit oder ohne Endorganschädigung).
- Steht eine Herz – resp. Nierenkrankheit in kausalem Zusammenhang zur Hypertonie, so ist zuerst ein Kode für die Herzkrankheit (z.B. I50.-/I51.-), resp. die Nierenkrankheit (z.B. N18.-), gefolgt von I11.-, resp. I12.-, resp. I13.- anzugeben.
- Liegen Herzerkrankung und Hypertonie ohne kausale Beziehung vor, werden Hypertonie und Herzkrankheit einzeln kodiert.

Beispiel: *Patient mit hypertensiver Herzkrankheit wird hospitalisiert mit einer Linksdekompensation NYHA IV*
HD I50.14 Linksherzinsuffizienz, Mit Beschwerden in Ruhe, NYHA-Stadium IV
ND I11.0 Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz

S09.d.2 Koronare Herzkrankheit

S09.d.2A Angina pectoris (I20.–)

Liegt bei einem Patienten eine Angina pectoris vor, ist der entsprechende Kode **vor** dem Kode der Koronar-atherosklerose anzugeben. Wenn ein Patient mit instabiler Angina pectoris aufgenommen wird und diese sich während des Krankenhausaufenthaltes zu einem Myokardinfarkt entwickelt, ist nur der Kode für einen Myokardinfarkt anzugeben**.**
Wenn der Patient jedoch eine Postinfarkt-Angina entwickelt, kann I20.0 *Instabile Angina pectoris* als zusätzlicher Kode angegeben werden.

S09.d.2B Akutes Koronarsyndrom (ACS)

Dieser Begriff fasst die unmittelbar lebensbedrohlichen Phasen der koronaren Herzkrankheit zusammen. Das Spektrum reicht von der instabilen Angina pectoris über den akuten Myokardinfarkt bis zum plötzlichen Herztod. Dabei handelt es sich keineswegs um verschiedene Krankheiten, sondern um fliessend ineinander übergehende Stadien der koronaren Herzkrankheit. Aufgrund dieses fliessenden Übergangs werden Patienten mit Thoraxschmerzen und Verdacht auf ein akutes Koronarsyndrom anhand des EKG und biochemischer kardialer Marker (Troponin) in Kategorien unterteilt:

Diagnose	ICD-10	Labor / EKG
Instabile Angina pectoris	I20.0 instabile Angina pectoris	Troponin neg; EKG neg
NSTEMI (**N**on-**ST E**levation **M**yocardial **I**nfarction)	I21.4 akuter subendokardialer Myokardinfarkt	Troponin pos; EKG neg
Troponinpositives **A**cute Coronary Syndrome **(ACS)**	I21.4 akuter subendokardialer Myokardinfarkt	Troponin pos; EKG unbekannt
STEMI (ST Elevation **M**yocardial **I**nfarction)	I21.0-3 akuter transmuraler Myokardinfarkt (nach Lokalisation)	Troponin pos; EKG pos (ST-Hebung)
ACS n.n.b (Acute **C**oronary **S**yndrome**)**	I24.9 akute ischämische Herzkrankheit n.n.b	Keine Angabe

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

S09.d.2C Akuter Myokardinfarkt

Ein als akut bezeichneter oder bis zu vier Wochen (28 Tage) zurückliegender Myokardinfarkt ist mit einem Kode aus I21.– *Akuter Myokardinfarkt* zu verschlüsseln.
Dabei sind die Kodes der Kategorie I21.– *Akuter Myokardinfarkt* anzugeben, sowohl für die initiale Behandlung eines Infarktes im ersten Krankenhaus, das den Infarktpatienten aufnimmt, als auch in anderen Einrichtungen, in die der Patient innerhalb von vier Wochen (28 Tage) nach dem Infarkt aufgenommen oder verlegt wird.

S09.d.2D Verlegung des Infarktpatienten zur Behandlung ins Zentrumsspital

(als Beispiel für Verlegung zur Auftragsdiagnostik/-therapie)
Ein Patient mit akutem Myokardinfarkt wird nach der Aufnahme im Primärspital zur Koronarographie und Stentversorgung vorübergehend ins Zentrumspital verlegt. Je nachdem, ob die Behandlung im Zentrumspital ambulant oder stationär erfolgt, ist unterschiedlich zu kodieren.

Beispiel 1: *Der Myokardinfarktpatient erhält im Zentrumspital eine ambulante Abklärung und PTCA (1 Gefäss / 1 Metallstent), wird innert Stunden rückverlegt. (Die Behandlung wird dem Primärspital in Rechnung gestellt.*)

Primärspital kodiert:

HD I21.- Myokardinfarkt
HB 00.66 (auswärts) perkutane transluminale Koronarangioplastik (PTCA)*
NB 00.40 (auswärts) Massnahme an 1 Gefäss*
NB 00.45 (auswärts) Einsetzen von 1 Gefässstent*
NB 36.06 (auswärts) Einsetzen von Herzkranzarterien-Stent(s) ohne Medikamentenfreisetzung*

* Die extern erbrachte Leistung wird in der Medizinischen Statistik in einem Zusatzfeld erfasst.

Zentrumspital : keine Kodierung

Beispiel 2: *Der Myokardinfarktpatient bleibt 36 Stunden stationär im Zentrumspital zur Abklärung und PTCA (1 Gefäss/1 Metallstent), wird dann rückverlegt.*

Primärspital: kodiert einen Fall mit 36 Stunden Urlaub:

HD I21.- Myokardinfarkt

Zentrumspital kodiert:

HD I21.- Myokardinfarkt
HB 00.66 perkutane transluminale Koronarangioplastik (PTCA)
NB 00.40 Massnahme an 1 Gefäss
NB 00.45 Einsetzen von 1 Gefässstent
NB 36.06 Einsetzen von Herzkranzarterien-Stent(s) ohne Medikamentenfreisetzung

S09.d.2E Reinfarkt – Rezidivierender Myokardinfarkt

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.2F 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 HD eine der vorliegenden Pathologien entsprechender Kode aus der Kategorie I20-I25 "Ischämische Herzkrankheit" zu wählen. Zu beachten ist die neue Differenzierung von I25.- mit I25.15 "Atherosklerotische Herzkrankheit mit stenosierten Bypassgefässen".

S09.d.2G 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. Als Komplikation tritt sie in der Regel innerhalb der ersten drei Monate nach Implantation auf. Es gilt deshalb folgende Regel:

Stentverschluss innerhalb 3 Monate
HD T82.8 Sonstige Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefässen
ZHD Y82.8! Zwischenfälle durch medizintechnische Geräte und Produkte
ND Z95.5 Vorhandensein eines Implantates oder Transplantates nach koronarer Gefässplastik

Stentverschluss nach 3 Monaten = Weiterbestehen der Arteriosklerose
HD I25.16 Atherosklerotische Herzkrankheit mit stenosierten Stents

S09.d.2H Alter Infarkt

Ein Herzinfarkt, der mehr als 28 Tage und bis zu 4 Monate alt ist, ist mit I25.20 zu kodieren.

I25.2- *Alter Myokardinfarkt* kodiert eine **anamnestische Diagnose**, auch wenn sie nicht als "Z-Kode" in Kapitel XXI enthalten ist. Sie ist nur dann zusätzlich zu kodieren, wenn sie Bedeutung für die aktuelle Behandlung hat.

S09.d.2I Chronische koronare Herzkrankheit

Die chronische koronare Herzkrankheit wird in der ICD-10 GM unterteilt nach Anzahl und Art der betroffenenen Koronargefässe:
I25.10 Ohne hämodynamisch wirksame Stenosen
I25.11 Ein-Gefäßerkrankung
I25.12 Zwei-Gefäßerkrankung
I25.13 Drei-Gefäßerkrankung
I25.14 Stenose des linken Hauptstammes
I25.15 Mit stenosierten Bypass-Gefäßen
I25.16 Mit stenosierten Stents
I25.19 Nicht näher bezeichnet

Der unspezifische Kode *I25.9 chronische ischämische Herzkrankheit* sollte für die Koronare Herzkrankheit möglichst nicht verwendet werden.

S09.d.3 Erkrankungen der Herzklappen

Bei den Erkrankungen der Herzklappen unterscheiden wir
- Angeborene Krankheit (zu kodieren mit einem Q-Kode)
- Erworbene Krankheit, rheumatisch bedingt
- Erworbene Herzklappenstörung, nicht rheumatisch bedingt oder nicht näher bezeichnet.

Die ICD-10 berücksichtigt bei der Klassifikation von Herzklappenaffektionen Häufigkeitsverteilungen, die nicht unbedingt für die Schweiz typisch sind, wie sich anhand der Mitralklappendefekte veranschaulichen lässt: eine Mitralklappeninsuffizienz nicht näher bezeichneten Ursprungs wird durch einen 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 beschlossen, dass Herzklappenaffektionen ohne näher bezeichnete Ursache durch Kodes der Kategorien I34 bis I37 angegeben werden (siehe Tabelle), auch wenn wir damit von der Klassifikation der ICD-10 abweichen.

Kodierung von Erkrankungen der Herzklappen:

		Als NICHT rheumatisch bezeichnet	*Als rheumatisch bezeichnet*	*Ohne nähere Angabe*
Mitralklappe	*Insuffizienz*	I34.0	I05.1	I34.0
	Stenose	I34.2	I05.0	I34.2
	Stenose mit Insuffizienz	I34.80	I05.2	I34.80
Aortenklappe	*Insuffizienz*	I35.1	I06.1	I35.1
	Stenose	I35.0	I06.0	I35.0
	Stenose mit Insuffizienz	I35.2	I06.2	I35.2
Trikuspidal-klappe	*Insuffizienz*	I36.1	I07.1	I36.1
	Stenose	I36.0	I07.0	I36.0
	Stenose mit Insuffizienz	I36.2	I07.2	I36.2
Pulmonal-klappe	*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:
Sind mehrere Herzklappen betroffen, empfiehlt es sich, die entsprechenden Kodes der Kategorie I08.- "Krankheiten mehrerer Herzklappen" anzugeben.

S09.d.4 Schrittmacher / Defibrillatoren

Anmerkung: Aussagen für Schrittmacher gelten sinngemäss auch für Defibrillatoren.

S09.d.4A Permanente Schrittmacher

Wird ein **temporärer Schrittmacher entfernt und ein permanenter Schrittmacher implantiert,** ist der permanente Schrittmacher als Erstimplantation zu kodieren, nicht als Ersatz.

Beispiel: *Einsetzen eines DDD-Pacemakers und gleichzeitgem Entfernen des temporären Schrittmachers.*
HB 37.83.10 Erstimplantation eines Zweikammerschrittmachers mit 2 Schrittmachersonden ohne antitachykarde Stimulation
NB 37.72 Erstimplantation von transvenösen Vorhof- und Ventrikelelektroden

Die **Überprüfung** eines Schrittmachers wird routinemäßig während des stationären Aufenthaltes zur Schrittmacherimplantation durchgeführt; daher ist in diesem Moment kein gesonderter Prozedurenkode anzugeben. Eine Überprüfung zu einem anderen Zeitpunkt (nicht im Zusammenhang mit einer Implantation beim gleichen Aufenthalt) ist mit Kodes 89.45-49 *Kontrolle eines künstlichen Schrittmachers* abzubilden.

Aggregatwechsel (= Wechsel Batterie / Pulsgenerator) eines Herzschrittmachers/Defibrillators
Es ist Z45.0 "Anpassung und Handhabung eines implantierten Herzschrittmachers und eines implantierten Kardiodefibrillators" als Hauptdiagnose zuzuweisen, zusammen mit den passenden Prozedurenkodes.
Als Nebendiagnose ist die Krankheit anzugeben, die die Implantation des Gerätes erforderlich gemacht hat, sofern sie zur Zeit vorhanden ist.

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.*

HD Z45.0 Anpassung und Handhabung eines implantierten Herzschrittmachers und eines implantierten Kardiodefibrillators

ND I44.1 Atrioventrikulärer Block 2. Grades

S09.d.4B Komplikationen des Schrittmachersystems/Defibrillators

Komplikationen des Schrittmachersystems/Defibrillators sind mit einem der folgenden Kodes zu verschlüsseln:

T82.1 Mechanische Komplikation durch ein kardiales elektronisches Gerät (Dieser Kode beinhaltet die Funktionsstörung des Schrittmachers und der Elektroden).

T82.7 Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefässen.

T82.8 Sonstige Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefässen.

Einem **Patienten mit Schrittmacher/Defibrillator** ist der Kode Z95.0 "Vorhandensein eines implantierten Herzschrittmachers oder eines implantierten Kardiodefibrillators" zuzuweisen.

S09.d.5 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.6 Akutes Lungenödem

Ein akutes Lungenödem wird nach der zugrunde liegenden Ursache kodiert, z.B. das sehr häufige, akute kardiale Lungenödem mit I50.14 "Linksherzinsuffizienz mit Beschwerden in Ruhe"; siehe auch die Hinweise und Exklusiva zu J81 "Akutes Lungenödem" in der ICD-10 GM.

S09.d.7 Herzstillstand

Herzstillstand oder Herz- und Atemstillstand (I46.– Herzstillstand) sind nur zu kodieren, wenn Wiederbelebungsmassnahmen ergriffen wurden, unabhängig vom Ergebnis für den Patienten. Der Herzstillstand (I46.– Herzstillstand) ist **nicht** als Hauptdiagnose anzugeben, wenn die zugrunde liegende Ursache bekannt ist.
Bei Reanimation im Rahmen eines Herzstillstandes ist ausserdem CHOP 99.60 kardiopulmonale Reanimation n.n.bez." zu kodieren.

S09.d.8 Periphere arterielle Verschlusskrankheit

In der ICD-10 GM sind die Kodes für PAVK differenzierter dargestellt als in der WHO-Version:

Stad.	Klinik	ICD-10 GM	
I	Asymptomatische AVK PAVK n.n.b.	I73.9	Periphere Gefässkrankheit, n.n.b.
IIa	Claudicatio intermittens Gehstrecke >200 Meter (Stadium IIa)	I70.20	Sonstige und nicht näher bezeichnet, Gehstrecke 200 m und mehr
IIb	Claudicatio intermittens Gehstrecke <200 Meter (Stadium IIb)	I70.21	Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m
III	Ruheschmerzen	I70.22	Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerzen
IV	Nekrose, Gangrän	I70.23	Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration
		I70.24	Becken-Bein-Typ, mit Gangrän

S09.d.9 Akute arterielle Verschlusskrankheit

Eine akute arterielle Verschlusskrankheit wird kodiert als:
HD I74.- Arterielle Embolie und Thrombose
ND I70.2- Atherosklerose der Extremitätenarterien

Beachte: I77.1 "Arterienstriktur" ist anzuwenden, wenn die Stenose durch ein externes Hindernis verursacht wird (z. B. Tumor).

S10 Krankheiten der Atemwege

S10.d Kodierregeln

S10.d.1 Beatmung

S10.d.1A Maschinelle Beatmung

Beachte: Neu wird die Dauer der maschinellen Beatmung im Medizinischen Datensatz erfasst.

Definition
Maschinelle Beatmung ("künstliche Beatmung") ist ein Vorgang, bei dem Gase mittels einer mechanischen Vorrichtung in die Lunge bewegt werden. Die Atmung wird unterstützt durch das Verstärken oder Ersetzen der eigenen Atemleistung des Patienten. Bei der künstlichen Beatmung ist der Patient in der Regel intubiert oder tracheotomiert. Bei intensivmedizinisch versorgten Patienten kann eine maschinelle Beatmung auch über Maskensysteme erfolgen, wenn diese an Stelle der bisher üblichen Intubation oder Tracheotomie eingesetzt werden.

Berechnung der Dauer der Beatmung

Entscheidend ist die Gesamtdauer (Std) der maschinellen Beatmung auf einer Intensivstation. Invasive und nicht invasive Beatmung (inkl. CPAP) zählen gleichermassen. Die Dauer der Entwöhnung wird insgesamt (inklusive beatmungsfreier Intervalle während der jeweiligen Entwöhnung) bei der Berechnung der Beatmungsdauer eines Patienten hinzugezählt.

Die Anzahl Stunden wird aus dem Minimaldatensatz der SGI (www.sgi-ssmi.ch) berechnet: Anzahl Pflegeschichten mit Beatmung (= mind. 2 Std. beatmet pro Schicht bei 3 Schichten pro Tag; mind. 3 Std. bei 2 Schichten pro Tag) multipliziert mit der Schichtdauer.

Kodierung
Wenn eine maschinelle Beatmung die obige Definition erfüllt, ist
1) die **Dauer** der künstlichen Beatmung zu erfassen

- als Zahl im speziellen Datenfeld und
- als Kode der Kategorie 96.7- *kontinuierliche mechanische Beatmung < 96Std.; > 96 Std.*

2) zusätzlich die Beatmungsart mit

Beh. *96.04 Einsetzen eines endotrachealen Tubus (nicht beim intubiert verlegten Patienten)*
93.90 Kontinuierliche positive Druckbeatmung NIPPV (= CPAP)

und/oder

Beh. *31.1 Temporäre Tracheostomie oder*
31.29 Permanente Tracheostomie

Die **Methode der Entwöhnung** von der künstlichen Beatmung wird nicht kodiert.

S10.d.1B Kontinuierlicher positiver Atemwegsdruck (CPAP) ohne Aufenthalt auf IPS

93.90 Kontinuierliche positive Druckbeatmung (CPAP)

- muss bei Neugeborenen und Säuglingen immer kodiert werden
- wird bei Erwachsenen und Kindern bei Störungen wie Schlafapnoe und CPAP-Behandlung erfasst, jedoch ohne Beatmungsdauer.

S10.d.2 Pneumonien

Pneumonien können sehr verschiedene Ursachen haben, was sich mit der Kodierung abbilden lässt.

Bei der Kodierung nach ICD-10 GM wird wie folgt vorgegangen:

a) Pneumonien mit bekanntem Erreger:
Spezifischer Kode aus Kategorien J10-16 "Grippe und Pneumonie"
plus B95!-97! "Erreger als Ursache von Krankheiten", wenn der Erreger in J-Kode nicht spezifiziert ist.

b) Pneumonie mit nicht bekanntem Erreger:
J18 "Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet" mit Unterteilung nach Morphologie

c) Pneumonie durch Einatmen chemischer Substanzen: J68.-

d) Aspirationspneumonie: J69.-

e) Akute oder chronische interstitielle Pneumonien: J84.-
z.B. BOOP (Bronchiolitis obliterans and organizing pneumonia)

S10.d.3 COPD (chronisch obstruktive Lungenkrankheit)

Schweregrad der COPD

In der ICD-10 GM wird mit der 5. Stelle bei J44.- der Grad der Obstruktion mit dem FEV1-Wert angegeben.

Wahl der HD: Die korrekte Kodierung bei verschiedenen Krankheitsbildern mit COPD:

1.	COPD und/mit **akuter Infektion der unteren Atemwege** (keine eindeutige Pneumonie)	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:	Pneumonie (J10.- - J18.-)
	Nebendiagnose:	J44.0-
4.	COPD und **akute respiratorische 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 zusätzlich an einer neu diagnostizierten COPD	
	Hauptdiagnose:	Andere Pathologie (z.B. S72.-)
	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:	Andere Pathologie (z.B. S72.-)
	Nebendiagnose:	J44.8-
	Nebendiagnose:	J96.1
8.	COPD mit **Superinfektion**	J44.0-

S11 Krankheiten des Verdauungssystems

S11.d Kodierregeln

S11.d.1 Appendizitis

Zur Zuweisung einer Schlüsselnummer aus den Kategorien
K35.– Akute Appendizitis
K36 Sonstige Appendizitis
K37 Nicht näher bezeichnete Appendizitis
ist die **klinische** Diagnose Appendizitis ausreichend. Es ist nicht zwingend erforderlich, dass ein histopathologischer Befund diese Diagnose sichert.

S11.d.2 Adhäsionen

Die Lösung von abdominalen Adhäsionen kann eine aufwändige "Hauptprozedur" oder eine im Rahmen einer anderen Prozedur mitdurchgeführte Begleitprozedur ("Nebenprozedur") sein. Auch wenn Adhäsionen im Verlauf einer anderen Bauchoperation gelöst werden, kann der Vorgang im Einzelfall relevanten Aufwand verursachen. Dann sind ein Diagnosekode (z.B. K66.0 "Peritoneale Adhäsionen") für die Adhäsion und ein Prozedurenkode aus 54.5- "Lösung von peritonealen Adhäsionen" anzugeben.

S11.d.3 Gastrointestinale Blutung

Werden bei einem Patienten mit einer oberen gastrointestinalen (GI) Blutung bei der Endoskopie ein Ulkus, Erosionen oder Varizen gefunden, wird die gefundene Erkrankung "mit einer Blutung" kodiert.

Beispiel: *Gastrointestinale Blutung bei Magenulkus*
HD K25.0 Akutes Ulcus ventriculi mit Blutung

Beispiel: *Refluxösophagitis mit Blutung*
HD K21.0 Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis und
ND K22.8 Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Ösophagus [Ösophagusblutung o.n.A.]

Man kann davon ausgehen, dass die Blutung der Läsion, die im Endoskopiebericht angegeben wird, zugeordnet werden kann, auch wenn die Blutung weder während der Untersuchung noch während des Spitalaufenthaltes auftritt.

Nicht alle Kategorien, die zur Verschlüsselung von gastrointestinalen Läsionen zur Verfügung stehen, stellen einen Kode mit der Modifikation "mit einer Blutung" zur Verfügung. In solchen Fällen wird für die Blutung ein zusätzlicher Kode aus K92.– *Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems* angegeben.

S11.d.4 Dehydratation bei Gastroenteritis

Bei stationärer Aufnahme zur Behandlung einer Gastroenteritis mit Dehydratation wird die Gastroenteritis als Hauptdiagnose und "Dehydratation" (E86 *Volumenmangel*) als Nebendiagnose angegeben.

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 GM. Dieses Kapitel dient nur zur Kodierung des Spitalaufenthaltes der Mutter.

In der Einleitung zum Kapitel XV wird auf etliche Exklusiva hingewiesen. Dabei 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. Zusätzlich finden sich in Kapitel XXI bei den Kategorien Z30-39 "Personen, die das Gesundheitswesen im Zusammenhang mit Problemen der Reproduktion in Anspruch nehmen", wichtige Kodes für die Geburtshilfe.

Die geburtshilflichen Prozedurenkodes 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.

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

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

Frühgeburt (vor dem Termin Geborenes)
Schwangerschaftsdauer von weniger als 37 vollendete Wochen (weniger als 259 Tage).

Lebendgeburt
Als Lebendgeburt gilt ein Kind, das atmet oder mindestens Herzschläge (minimale Lebenszeichen) aufweist.

Totgeburt
Als Totgeburt wird ein Kind bezeichnet, das ohne Lebenszeichen geboren wird und ein Schwangerschaftsalter von mindestens 22 vollendeten Wochen oder ein Geburtsgewicht gleich oder mehr als 500 g besitzt (wobei das Gewicht entscheidend ist).

Abort / Fehlgeburt
Als Abort/Fehlgeburt gilt die vorzeitige Beendigung der Schwangerschaft durch spontane oder künstlich herbeigeführte Ausstossung der Leibesfrucht vor der vollendeten 22. Schwangerschaftswoche oder mit einem Geburtsgewicht von weniger als 500g (wobei das Gewicht entscheidend ist).

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].

S15.d Kodierregeln

S15.d.1 Allgemeine Regeln

S15.d.1A Wahl der Hauptdiagnose

Die Hauptdiagnose bei Hospitalisationen auf der Geburtshilfe-Abteilung ist immer ein Kode des Kapitels XV (O00-O99) mit Berücksichigung der Exklusiva.
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.

Die Ausnahmeregelung der Version 2 des Handbuchs, wonach gewisse Diagnosen des Kapitel XV NICHT Hauptdiagnose sein konnten, wird aufgehoben.

S15.d.1B Hinweise zur Kodierung der Nebendiagnosen

O09.-! Dauer der Schwangerschaft: Bei jeder Hospitalisation während der Schwangerschaft muss **immer** ein Kode der Kategorie O09.-! "Dauer der Schwangerschaft" erfasst werden. Massgebend ist die Schwangerschaftsdauer bei Beginn der Hospitalisation.

Z37.-! Resultat der Entbindung: Ein Kode der Kategorie Z37.-! "Resultat der Entbindung" muss bei Geburten **immer** als Nebendiagnose im Datensatz der Mutter angegeben werden. (Es ist zu beachten, dass die Kategorie Z38.- nur für das Neugeborene zu verwenden ist.)

Z34 Überwachung einer normalen Schwangerschaft: Dieser Kode wird als Nebendiagnose erfasst, wenn eine Patientin wegen einer Erkrankung aufgenommen wird, die weder die Schwangerschaft kompliziert, noch durch die Schwangerschaft kompliziert wird, **sofern sie NICHT in der Abteilung Geburtshilfe liegt.**

Z35.- Überwachung einer Risikoschwangerschaft: Dieser Kode wird bei den entsprechenden Situationen als Nebendiagnose erfasst.

Z22.3 Keimträger anderer näher bezeichneter bakterieller Krankheiten: Der Kode wird als Nebendiagnose erfasst bei Streptococcus-Trägerinnen.

S15.d.2 Vorzeitige Beendigung einer Schwangerschaft von < 22 Wochen (O00-O08)

S15.d.2A O02.- bis O06.- Abort

Die Kodes **der Kategorien O02.- bis O06.-** sind dann zu verwenden, wenn eine Schwangerschaft weniger als 22 Wochen dauert und mit einem spontanen oder therapeutisch eingeleiteten Abort endet.
Als Hauptdiagnose gilt der Abort und als Nebendiagnose dessen Ursache.
Beispiele:
1. *Schwangerschaftsbeendigung wegen Patau-Syndrom (Trisomie 13) nach 12 Schwangerschaftswochen:*
HD O04.9 Ärztlich eingeleiteter Abort, komplett oder nicht näher bezeichnet, ohne Komplikation
ND O35.1 Betreuung der Mutter bei (Verdacht auf) Chromosomenanomalie beim Feten
ND O09.1! Schwangerschaftsdauer 5-13 Wochen

2. *Schwangerschaftsabbruch im Rahmen einer unerwünschten Schwangerschaft:*

HD O04.9 Ärztlich eingeleiteter Abort, komplett oder nicht näher bezeichnet, ohne Komplikation

ND Z64.0 Probleme mit Bezug auf eine unerwünschte Schwangerschaft

ND O09.-! Schwangerschaftsdauer …Wochen

3. *Medikamentöse Unterbrechung der Schwangerschaft durch orale Einnahme von Mifepriston in Kombination mit einem Prostaglandin-Analog (Misoprostol) – bis zu einer Amenorrhœdauer von 49 Tagen (7. Schwangerschaftswoche):*

HD Z30.3 Auslösung der Menstruation

ND Z64.0 Probleme mit Bezug auf eine unerwünschte Schwangerschaft

ND O09.-! Schwangerschaftsdauer …Wochen

S15.d.2B O08.- Komplikationen nach Abort, Extrauteringravidität und Molenschwangerschaft

Hauptdiagnose

Ein Kode aus O08.- "Komplikationen nach Abort, Extrauteringravidität und Molenschwangerschaft" wird nur dann als Hauptdiagnose zugewiesen, wenn eine Patientin wegen einer Komplikation in Folge eines nicht während dem aktuellen Spitalaufenthalt behandelten Aborts stationär aufgenommen wird.
Die Schwangerschaftsdauer wird nicht als Nebendiagnose kodiert, da die Aufnahme zur Behandlung einer Komplikation nach zuvor behandeltem Abort erfolgt.

Beispiel: *Eine Patientin wird zur Behandlung einer Sepsis nach Abort hospitalisiert, der einige Tage zuvor durchgeführt worden war.*

HD O08.0 Infektion des Genitaltraktes und des Beckens nach Abort, Extrauteringravidität und Molenschwangerschaft

ND ein spezifischer Kode für die Sepsis (z.B. A40.-, A41.-)
Begründung: O08.0 unterscheidet nicht zwischen Sepsis und lokaler Infektion, wie z.B. Salpingitis

Nebendiagnose

Ein Kode aus O08.– "Komplikationen nach Abort, Extrauteringravidität und Molenschwangerschaft" wird als Nebendiagnose kodiert, um Komplikationen, die mit einem Abort oder einer Molenschwangerschaft während der derselben Hospitalisation in Zusammenhang stehen, anzugeben.

Beispiel: *Eine Patientin ist wegen einer Fehlgeburt hospitalisiert und während des Spitalaufenthalts entwickelt sie eine schwere Hämorrhagie.*

HD O03.6 Spontanabort, komplett oder nicht näher bezeichnet, kompliziert durch Spätblutung oder verstärkte Blutung

ND O08.1 Spätblutung oder verstärkte Blutung nach Abort, Extrauteringravidität und Molenschwangerschaft

ND O09.–! Schwangerschaftsdauer

S15.d.3 Vorzeitige Beendigung der Schwangerschaft von > 22 Wochen

Wenn die Schwangerschaft mit einer **Totgeburt** (Gestationsalter ≥ 22 SSW; Fetalgewicht mindestens 500g, keine Vitalitätszeichen) vorzeitig beendet wird, ist als Hauptdiagnose der Grund für die Schwangerschaftsbeendigung anzugeben.

Beispiel: *Verdacht auf Fehlbildung des Zentralnervensystems beim Feten.*

HD O35.0 Betreuung der Mutter bei (Verdacht auf) Fehlbildung des Zentralnervensystems beim Feten

ND O60.1 Vorzeitige Wehen mit vorzeitiger Entbindung
oder O60.3 Vorzeitige Entbindung ohne Wehen

ND O80 Spontangeburt eines Einlings

ND O09.–! Schwangerschaftsdauer

ND Z37.1! Totgeborener Einling (bzw. der analoge Kode bei Mehrlingen)

Wenn die vorzeitige Beendigung der Schwangerschaft in eine **Lebendgeburt** mündet, ist gleich vorzugehen mit dem Unterschied des Kodes Z37.0! "Lebendgeborener Einling" (bzw. der analoge Kode bei Mehrlingen).

Intrauteriner Fruchttod

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

S15.d.4 Krankheiten in der Schwangerschaft

Kapitel XV enthält zwei Bereiche zur Kodierung von Krankheiten in Zusammenhang mit der Schwangerschaft:

O20–O29 "*Sonstige Krankheiten der Mutter, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind*"
und
O94–O99 "*Sonstige Krankheitszustände während der Gestationsperiode, die anderenorts nicht klassifiziert sind*"

Speziell zu beachten ist bei Kodes O98-O99 (Krankheiten, die andernorts klassifizierbar sind, die jedoch die Schwangerschaft komplizieren): sie werden als **Hauptdiagnose** und die entsprechenden Kodes der anderen Kapitel als Nebendiagnosen angegeben, wenn die Patientin im Rahmen einer geburtshilflichen Therapie eingewiesen wird. Ist die Krankheit, die die Schwangerschaft kompliziert eine Nebendiagnose, ist nur der spezifische Organkode ohne O98-O99 zu kodieren.

Beispiel 1: *Eine Patientin wird in der 30. Schwangerschaftswoche zur Behandlung eines Karpaltunnelsyndroms, das sich durch die Schwangerschaft verschlimmerte, aufgenommen.*

HD O26.82 Karpaltunnelsyndrom während der Schwangerschaft
ND O09.4! Schwangerschaftsdauer 26.Woche bis 33 vollendete Wochen

Beispiel 2: *Eine Patientin wird wegen einer schweren schwangerschaftsbedingten Eisenmangelanaemie eingewiesen:*

HD O99.0 Anaemie , die Schwangerschaft , Geburt und Wochenbett kompliziert
ND D50.8 Sonstige Eisenmangelanaemien
ND O09.-! Schwangerschaftsdauer

Beispiel 3: *Eine schwangere Patientin kommt ins Spital wegen einer Commoti cerebri nach einem Sturz auf dem verschneiten Trottoir, bei welcher einzig eine neurologische Überwachung stattfindet:*

HD S06.0 Commotio cerebri
ZHD X59.9! Sonstiger und nicht näher bezeichneter Unfall
ND Z34 Überwachung einer normalen Schwangerschaft
ND O09.-! Schwangerschaftsdauer

Zusammengefasst:

Schwangerschaft	Stellt die Krankheit, welche die Schwangerschaft kompliziert oder durch sie verschlechtert wird, den Einweisungs- bzw. Behandlungsgrund dar	O98-O99 als HD
	Stellt die Krankheit, welche die Schwangerschaft kompliziert oder durch sie verschlechtert wird, **nicht** den Einweisungs- bzw. Behandlungsgrund dar	präzisen Kode als ND **ohne** den entsprechenden O98-O99 angegeben
	Wird eine schwangerschaftunabhängige Krankheit diagnostiziert, und diese stellt den Einweisungs- bzw. Behandlungsgrund dar	Erkrankung als HD und die Tatsache, dass die Patientin schwanger ist, mit Z34.- als ND
	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)	O98-O99 als HD
	Beeinflusst die Erkrankung den Spitalaufenthalt jedoch nicht die Entbindungsart	Erkrankung als ND
	Hat die Erkrankung keinen Einfluss	wird sie nicht angegeben

Diffuse Beschwerden bei bestehender Schwangerschaft, für die keine spezifische Ursache gefunden wird, sind mit O26.88 *Sonstige näher bezeichnete Zustände, die mit der Schwangerschaft verbunden sind* zu kodieren.

S15.d.5 Komplikationen der Schwangerschaft, Mutter oder Kind betreffend

S15.d.5A HELLP Syndrom

Das HELLP-Syndrom, dessen Ätiologie nicht eindeutig ist, wird durch eine Hämolyse (**H**), Leberdysfunktion mit erhöhten Transaminasenwerten (**E**levated **L**iver function test) und eine Thrombozytopenie (**L**ow **P**latet counts) charakterisiert und stellt eine schwere und lebensbedrohliche Variante der Präeklampsie dar. Dieses Syndrom wird mit O14.1 "schwere Präeklampsie" kodiert.

S15.d.5B Abnorme Kindslagen und -einstellungen

Kindliche Lage-, Haltungs- und Einstellungsanomalien sind zu kodieren, wenn sie **bei der Geburt** vorliegen.
Bei Geburt aus Beckenendlage ist **bei Vorliegen eines Geburtshindernisses** der Kode
O64.1 *Geburtshindernis durch Beckenendlage* als Hauptdiagnose zu kodieren.
Bei Spontangeburt aus Beckenendlage **ohne Geburtshindernis** ist der Kode
O32.1 *Betreuung der Mutter wegen Beckenendlage* zu kodieren.

S15.d.5C Verminderte Kindsbewegungen

Bei Diagnose "verminderte fetale Bewegungen" ist O36.8 *Betreuung der Mutter wegen sonstiger näher bezeichneter Komplikationen beim Feten* zu kodieren, wenn die zugrunde liegende Ursache nicht bekannt ist. Wenn eine zugrunde liegende Ursache bekannt ist, ist diese Ursache zu kodieren (O36.8 ist in diesem Fall nicht anzugeben).

S15.d.5D 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-date) und/oder zu leicht (light-for-date) sein.

S15.d.5E Uterusnarbe

Der Kode O34.2 "Betreuung der Mutter bei Uterusnarbe durch vorangegangenen chirurgischen Eingriff" wird verwendet, wenn

- die Patientin aufgrund einer früheren Sectio für eine elektive Sectio aufgenommen wird.
- der Versuch einer vaginalen Entbindung bei Uterusnarbe (z.B. Sectio- oder andere operative Uterusnarbe) nicht gelingt und zu einer Sectiogeburt führt.
- eine bestehende Uterusnarbe eine Behandlung erfordert, die Entbindung aber nicht während dieses Spitalaufenthaltes erfolgt, z.B. vorgeburtliche Betreuung wegen Uterusschmerzen durch eine bestehende Narbe.

S15.d.5F Isoimmunisierung (O36.-)

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). Die Anti-D-Injektion wird jedoch immer mit dem Kode 99.11 "Injektion von Rhesus-Immunoglobulin" angegeben.

S15.d.6 Spezielle Kodierregeln für die Geburt

S15.d.6A O80-O82 Entbindung

Die Kategorien O80 bis O82 sollen nicht systematisch als Hauptdiagnose angegeben werden.
Die Kategorie O80 "Spontangeburt eines Einlings" wird nur dann als Hauptdiagnose angegeben, wenn Schwangerschaft und Geburt problemlos verlaufen sind. Ansonsten wird das bedeutendste klinische Problem (z.B. Frühgeburt, Dystokie, Risikoschwangerschaft, usw.) als Hauptdiagnose mit dem entsprechenden Kode aus dem Kapitel XV dokumentiert.
O80 - O82 wird als Nebendiagnose kodiert, wenn ein anderer Kode Hauptdiagnose ist.
O82 „ Geburt durch Schnittentbindung“ unterscheidet in ICD-10 GM nicht mehr zwischen geplant und ungeplant. Eine elektive Sectio wird mit O82 als HD verschlüsselt.

S15.d.6B Behandlungskodierung

S15.d.6B1 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.

S15.d.6B2 Spontangeburt

Die einzigen geburtshilflichen Prozeduren, die bei problemloser Schwangerschaft und Geburt in Verbindung mit dem Hauptdiagnosekode O80 "Spontangeburt eines Einlings" übermittelt werden dürfen, sind:

03.91	*Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie (PDA aus Komfortgründen)*
73.0	*Künstliche Fruchtblasensprengung [Amniotomie]*
73.6	*Episiotomie*
73.59	*sonstige manuell unterstützte Geburt*

S15.d.6B3 Zangengeburt

Eine Zangengeburt wird erfasst nach der Lage des Kopfes im Verhältnis zu den Spinae ischiadicae. Hohe und mittlere Zange werden heute praktisch nicht mehr angewendet.

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).

S15.d.6B4 Sectio

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".

Beispiel: *Komfort-Sectio.*
HD O82 Geburt durch Schnittentbindung
ND Z37.0! Lebendgeborener Einling
ND O09.-! Schwangerschaftsdauer
HB 74.1 Tiefe zervikale Section caesarea

Beispiel: *Eine Patientin tritt ein zur Sectio wegen Beckenendlage.*
HD O32.1 Betreuung der Mutter wegen Beckenendlage
ND O82 Geburt durch Schnittentbindung
ND Z37.0! Lebendgeborener Einling
ND O09.-! Schwangerschaftsdauer
HB 74.1 Tiefe zervikale Section caesarea

S15.d.6C Mehrlingsgeburt

Bei spontanen Mehrlingsgeburten soll ein Kode der Kategorie O30.- "Mehrlingsschwangerschaft" als Hauptdiagnose angegeben werden. In allen anderen Fällen soll(en) die Affektion(en)/Komplikation(en) zuerst angegeben werden und Kode O30.- als Nebendiagnose.
Wird ein Zwilling vaginal, der zweite mit Sectio geboren, erfolgt die Darstellung mit dem Prozeduren-Kode 73.59 für die Normalgeburt und 74.1 für die Sectio.

Zusammenfassung

Geburt ohne Komplikationen	**Geburt mit Komplikationen**
Hauptdiagnose	
Kode der Kategorie O80 - O82 oder O30.-	das klinische Hauptproblem angeben
Nebendiagnosen	
Resultat der Entbindung (Z37.-!)	die Probleme oder Begleiterkrankungen
Schwangerschaftsdauer (O09.-!)	Resultat der Entbindung (Z37.-!)
	Kode der Kategorie O80 bis O82 u. O30.-
	Schwangerschaftsdauer (O09.-!)
Achtung! Z37.-! muss immer kodiert werden!	
Behandlungen	
73.59 "sonstige manuell unterstützte Geburt"	Kode aus Kapitel 13
Achtung! keine P-Kodes und kein Z38.- im Datensatz der Mutter	

S15.d.6D Geburt ausserhalb des Spitals, Entbindung vor der Aufnahme

Wenn eine Patientin vor der Aufnahme in das Krankenhaus ein Kind entbunden hat, keine operativen Prozeduren bezogen auf die Entbindung während der stationären Behandlung durchgeführt wurden und bei der Mutter keine Komplikationen im Wochenbett entstehen, wird der passende Kode aus Kategorie Z39.- *Postpartale Betreuung und Untersuchung der Mutter* zugeordnet.

Wenn eine **Komplikation** zur stationären Aufnahme führt, ist diese Komplikation als Hauptdiagnose zu kodieren. Ein Kode aus Z39.– ist als Nebendiagnose zuzuweisen.

Wenn eine Patientin nach einer Entbindung in ein anderes Krankenhaus verlegt wird, um ein krankes Kind zu begleiten, und die Patientin dort eine nachgeburtliche Routinebetreuung erhält, wird dort ebenfalls der passende Kode aus Z39.– zugeordnet.
Ein Kode aus Z37.-! ist NICHT zuzuweisen.

S15.d.7 Schwangerschaftsdauer und Komplikationen bei Wehentätigkeit und Entbindung

S15.d.7A Frühgeburt, vorzeitige Wehen und frustrane Kontraktionen

Die Kodes
O47.- *frustrane Kontraktionen (unnütze Wehen)*
beinhaltet die nicht portiowirksamen Wehen
O60.- *vorzeitige Wehen mit ohne vorzeitige/termingerechte Entbindung*
beinhaltet die drohende Frühgeburt durch portiowirksame Wehen mit/ohne effektive Frühgeburt

Wenn der Grund für "Frühgeburt" oder für "vorzeitige Wehen oder frustrane Kontraktionen" bekannt ist, ist dieser Grund als Hauptdiagnose zu verschlüsseln, gefolgt vom Kode für "Frühgeburt/vorzeitige Wehen oder frustrane Kontraktionen" als Nebendiagnose. Wenn der Grund nicht bekannt ist, ist der Kode "Frühgeburt/vorzeitige Wehen oder frustrane Kontraktionen" der Hauptdiagnosekode. Ausserdem ist als Nebendiagnose ein Kode aus O09.–! Schwangerschaftsdauer zuzuordnen.

S15.d.7B Verlängerte Schwangerschaftsdauer und Übertragung

O48 *Übertragene Schwangerschaft*
ist zu kodieren, wenn die Entbindung nach vollendeter 42. Schwangerschaftswoche (ab 294 Tagen) erfolgt oder das Kind deutliche Übertragungszeichen zeigt.

Beispiel 1: *Eine Patientin entbindet ein Kind in der 43. Schwangerschaftswoche.*
HD O48 Übertragene Schwangerschaft
ND Z37.0! Lebendgeborener Einling
080 Spontangeburt eines Einlings
O09.7! Schwangerschaftsdauer mehr als 41 vollendete Wochen

Beispiel 2: *Eine Patientin entbindet ein Kind in der 40. Schwangerschaftswoche. Das Kind zeigt deutliche Übertragungszeichen.*
HD O48 Übertragene Schwangerschaft
ND Z37.0! Lebendgeborener Einling
080 Spontangeburt eines Einlings
O09.6! Schwangerschaftsdauer 37. Woche bis 41 vollendete Wochen

S15.d.7C O42.- Vorzeitiger Blasensprung

Als „ Vorzeitig“ wird ein Blasensprung bezeichnet, wenn er 12 oder mehr Stunden vor Wehenbeginn eintritt.
Kodes O42.- sind nur in Situationen zu verwenden, wenn eine Behandlung (zum Beispiel eine Antibiose oder das Einleiten der Geburt) wegen eines vorzeitigen Blasensprunges durchgeführt wird.

S15.d.7D 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.

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

S15.d.7E Geburtseinleitung

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

S15.d.7F Geburtstraumata

Verletzungen während der Geburt, seien sie durch Instrumente oder ohne äussere Einwirkung ("spontan") aufgetreten, werden mit Kodes der Kategorien O70.- "Dammriss unter der Geburt" und 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).

S15.d.7G Uterusatonie und Hämorrhagien

Eine Uterusatonie

- während des Geburtsvorgangs 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 Sectio 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.

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 Wachstumsretardierung, angeborener Fehlbildungen (Geburtsfehler), Sepsis oder Asphyxie unter der Geburt spezieller medizinischer Massnahmen bedürfen.

S16.g.1 Definitionen

S16.g.1A Termingerecht Geborenes, perinatale und neonatale Periode

- 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).
- Die perinatale Periode beginnt 22 Wochen nach dem Beginn der Gestation und endet mit der Vollendung des 7. Tages nach der Geburt.
- Die Neonatalperiode beginnt mit der Geburt und endet mit Vollendung des 28. Tages nach der Geburt.

S16.g.1B Frühgeborene

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

S16.g.1C Totgeborene

Die Kriterien eines Totgeborenen sind dann erfüllt, wenn das Geborene ohne Vitalzeichen ein Gestationsalter von mindestens vollendeten 22 Schwangerschaftswochen oder ein Gewicht von ≥ 500g aufweist, wobei das Gewicht entscheidend ist.

S16.d Kodierregeln

S16.d.1 Wahl der Hauptdiagnose und Nebendiagnose

S16.d.1A Termingerecht Geborenes, perinatale und neonatale Periode

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.V03).

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.
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.

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

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 nur dann 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.
NB: P29.8 wäre der Kode für ein Kind, das < 7 Tage alt ist.

S16.d.1B Frühgeborene

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 2'430 g, aber ohne Pathologie.*
HD P07.12 Geburtsgewicht 1500 bis unter 2500 Gramm
ND P07.3 Sonstige vor dem Termin Geborene

Ein in der 36. Schwangerschaftswoche Geborenes mit einem Geburtsgewicht von 2560 g 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 mit einem Geburtsgewicht von 2030 g, das unter Lungenunreife leidet.*
HD P28.0 Primäre Atelektase beim Neugeborenen
ND P07.12 Geburtsgewicht 1500 bis unter 2500 Gramm
P07.3 Sonstige vor dem Termin Geborene

S16.d.1C 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.*
HD P05.2 Fetale Mangelernährung des Neugeborenen ohne Angabe von zu leicht oder zu klein für das Gestationsalter [light or small for gestational age]
ND 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 beim Neugeborenen eine Behandlung durchgeführt wird. In diesen Fällen wird je nach Infektionsart, Infektion durch HIV oder lokalisierter Infektion mit P00.2 oder P00.8 kodiert (als Hauptdiagnose und ohne Z38.-)

S16.d.1D Totgeborene

Obgleich die Information "Totgeborenes" (z.B. Z37.1 "Totgeborener Einling") bereits im Datensatz der Mutter erscheint, muss auch ein Minimaldatensatz (d.h. ein Fall) und ein Neugeborenen-Zusatzdatensatz für das Kind angelegt werden.
Für das Neugeborene gibt es spezielle Kodes zur Klassifizierung: Kodes der Kategorie P20.- "Intrauterine Hypoxie", P95 "Fetaltod nicht näher bezeichneter Ursache".

S16.d.1E Geburt ausserhalb eines Spitals

In den Fällen, in denen die Niederkunft zu Hause vor der Hospitalisation erfolgt, ist die Hauptdiagnose für das Kind – 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.2 Zusatzdaten des Neugeborenen

Bemerkung zu den Zusatzdaten des Neugeborenen: Seit 1. Januar 2002 ist die Erfassung der Zusatzdaten des Neugeborenen obligatorisch (siehe Anhang G01.6).

S16.d.3 Besondere Massnahmen für das kranke Neugeborene

S16.d.3A Parenterale Therapie

Kode 99.1.- Injektion oder Infusion einer therapeutischen oder prophylaktischen Substanz wird z.B. zugewiesen, wenn eine parenterale Flüssigkeitszufuhr zur Behandlung mit Kohlenhydraten, zur Hydratation oder bei Elektrolytstörungen eingesetzt wird. Gleiches gilt für die präventive parenterale Flüssigkeitszufuhr bei Frühgeborenen unter 2000 g, die erfolgt, um einer Hypoglykämie oder Elektrolytentgleisung vorzubeugen.

S16.d.3B Lichttherapie

Ein Diagnosekode für Neugeborenengelbsucht wird nur zugeordnet, wenn eine Lichttherapie **länger als zwölf Stunden** durchgeführt wurde.
Als Therapie wird 99.83 sonstige Phototherapie erfasst.

S16.d.4 Atemnotsyndrom des Neugeborenen/Hyaline Membranenkrankheit/Surfactantmangel

Der Kode für das Atemnotsyndrom bei Neugeborenen (P22.0 Atemnotsyndrom [Respiratory distress syndrom] des Neugeborenen) ist der Kodierung folgender Zustände vorbehalten:

- Hyaline Membranenkrankheit
- Atemnotsyndrom
- Surfactant-Mangel

S16.d.5 Massives Aspirationssyndrom und transitorische Tachypnoe beim Neugeborenen

Die Kategorie P24.– *Aspirationssyndrome beim Neugeborenen* ist zu verwenden, wenn die Atemstörung – bedingt durch das Aspirationssyndrom – **eine Sauerstoffzufuhr von über 24 Stunden Dauer erforderte.**

Der Kode P22.1 *Transitorische Tachypnoe beim Neugeborenen* ist bei folgenden Diagnosen zu verwenden:

- transitorische Tachypnoe beim Neugeborenen (ungeachtet der Dauer der Sauerstofftherapie)
  oder
- Aspirationssyndrom beim Neugeborenen, wenn die Atemstörung eine Sauerstoffzufuhr **von weniger als 24 Stunden Dauer** erforderte.

Ein CHOP-Kode der Kategorie 93.9- ist zusätzlich zu kodieren

S16.d.6 Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie (HIE)

Die hypoxisch-ischämische Enzephalopathie wird klinisch wie folgt eingestuft:
1. Grad: Übererregbarkeit, Hyperreflexie, erweiterte Pupillen, Tachykardie, aber keine Krampfanfälle.
2. Grad: Lethargie, Miosis, Bradykardie, verminderte Reflexe (z.B. Moro-Reflex), Hypotonie und Krampfanfälle.
3. Grad: Stupor, Schlaffheit, Krampfanfälle, fehlende Moro- und bulbäre Reflexe.

Die ICD-10 GM sieht für die Kodierung einer hypoxisch-ischämischen Enzephalopathie den Kode P91.6 „Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie beim Neugeborenen [HIE]“ vor. Die Kodes für den jeweiligen Schweregrad der HIE sind wie unten aufgelistet zusätzlich zu kodieren. Die oben aufgeführten Symptome sind – mit Ausnahme von Konvulsionen – nicht separat zu kodieren.

<u>Kodierung HIE 1. Grad</u>
P91.3 Zerebrale Übererregbarkeit des Neugeborenen
+ P21.0 Schwere Asphyxie unter der Geburt oder P20.- Intrauterine Hypoxie
<u>Kodierung HIE 2. Grad</u>
P91.4 Zerebraler Depressionszustand des Neugeborenen
+ P90 Krämpfe beim Neugeborenen (falls vorhanden)
+ P21.0 Schwere Asphyxie unter der Geburt oder P20.- Intrauterine Hypoxie
<u>Kodierung HIE 3. Grad</u>
P91.5 Koma beim Neugeborenen
+ P90 Krämpfe beim Neugeborenen (falls vorhanden)
+ P21.0 Schwere Asphyxie unter der Geburt oder P20.- Intrauterine Hypoxie

S19 Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äusserer Ursachen

S19.1 Verletzungen

S19.1.d Kodierregeln

S19.1.d.1 Oberflächliche Verletzungen

Abschürfungen und Prellungen werden nicht kodiert, wenn sie mit schwereren Verletzungen derselben Lokalisation im Zusammenhang stehen, es sei denn, sie erhöhen den Aufwand für die Behandlung der schwereren Verletzung, z.B. durch zeitliche Verzögerung.

S19.1.d.2 Fraktur und Luxation

S19.1.d.2.A Fraktur oder Luxation mit Weichteilschaden, offene Fraktur

Zum Kodieren einer Fraktur/Luxation werden 2 Kodes benötigt (Ausnahme siehe unten). Als Hauptdiagnose ist der Kode der Fraktur, bzw. der Luxation anzugeben, danach als Nebendiagnose der entsprechende Kode für den Schweregrad des Weichteilschadens. Mit dieser Zusatzkodierung wird auch eine offene Fraktur von einer geschlossenen Fraktur unterschieden.
Ausnahme: Nur geschlossene Frakturen mit einfacher Bruchform oder Luxationen mit Weichteilschaden Grad 0 oder n.n.b. erhalten keinen zusätzlichen Kode.

Die Zusatzkodes für Weichteilschaden sind
Sx1.84! – 89! Weichteilschaden Grad I bis III bei geschlossener oder offener Fraktur / Luxation
(x je nach Körperregion).
In der ICD10-GM findet sich bei den Kodes jeweils ein begleitender Text, der den Schweregrad umschreibt.

Beispiel: *Patient mit einer offenen Oberschenkelschaftfraktur II.Grades nach Sturz*

HD	*S72.3 Fraktur des Femurschaftes*
ZHD	*X59.9! sonstiger näher bezeichneter Unfall*
ND	*S71.88! Weichteilschaden II.Grades bei offener Fraktur oder Luxation der Hüfte und des Oberschenkels*

S19.1.d.2.B Luxationsfraktur

In diesen Fällen ist sowohl für die Fraktur, als auch für die Luxation ein Kode zuzuweisen; der erste Kode für die Fraktur.
Zu beachten ist, dass die ICD-10 GM in bestimmten Fällen Kombinationskodes vorsieht. Beispiel: S52.31 Fraktur des distalen Radiusschaftes mit Luxation des Ulnakopfes.

S19.1.d.2C Fraktur und Luxation an gleicher oder unterschiedlicher Lokalisation

Bei Vorliegen einer kombinierten Verletzung an gleicher Lokalisation ist die Angabe eines Zusatzkodes für den Schweregrad des Weichteilschadens ausreichend.
Liegen bei einem Patienten mehrere Frakturen / Luxationen unterschiedlicher Lokalisation vor, so muss für jede Lokalisation der Weichteilschaden Grad I - III erfasst werden.

S19.1.d.2D Knochenkontusion

Eine Knochenkontusion mit radiologisch nachgewiesener Fraktur der Spongiosa bei intakter Kortikalis wird wie eine Fraktur kodiert.

S19.1.d.3 Offene Wunden/Verletzungen

Für jede Körperregion steht eine Kategorie für offene Wunden zur Verfügung.
Dort finden sich neben den "!"Kodes für Weichteilschäden bei Fraktur auch "!"Kodes für Verletzungen, bei denen durch die Haut in Körperhöhlen eingedrungen wurde ("intrakranielle", "intrathorakale" oder "intraabdominale" Wunden).

S19.1.d.3A Offene Verletzungen mit Gefäss-, Nerven- und Sehnenbeteiligung

Liegt eine Verletzung mit Gefässschaden vor, hängt die Reihenfolge der Kodes davon ab, ob der Verlust der betroffenen Gliedmasse droht. Ist dies der Fall, so ist in dieser Reihenfolge zu kodieren:

- die arterielle Verletzung,
- die Verletzung des Nervs,
- die Verletzung der Sehnen,
- die Fleischwunde.

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

S19.1.d.3B Offene intrakranielle, intrathorakale, intraabdominelle Verletzung

Zuerst ist der Kode für die Verletzung anzugeben, gefolgt vom Kode für die offene Wunde.
Beispiel: *Patient mit Messerstichverletzung am Thorax mit Hämatothorax*
HD S27.1 Traumatischer Hämatothorax
ZHD Y09.9! Tätlicher Angriff
ND S21.83! offene Wunde (jeder Teil des Thorax) mit Verbindung zu einer intrathorakalen Verletzung

S19.1.d.3C Offene Fraktur mit intrakranieller, intrathorakaler, intraabdomineller Verletzung

Wo eine offene Schädelfraktur verbunden mit einer intrakraniellen Verletzung / offene Fraktur des Rumpfes mit einer intrathorakalen, intraabdominellen Verletzung vorliegt, sind folgende Kodes anzugeben:

- ein Kode für die intrakranielle / intrakavitäre Verletzung
- einer der folgenden Kodes:
  - Kode für die offene Verletzung nach Lokalisation
  - die Kodes für die Fraktur
  - ein Kode für den Schweregrad des Weichteilschadens.

S19.1.d.3D Komplikationen einer offenen Wunde

Kode für die offene Wunde als HD, gefolgt von einem Kode aus T89.0- Komplikationen einer offenen Wunde
Beispiel: *Patient mit Glassplittern in offener Kniewunde. Die Wunde ist infiziert, im Abstrich findet sich Staphylococcus aureus*
HD S81.0 offene Wunde am Knie
ZHD Y34.9! nicht näher bezeichnetes Ereignis, Umstände unbestimmt
ND T89.01 Komplikationen einer offenen Wunde , Fremdkörper (mit oder ohne Infekt)
ND B95.6! Staphylococcus Aureus als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind

S19.1.d.4 Bewusstlosigkeit

S19.1.d.4A Bewusstlosigkeit im Zusammenhang mit einer Verletzung

Wenn ein Verlust des Bewusstseins im Zusammenhang mit einer Verletzung aufgetreten ist, ist die Art der Verletzung vor einem Kode aus S06.7- *Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma* für die Dauer der Bewusstlosigkeit anzugeben.
Nicht verletzungsbedingte Bewusstseinsstörung wird mit R40.0- "Somnolenz, Stupor, Koma" kodiert.

S19.1.d.5 Verletzung des Rückenmarks (mit traumatischer Paraplegie und Tetraplegie)

S19.1.d.5A Die akute Phase - unmittelbar posttraumatisch

Behandlungszeitraum unmittelbar nach dem Trauma. Kann mehrere Krankenhausaufenthalte umfassen.

Beispiel: *Kompression des Rückenmarks, Kontusion, Riss, Querschnitt oder Quetschung*
Kodierung :

1. Die Art der Rückenmarksverletzung — *z.B. S14.13 sonstige inkomplette Querschnittsverletzung der zervikalen RM*
2. Die funktionale Höhe der Verletzung — *z.B. S14.75 Funktionale Höhe der RM-Verletzung C5*

Patienten mit Rückenmarksverletzungen haben mit hoher Wahrscheinlichkeit gleichzeitig eine Wirbelfraktur oder -luxation erlitten; demnach sind folgende Angaben zu kodieren:

3. Die Bruchstelle, wenn eine Fraktur der Wirbel vorliegt — *z.B. S12.22 Fraktur des 4. Halswirbels*
4. Die Ebene der Luxation, wenn eine Luxation vorliegt — *z.B. S13.14 Luxation C4/C5*
5. Der Schweregrad des Weichteilschadens bei einer Fraktur/Luxation — *z.B. S11.84! Weichteilschaden 1. Grades bei geschlosssener Fraktur*

S19.1.d.5B Die akute Phase – Verlegung des Patienten

Wird ein Patient, der in Folge eines Traumas eine Verletzung des Rückenmarks erlitten hat, von einem Akutkrankenhaus in ein anderes Akutkrankenhaus verlegt, ist der Kode für die Art der Rückenmarksverletzung als Hauptdiagnose anzugeben und die funktionale Höhe der Rückenmarksverletzung als erste Nebendiagnose.

S19.1.d.5C Rückenmarksverletzung – chronische Phase

Die chronische Phase betrifft Patienten mit Paraplegie/Tetraplegie, die zur Behandlung von anderen Erkrankungen aufgenommen werden, welche mit ihrem Zustand im Zusammenhang stehen können oder nicht (z.B. Harnwegsinfekt).

In diesen Fällen ist die zu behandelnde Erkrankung, gefolgt von einem Kode der Kategorie G82. – "Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie" mit einer fünften Stelle anzugeben sowie andere vorliegende Erkrankungen. Die Reihenfolge dieser Diagnosen muss sich an der Definition der Hauptdiagnose orientieren.

Die Kodes für die Verletzungen des Rückenmarks sind nicht anzugeben, da diese nur in der akuten Phase zu verwenden sind**. Die Folgen einer Verletzung werden mit T91.- kodiert.**

S19.1.d.5D Kodierung von Wirbelfrakturen und –luxationen:

Bei Mehrfachfrakturen bzw. -luxationen ist jede Höhe einzeln anzugeben.

S19.1.d.6 Mehrfachverletzungen - Polytrauma

Die einzelnen Verletzungen werden, wann immer möglich, entsprechend ihrer Lokalisation und ihrer Art so genau wie möglich kodiert.

Die Kombinationskodes für Mehrfachverletzungen an einer Lokalisation S00–S99, die mit einer .7 an vierter Stelle "multiple Verletzungen" kodieren, sowie die Kodes T00-T07, die Verletzungen an mehreren Körperregionen verschlüsseln, sind unspezifisch und nur dann zu benutzen, wenn keine genaueren Angaben vorliegen.

S19.1.d.6A Reihenfolge der Kodes bei multiplen Verletzungen

Hauptdiagnose ist die schwerwiegendste Verletzung, die Verletzung, die die aufwändigste Behandlung erforderte. Zu erwähnen sind v.a.:

- Innere Verletzungen
- Intrakranielle Verletzungen/Hämorrhagien
- Offene Frakturen

Die übrigen Verletzungen werden als Nebendiagnose erfasst.

Wann immer möglich sind spezifische Einzelkodes anzugegeben und nicht die Mehrfachverletzungskodes wie S00-S99.7 *Multiple Verletzungen* oder T00-T07 *Verletzungen an sonstigen Kombinationen von Körperregionen.*

Beispiel: *Ein Patient wird mit fokaler Hirnkontusion, traumatischer Amputation eines Ohres, 20-minütiger Bewusstlosigkeit, Prellung von Gesicht, Kehlkopf und Schulter sowie mit Schnittwunden in Wange und Oberschenkel aufgenommen.*

HD S06.31 Umschriebene Hirnkontusion
ZHD X59.9! Sonstiger oder nicht näher bezeichneter Unfall
ND S06.70! Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma, weniger als 30 Minuten
S08.1 Traumatische Amputation des Ohres
S01.41 Offene Wunde der Wange
S71.1 Offene Wunde des Oberschenkels
S00.85 Oberflächliche Verletzung sonstiger Teile des Kopfes, Prellung
S10.0 Prellung des Rachens
S40.0 Prellung der Schulter und des Oberarms

S19.1.d.7 Verbrennungen und Verätzungen

S19.1.d.7A Reihenfolge der Kodes

Das Gebiet mit der schwersten Verbrennung/Verätzung ist zuerst anzugeben. Eine Verbrennung/Verätzung dritten Grades ist demnach vor einer Verbrennung/Verätzung zweiten Grades anzugeben, auch wenn letztere einen grösseren Teil der Körperoberfläche betrifft.

Bei Verbrennungen/Verätzungen desselben Gebietes, aber unterschiedlichen Grades, ist zuerst der höchste Grad anzugeben.

Verbrennungen/Verätzungen, die eine Hauttransplantation erfordern, sind immer vor denjenigen anzugeben, die keine erfordern.

Liegen mehrere Verbrennungen/Verätzungen desselben Grades vor, dann wird das Gebiet mit der grössten betroffenen Körperoberfläche zuerst angegeben. Alle weiteren sind – wenn immer möglich – mit ihrer jeweiligen Lokalisation zu kodieren.

Wenn die Zahl der Diagnosen die Anzahl der maximal übermittelbaren Diagnosen übersteigt, ist der Kode T29.- (Verbrennungen oder Verätzungen mehrerer und nicht näher bezeichneter Körperregionen) zu verwenden.

Bei Verbrennungen/Verätzungen dritten Grades sind immer die differenzierten Kodes zu verwenden. Wenn Mehrfachkodes erforderlich sind, werden diese für Verbrennungen/Verätzungen zweiten Grades benutzt.

S19.1.d.7B Körperoberfläche (KOF)

Der Prozentsatz der betroffenen Körperoberfläche ist mit einem zusätzlichen Kode anzuzeigen.

Ein einziger Kode ist zu verwenden, um nach dem letzten Kode für den Schweregrad die Summe aller einzelnen Verbrennungen/Verätzungen anzugeben: T31.–! und T32.–!

S19.2 Vergiftungen (akzidentelle und vorsätzliche)

S19.2.g Allgemeines

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.

S19.2.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-Y-Kode). Als Nebendiagnose(n) sind dann die Symptome oder Pathologien zu kodieren, die als Folge der Vergiftung auftreten.

S19.2.d.1 Vorsätzliche Vergiftung

- Hauptdiagnose: Der entsprechende Kode der Vergiftung (T36-T65),
- Zusatz zur Hauptdiagnose (obligatorisch): X84.9! Vorsätzliche Selbstbeschädigung
- Nebendiagnosen: Symptome oder Pathologien, die Folge der Vergiftung sind,
- Nebendiagnosen: Diagnostizierte und aktuelle psychiatrische Störungen.

S19.2.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,
- Obligatorischer Zusatz zur Hauptdiagnose: X84.9! Vorsätzliche Selbstbeschädigung
- Nebendiagnose: 2 Möglichkeiten: F10.0 Akute Intoxikation durch Alkohol
  oder F10.1 Schädlicher Gebrauch von Alkohol

Für akzidentelle Alkohol-Vergiftungen (zum Beispiel beim Kind): T51.0.
Für vorsätzliche Alkohol-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 Z91.8 angegeben werden.

Beispiel: *Ein aufgrund einer 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.*

HD	*T40.5 Vergiftung durch Kokain*
ZHD	*X84.9! Vorsätzliche Selbstbeschädigung*
ND	*F10.0 Akute Intoxikation [akuter Rausch]*
	F32.9 Depressive Episode, nicht näher bezeichnet

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 durch Vergiftung folgt in der Nebendiagnose.

S19.2.d.3 Akzidentelle Vergiftung oder Überdosierung

HD Der entsprechende Kode der Vergiftung (T36-T65),
ZHD X49.9! Akzidentelle Vergiftung
ND 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.*

HD T61.0 Ciguatera-Fischvergiftung
ZHD X49.9! Akzidentelle Vergiftung
ND R11 Übelkeit und Erbrechen
R53 Unwohlsein und Ermüdung

S19.2.d.4 Vergiftungen durch Arzneimittel ohne nähere Bezeichnung einer Absicht

HD Der entsprechende Kode der Vergiftung (T36-T65),
ZHD Y34.9! Nicht näher bezeichnetes Ereignis, Umstände unbestimmt
ND Symptome oder Pathologien, die Folge der Vergiftung sind

S19.2.d.5 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.

HD Der entsprechende Kode der Vergiftung (T42.-)
ZHD X84.9! Vorsätzliche Selbstbeschädigung, X49.9! akzidentelle Vergiftung
ND Symptome oder Pathologien, die Folge der Vergiftung sind, d.h. Kode R40.- für das Koma.
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.*

HD T42.3 Vergiftung durch Barbiturate
ZHD X84.9! Vorsätzliche Selbstbeschädigung
ND R40.2 Koma, nicht näher bezeichnet

Entgegen der Grundregeln sind bei einer Insulin-Überdosis die Kodes der Diabetes-Kategorien E10-E14 mit der vierten Stelle .6 "mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen" als Hauptdiagnose anzugeben, sowie T38.3 "Vergiftung durch Insulin und orale blutzuckersenkende Arzneimittel [Antidiabetika]" als Nebendiagnose anzugeben.

S19.2.d.6 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 wird obligatorisch angegeben.

S19.3 Suizidversuch, ausgenommen Vergiftung durch Arzneimittel

S19.3.g 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.

S19.3.d 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: X84.9! Vorsätzliche Selbstbeschädigung,
- 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 Z91.8 angegeben.

Beispiel: *Ein 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.*

HD S15.0 Verletzung der A. carotis
ZHD X84.9! Vorsätzliche Selbstbeschädigung,
ND F33.2 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome

S19.4 Unerwünschte Nebenwirkungen von Arzneimitteln

S19.4.g Allgemeines

Unerwünschte Nebenwirkungen **korrekt verschriebener und verabreichter Arzneimittel** oder therapeutischer Substanzen sind nach Art der Wirkungen zu klassifizieren: Dafür stehen in ICD-10 GM eine Reihe spezielle Kodes für arzneimittelinduzierte Krankheiten (siehe Anhang S 19) zur Verfügung. Falls keiner dieser Kode zutrifft, ist ein anderer Organkode, der die Nebenwirkung spezifisch umschreibt zu erfassen.

In diesem Fall erlaubt der Zusatz zur Hauptdiagnose Y57.9! "Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen" zu präzisieren, dass es sich um eine unerwünschte Wirkung handelt. Es ist unbedingt zu beachten, dass eine Nebenwirkung eines Medikaments nicht gleichbedeutend mit einer Vergiftung ist.

S19.4.d Kodierregeln

Hauptdiagnose ist die Art der Affektion.
Zusatz zur Hauptdiagnose ist: Y57.9! Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen

Beispiel: *Ein Patient wird zur Behandlung einer chronischen Nephropathie infolge einer Dauertherapie mit einem Analgetikum hospitalisiert (Phenacetinniere).*

HD N14.0 Analgetika-Nephropathie
ZHD Y57.9! Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen

Beispiel: *Ein Patient wird wegen eines Psoashämatoms infolge der Einnahme von Antikoagulanzien hospitalisiert.*

HD D68.3 Hämorrhagische Diathese durch zirkulierende Antikoagulanzien

ZHD Y57.9! Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen

S19.4.d.1 Nebenwirkungen während der Hospitalisation

Tritt die Nebenwirkung während der Hospitalisation auf, wird sie immer als Nebendiagnose 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 des in der Chemotherapie enthaltenen Cisplatin diagnostiziert.*

HD C56 Bösartige Neubildung des Ovars

ND Z51.1 Chemotherapie-Sitzung wegen bösartiger Neubildung

D61.10 Aplastische Anaemie infolge zytostatischer Therapie

Y57.9! Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen

S19.4.d.2 Anaphylaktischer Schock

A) 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: Y57.9! Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen

Nebendiagnosen: Effekte beschreiben.

B) durch eine andere Ursache ausgelöst

Hauptdiagnose: T78.2 "Anaphylaktischer Schock, nicht näher bezeichnet".

Anschliessend folgt die Kodierung der externen Ursache mit den Kodes für die externen Ursachen.

S21 Rehabilitation

S21.g Allgemeines

Die Kodierung der Rehabilitationsfälle wird ab 2010 neu geregelt.

Die Rehabiliationsfälle umfassen die folgenden Situationen:

- 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, Arthropathien, Schmerzsyndrome, usw.)

S21.d Regeln

Der Rehabilitationsaufenthalt eines Patienten wird wie folgt kodiert :

HD Die Krankheit des Patienten
ND Kode aus Z50.- "Rehabilitationsmassnahmen" oder Z54.- "Rekonvaleszenz"
HB 93.89.- "Rehabilitationsbehandlung" falls zutreffend

Beispiele:

1. Rehabilitation nach Myokardinfarkt
HD I21.- Myokardinfarkt
ND Z50.0 Rehabilitationsmassnahmen bei Herzkrankheit

2. Rehabilitation nach Herzoperation, z.B. AC-Bypass wegen KHK
HD I25.- Koronare Herzkrankheit
ND Z50.0 Rehabilitationsmassnahmen bei Herzkrankheit
Z95.1 Vorhandensein eines aortokoronaren Bypasses

3. Rekonvaleszenz bei Tumor mit Chemotherapie
HD Tumordiagnose
ND Z54.2 Rekonvaleszenz nach Chemotherapie

4. Rehabilitation nach Hüfttotalprothese bei Arthrose
HD M16.0 primäre Arthose des Hüftgelenks
ND Z50.9 Rehabilitationsmassnahme, nicht näher bezeichnet
Z96.6 Vorhandensein von orthopädischen Gelenkimplantaten

5. Rehabilitation bei Rückenschmerzen
HD M54.- Rückenschmerzen
ND Z50.9 Rehabilitationsmassnahme, nicht näher bezeichnet

Anhang zu Kapitel S16

Liste der bis zum 28. Lebenstag erlaubten P-Kodes

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	Mekoniumpfropf-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 zu Kapitel S19

Liste der Kodes zur Beschreibung von unerwünschten Nebenwirkungen von Arzneimitteln

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
D69.5-	Sekundäre Thrombozytopenie
D70.1-	Agranylozytose
E03.2	Hypothyreose durch Arzneimittel oder andere exogene Substanzen
E06.4	Arzneimittelinduzierte Thyreoiditis
E15	Arzneimittelinduziertes Insulinkoma beim Nichtdiabetiker
E16.0	Arzneimittelinduzierte Hypoglykämie ohne Koma
E23.1	Arzneimittelinduzierter Hypopituitarismus
E24.2	Arzneimittelinduziertes Cushing-Syndrom
E25.8	Sonstige adrenogenitale Störungen (Arzneimittelinduzierte)
E27.3	Arzneimittelinduzierte Nebennierenrindeninsuffizienz
E28.0	Arzneimittelinduzierter Östrogenüberschuss
E28.1	Arzneimittelinduzierter Angrogenüberschuss
E66.1-	Arzneimittelinduzierte Adipositas
G21.0	Malignes Neuroleptika-Syndrom
G21.1	Sonstiges arzneimittelinduziertes Parkinson-Syndrom
G24.0	Arzneimittelinduzierte Dystonie
G25.1	Arzneimittelinduzierter Tremor
G25.3	Arzneimittelinduzierter Myoklonus
G25.4	Arzneimittelinduzierte Chorea
G25.6	Arzneimittelinduzierte Tics und sonstige Tics organischen Ursprungs
G40.5	Spezielle epileptische Syndrome
G44.4	Arzneimittelinduzierter Kopfschmerz, andernorts nicht klassifiziert
G61.1	Serumpolyneuropathie
G62.0	Arzneimittelinduzierte Polyneuropathie
G71.1	Arzneimittelinduzierte Myotonie
G72.0	Arzneimittelinduzierte Myopathie
G93.7	Reye-Syndrom
G95.8-	Sonstige n.bez. Krankheiten des Rückenmarkes durch Arzneimittel
H26.3	Arzneimittelinduzierte Katarakt
H40.6	Glaukom [sekundär] nach Arzneimittelverabreichung
I42.7	Kardiomyopathie durch Arzneimittel oder sonstige exogene Substanzen
I95.2	Hypotonie durch Arzneimittel
J45.1	Medikamentös ausgelöstes nichtallergisches Asthma Bronchiale
J70.2	Akute arzneimittelinduzierte interstitielle Lungenkrankheiten
J70.3	Chronische arzneimittelinduzierte interstitielle Lungenkrankheiten
J70.4	Arzneimittelinduzierte interstitielle Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet
K71.-	Arzneimittelinduzierte Leberkrankheit
K85.3-	Arzneimittelinduzierte akute Pankreatitis
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
M10.2-	Arzneimittelinduzierte Gicht
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
R50.2	Medikamenten-induziertes Fieber [Drug fever]
T88.6	Anaphylaktischer Schock als unerwünschte Nebenwirkung eines indikationsgerechten Arzneimittels oder einer indikationsgerechten Droge bei ordnungsgemäßer Verabreichung
T88.7	Nicht näher bezeichnete unerwünschte Nebenwirkung eines Arzneimittels oder einer Droge

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 (zum Teil auch als Diskette/CD-Rom)	032 713 60 60 order@bfs.admin.ch
Online Datenrecherche (Datenbanken)	www.statdb.bfs.admin.ch

Nähere Angaben zu den verschiedenen Diffusionsmitteln im Internet unter der Adresse www.statistik.admin.ch→Dienstleistungen→Publikationen Statistik Schweiz

Gesundheit

Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2007. Definitive Resultate
(Standardtabellen), Neuchâtel 2009, Bestellnummer: 532-0902-05, 60 Seiten, gratis

Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2007. Definitive Resultate
(Standardtabellen), Neuchâtel 2009, Bestellnummer: 532-0904-05, 72 Seiten, gratis

Krankenhausstatistik 2007. Definitive Resultate
(Standardtabellen), Neuchâtel 2009, Bestellnummer: 532-0901-05, 48 Seiten, gratis

Gesundheitsstatistik 2009, Neuchâtel 2009, Bestellnummer: 847-0900, 8 Seiten, gratis

Spitex-Statistik 2007, Neuchâtel 2009, Bestellnummer: 1026-0700-05, 59 Seiten, gratis

Hochspezializierte Statistik in der Schweiz: Behandlungsfälle, Leistungserbringer und Behandlungsaufwand 2005
StatSanté 4/2007, Neuchâtel 2007, Bestellnummer: 516-0704, 28 Seiten, gratis

Neugeborene in Schweizer Spitälern 2004. Spitalversorgung von termin- und Frühgeborenen Säuglingen
StatSanté 2/2007, Neuchâtel 2007, Bestellnummer: 516-0702, 23 Seiten, gratis

Gebären in Schweizer Spitälern.
Spitalaufenthalte während Schwangerschaft und Entbindung
StatSanté 1/2007, Neuchâtel 2007, Bestellnummer: 516-0701, 32 Seiten, gratis

Im Rahmen der Medizinischen Statistik werden sämtliche stationären Spitalaufenthalte erfasst.

Die Erhebung, welche in allen Krankenhäusern und Kliniken durchgeführt wird, umfasst neben administrativen Daten und soziodemografischen 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 GM für die Diagnosen und die CHOP 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
543-0900

Bestellungen
Tel.: 032 713 60 60
Fax: 032 713 60 61
E-Mail: order@bfs.admin.ch

Preis
Fr. 15.– (exkl. MWST)

ISBN 978-3-303-14133-5