

14

Gesundheit

543-1200

Kodierungshandbuch

Der offizielle Leitfaden der Kodierrichtlinien

Version 2012

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Statistik BFS

Neuchâtel, 2011

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

Statistik der Schweiz

Kodierungshandbuch

Der offizielle Leitfaden der Kodierrichtlinien in der Schweiz

Version 2012

Bearbeitung Christiane Ricci
Olivier Plachta
Constanze Hergeth
Christopher Schmidt
Ursula Althaus
Pierre Phedon Tahintzi
Hans-Ulrich Euler

Herausgeber Bundesamt für Statistik (BFS)

Office fédéral de la statistique (OFS)
Neuchâtel, 2011

Herausgeber:	Bundesamt für Statistik (BFS)
Auskunft:	Kodierungssekretariat BFS 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:	543-1200
Preis:	Fr. 19.– (exkl. MWST)
Reihe:	Statistik der Schweiz
Fachbereich:	14 Gesundheit
Originaltext:	Deutsch
Titelgrafik:	BFS; Konzept: Netthoevel & Gaberthüel, Biel; Foto: © Uwe Bumann – Fotolia.com
Grafik/Layout:	Sektion DIAM, Prepress / Print
Copyright:	BFS, Neuchâtel 2011 Abdruck – ausser für kommerzielle Nutzung – unter Angabe der Quelle gestattet
ISBN:	978-3-303-14160-1

Inhaltsverzeichnis

Danksagung 7

Einleitung 8

Abkürzungen des Kodierungshandbuches ... 9

Grundlagen G00 – G56 10

G00a Medizinische Statistik und medizinische Kodierung ... 10
G01a Geschichte ... 10
G02a Organisation ... 11
G03a Gesetzliche Grundlagen ... 11
G04a Ziele der Medizinischen Statistik ... 12
G05a Anonymisierung der Daten ... 12
G06a Der medizinische Datensatz, Definitionen und Variablen ... 12
G10a Medizinische Statistik und das SwissDRG Patientenklassifikationssystem ... 14
G20a Die Klassifikationen (ICD-10-GM und CHOP) ... 15
G21a ICD-10-GM ... 15
G22a Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP) ... 20
G30a Der Weg zur korrekten Kodierung ... 23
G40a Dokumentation der Diagnosen und der Prozeduren ... 23
G50a Definitionen ... 23
G51a Behandlungsfall ... 23
G52a Die Hauptdiagnose ... 24
G53a Der Zusatz zur Hauptdiagnose ... 24
G54a Die Nebendiagnosen ... 25
G55a Die Hauptbehandlung ... 26
G56a Die Nebenbehandlungen ... 26

Allgemeine Kodierrichtlinien für Krankheiten/Diagnosen D00-D15 27

D00a Abnorme Befunde ... 27
D01a Symptome ... 27
D02a Unilaterale und bilaterale Diagnosen ... 28
D03a Kreuz†-Stern*-Kodes ... 28
D04a Kodes mit Ausrufezeichen ("!") ... 29
D05a Status nach/Vorhandensein von/Fehlen von ... 30
D06a Folgezustände ... 31
D07a Geplante Folgeeingriffe ... 32
D08a Sich anbahnende oder drohende Krankheit ... 33
D09a Verdachtsdiagnosen ... 33
D10a Chronische Krankheiten mit akutem Schub ... 34
D11a Kombinationskodes ... 35
D12a Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen (Komplikationen) ... 36
D13a Syndrome ... 39
D14a Aufnahme zur Operation/Prozedur, nicht durchgeführt ... 40
D15a Verlegung zur Weiterbehandlung ... 41

Allgemeine Kodierrichtlinien für Prozeduren P00-P09 43

P00a Erfassung der Prozedur im medizinischen Datensatz ... 43
P01a Prozeduren, die kodiert werden müssen ... 43
P02a Prozeduren, die nicht kodiert werden ... 44
P03a Endoskopie und endoskopische Eingriffe ... 45
P04a Kombinationseingriffe/Komplexe Operationen ... 46
P05a Unvollständig durchgeführte Eingriffe ... 47
P06a Mehrfach durchgeführte Prozeduren ... 48
P07a Bilaterale Operationen ... 49
P08a Revisionen eines Operationsgebietes/Reoperationen ... 50
P09a Organentnahme und Transplantation ... 51

Spezielle Kodierrichtlinien S0100-S2100 54

S0100 Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten ... 54
S0101a Bakteriämie ... 54
S0102a Sepsis ... 54
S0103a SIRS ... 56
S0104a HIV/AIDS ... 57
S0105a Echter Krupp – Pseudokrupp – Kruppsyndrom ... 59
S0200 Neubildungen ... 60
S0201a Tumoraktivität ... 61
S0202a Wahl der Hauptdiagnose ... 61
S0203a Nachresektion im Tumorgebiet ... 62
S0204a Tumornachweis nur in der Biopsie ... 62
S0205a Komplikationen nach medizinischen Massnahmen ... 63
S0206a Verdacht auf Tumor oder Metastasen ... 63
S0207a Nachuntersuchung ... 63
S0208a Rezidive ... 64
S0209a Tumore mit endokriner Aktivität ... 64
S0210a Multiple Lokalisationen ... 64
S0211a Überlappende Lokalisation ... 65
S0212a Remission bei malignen immunoproliferativen Erkrankungen und Leukämie ... 65
S0213a Lymphangiosis carcinomatosa ... 66
S0214a Lymphom ... 67
S0215a Chemo- und Radiotherapie ... 67
S0400 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten ... 68
S0401a Allgemeines ... 68
S0402a Regeln zur Kodierung des Diabetes mellitus ... 69
S0403a Spezifische Komplikationen des Diabetes mellitus ... 72
S0404a Metabolisches Syndrom ... 74
S0405a Störungen der inneren Sekretion des Pankreas ... 75
S0406a Zystische Fibrose ... 75
S0500 Psychische und Verhaltensstörungen ... 76
S0501a Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Drogen, Medikamente, Alkohol und Nikotin) ... 76
S0600 Krankheiten des Nervensystems ... 77
S0601a Schlaganfall ... 77
S0602a Funktionsstörungen ... 77
S0603a Paraplegie und Tetraplegie, nicht traumatisch ... 78
S0700 Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde ... 79
S0701a Versagen oder Abstossung eines Kornea-Transplantates ... 79

S0800 Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes ... 80
S0801a Schwerhörigkeit und Taubheit ... 80
S0900 Krankheiten des Kreislaufsystems ... 81
S0901a Hypertonie und Krankheiten bei Hypertonie ... 81
S0902a Ischämische Herzkrankheit ... 82
S0903a Thrombose resp. Verschluss von koronarem Stent resp. Bypass ... 84
S0904a Erkrankungen der Herzklappen ... 86
S0905a Schrittmacher/Defibrillatoren ... 87
S0906a Nachuntersuchung nach Herztransplantation ... 87
S0907a Akutes Lungenödem ... 88
S0908a Herzstillstand ... 88
S0909a Revisionen oder Reoperationen an Herz und Perikard ... 88
S0910a Aufnahme zum Verschluss einer AV-Fistel oder zum Entfernen eines AV-Shunts ... 88
S1000 Krankheiten des Atmungssystems ... 89
S1001a Maschinelle Beatmung ... 89
S1002a Respiratorische Insuffizienz ... 93
S1100 Krankheiten des Verdauungssystems ... 94
S1101a Appendizitis ... 94
S1102a Adhäsionen ... 94
S1103a Magenulkus mit Gastritis ... 94
S1104a Gastrointestinale Blutung ... 94
S1105a Dehydratation bei Gastroenteritis ... 95
S1200 Krankheiten der Haut und der Unterhaut ... 96
S1201a Plastische Chirurgie ... 96
S1202a Subkutane prophylaktische Brustamputation ... 97
S1400 Krankheiten des Urogenitalsystems ... 98
S1401a Dialyse ... 98
S1402a Anogenitale Warzen ... 98
S1403a Rekonstruktionsoperation bei weiblicher Genitalmutilation (FGM) ... 98
S1500 Geburtshilfe ... 99
S1501a Definitionen ... 99
S1502a Vorzeitige Beendigung einer Schwangerschaft ... 100
S1503a Krankheiten in der Schwangerschaft ... 102
S1504a Komplikationen der Schwangerschaft, Mutter oder Kind betreffend ... 103
S1505a Spezielle Kodierregeln für die Geburt ... 104
S1600 Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben ... 109
S1601a Medizinischer Datensatz ... 109
S1602a Definitionen ... 109
S1603a Neugeborene ... 109
S1604a Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben ... 110
S1605a Totgeborene ... 111
S1606a Besondere Massnahmen für das kranke Neugeborene ... 111
S1607a Atemnotsyndrom des Neugeborenen/Hyaline Membranenkrankheit/Surfactantmangel ... 111
S1608a Massives Aspirationssyndrom und transitorische Tachypnoe beim Neugeborenen ... 112
S1609a Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie (HIE) ... 112
S1800 Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind ... 114
S1801a Inkontinenz ... 114
S1802a Dysphagie ... 114
S1803a Fieberkrämpfe ... 114
S1804a Schmerzdiagnosen und Schmerzbehandlungsverfahren ... 115
S1900 Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äusserer Ursachen ... 116
S1901a Oberflächliche Verletzungen ... 116
S1902a Fraktur und Luxation ... 116

S1903a Offene Wunden/Verletzungen 118
S1904a Bewusstlosigkeit 120
S1905a Verletzung des Rückenmarks (mit traumatischer Paraplegie und Tetraplegie) 120
S1906a Mehrfachverletzungen 123
S1907a Verbrennungen und Verätzungen 124
S1908a Vergiftung durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen 125
S1909a Unerwünschte Nebenwirkungen von Arzneimitteln (bei Einnahme gemäss Verordnung) 126
S1910a Unerwünschte Nebenwirkungen/Vergiftung von zwei oder mehr in Verbindung eingenommenen Substanzen (bei Einnahme entgegen einer Verordnung) 127
S2000 Äussere Ursachen von Morbidität und Mortalität 128
S2100 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesen führen 129

Anhang 130

Medizinische Definitionen: 130
Entgleister Diabetes mellitus 130

Alphabetisches Verzeichnis 132

Danksagung

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

Das Bundesamt für Statistik und die SwissDRG AG danken Herrn Dr. med. Hans-Ulrich Euler, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK) Baden-Württemberg, für die konstruktive und sehr gute Zusammenarbeit.

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

Massgeblich unterstützt wurden die Aktualisierung der Kodierrichtlinien, die Prüfung der Kompatibilität zum SwissDRG-Fallpauschalensystem und die Redaktion der Version 2012 durch folgende Arbeitsgruppe:

Ursula Althaus, Ärztin, Universitätsspital, Basel
Dr. med. Hans-Ulrich Euler, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK), Baden-Württemberg
Dr. med. Constanze Hergeth, SwissDRG AG, Bern
Olivier Plachta, Arzt, Bundesamt für Statistik, Neuchâtel
Christiane Ricci, eidg. dipl. med. Kodiererin, Bundesamt für Statistik, Neuchâtel
Christopher Schmidt, SwissDRG AG, Bern
Dr. med. Pierre Phedon Tahintzi, Universitätsspital, Lausanne

Einleitung

Das vorliegende Handbuch richtet sich an alle Personen, die sich im Rahmen der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser und des Fallpauschalensystems SwissDRG mit der Kodierung von Diagnosen und Behandlungen befassen.

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

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 mithilfe von Informatikprogrammen durchgeführt wird, erschien es uns wesentlich, auf die Struktur der in der Schweiz verwendeten CHOP Klassifikation einzugehen.

Bei der aktuellen Version handelt es sich um die vierte Fassung, sie heisst neu **Version 2012**, nach dem Jahr des Inkrafttretens. Die vollständigen Kodierrichtlinien gliedern sich in folgende Teile:

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

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

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

Alle Kodierrichtlinien haben eine alphanumerische Kennzeichnung (z.B. D01, S0103), gefolgt von einem kleinen Buchstaben zur Bezeichnung der jeweiligen Version. Alle Kodierrichtlinien der Version 2012 haben das Kennzeichen „a“, bei inhaltlichen Änderungen 2013 bekommen die jeweiligen Kodierrichtlinien das Kennzeichen „b“, 2014 das Kennzeichen „c“ usw.

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

Das Kodierungshandbuch 2012 ist ab dem 1.1.2012 gültig und ersetzt alle früheren Versionen.

Basis dieses Handbuches sind die Klassifikationen ICD-10-GM 2010 und CHOP 2011. Für die Kodierung der stationären akut-somatischen Fälle mit Austrittsdatum ab 1.1.2012 sind die ICD-10-GM-Kodes der Version 2010 und die CHOP-Kodes der Version 2012 zu verwenden.

Aufgrund der grundlegenden Revision des Kodierungshandbuches sind ab dem 1.1.2012 alle früheren CodeInfos, Richtlinien, Rundschreiben des BFS, die vor dem 31.12.2010 veröffentlicht wurden, nicht mehr gültig. Nach dem 1.1.2011 publizierte Rundschreiben sind auch für 2012 gültig. Rundschreiben werden über den offiziellen Weg (durch die Kantone) publiziert und stehen auf der Webseite des BFS zur Verfügung.

Abkürzungen des Kodierungshandbuches

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

Grundlagen G00 – G56

G00a Medizinische Statistik und medizinische Kodierung

G01a Geschichte

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

1997/1998 wurde, basierend auf das Bundesstatistikgesetz (BStatG) vom 09.10.1992 und der zugehörigen Verordnung vom 30.06.1993, eine Reihe von Statistiken der stationären Betriebe des Gesundheitswesens auf nationaler Ebene ins Leben gerufen. Das Bundesamt für Statistik (BFS) erhebt und veröffentlicht seither Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser, die über Patienten in den Schweizer Spitälern Auskunft gibt.

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

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

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

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

G02a Organisation

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

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

G03a 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. Januar 2009 ist eine Teilrevision des KVG in Kraft, die 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).

Das fallpauschalenbasierte Abrechnungssystem, welches die Teilrevision des KVG vorsieht, tritt ab 01.01.2012 in Kraft. Die Daten der Medizinischen Statistik werden dafür verwendet. 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 gezogen werden können.

G04a Ziele der Medizinischen Statistik

- Die epidemiologische Überwachung der Bevölkerung soll ermöglicht werden (Spitalpopulation). Die Daten liefern wichtige Informationen über die Häufigkeit wichtiger Krankheiten, die zu Spitalaufenthalten führen und ermöglichen die Planung und gegebenenfalls die Anwendung von präventiven oder therapeutischen Massnahmen.

- Dank einer homogenen Erfassung der Leistungen ist ein Patientenklassifikationssystem eingeführt und die Finanzierung der Spitäler auf das Fallpauschalensystem SwissDRG umgestellt worden. Die Daten der Medizinischen Statistik sollen eine Weiterentwicklung des Fallpauschalensystems in einem jährlichen Rhythmus erlauben.

- Ausserdem erlauben die erhobenen Daten eine allgemeine Analyse der von den Spitälern erbrachten Leistungen und ihrer Qualität, zum Beispiel die Häufigkeit bestimmter Operationen oder die Häufigkeit von Rehospitalisierungen bei bestimmten Diagnosen oder Behandlungen.

- Die Daten erlauben es auch, einen Überblick über die Versorgungslage im Bereich der Spitäler zu erhalten. Zum Beispiel können Einzugsgebiete einzelner Spitäler dargestellt werden. Damit dienen die Daten der Versorgungsplanung auf kantonaler und interkantonaler Ebene.

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

G05a Anonymisierung der Daten

Das Datenschutzgesetz vom 19. Juni 1992 fordert, dass die Daten in anonymisierter Form ans BFS 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 die Person nicht identifiziert werden kann.

G06a Der medizinische Datensatz, Definitionen und Variablen

Die Daten der Medizinischen Statistik sind bezüglich der Übermittlung (der Schnittstellen) in verschiedene Datensätze eingeteilt, in einen Minimaldatensatz, einen Zusatzdatensatz für Neugeborene, einen für 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.

Eine Beschreibung der Variablen aller Datensätze findet sich auf der Webseite des Bundesamtes für Statistik unter:

http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen__quellen/blank/blank/mkh/02.html

Minimaldatensatz

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

Zusatzdatensätze

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

Neugeborenendatensatz

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

Psychiatriedatensatz

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 zu den soziodemografischen Merkmalen, den Behandlungen und der Begleitung nach Austritt. Die Angaben unterstehen nicht der Auskunftspflicht.

Patientengruppendatensatz

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

G10a Medizinische Statistik und das SwissDRG Patientenklassifikationssystem

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

Im Rahmen der Einführung dieses neuen Systems wurden 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 deutlich erweitert. Die Kodierrichtlinien wurden angepasst und präzisiert.

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

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

G21a ICD-10-GM

Einführung

Das vorrangige Ziel einer Klassifikation besteht in der Verschlüsselung der Diagnosen oder der Behandlungen, um durch diese Abstraktion die statistische Analyse der Daten zu ermöglichen. „Eine statistische Krankheitsklassifikation sollte einerseits spezifische Krankheitsentitäten identifizieren können, sie sollte andererseits aber auch die statistische Darstellung von Daten für grössere Krankheitsgruppen erlauben, um so nutzbringende und verständliche Informationen 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 01.01.2012 zur Kodierung der Diagnosen verwendet wird, ist die ICD-10-GM 2010 (German Modification)**.

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, wurden 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, die hauptsächlich zu Abrechnungszwecken erstellt wurden. In der Schweiz wird seit 01.01.2009, resp. 01.01.2010, die GM (German Modification) Version der ICD-10 verwendet.

Struktur

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

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

Systematisches Verzeichnis

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

Tabelle der Kapitel mit den entsprechenden Kategorien:

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

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

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

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

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

Beispiel aus Kapitel XI:

Krankheiten der Appendix (K35-K38) — Block/Gruppe

K35.- Akute Appendizitis — Dreistellige Kategorie

Vierstellige Subkategorien:

K35.2 Akute Appendizitis mit generalisierter Peritonitis

Appendizitis (akut) mit generalisierter (diffuser) Peritonitis nach Perforation oder Ruptur

K35.3- Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis

Fünfstellige Kodes:

K35.30 Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis ohne Perforation oder Ruptur

K35.31 Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis sowie mit Perforation oder Ruptur

K35.32 Akute Appendizitis mit Peritonealabszess

K35.8 Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet

Akute Appendizitis ohne Angabe einer lokalisierten oder generalisierten Peritonitis

K36 Sonstige Appendizitis

Appendizitis:

- chronisch
- rezidivierend

K37 Nicht näher bezeichnete Appendizitis — Dreistellige Kategorie

K38.- Sonstige Krankheiten der Appendix

K38.0 Hyperplasie der Appendix

K38.1 Appendixkonkremente

Koprolith | Appendix
Kotstein

Vierstellige Subkategorien:

K38.2 Appendixdivertikel

K38.3 Appendixfistel

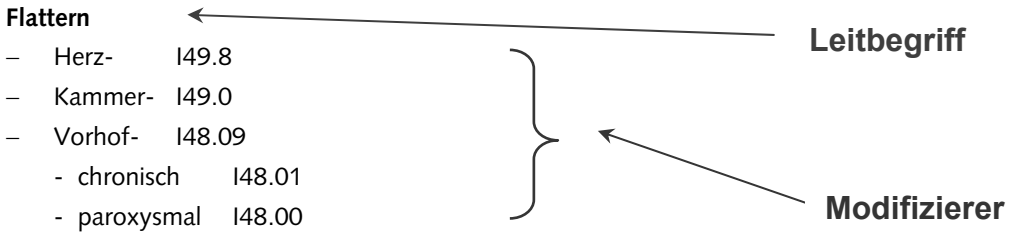
K38.8 Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Appendix

Invagination der Appendix

K38.9 Krankheit der Appendix, nicht näher bezeichnet

Alphabetisches Verzeichnis

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



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

Typografische Vereinbarungen und Abkürzungen

Runde Klammern ( ) Sie schliessen ergänzende Begriffe ein, die den Hauptbegriff präzisieren:

I10.- Essentielle (primäre) Hypertonie
Bluthochdruck
Hypertonie (arteriell) (essentiell) (primär) (systemisch)

Sie werden zur Angabe der zutreffenden Schlüsselnummer bei Exklusiva benutzt:

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

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

Krankheiten der Appendix
(K35-K38)

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

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

Diese Präzisierungen beinhalten keine Modifikation des Kodes.

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.

Siehe, siehe auch : Finden sich im alphabetischen Teil:
- „Siehe“ bezeichnet den speziellen Begriff, auf den verwiesen wird.
- „Siehe auch“ verweist auf die Hauptbegriffe, unter denen nachgeschlagen werden sollte.

Eckige Klammern [ ]: Die eckigen Klammern werden in Band 1 verwendet um:
Synonyme oder erklärende Sätze einzuschliessen, z. B.:

A30.- Lepra [Aussatz]

Auf vorangehende Bemerkungen zu verweisen, z. B.:

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

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

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

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

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

o.n.A. : Diese Abkürzung bedeutet „ohne nähere Angaben" und ist gleichbedeutend mit „nicht näher bezeichnet“. Kodes mit diesem Modifizierer werden für Diagnosen vergeben, die nicht genauer spezifiziert sind:

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

Und : Im Titel der Kategorien bedeutet das Wort „**und/oder**“

I74.- Arterielle Embolie und Thrombose
Diese Kategorie umfasst Embolien, Thrombosen und Thromboembolien.

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 die Kodiererin oder 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

„Sonstige" und „Nicht näher bezeichnete" Schlüsselnummern
Die Resteklasse „Sonstige" ist dann bei der Kodierung zu verwenden, wenn eine genau bezeichnete Krankheit vorliegt, für die es aber in der ICD-10-GM keine eigene Klasse gibt.

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

G22a Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP)

Allgemeines

Die schweizerische Operationsklassifikation (CHOP) enthält die Liste der Kodes für Operationen, Prozeduren, therapeutische und diagnostische Massnahmen. Sie basiert ursprünglich auf der amerikanischen ICD-9-CM, welche durch das CMS (Centers for Medicare and Medicaid Services) in Baltimore (USA) erstellt und bis 2007 unterhalten wurde.

Die CHOP wird jährlich angepasst, die Version 2012 umfasst die Erweiterungen und Änderungen aus den SwissDRG-Antragsverfahren bis 2010.

Struktur

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

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

Alphabetisches Verzeichnis

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

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

Systematisches Verzeichnis

Das systematische Verzeichnis der CHOP wird in 17 Kapitel eingeteilt. Die Kapitel 0 bis 15 sind nach der „Anatomie" strukturiert.

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

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

Prinzipiell besteht folgende Reihenfolge der Einteilung:

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

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

Typografische Vereinbarungen und Abkürzungen

n.a.klass.	Nicht anderenorts klassifizierbar: Es existiert kein anderer Subkode für diesen spezifischen Eingriff
n.n.bez.	Nicht näher bezeichnet: den Eingriff präzisierende Angaben fehlen.
Sonstige	Ein spezifischer Kode für eine definierte Prozedur steht nicht zur Verfügung.
( )	Runde Klammern enthalten ergänzende Bezeichnungen oder Erläuterungen zu einem Eingriff
[ ]	Eckige Klammern enthalten Synonyme und andere Schreibweisen zum vorangehenden oder folgenden Ausdruck
Exklusiv	Diese Eingriffe sind unter dem gegebenen Kode zu klassifizieren
Inklusiv	Diese Eingriffe sind Bestandteil des Kodes
Kodiere ebenso	Diese Eingriffe müssen zusätzlich kodiert werden
Kode weglassen	Diese Eingriffe sind bereits beinhaltet
und	Der Begriff „und“ wird im Sinne von und/oder verwendet
*	Ein Sternchen bezeichnet eine Schweizer Ergänzung zum amerikanischen Original
L	Die Lateralität/Seitigkeit ist für diese Prozedur zu kodieren

G30a Der Weg zur korrekten Kodierung

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

Schritt 1 Den Leitbegriff im alphabetischen Verzeichnis suchen.

Schritt 2 Den gefundenen Kode im systematischen Verzeichnis überprüfen.

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

CHOP: Die Anweisungen „Kodiere ebenso", „Kode weglassen", Exklusiva und Inklusiva, sowie spezielle Kodierrichtlinien sind unbedingt zu beachten.

Grundsatz: Es ist immer so spezifisch wie möglich und endständig zu kodieren. Das können dreistellige, vierstellige oder fünfstellige Kodes der ICD-10-GM sein und bis zu sechsstelligen bei der CHOP.

G40a Dokumentation der Diagnosen und der Prozeduren

Die Dokumentation aller Diagnosen und/oder Prozeduren während eines gesamten Spitalaufenthaltes liegt in der **Verantwortung** der behandelnden Ärztin bzw. des behandelnden Arztes. Diese Angaben bilden die Kodiergrundlage für die Kodiererinnen und Kodierer.

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

Für die abschliessende Kodierung des Behandlungsfalles ist das Spital verantwortlich.

G50a Definitionen

G51a Behandlungsfall

Es gelten die „Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG".

Für die Kodierung ist zu berücksichtigen: Der Fall beginnt mit dem Eintritt und endet mit dem Austritt, der Verlegung oder dem Tod des Patienten.

G52a Die Hauptdiagnose

Die Definition der Hauptdiagnose entspricht der Definition der WHO. Die Hauptdiagnose ist definiert als:

„Derjenige Zustand, der am Ende des Spitalaufenthaltes als Diagnose feststeht und der der Hauptanlass für die Behandlung und Untersuchung des Patienten war".

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 Eintrittsdiagnose (der Eintrittsgrund) stimmt nicht zwingend mit der Hauptdiagnose überein.

Ist mehr als ein Zustand aufgeführt, ist von der behandelnden Ärztin bzw. vom behandelnden Arzt derjenige auszuwählen, der den grössten Aufwand an medizinischen Mitteln erforderte. Der grösste Aufwand wird aufgrund der medizinischen Leistung bestimmt und nicht aufgrund des Kostengewichtes, das noch von anderen Faktoren abhängt.

Beispiel 1
Patientin wird für eine Keratoplastik aufgenommen. Am 2. Tag kommt sie auf die Intensivstation wegen eines Herzinfarktes und es wird eine Koronarangiographie organisiert.
Hier wird der Herzinfarkt als Hauptdiagnose kodiert, da er den grössten Aufwand an medizinischen Mitteln erforderte.

Welche Diagnosen gemäss Grouper nicht als Hauptdiagnose kodiert werden können, sind im *„Definitionshandbuch SwissDRG, Band 5, Anhang D, Plausibilitäten, D5: Unzulässige Hauptdiagnose"* zu finden.

G53a Der Zusatz zur Hauptdiagnose

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

- Stern-Kodes (*), siehe 1.
- Kodes für äussere Ursachen (V-Y), siehe 2.

1. Die Hauptdiagnose ist ein Kreuzkode (†), dem im Feld „Zusatz zur Hauptdiagnose" der entsprechende Sternkode (*) beigefügt wird, wenn dem keine andere Kodierrichtlinie entgegen steht (siehe auch D03a).

Beispiel 1
Patient mit Typ 2 Diabetes wird zur Behandlung einer Retinopathia diabetica hospitalisiert.

HD	*E11.30†*	*Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus mit Augenkomplikationen, nicht als entgleist bezeichnet*
ZHD	*H36.0**	*Retinopathia diabetica*

2. Die Hauptdiagnose ist ein Trauma, eine Vergiftung oder eine Komplikation (Kodes S und T), dem im Feld „Zusatz zur Hauptdiagnose" der entsprechende Kode für die äussere Ursache beigefügt werden muss.

Beispiel 2
Patient wird wegen einer rechten Vorderarmfraktur (Radius und Ulna) durch einen Skiunfall hospitalisiert.

HD	*S52.4*	*Fraktur des Ulna- und Radiusschaftes, kombiniert*
L	*rechts*	
ZHD	*X59.9!*	*Sonstiger und nicht näher bezeichneter Unfall*

G54a Die Nebendiagnosen

Die Nebendiagnose ist definiert als:

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

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

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

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

Zusammengefasst: ***Medizinischer Aufwand > 0 wird kodiert***

Wie in G40a festgelegt, liegt die Auflistung der Nebendiagnosen in der Verantwortung der behandelnden Ärztin bzw. des behandelnden Arztes und bildet die Grundlage für die Kodierung. Die Kodiererin bzw. der Kodierer interpretiert weder Arzneimittellisten, Laborergebnisse, Pflegedokumentation, noch erstellt sie bzw. er ohne Rücksprache mit der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt aufgrund dieser Angaben neue Nebendiagnosen.

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

Beispiel 1
Eine Patientin wird für die Nebendiagnosen koronare Herzkrankheit, arterieller Hypertonie und Herzinsuffizienz mit einem Betablocker behandelt.
ND Koronare Herzkrankheit
ND Arterielle Hypertonie
ND Herzinsuffizienz

Beispiel 2
Eine Patientin wird zur Behandlung einer chronischen myeloischen Leukämie (CML) stationär aufgenommen. Vor 10 Jahren wurde sie wegen einer Meniskusläsion operiert. Danach war sie beschwerdefrei.
Sie leidet an einer bekannten koronaren Herzkrankheit, die während der Hospitalisation medikamentös weiterbehandelt wird.
Die sonografische Untersuchung zur Kontrolle der abdominalen Lymphknoten zeigt ausser einem bereits bekannten Uterusmyom keine pathologischen Befunde. Das Myom erfordert keine weitere Abklärung oder Behandlung.
Während des stationären Aufenthaltes kommt es zu einer depressiven Reaktion, die durch Antidepressiva behandelt wird.
Wegen anhaltender Lumbalgien wird die Patientin physiotherapeutisch betreut.
HD Chronisch myeloische Leukämie (CML)
ND Koronare Herzkrankheit
ND Depressive Reaktion
ND Lumbalgien

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

Beispiel 3
Ein Patient, der wegen einer Pneumonie stationär aufgenommen wird, hat zusätzlich einen Diabetes mellitus. Das Pflegepersonal prüft täglich den Blutzucker, und der Patient bekommt eine Diabetes-Diät.
HD Pneumonie
ND Diabetes mellitus

Beispiel 4
Ein 60 Jahre alter Patient mit Varikose wird zur Behandlung von Ulzera am rechten Unterschenkel aufgenommen. Aufgrund einer früheren linken Unterschenkelamputation benötigt der Patient zusätzliche Unterstützung durch das Pflegepersonal.
HD Variköse Ulzera am Bein
L rechts
ND Unterschenkelamputation in der Eigenanamnese
L links

Reihenfolge der Nebendiagnosen

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

G55a Die Hauptbehandlung

Nach der Definition des BFS wird die im Rahmen der Hauptdiagnose für den Behandlungsprozess entscheidenste medizinische Massnahme als Hauptbehandlung kodiert.

G56a Die Nebenbehandlungen

Die zusätzlichen Massnahmen werden als Nebenbehandlungen kodiert.

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

Reihenfolge der Nebenbehandlungen

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

Allgemeine Kodierrichtlinien für Krankheiten/Diagnosen D00-D15

D00a Abnorme Befunde

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

Achtung: Die Überprüfung eines abnormen Wertes gilt nicht als Behandlung.

Beispiel 1
Ein Patient wird wegen einer Pneumonie stationär aufgenommen. Im Labortest wird eine leicht erhöhte Gamma-GT gefunden. Ein zweiter Test zeigt Werte im Normbereich.
HD Pneumonie

Die erhöhte Gamma-GT erfüllt die Nebendiagnosendefinition (siehe Regel G54a) nicht und wird deshalb nicht kodiert. Sie ist jedoch für die medizinische Dokumentation und die ärztliche Kommunikation von Bedeutung.

D01a Symptome

Symptome als Hauptdiagnose

Symptomkodes werden nur dann als Hauptdiagnose angegeben, wenn am Ende der Hospitalisation keine endgültige Diagnose gestellt wurde. In allen anderen Fällen ist die endgültig gestellte Diagnose die Hauptdiagnose.

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

Beispiel 1
Ein Patient wird 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 Nebendiagnosendefinition erfüllt (siehe Regel G54a).

D02a Unilaterale und bilaterale Diagnosen

Manifestiert sich eine Krankheit einseitig, die auch beidseitig auftreten kann, wird dies im medizinischen Datensatz mit der Angabe der Seitigkeit (Lateralität) dokumentiert:

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

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

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

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

D03a Kreuz†-Stern*-Kodes

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

Neu: Kreuz†-Kodes dürfen alleine verschlüsselt werden.

Wenn der Kreuz†-Kode in der Hauptdiagnose steht, muss der entsprechende Stern*-Kode als Zusatz zur Hauptdiagnose (ZHD) angegeben werden, falls diese Manifestation die Nebendiagnosendefinition (siehe Regel G54a) erfüllt (Beispiel 1).

In den Fällen, in denen es sich beim Kreuz†-Kode um eine Nebendiagnose handelt, wird er vor dem dazugehörigen Stern*-Kode genannt, falls dieser die Nebendiagnosendefinition (siehe Regel G54a) erfüllt.

Einige Kodes sind nicht von vornherein Kreuz†-Kodes, werden aber durch die Assoziation mit einem Stern*-Kode dazu (Beispiel 2).

Mehrere Stern*-Kodes können einem Kreuz†-Kode zugeordnet werden (Beispiel 3).

Beispiel 1

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

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

Beispiel 2

Eine Patientin wird zur Behandlung einer renalen Anämie hospitalisiert.
Der Kode N18.- Chronische Nierenkrankheit wird zum Kreuz-Kode mit dem Stern-Kode D63.8 Anämie bei sonstigen chronischen, anderenorts klassifizierten Krankheiten.*

Beispiel 3

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

HD	*E10.73†*	*Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus mit multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet*
ZHD	*I79.2**	*Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten*
ND	*H36.0**	*Retinopathia diabetica*
ND	*N08.3**	*Glomeruläre Krankheiten bei Diabetes mellitus*

Anmerkung: Der Kode E10.73 gilt hier als „Ätiologiekode“ und ist daher mit einem † 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 E10.73† die Ätiologie der Manifestationen I79.2*, H36.0* und N08.3* kodiert.

D04a Kodes mit Ausrufezeichen ("!")

Die in der ICD-10-GM als optional bezeichneten Ausrufezeichenkodes sind, sofern **zutreffend**, alle obligatorisch anzugeben. Sie dienen der Spezifizierung eines vorher stehenden, nicht mit einem Ausrufezeichen markierten Kodes, oder beschreiben die Umstände einer Verletzung, Vergiftung oder Komplikation. Sie dürfen nicht alleine stehen.

Jedes Kapitel der ICD-10-GM hat am Anfang eine Auflistung der “!“-Kodes.

Beispiel 1

Harnwegsinfekt durch Escherichia Coli.

HD	*N39.0*	*Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet*
ZHD	*-*	
ND	*B96.2!*	*Escherichia Coli und andere Enterobakteriazeen als Ursache von Krankheiten, die in andere Kapiteln klassifiziert sind*

Beispiel 2

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

HD	*S91.3*	*Offene Wunde sonstiger Teile des Fusses*
L	*2*	
ZHD	*W49.9!*	*Unfall durch Exposition gegenüber mechanischen Kräften unbelebter Objekte*

Es kann vorkommen, dass ein Kode mit Ausrufezeichen aus klinischer Sicht mehreren Diagnosekodes zugeordnet werden kann. Dann ist der Ausrufezeichenkode genau einmal am Ende der Diagnosekodes anzugeben (in Beispiel 3, der Kode S31.83!).

(Für die Kodes der äusseren Ursachen (V01!-Y84!) ist auch Kapitel S2000 zu berücksichtigen).

Beispiel 3
Eine Patientin erleidet bei einem Verkehrsunfall eine offene Abdomenverletzung mit vollständiger Zerreissung des linken Nierenparenchyms, Milzriss und kleinen Risswunden am Darm.

HD	*S37.03*	*Komplette Ruptur des Nierenparenchyms*
L	*2*	
ZHD	*V99!*	*Transportmittelunfall*
ND	*S36.03*	*Rissverletzung der Milz mit Beteiligung des Parenchyms*
ND	*S36.49*	*Verletzung sonstiger und mehrerer Teile des Dünndarmes*
ND	*S31.83!*	*Offene Wunde (jeder Teil des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens) mit Verbindung zu einer intraabdominalen Verletzung*

D05a Status nach/Vorhandensein von/Fehlen von

Diese Diagnosen werden nur kodiert, wenn sie einen Einfluss auf die aktuelle Behandlung haben (siehe Nebendiagnosendefinition, Regel G54a).

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

- Fehlen von, Verlust (von), Amputation, z.B. *Z89.6 Verlust der unteren Extremität oberhalb des Knies, einseitig*
- Folgen (von), siehe Abschnitt Folgezustände D06a
- Neubildung, Eigenanamnese, z.B. *Z85.0 Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane in der Eigenanamnese*
- Transplantat (Zustand nach Transplantation), z.B. *Z94.4 Zustand nach Lebertransplantation*
- Vorhandensein (von), z.B. *Z95.1 Vorhandensein eines aortokoronaren Bypasses*

Beispiel 1
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*

D06a Folgezustände

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

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

Spezielle 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*
T90-T98	*Folgen von Verletzungen, Vergiftungen und sonstigen Auswirkungen äusserer Ursachen* **Beachte: Hier ist kein Kode für äussere Ursachen (V01!-Y84!) anzugeben.**

Beispiel 1

Ein Patient wird zur Behandlung einer Dysphasie nach zerebralem Infarkt hospitalisiert.

HD	*R47.0*	*Dysphasie und Aphasie*
ND	*I69.3*	*Folgen eines Hirninfarktes*

Beispiel 2

Ein Patient wird zur Behandlung von Narbenkeloid am Thorax nach Verbrennungen hospitalisiert.

HD	*L91.0*	*Hypertrophie Narbe*
ND	*T95.1*	*Folgen einer Verbrennung, Verätzung oder Erfrierung des Rumpfes*

Beispiel 3

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*

Beispiel 4

Eine Patientin wird zur Behandlung einer Fehlstellung, die Folge einer abgeheilten rechten Radiusfraktur ist, stationär aufgenommen.

HD	*M84.03*	*Frakturheilung in Fehlstellung, Unterarm*
L	*1*	
ND	*T92.1*	*Folgen einer Fraktur des Armes*
L	*1*	

D07a Geplante Folgeeingriffe

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

Beispiel 1

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

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

Beispiel 2

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

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

Beispiel 3

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

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

Beachte: Hier werden der Kode für den ursprünglichen Schweregrad der Weichteilverletzung sowie der Kode der äusseren Ursachen nicht angegeben, da diese schon bei dem ersten Aufenthalt kodiert wurden.

D08a Sich anbahnende oder drohende Krankheit

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

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

Beispiel 1
Ein Patient wird mit sich anbahnender Gangrän des rechten Beins aufgenommen, die während des Spitalaufenthalts aufgrund sofortiger Behandlung nicht auftritt.
Einen Eintrag „Gangrän, sich anbahnend oder drohend" gibt es in den ICD-10 Verzeichnissen nicht, und folglich ist dieser Fall anhand der zugrunde liegenden Krankheit zu kodieren, z.B. als Atherosklerose der Extremitätenarterien mit Ulzeration.
HD I70.23 Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration
L 1

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

D09a Verdachtsdiagnosen

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

Es bestehen drei Möglichkeiten:

Verdachtsdiagnose wahrscheinlich

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

Keine Diagnosestellung

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

Beispiel 1
Ein Kind wurde wegen rechtseitigen Schmerzen im Unterbauch mit Verdacht auf Appendizitis aufgenommen. Die Untersuchungen während des stationären Aufenthaltes haben die Diagnose einer Appendizitis nicht bestätigt. Eine spezifische Behandlung der Appendizitis wurde nicht durchgeführt.
HD R10.3 Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches

Verdachtsdiagnose ausgeschlossen

Wurde die Verdachtsdiagnose, die bei Eintritt vermutet wurde, durch die Untersuchungen ausgeschlossen, **bestehen keine Symptome** und wurde keine andere Diagnose gestellt, ist ein Kode der Kategorie

Z03.- *Ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen* zu wählen.

Beispiel 2
Ein Kleinkind wird von der Mutter mit einer leeren Tablettenschachtel gefunden. Der Verbleib des Inhaltes ist unklar. Bei dem Kind bestehen keine Symptome, es wird aber zur Beobachtung wegen des Verdachtes einer Medikamenteningestion stationär aufgenommen. Im Verlauf zeigte sich kein Anhalt für eine Tabletteningestion.

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

D10a Chronische Krankheiten mit akutem Schub

Leidet ein Patient gleichzeitig an der chronischen und akuten Form derselben Krankheit, wie z.B. akute Exazerbation einer chronischen Krankheit, so wird nur dann die akute Form der Krankheit als Hauptdiagnose und die chronische Form als Nebendiagnose kodiert, wenn es für die akute und chronische Form dieser Krankheit unterschiedliche Schlüsselnummern gibt.

Beispiel 1
Ein Patient wird wegen eines akuten Schubs bei chronischer idiopathischer Pankreatitis ohne Organkomplikation aufgenommen.

HD	*K85.00*	*Idiopathische akute Pankreatitis, ohne Angabe einer Organkomplikation*
ND	*K86.1*	*Sonstige chronische Pankreatitis*

Ausnahmen: Dieses Kriterium darf nicht verwendet werden, wenn:

a) die ICD-10-GM für die Kombination eine eigene Schlüsselnummer vorsieht, z.B.:

J44.1- ***Chronische*** *obstruktive Lungenkrankheit mit* ***akuter*** *Exazerbation, nicht näher bezeichnet*

b) die ICD-10-GM eine gegenteilige Anweisung gibt, z.B.:

C92.0- ***Akute*** *myeloische Leukämie*
Exkl.: ***Akute*** *Exazerbation einer* ***chronischen*** *myeloischen Leukämie (C92.1-)*

Hier wird nur C92.1- mit dem Remissionsstatus an fünfter Stelle kodiert.

c) die ICD-10-GM darauf hinweist, dass nur eine Schlüsselnummer erforderlich ist. Zum Beispiel weist bei der Kodierung von „akuter Schub bei chronischer mesenterialer Lymphadenitis" das alphabetische Verzeichnis darauf hin, dass die **akute** Krankheit nicht getrennt kodiert werden muss, da sie in runden Klammern nach dem Hauptbegriff aufgeführt ist (d.h. als nicht wesentlicher Modifizierer):

I88.0 *Mesenteriale Lymphadenitis* ***(akut) (chronisch)***

D11a 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 Modifizierer zu überprüfen und die Ein- und Ausschlusshinweise zum betreffenden Kode sind im systematischen Verzeichnis nachzulesen.

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

Beispiel 1
Arteriosklerose an den Extremitäten mit Gangrän.
I70.24 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.

D12a Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen (Komplikationen)

Zur Verfügung stehende Komplikations-Kodes

- Kodes für die spezifische Verschlüsselung von Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen finden sich in den meisten Kapiteln der ICD-10-GM. Um zu dokumentieren, dass es sich um eine Erkrankung bzw. Störung nach medizinischen Massnahmen handelt, wird zusätzlich ein Kode aus Kapitel XX (Y57!-Y84!) angegeben, es sei denn, die Information ist bereits in dem ICD-10-Kode selbst enthalten.

Beispiel 1
K62.7 Strahlenproktitis

Beispiel 2
I95.2 Hypotonie durch Arzneimittel

Beispiel 3
Tiefe rechte Beinvenenthrombose nach Behandlung einer Tibiafraktur.
I80.2 Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger tiefer Gefässe der unteren Extremitäten
L 1
Y84.9! Zwischenfälle durch medizinische Massnahmen, nicht näher bezeichnet

Die Beinvenenthrombose ist mit I80.2 spezifisch abgebildet und wird nicht mit dem unspezifischen

I97.8 Sonstige Kreislaufkomplikationen nach medizinischen Massnahmen, a.n.k.

kodiert.

- Ebenso existieren am Ende mancher Organkapitel folgende Kategorien:

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

Diese Kodes sind **nur dann zu verschlüsseln, wenn kein spezifischerer Kode** in Bezug auf die Erkrankung bzw. Störung existiert oder die Verschlüsselung dieses spezifischeren Kodes durch ein Exklusivum der ICD-10-GM ausgeschlossen ist. Kodes aus diesen Kapiteln, die **unspezifisch** sind, sind zu vermeiden.

Beispiel 4
Prolapsus nach Ileostomie.
K91.4 Funktionsstörung nach Kolostomie oder Enterostomie

Beispiel 5
Anästhesie-bedingtes Delir.
F05.8 Sonstige Formen des Delirs
Y57.9! Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen

Das anästhesiebedingte Delir wird mit F05.8 spezifisch abgebildet und wird nicht mit

G97.88 Sonstige Krankheiten des Nervensystems nach medizinischen Massnahmen

kodiert.

- Im Kapitel XIX gibt es die Kategorien *T80-T88 Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, anderenorts nicht klassifiziert*. Die Kodes aus der oben stehenden Tabelle sind Kodes aus T80-T88 vorzuziehen, soweit letztere die Erkrankung bzw. Störung nicht spezifischer beschreiben.

  Beachte: Bei T80-T88 ist ein Kode für die äussere Ursache anzugeben (siehe auch S2000).

Beispiel 6
Gelockerte Hüftprothese.
T84.0 Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese
Y82.8! Zwischenfälle durch medizintechnische Geräte und Produkte

Beispiel 7
Verlagerter Herzschrittmacher.
T82.1 Mechanische Komplikation durch ein kardiales elektronisches Gerät
Y82.8! Zwischenfälle durch medizintechnische Geräte und Produkte

Auswahl des richtigen Kodes

Die Komplikation muss 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 Lungenembolien zu – wird die Pathologie mit dem üblichen Kode angegeben.

Wahl der Haupt- oder Nebendiagnose

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

Beispiel 8

Bei einem Patienten, der sich wegen eines Zökumkarzinoms einer Hemikolektomie 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*
ND	*Y84.9!*	*Zwischenfälle durch medizinische Massnahmen, nicht näher bezeichnet*

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

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

Wird ein Patient infolge einer Erkrankung bzw. Störung nach medizinischen Massnahmen (Komplikation) in Zusammenhang mit der im Voraufenthalt erbrachten Leistung innerhalb **18 Tagen seit Austritt** (siehe Abrechnungsregeln) in dasselbe Spital stationär wieder aufgenommen, muss die Grundkrankheit als Hauptdiagnose und die Erkrankung bzw. Störung nach medizinischen Massnahmen (Komplikation) als Nebendiagnose kodiert werden.

Beispiel 9

Patientin wird mit einer Luxation ihrer rechten Hüftprothese, die vor 20 Tagen wegen Koxarthrose implantiert wurde, hospitalisiert.

HD	*M16.1*	*Sonstige primäre Koxarthrose*
L	*1*	
ND	*T84.0*	*Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese*
L	*1*	
ND	*Y84.9!*	*Zwischenfälle durch medizinische Massnahmen, nicht näher bezeichnet*

Beispiel 10

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

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

D13a 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 1
Ein dysmorphes Kind wird zur Syndromabklärung stationär aufgenommen. Die Untersuchungen bestätigen die Diagnose Trisomie 21, meiotische Non-disjunction (Down-Syndrom).

HD	*Q90.0*	*Trisomie 21, meiotische Non-disjunction*

Beispiel 2
Ein Kind mit Trisomie 21, meiotische Non-disjunction (Down-Syndrom) wird wegen eines angeborenen 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 ist ein zusätzlicher Kode aus der Kategorie

Q87.- *Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungssyndrome mit Beteiligung mehrerer Systeme*

als Nebendiagnose zu den bereits kodierten Manifestationen anzugeben. Dieser zusätzliche Kode dient als Hinweis, dass dies ein Syndrom ist, dem kein spezifischer Kode zugewiesen ist.

Beispiel 3
Ein Kind mit Galloway-Mowat-Syndrom (Kombination aus Mikrozephalie, Hiatushernie und nephrotisches Syndrom, autosomal-rezessiv vererbt) wird zur linken Nierenbiopsie aufgenommen. Histologisch finden sich fokale und segmentale glomeruläre Läsionen.

HD	*N04.1*	*Nephrotisches Syndrom mit fokalen und segmentalen glomerulären Läsionen*
L	*0*	
ND	*Q40.1*	*Angeborene Hiatushernie*
ND	*Q02*	*Mikrozephalie*
ND	*Q87.8*	*Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungssyndrome, anderenorts nicht klassifiziert*
HB	*55.23*	*Geschlossene [perkutane] [Nadel-] Biopsie an der Niere*
L	*2*	

Ausschliesslich in diesen Fällen werden die Nebendiagnosen, die das Syndrom beschreiben, auch unabhängig von der Nebendiagnosendefinition (Regel G54a) kodiert.

D14a 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 1

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

HD	*H65.3*	*Chronische muköse Otitis media*
L	*0*	
ND	*Z53*	*Personen, die Einrichtungen des Gesundheitswesens wegen spezifischer Massnahmen aufgesucht haben, die aber nicht durchgeführt wurden*

b) Wenn die Operation/Prozedur aufgrund einer Krankheit oder einer Komplikation, die nach Aufnahme aufgetreten ist, nicht ausgeführt wurde:

Beispiel 2

Eine Patientin mit Tonsillitis wurde zur Tonsillektomie aufgenommen. Die Operation wurde aufgrund einer akuten bilateralen 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*
ND	*J01.1*	*Akute Sinusitis frontalis*
L	*0*	

D15a Verlegung zur Weiterbehandlung

Wird ein Patient zur Weiterbehandlung verlegt (unabhängig ob **akut-somatisch** oder **Rehabilitation/Rekonvaleszenz**), so hat jedes Spital einen separaten Fall zu kodieren. Als Hauptdiagnose wird (werden) die Grundkrankheit(en)/Verletzung(en) kodiert. Die Tatsache, dass der Patient nicht primär versorgt wird, ist mit einem Z-Kode in der ersten Nebendiagnose abgebildet.

Bei Vorliegen mehrerer Diagnosen wird die Wahl der Hauptdiagnose unter entsprechender Anwendung der Hauptdiagnosendefinition (siehe Regel G52a) getroffen.

Beispiel 1
Verlegung nach Fraktur und Osteosynthese.

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

Beachte: Hier ist kein Kode für äussere Ursachen (V01!-Y84!) anzugeben, da bereits im erstbehandelnden Spital kodiert.

Beispiel 2
Verlegung nach Primärversorgung einer koronaren Herzkrankheit durch AC-Bypass.

HD	*I25.-*	*Koronare Herzkrankheit*
ND	*Z48.8*	*Sonstige näher bezeichnete Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff*
ND	*Z95.1*	*Vorhandensein eines aortokoronaren Bypasses*

Beispiel 3
Verlegung in die Reha-Klinik nach Implantation einer Prothese wegen rechter Hüftarthrose.

HD	*M16.1*	*Sonstige primäre Koxarthrose*
L	*1*	
ND	*Z50.-!*	*Rehabilitationsmassnahmen*
ND	*Z96.6*	*Vorhandensein von orthopädischen Gelenkimplantaten*
L	*1*	

Verlegung zur Behandlung ins Zentrumspital mit Rückverlegung ins Primärspital

Als Beispiel für Verlegung zur Auftragsdiagnostik/-therapie:

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

Beispiel 1

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

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*

Zentrumspital: keine Kodierung

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

Beispiel 2

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

Primärspital kodiert als HD für seinen ersten Aufenthalt:

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*

Primärspital kodiert als HD für seinen zweiten Aufenthalt:

HD	*I21.-*	*Myokardinfarkt*

Sofern beide Aufenthalte im Primärspital gemäss Abrechnungsregeln (Näheres siehe dort, Kapitel 3.3 Fallzusammenführungen) mittels einer Fallpauschale (DRG) abgerechnet werden, werden die Diagnosen und Prozeduren beider Aufenthalte zusammen betrachtet. Auf diese Diagnosen ist die Hauptdiagnosendefinition anzuwenden.

Allgemeine Kodierrichtlinien für Prozeduren P00-P09

P00a Erfassung der Prozedur im medizinischen Datensatz

Zu jeder erfassten Prozedur sind anzugeben:

- Hauptbehandlung: das Behandlungsdatum + der Behandlungsbeginn (Uhrzeit).
- Nebenbehandlungen: das Behandlungsdatum.
- Die Seitigkeit/Lateralität bei Eingriffen an paarigen Organen und Körperteilen (entsprechende CHOP-Kodes sind mit [L] gekennzeichnet). Dies ist mit 0 = beidseitig, 1 = einseitig rechts oder 2 = einseitig links spezifisch in der Medizinischen Statistik (Variable 4.3.V011 für die Hauptbehandlung, Variablen 4.3.V021, 4.3.V031, 4.3.V041, usw. für die Nebenbehandlungen) anzugeben.
- Die Information, ob die Leistung auswärts oder im Spital selbst erbracht wurde.

P01a Prozeduren, die kodiert werden müssen

1. Alle **signifikanten Prozeduren** während des Spitalaufenthaltes sind zu kodieren. Dieses schliesst diagnostische, therapeutische und pflegerische Prozeduren ein.

Die Definition einer signifikanten Prozedur ist, dass sie entweder:

- chirurgischer Natur ist
- ein Eingriffsrisiko birgt
- ein Anästhesierisiko birgt
- Spezialeinrichtungen oder Geräte oder spezielle Ausbildung erfordert.

2. Prozeduren, die nicht im direkten Zusammenhang mit einer anderen Prozedur stehen, werden getrennt kodiert.

Beispiel 1
Es wird eine präoperative Koronarangiographie einen Tag vor einer aortokoronaren Bypassoperation unter Herz-Lungenmaschine gemacht.
Hier wird die Koronarangiographie (88.5-) in den Nebenbehandlungen kodiert.

P02a Prozeduren, die nicht kodiert werden

1. Prozeduren, die **routinemässig** bei den meisten Patienten 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-, Kontrolluntersuchungen
- Medikamentöse Therapien **mit Ausnahme von:** Therapien bei Neugeborenen, Chemotherapien, Immuntherapien, Thrombolysen, Blutprodukte und hochteure Medikamente.
- Einzelne Komponenten einer Prozedur: Vorbereitung, Lagerung, Anästhesie oder Analgesie, Wundverschluss, sie sind in der Regel in einem Operationskode abgebildet.

2. Prozeduren, die im direkten Zusammenhang mit einer operativen Prozedur stehen.

Beispiel 1
Es wird im Rahmen einer PTCA eine Koronarangiographie gemacht.
Hier wird die Koronarangiographie (88.5-) nicht kodiert.

Ausnahmen:

- Anästhesie bei Prozeduren, die normalerweise ohne erbracht werden, z.B. Narkose für eine MRI beim Kind.

- Eine Schmerztherapie bei operativen Eingriffen und diagnostischen Massnahmen ist im Kode enthalten. Sie wird nur als solche kodiert, wenn sie eine alleinige Massnahme darstellt (Beispiel 2) oder zur Kategorie *93.A- Multimodale Schmerztherapie* gehört.

Beispiel 2
Ein Patient mit metastasierendem Karzinom wird mit Chemotherapie und Schmerztherapie durch Injektion in den Spinalkanal behandelt.

HB	*99.25.-*	*Chemotherapie*
NB	*03.91*	*Injektion eines Anesthetikums in den Spinalkanal zur Analgesie*

P03a 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.

Beispiel 1
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 2
Laparoskopische partielle Pankreatektomie.
HB 52.51.-- Proximale partielle Pankreatektomie
NB 54.21.20 Laparoskopie, Zugangsweg für chirurgische Interventionen

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

Beispiel 3
Eine Oesophagogastroduodenoskopie mit Biopsien an einer oder mehrerer Stellen von Oesophagus, Magen oder Duodenum wird kodiert als
45.16 Ösophagogastroduodenoskopie [EGD] mit geschlossener Biopsie

Beispiel 4
Eine Pharyngo-Tracheo-Bronchoskopie wird kodiert als
33.22 Fiberoptische Bronchoskopie

P04a 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 und die Kodierrichtlinien bzw. die Hinweise in der CHOP nichts anderes vorschreiben.

Beispiel 1
28.3 Tonsillektomie mit Adenoidektomie

Beispiel 2
52.7 Radikale Pankreatiko-Duodenektomie (Op. nach Whipple)

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

Beispiel 3
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	*40.3X.--*	*Exzision von regionalen Lymphknoten*
NB	*54.4X.--*	*Exzision oder Destruktion von Peritonealgewebe*

Zum Teil beinhaltet die CHOP spezielle Hinweise („kodiere ebenso"), dass einzelne Komponenten zusätzlich kodiert werden müssen.

Beispiel 4
00.70 Revision einer Hüftendoprothese, sowohl azetabuläre als auch femorale Komponente
Kodiere ebenso: Art der tragenden Oberfläche, falls bekannt (00.74 - 00.77)
Entfernung von Spacer (84.57)

P05a Unvollständig durchgeführte Eingriffe

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

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

Beispiel 1
Laparoskopische Cholecystektomie mit Umsteigen auf die offen chirurgische Methode.
51.22.-- Cholezystektomie

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

Beispiel 2
Wenn bei einer Appendektomie nach der Laparotomie der Eingriff wegen eines Herzstillstandes abgebrochen werden musste, wird nur die Laparotomie kodiert.
54.11 Probelaparotomie

Beispiel 3
Muss die Oesophagektomie bei einem Ösophagus-Ca vor der Präparation des Ösophagus wegen Inoperabilität abgebrochen werden, wird nur die durchgeführte Thorakotomie kodiert.
34.02 Probethorakotomie

P06a 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 zum Beispiel: multiple Exzisionen von Hautläsionen, multiple Biopsien oder ähnlich aufwändige Prozeduren, wenn diese bzgl. der Lokalisation an gleicher Stelle kodierbar sind.

Beispiel 1
Eine Patientin wird zur Exzision von zehn Läsionen aufgenommen: eine bei rezidivierendem Basalzellkarzinom der Nase, zwei Läsionen bei Basalzellkarzinom am rechten Ohr, drei Läsionen bei Basalzellkarzinom am rechten Unterarm, drei Läsionen bei Keratosis solaris am Rücken und eine Läsion bei Keratosis solaris am linken Unterschenkel.

HD	*C44.3*	*Basalzellkarzinom, Nase, rezidivierend*
ND	*C44.2*	*Basalzellkarzinom, Ohr*
L	*1*	
ND	*C44.6*	*Basalzellkarzinom, Unterarm*
L	*1*	
ND	*C97!*	*Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen*
ND	*L57.0*	*Keratosis solaris*
HB	*21.32.--*	*Exzision und lokale Destruktion einer anderen Läsion an der Nase (für Basaliom Nase)*
NB	*18.31.--*	*Radikale Exzision einer Läsion am äusseren Ohr (für Basaliome Ohr)*
L	*1*	
NB	*86.4X.--*	*Radikale Exzision einer Hautläsion (für Basaliome Unterarm)*
NB	*86.3X.--*	*Sonstige lokale Exzision oder Destruktion von Läsion oder Gewebe von Haut (für 3 Keratosis solaris Läsionen am Rücken)*
NB	*86.3X.--*	*Sonstige lokale Exzision oder Destruktion von Läsion oder Gewebe von Haut (für 1 Keratosis solaris Läsion am Unterschenkel)*

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

- Der CHOP-Kode beinhaltet bereits eine Angabe betr. Anzahl Behandlungen, die die gesamte Hospitalisation betrifft:

Beispiel 2
Ein Patient erhält eine multimodale Schmerztherapie, dies vom 2. bis zum 8. und vom 12. bis zum 19. Hospitalisationstag.
93.A2.20 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.

P07a Bilaterale Operationen

Bilaterale Operationen in einer Sitzung werden nur einmal kodiert und erhalten das Kennzeichen bilateral in der Seitigkeitsvariable.

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

Beispiel 1
Implantation von Knie-Totalprothesen beidseits.
HB 81.54.-- Totalendoprothese des Kniegelenks
L 0

Beispiel 2
Inguinalhernie-Operation beidseits nach Lichtenstein.
HB 53.17 Beidseitige Operation von Inguinalhernien mit Transplantat oder Prothese, n.n.bez.
L 0

P08a Revisionen eines Operationsgebietes/Reoperationen

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

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

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

00.99.10 *Reoperation*

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

P09a Organentnahme und Transplantation

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

1. Untersuchung eines potenziellen Organ- oder Gewebespenders

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

HD	*Z00.5*	*Untersuchung eines potenziellen Organ- oder Gewebespenders*
HB	*89.07.6-*	*Untersuchung eines Lebendspenders wegen Organentnahme*

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

2. Lebendspende

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

HD	*Z52.-*	*Spender von Organen oder Geweben*
HB	*Prozedurenkode zur Entnahme des Transplantates* (siehe auch unten stehende Tabelle)	

Beispiel 1

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

HD	*Z52.4*	*Nierenspender*
HB	*55.51.02*	*Nephrektomie zur Transplantation, Lebendspende*

Beispiel 2

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

HD	*Z52.01*	*Stammzellenspender*
HB	*41.91.01*	*Stammzellenentnahme beim Spender für Transplantation, allogen und autolog*
oder	*99.79.02*	*Entnahme von hämatopoetischen Stammzellen aus peripherem Blut zur allogenen Spende*

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

3. Postmortale Spende nach Gehirntod im Spital

Die Kodierung bei einem Patienten, der als Organspender in Frage kommt, unterscheidet sich nicht vom üblichen Vorgehen bei der Verschlüsselung von Diagnosen und Prozeduren. Der Fall wird nach den allgemeinen Regeln kodiert. Prozeduren für die postmortale Organentnahme sind **nicht** zu kodieren. Ebenso ist *Z00.5 Untersuchung eines potenziellen Spenders eines Organ oder Gewebes* **nicht** anzugeben.

4. Evaluation zur Transplantation

Stationäre Abklärungen eines Patienten zur Frage, ob eine Organ- oder Gewebetransplantation angestrebt wird, werden mit einem Kode

89.07.-- Evaluation, +/- Aufnahme eines Patienten auf eine Warteliste zur Organtransplantation

abgebildet.

5. Transplantation

Empfänger des transplantierten Organs werden wie folgt kodiert:

HD Krankheit, die den Grund für die Transplantation darstellt
HB Prozedurenkode für Transplantation (siehe Tabelle)
NB Kode aus 00.90-00.93 Art eines Gewebetransplantates, resp. Organtranplantates
NB Zusätzlich 99.79.11 Vorbereitung auf ABO – inkompatible Lebendspender Organtransplantation, falls zutreffend

Die Entfernung des erkrankten Organs wird nicht kodiert.

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

6. Nachkontrolle nach Transplantation

Eine stationäre Routinenachkontrolle nach Transplantation wird kodiert mit:

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

7. Versagen oder Abstossungsreaktion nach Transplantation

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

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

T86.- Versagen und Abstossung von transplantierten Organen oder Geweben wird dabei als Hauptdiagnose erfasst, wenn der Zustand die Definition der Hauptdiagnose erfüllt. Die (z.B. maligne) Grunderkrankung wird anschliessend als Nebendiagnose erfasst. Diese Regelung hat Vorrang vor der Regelung S0202a zur Wahl der Hauptdiagnose bei Neubildungen.

Organ-/Gewebeentnahme und Transplantationstabelle

Diese Tabelle ist nicht als vollständige Auflistung anzusehen.

Organ/Gewebe	**Lebendspende**			**Transplantation (Empfänger)**	
	ICD-10-GM	**CHOP**	**Text**	**CHOP**	**Text**
Stammzellen (STZ)	Z52.01	41.91.01 99.79.01/02	STZ-Entnahme beim Spender allo/auto STZ-Entnahme aus periphem Blut allo/auto	41.04.- 41.07.- 41.05.- 41.08.-	Autologe hämatopoetische STZ-Transplantation Allogene hämatopoetische STZ-Transplantation
Knochenmark (KM)	Z52.3	41.91.00	KM-Aspiration beim Spender für Transplant.	41.01.-- 41.02/.03	KM-Transplant. autolog KM-Transplantation allogen
Haut	Z52.1	86.6-.-	Freies Hauttransplantat		Kode je nach Lokalisation und Umfang
Knochen	Z52.2	77.7-	Knochenentnahme für Transplantation	76.91.- 78.0-.- 78.49.8-	Knochentransplantation an Gesichtsschädelknochen Knochentransplantation Knochentransplantation an Wirbelsäule
Niere	Z52.4	55.51.02	Nephrektomie zur Transplantation/Lebend-spende	55.69.-	Nierentransplantation
Leber	Z52.6	50.22.42 50.3X.1-	Partielle Hepatektomie zur Transplantation Lobektomie/sontige Resektion/Lebendspende	50.5-	Lebertransplantation
Herz				37.51.-	Herztransplantation
Lunge				33.5-	Lungentransplantation
Herz/Lunge				33.6X.-	Kombinierte Herz/ Lungentransplantation
Pankreas				52.8-	Pankreastransplantation
Kornea				11.6-	Korneatransplantation
Dünndarm				46.97.-	Darmtransplantation

Spezielle Kodierrichtlinien S0100-S2100

S0100 Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten

S0101a Bakteriämie

Eine Bakteriämie ist mit einem Kode aus

A49.- *Bakterielle Infektion, nicht näher bezeichneter Lokalisation*

oder einem anderen Kode, der spezifisch den Erreger benennt, z.B.

A54.9 *Gonokokkeninfektion, nicht näher bezeichnet*

zu kodieren. Sie ist nicht mit einem Sepsis-Kode (siehe unten) zu verschlüsseln.

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

A39.4 *Meningokokkensepsis, nicht näher bezeichnet*

zu verschlüsseln ist.

S0102a 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.

Beachte: Bei einem Sepsis-Kode ohne Angabe des spezifischen Erregers ist dieser durch einen Kode aus *B95.-! Streptokokken und Staphylokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind* oder *B96.-! Sonstige näher bezeichnete Bakterien als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind* zu ergänzen. Eine allfällige Resistenz ist mit einem Kode aus U80!-U85! zusätzlich zu kodieren.

Beispiel 1
Ein Patient wird wegen einer Sepsis mit Staphylococcus aureus mit Pneumonie hospitalisiert.

HD	*A41.0*	*Sepsis durch Staphylococcus aureus*
ZHD	*-*	
ND	*R65.0!*	*Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom (SIRS) infektiöser Genese ohne Organkomplikationen*
ND	*J15.2*	*Pneumonie durch Staphylokokken*

Beispiel 2

Eine Patientin wird wegen einer Sepsis mit Streptokokken der Gruppe C hospitalisiert.

HD	*A40.8*	*Sonstige Sepsis durch Streptokokken*
ZHD	*-*	
ND	*R65.0!*	*Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom (SIRS) infektiöser Genese ohne Organkomplikationen*
ND	*B95.41!*	*Streptokokken, Gruppe C, als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind*

Eine Urosepsis wird wie eine andere Sepsis kodiert.

Beispiel 3

Ein Patient wird für eine Urosepsis, bedingt durch eine Pyelonephritis mit E. coli hospitalisiert.

HD	*A41.51*	*Sepsis durch Escherichia coli*
ZHD	*-*	
ND	*R65.0!*	*Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom (SIRS) infektiöser Genese ohne Organkomplikationen*
ND	*N10*	*Akute Pyelonephritis*

Eine Sepsis im Zusammenhang mit Abort, ektopischer Schwangerschaft, Molenschwangerschaft, Geburt oder Wochenbett ist mit dem passenden Kode aus Kapitel XV (O03-O07, O08.0, O75.3, O85) zu verschlüsseln. Zusätzlich ist ein Sepsis-Kode anzugeben, um auf den Erreger und das Vorliegen einer Sepsis hinzuweisen.

Beispiel 4

Auftritt einer Sepsis nach der Entbindung, bedingt durch eine Infektion mit Streptokokkus Gruppe A.

O85	*Puerperalfieber*
A40.0	*Sepsis durch Streptokokken, Gruppe A*
R65.0!	*Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom (SIRS) infektiöser Genese ohne Organkomplikationen*

Eine Sepsis bei Neugeborenen ist mit einem Kode aus Kapitel XVI zu verschlüsseln.

Beispiel 5

Neugeborenes mit einer Staphylococcus-aureus-Sepsis.

P36.2	*Sepsis beim Neugeborenen durch Staphylococcus aureus*
R65.0!	*Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom (SIRS) infektiöser Genese ohne Organkomplikationen*

Bei schwerer Sepsis mit Organkomplikationen sind diese zusätzlich zu kodieren.

Beispiel 6

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	*R65.1!*	*Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom (SIRS) infektiöser Genese mit Organkomplikationen*
ND	*N17.-*	*Akutes Nierenversagen*

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

Beispiel 7

Patientin wird wegen Staphylococcus aureus Sepsis im Rahmen einer arzneimittelinduzierten Agranulozytose notfallmässig hospitalisiert.

HD	*A41.0*	*Sepsis durch Staphylococcus aureus*
ND	*R65.0!*	*Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom (SIRS) infektiöser Genese ohne Organkomplikationen*
ND	*D70.19*	*Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie, nicht näher bezeichnet*

Sepsis nach medizinischen Massnahmen: Es wird so spezifisch wie möglich kodiert.

Beispiel 8

Ein Patient ist für eine postoperative Anaerobier-Sepsis hospitalisiert.

HD	*A41.4*	*Sepsis durch Anaerobier*
ZHD	*Y84.9!*	*Zwischenfälle durch medizinische Massnahmen, nicht näher bezeichnet*
ND	*R65.0!*	*Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom (SIRS) infektiöser Genese ohne Organkomplikationen*

Beispiel 9

Eine Patientin ist für eine postoperative Anaerobie-Sepsis bei Wundinfekt, der debridiert wird, hospitalisiert.

HD	*A41.4*	*Sepsis durch Anaerobier*
ZHD	*Y84.9!*	*Zwischenfälle durch medizinische Massnahmen, nicht näher bezeichnet*
ND	*R65.0!*	*Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom (SIRS) infektiöser Genese ohne Organkomplikationen*
ND	*T81.4*	*Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert*

S0103a SIRS

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

R65.0!	*Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiöser Genese ohne Organkomplikationen* *Sepsis ohne Organkomplikationen* *Sepsis o.n.A.* *SIRS infektiöser Genese o.n.A.*
R65.1!	*Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiöser Genese mit Organkomplikationen* *Sepsis mit Organkomplikationen*
R65.2!	*Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] nichtinfektiöser Genese ohne Organkomplikationen* *SIRS nichtinfektiöser Genese o.n.A.*
R65.3!	*Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] nichtinfektiöser Genese mit Organkomplikationen*
R65.9!	*Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS], nicht näher bezeichnet*

Es wird unterschieden zwischen SIRS infektiöser und nicht infektiöser Genese. Bei der Kodierung 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.

S0104a HIV/AIDS

HIV-Kodes sind:

R75	*Laborhinweis auf Humanes Immundefizienz-Virus [HIV]* (d.h. unsicherer Nachweis nach nicht eindeutigem serologischem Test)
B23.0	*Akutes HIV-Infektionssyndrom*
Z21	*Asymptomatische HIV-Infektion [Humane Immundefizienz-Virusinfektion]*
B20-B24	*HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Virukrankheit]*
O98.7	*HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Virukrankheit], die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert*

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

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

R75 Laborhinweis auf Humanes Immundefizienz-Virus [HIV]
Dieser Kode wird in Fällen von Patienten verwendet, deren Labortests auf HIV nicht gesichert positiv sind, z.B. wenn der erste Test auf Antikörper positiv ist, der zweite nicht schlüssig oder negativ ist. Dieser Kode darf nicht als Hauptdiagnose angegeben werden.

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

Hinweis: Diese Kodieranweisung stellt eine Ausnahme zur Regel D01a „Symptome als Hauptdiagnose" dar.

Beispiel 1
Ein HIV-positiver Patient wird mit Lymphadenopathie aufgenommen. Es wird die Diagnose eines akuten HIV-Infektionssyndroms gestellt.

HD	*R59.1*	*Lymphknotenvergrösserung, generalisiert*
ND	*B23.0*	*Akutes HIV-Infektionssyndrom*
ND	*U60.-!*	*Klinische Kategorien der HIV-Krankheit*
ND	*U61.-!*	*Anzahl der T-Helferzellen bei HIV-Krankheit*

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

Z21 Asymptomatischer HIV-Status
Dieser Kode ist **nicht routinemässig, sondern nur dann als Nebendiagnose** zuzuweisen, wenn ein HIV-positiver Patient zwar keine Symptome der Infektion zeigt, die Infektion aber trotzdem den Behandlungsaufwand erhöht. Da sich Z21 auf Patienten bezieht, die asymptomatisch sind und zur Behandlung einer nicht in Beziehung zur HIV-Infektion stehenden Erkrankung aufgenommen werden, wird der Kode Z21 nicht als Hauptdiagnose zugewiesen.

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

Zur Kodierung von Patienten mit einer HIV-assoziierten Erkrankung (dies kann eine AIDS-definierende Erkrankung sein oder nicht) stehen folgende 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]*

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

O98.7 HIV-Krankheit, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert

Wie in S1503a beschrieben, steht neu O98.7 zur Verfügung, um eine HIV-Krankheit, die die Schwangerschaft, die Geburt und das Wochenbett kompliziert, abzubilden.

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.

Die HIV-Krankheit wird nach der CDC-Klassifikation in verschiedene Stadien eingeteilt (klinische Stadien A, B und C). Diese entsprechen nicht den ICD-10-Klassifikationskategorien und ein Stadium kann mit mehreren verschiedenen Kodes verschlüsselt werden. Es soll folgendermassen kodiert werden:

Stadium A	Asymptomatische Infektion	*Z21 Asymptomatische HIV-Infektion [Humane Imundefizienz-Virusinfektion]*
	Persistierende generalisierte Lymphadenopathie (LAS)	*B23.8 Sonstige näher bezeichnete Krankheitszustände infolge HIV-Krankheit (Persistierende) generalisierte Lymphadenopathie*
	Akute HIV-Infektion	*B23.0 Akutes HIV-Infektionssyndrom*
Stadium B und C	Infektiöse, parasitäre, bösartige Krankheiten infolge HIV-Krankheit	*B20.- bis B22.- und B24*

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) oder O98.7 **als Hauptdiagnose** zu verwenden. Zusätzlich sind entgegen der Definition einer Nebendiagnose **alle** bestehenden Manifestationen der HIV-Krankheit zu kodieren, unabhängig davon, ob sie Aufwand generierten oder nicht.

Beispiel 2
Patientin mit HIV Stadium C mit immunoblastischem Lymphom wird hospitalisiert zur antiretroviralen Therapie. Sie leidet auch an Mundsoor.

HD	*B21*	*Bösartige Neubildungen infolge HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Virus-krankheit]*
ND	*U60.9!*	*Klinische Kategorie der HIV-Krankheit, nicht näher bezeichnet*
ND	*U61.9!*	*Anzahl der (CD4+) T-Helferzellen, nicht näher bezeichnet*
ND	*C83.4*	*Lymphom immunoblastisch (diffus)*
TA	*aktiv*	
ND	*B37.0*	*Candida-Stomatitis*

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

Beispiel 3
Ein Patient wird zur Behandlung des Mundsoor aufgrund einer bereits bekannten HIV-Infektion aufgenommen.

HD	*B37.0*	*Candida-Stomatitis*
ND	*B20*	*Infektiöse und Parasitäre Krankheiten infolge HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]*
ND	*U60.9!*	*Klinische Kategorie der HIV-Krankheit, nicht näher bezeichnet*
ND	*U61.9!*	*Anzahl der (CD4+) T-Helferzellen, nicht näher bezeichnet*

S0105a Echter Krupp – Pseudokrupp – Kruppsyndrom

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

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

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

S0200 Neubildungen

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

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

Tabelle der klassischen ICD-10-GM-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 klassifiziert 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	unsich./ unbek. 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 1
Chondrosarkom des Akromion.
Die Suche erfolgt in der Tabelle der Neubildungen unter der entsprechenden Lokalisation, dann in der ersten Spalte, weil es sich um einen Primärtumor handelt:
C40.0 Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels der Extremitäten; Skapula und lange Knochen der oberen Extremität.
Der Begriff Chondrosarkom erscheint im alphabetischen Verzeichnis, dort wird aber auf die Tabelle „Neubildungen" verwiesen.

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

Maligne Tumore des hämatopoetischen/lymphatischen Systems

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

Beispiel 2

C91.0-	*Akute lymphoblastische Leukämie*
C91.00	*Ohne Angabe einer kompletten Remission, in partieller Remission*
C91.01	*In kompletter Remission*

S0201a Tumoraktivität

Erfassung der Tumoraktivität im Medizinischen Datensatz

Zu jeder Diagnose einer Neubildung aus Kaptitel II (C00-D48) 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 0 = inaktiv, 1 = aktiv, 9 = unbekannt, leer = Frage stellt sich nicht).

Definition: Als Tumoraktivität wird das Vorhandensein des Tumors verstanden.
Ist aktuell Tumorgewebe vorhanden – primär oder sekundär – wird der Tumor als aktiv definiert. (Noch) nicht behandelte Tumore (chirurgisch oder chemo-radiotherapeutisch oder beides) und rezidivierende Tumore gelten als aktiv. Ist der Tumor nach einer chirurgischen, nach einer 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.

S0202a Wahl der Hauptdiagnose

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

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

Die Reihenfolge der anzugebenen Kodes hängt von der Behandlung während des betreffenden Spitalaufenthaltes ab.

Erfolgt die Spitalaufnahme zur Diagnostik/Behandlung des primären Tumors, dann ist der Primärtumor als Hauptdiagnose zu kodieren. Primärtumoren mit unbekannter Lokalisation werden mit *C80.- Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation* kodiert.

Beispiel 1
Ein Patient wird zur Teilresektion der Lunge wegen eines Bronchialkarzinoms des Oberlappens eingewiesen.

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

Erfolgt die Spitalaufnahme nur zur Behandlung von Metastasen, dann werden diese als Hauptdiagnose und der Primärtumor als Nebendiagnose (entgegen der Definition der Nebendiagnose) angegeben.

Beispiel 2
Eine Patientin wird zur Resektion von Lebermetastasen eines resezierten kolorektalen Karzinoms stationär aufgenommen.

HD	*C78.7*	*Sekundäre bösartige Neubildung der Leber*
TA	*1*	
ND	*C19*	*Bösartige Neubildung am Rektosigmoid, Übergang*
TA	*0*	

Erfolgt die Aufnahme primär zur **systemischen** Therapie (Ganzkörperbestrahlung, iv-Radiotherapie, systemische Chemotherapie) des Primärtumors und/oder der Metastasen, dann wird der Primärtumor als Hauptdiagnose angegeben. Erfolgt die Aufnahme des Patienten primär zur systemischen Therapie und ist ausnahmsweise der Primärtumor nicht bekannt, wird ein Kode aus *C80.- Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation* als Hauptdiagnose angegeben.

Beispiel 3
*Ein Patient wird zur ersten **systemischen** Chemotherapie bei Lebermetastasen eines resezierten kolorektalen Karzinoms stationär aufgenommen.*

HD	*C19*	*Bösartige Neubildung am Rektosigmoid, Übergang*
TA	*0*	
ND	*C78.7*	*Sekundäre bösartige Neubildung der Leber*
TA	*1*	

Erfolgt die Aufnahme des Patienten sowohl zur Behandlung des Primärtumors als auch der Metastasen, ist diejenige Diagnose als Hauptdiagnose zu wählen, die den grössten Aufwand an medizinischen Mitteln erfordert (gemäss Regel G52a).

S0203a Nachresektion im Tumorgebiet

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

S0204a Tumornachweis nur in der Biopsie

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

S0205a Komplikationen nach medizinischen Massnahmen

Wird während einer Hospitalisation ausschliesslich die Komplikation einer Therapie behandelt, wird die Komplikation als Hauptdiagnose angegeben und der Tumor als Nebendiagnose (entgegen der Definition der Nebendiagnose).

Beispiel 1
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)*
TA	*0*	

Beispiel 2
Patientin mit reseziertem Mammakarzinom kommt zur Behandlung einer post-chemotherapeutischen Agranulozytose.

HD	*D70.1-*	*Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie*
ND	*C50.-*	*Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma] (4. Stelle entsprechend der Lokalisation)*
TA	*0*	

S0206a Verdacht auf Tumor oder Metastasen

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

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

S0207a Nachuntersuchung

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

Beispiel 1
Ein Patient wird zu verschiedenen Kontrolluntersuchungen nach Pneumonektomie und Chemotherapie bei geheiltem 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*

Ein „Anamnese-Kode“ wird dann zugewiesen, wenn man von einer Heilung ausgehen kann. Wann dies bei einem Patienten möglich ist, hängt von der jeweiligen Erkrankung ab. Da die Feststellung eigentlich nur retrospektiv möglich ist, wird die Unterscheidung eher „klinisch“ auf der Basis einer fortgesetzten Behandlung des Tumors als nach einem festgelegten Zeitrahmen getroffen.

In Fällen, in denen die Behandlung des Tumors endgültig abgeschlossen ist, ist ein Kode aus *Z85.- Bösartige Neubildung in der Eigenanamnese* als Nebendiagnose (entgegen der Definition der Nebendiagnose) zuzuweisen.

S0208a Rezidive

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

Beispiel 1
Bei einer Patientin wird nach zehn Jahren ein Rezidiv eines Mammakarzinoms diagnostiziert.

HD	*C50.-*	*Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]*
TA	*1*	
ND	*Z85.3*	*Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma] in der Eigenanamnese*

S0209a Tumore mit endokriner Aktivität

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

Beispiel 1
Bösartiges Phäochromozytom, das Katecholamin sezerniert.

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

S0210a 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 (Regel G52a) erfüllt. Als Hauptdiagnose wird der Tumor, der am meisten Ressourcen verbrauchte, kodiert.

Beispiel 1
Eine Patientin wird bei ein und demselben Spitalaufenthalt sowohl wegen eines malignen Melanoms (Exzision der Läsion) am Bein als auch wegen eines Mammakarzinoms (Mastektomie) behandelt.

HD	*C50.-*	*Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma] (4. Stelle entsprechend der Lokalisation)*
TA	*1*	
ND	*C43.7*	*Bösartiges Melanom der unteren Extremität, einschliesslich Hüfte*
TA	*1*	
ND	*C97!*	*Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen*

Beachte: C97! wird ohne Tumoraktivität kodiert.

S0211a Überlappende Lokalisation

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

Beispiel 1
Kolorektales Karzinom, das sich vom Analkanal bis zum Rektum ausdehnt, wobei der Ursprungsort nicht bekannt ist.

HD	*C21.8*	*Bösartige Neubildung des Anus und des Analkanals; Rektum, Anus und Analkanal, mehrere Teilbereiche überlappend*
TA	*1*	

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

Beispiel 2
Adenokarzinom, das sich vom Sigmoid bis zum Rektum erstreckt.

HD	*C19*	*Bösartige Neubildung am Rektosigmoid, Übergang*
TA	*1*	

Sofern sich die Ausbreitung eines Tumors von einer bekannten Primärlokalisation auf ein Nachbarorgan oder Nachbargebiet fortsetzt, ist nur die Primärlokalisation zu verschlüsseln.

Beispiel 3
Zervixkarzinom (Ektozervix), mit Infiltration der Vagina.

HD	*C53.1*	*Bösartige Neubildung des Ektozervix*
TA	*1*	

S0212a Remission bei malignen immunoproliferativen Erkrankungen und Leukämie

Bei den Kodes

C88.-	*Bösartige immunoproliferative Krankheiten*
C90.-	*Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen*
C91-C95	*Leukämie*

stehen zur Verschlüsselung des Remissionsstatus an fünfter Stelle

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

zur Verfügung.

Hierbei ist zu beachten:

.x0 ***Ohne Angabe einer kompletten Remission***
Ohne Angabe einer Remission
In partieller Remission

ist zuzuweisen:

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

.x1 ***In kompletter Remission***

ist zuzuweisen:

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

Für Leukämien mit einem Kode aus C91-C95, die auf eine Standard-Induktionstherapie refraktär sind, ist die zusätzliche Schlüsselnummer

C95.8! *Leukämie, refraktär auf Standard-Induktionstherapie*

anzugeben.

S0213a Lymphangiosis carcinomatosa

Die Lymphangiosis carcinomatosa wird nicht nach der Histologie (Lymphbahnen), sondern nach der Lokalisation, analog einer Metastasierung, kodiert.

Beispiel 1
Lymphangiosis carcinomatosa der Pleura.
HD C78.2 Sekundäre bösartige Neubildung der Pleura
TA 1

S0214a Lymphom

Lymphomen, die als „extranodal“ ausgewiesen werden oder die sich in einem anderen Gebiet als den Lymphdrüsen befinden (z.B. das MALT-Lymphom des Magens), ist der entsprechende Kode aus den Kategorien C81 bis C88 zuzuweisen.

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

Bei Lymphomen sind die folgenden Kodes nicht zuzuordnen:

C77.- *Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Lymphknoten*

C78.- *Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane*

C79.0 *Sekundäre bösartige Neubildung der Niere und des Nierenbeckens*

C79.1 *Sekundäre bösartige Neubildung der Harnblase sowie sonstiger und nicht näher bezeichneter Harnorgane*

C79.2 *Sekundäre bösartige Neubildung der Haut*

C79.4 *Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Nervensystems*

C79.6 *Sekundäre bösartige Neubildung des Ovars*

C79.7 *Sekundäre bösartige Neubildung der Nebenniere*

C79.8 *Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger näher bezeichneter Lokalisationen*

C79.9 *Sekundäre bösartige Neubildung nicht näher bezeichneter Lokalisation*

Für die Verschlüsselung einer Knochenbeteiligung bei malignen Lymphomen ist

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

anzugeben.

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

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

zu verwenden.

S0215a Chemo- und Radiotherapie

Diese Behandlungen werden über die passenden CHOP-Kodes abgebildet.

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

werden nicht kodiert.

S0400 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten

S0401a Allgemeines

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	*Vorher bestehender Diabetes mellitus, primär insulinabhängig (Typ-1-Diabetes)*
O24.1	*Vorher bestehender Diabetes mellitus, nicht primär insulinabhängig (Typ-2-Diabetes)*
O24.2	*Vorher bestehender Diabetes mellitus durch Fehl- oder Mangelernährung (Malnutrition)*
O24.3	*Vorher bestehender Diabetes mellitus, nicht näher bezeichnet*
O24.4	*Diabetes mellitus, während der Schwangerschaft auftretend*
P70.0	*Syndrom des Kindes einer Mutter mit gestationsbedingtem Diabetes mellitus*
P70.1	*Syndrom des Kindes einer diabetischen Mutter*
P70.2	*Diabetes mellitus bei Neugeborenen*
R73.0	*Abnormer Glukosetoleranztest*

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

Kategorien E10-E14

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

S0402a Regeln zur Kodierung des Diabetes mellitus

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

Hauptdiagnose Diabetes mellitus mit Komplikationen

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

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

bei der Hospitalisation im Vordergrund standen.

Des Weiteren ist für die Kodierung von Bedeutung, wie viele Komplikationen des Diabetes mellitus vorliegen, und ob diese die Nebendiagnosendefinition erfüllen (Regel G54a).

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, sofern die Nebendiagnosendefinition erfüllt ist.*

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

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

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

Beispiel 2
Ein Patient mit Diabetes mellitus Typ 1 wird wegen einer schweren Entgleisung der Stoffwechsellage stationär aufgenommen. Zusätzlich besteht als einzige Komplikation eine diabetische Nephropathie, die aber nicht behandelt wird.

HD	*E10.61*	*Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes] mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen, als entgleist bezeichnet*

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, sofern die Nebendiagnosendefinition erfüllt ist.

Beispiel 3
Eine Patientin mit Diabetes mellitus Typ 1 mit multiplen Komplikationen in Form einer Atherosklerose der Extremitätenarterien, einer Retinopathie und einer Nephropathie wird wegen einer schweren Entgleisung der Stoffwechsellage aufgenommen. Alle vorliegenden Komplikationen werden ebenfalls behandelt.

HD	*E10.73†*	*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*
ND	*N08.3**	*Glomeruläre Krankheiten bei Diabetes mellitus*

Beispiel 4
Eine Patientin mit Diabetes mellitus Typ 1 mit multiplen Komplikationen in Form einer Atherosklerose der Extremitätenarterien, einer Retinopathie und einer Nephropathie wird wegen einer schweren Entgleisung der Stoffwechsellage aufgenommen. Die Komplikationen werden nicht behandelt.

HD	*E10.73*	*Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes] mit multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet*

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 die Nebendiagnosendefinition erfüllt ist.

Beispiel 5
Ein Patient mit Diabetes mellitus Typ 1 mit peripheren vaskulären Komplikationen in Form einer Atherosklerose der Extremitätenarterien mit Ruheschmerz wird zur Bypass-Operation aufgenommen. Zusätzlich besteht eine Retinopathie mit Pflegeaufwand durch erhebliche Einschränkung des Sehvermögens.

HD	*E10.50†*	*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*
ND	*E10.30†*	*Diabetes mellitus mit Augenkomplikationen, nicht als entgleist bezeichnet*
ND	*H36.0**	*Retinopathia diabetica*
HB	*39.25.--*	*Anlegen eines iliofemoralen Bypasses*

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:

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

HD E10-E14, vierte Stelle entsprechend der Manifestation mit dem grössten Aufwand
ZHD gefolgt vom entsprechenden Kode für die Manifestation mit dem grössten Aufwand
ND E10-E14, vierte Stelle entsprechend der anderen behandelten Manifestation(en)
ND Die Kodes für die weiteren Manifestationen sind anzugeben, sofern die Nebendiagnosendefinition erfüllt ist.

Nebendiagnose Diabetes mellitus

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

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

Wenn der Diabetes mellitus die Nebendiagnosendefinition erfüllt, so ist dieser zu kodieren. Liegen Komplikationen (Manifestationen) vor, ist bei einem Kode aus E10-E14 die vierte Stelle entsprechend der Komplikation(en) 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.
- bei multiplen Komplikationen stets ".7“ an vierter Stelle zu kodieren.

Beispiel 6
Eine Patientin wird wegen einem Sturz mit geschlossener rechter Humeruskopffraktur ohne Weichteilschaden stationär aufgenommen. Zudem besteht ein Diabetes mellitus Typ 2 mit diabetischer Nephropathie. Der Diabetes wird diätetisch und medikamentös behandelt, sowie die Nierenkomplikation.

HD	*S42.21*	*Fraktur des proximalen Ende des Humerus: Kopf*
L	*1*	
ZHD	*X59.9!*	*Sonstiger und nicht näher bezeichneter Unfall*
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*

Beispiel 7
Eine Patientin wird wegen einem Sturz mit geschlossener rechter Humeruskopffraktur ohne Weichteilschaden stationär aufgenommen. Zudem besteht ein Diabetes mellitus Typ 2 mit diabetischer Nephropathie. Nur der Diabetes wird diätetisch und medikamentös behandelt.

HD	*S42.21*	*Fraktur des proximalen Ende des Humerus: Kopf*
L	*1*	
ZHD	*X59.9!*	*Sonstiger und nicht näher bezeichneter Unfall*
ND	*E11.20†*	*Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes] mit Nierenkomplikationen, nicht als entgleist bezeichnet*

Beachte: Wie in D03a neu geregelt: Kreuz†-Kodes dürfen alleine verschlüsselt werden.

S0403a Spezifische Komplikationen des Diabetes mellitus

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

Nierenkomplikationen (E10†-E14†, vierte Stelle ".2")

Nierenerkrankungen, die in kausalem Zusammenhang mit Diabetes mellitus stehen, sind als Diabetes mellitus mit Nierenkomplikationen E10†-E14†, vierte Stelle ".2" zu verschlüsseln. Ausserdem ist ein Kode für die spezifische Manifestation anzugeben, sofern die Nebendiagnosendefinition erfüllt ist.

Beispiel 1

Ein Patient mit Typ-1 Diabetes kommt zur Behandlung einer diabetischen Nephropathie.

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

Beispiel 2

Ein Patient mit Typ-1 Diabetes kommt zur Behandlung einer terminalen Niereninsuffizienz aufgrund einer diabetischen Nephropathie.

HD	*E10.20†*	*Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes] mit Nierenkomplikationen, nicht als entgleist bezeichnet*
ZHD	*N08.3**	*Glomeruläre Krankheiten bei Diabetes mellitus*
ND	*N18.5*	*Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5*

Hinweis: Der Kode *N18.5 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5* dient in diesem Beispiel zur näheren Spezifizierung der durch das Kreuz-Stern-System beschriebenen Diagnose. Er ist nicht als Hauptdiagnose anzugeben.

Diabetische Augenerkrankungen (E10†-E14†, vierte Stelle ".3")

Augenerkrankungen, die in kausalem Zusammenhang mit Diabetes mellitus stehen, sind als Diabetes mellitus mit Augenkomplikationen E10†-E14†, vierte Stelle ".3" zu verschlüsseln. Ausserdem ist ein Kode für die spezifische Manifestation anzugeben, sofern die Nebendiagnosendefinition erfüllt ist.

Diabetische Retinopathie:

E10†-E14† mit vierter Stelle ".3"	*Diabetes mellitus mit Augenkomplikationen*
*H36.0**	*Retinopathia diabetica*

Diabetische Retinopathie mit Retina-(Makula-)Ödem ist wie folgt zu kodieren:

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

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

H54.- *Blindheit und Sehbeeinträchtigung*

zugewiesen.

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

E10†-E14† mit vierter Stelle ".3"	*Diabetes mellitus mit Augenkomplikationen*
*H28.0**	*Diabetische Katarakt*

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

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

sowie die entsprechenden 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, sofern die Nebendiagnosendefinition erfüllt ist.

Diabetische Mononeuropathie:

E10†-E14† mit vierter Stelle ".4"	*Diabetes mellitus mit neurologischen Komplikationen*
*G59.0**	*Diabetische Mononeuropathie*

Diabetische Amyotrophie:

E10†-E14† mit vierter Stelle ".4"	*Diabetes mellitus mit neurologischen Komplikationen*
*G73.0**	*Myastheniesyndrome bei endokrinen Krankheiten*

Diabetische Polyneuropathie:

E10†-E14† mit vierter Stelle ".4"	*Diabetes mellitus mit neurologischen Komplikationen*
*G63.2**	*Diabetische Polyneuropathie*

Periphere vaskuläre Erkrankung und Diabetes mellitus (E10†-E14†, vierte Stelle ".5")

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

Diabetes mellitus mit peripherer Angiopathie:

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

Diabetisches Fusssyndrom (E10-E14, vierte Stelle ".7")

Die Diagnose „Diabetischer Fuss“ wird kodiert mit:

E10-E14 mit an vierter und fünfter Stelle:

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

oder

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

Die Kodes für die vorhandenen Manifestationen, z.B.:

*G63.2** *Diabetische Polyneuropathie*
*I79.2** *Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten*

sind **danach anzugeben**. Alle vorliegenden Manifestationen und Komplikationen sind zu kodieren, wenn sie die Nebendiagnosendefinition erfüllen.

Eine Liste mit einer Auswahl von Diagnosen, die zum klinischen Bild des „diabetischen Fusssyndroms“ gehören können, befindet sich im Anhang.

Beispiel 3
Ein Patient mit entgleistem Diabetes mellitus Typ 1 wird zur Behandlung eines diabetischen Fusssyndroms mit gemischtem Ulkus der rechten Zehe (bei Angiopathie und Neuropathie) und Erysipel am rechten Unterschenkel aufgenommen.

HD	*E10.75†*	*Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes] mit multiplen Komplikationen, mit diabetischem Fusssyndrom, als entgleist bezeichnet*
ZHD	*G63.2**	*Diabetische Polyneuropathie*
ND	*I79.2**	*Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten*
ND	*I70.23*	*Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration*
L	*1*	
ND	*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.

S0404a Metabolisches Syndrom

Bei Vorliegen eines „metabolischen Syndroms“ sind die vorliegenden Komponenten des Syndroms (Adipositas, Hypertonie, Hyperlipidämie und Diabetes mellitus) einzeln zu kodieren, wenn sie die Nebendiagnosendefinition erfüllen (Regel G54a).

S0405a Störungen der inneren Sekretion des Pankreas

Die Kodes

E16.0 Arzneimittelinduzierte Hypoglykämie ohne Koma

E16.1 Sonstige Hypoglykämie

E16.2 Hypoglykämie, nicht näher bezeichnet

E16.8 Sonstige näher bezeichnete Störungen der inneren Sekretion des Pankreas

E16.9 Störungen der inneren Sekretion des Pankreas, nicht näher bezeichnet

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

S0406a Zystische Fibrose

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

Es ist zu beachten, dass in Fällen mit kombinierten Manifestationen der passende Kode aus *E84.8- Zystische Fibrose mit sonstigen Manifestationen* zu verwenden ist:

E84.80 Zystische Fibrose mit Lungen- und Darm-Manifestation

E84.87 Zystische Fibrose mit sonstigen multiplen Manifestationen

E84.88 Zystische Fibrose mit sonstigen Manifestationen

Beispiel 4
Eine Patientin mit Mukoviszidose und Haemophilus influenzae Infektion wird zur Behandlung einer Bronchitis aufgenommen.

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

E84.80 Zystische Fibrose mit Lungen- und Darm-Manifestation **wird nicht angegeben**, wenn die Behandlung der Darm-Manifestation im Vordergrund steht und die stationäre Aufnahme z.B. speziell zur Operation einer mit der Darm-Manifestation in Zusammenhang stehenden Komplikation erfolgt ist. In diesen Fällen ist:

E84.1 Zystische Fibrose mit Darmmanifestationen

als Hauptdiagnose zuzuweisen und als Nebendiagnose zusätzlich

E84.0 Zystische Fibrose mit Lungenmanifestationen

Diese Kodieranweisung stellt somit eine **Ausnahme** zu den Regeln der ICD-10-GM zur Verschlüsselung der Zystischen Fibrose mit kombinierten Manifestationen dar.

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

S0500 Psychische und Verhaltensstörungen

S0501a Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Drogen, Medikamente, Alkohol und Nikotin)

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

Akute nicht akzidentelle Intoxikation (Rausch)

Im Fall einer akuten Intoxikation (eines akuten Rausches) wird der zutreffende 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 1
Bekannter Alkoholiker, der in fortgeschrittenen 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*

Akute akzidentelle Intoxikation

Siehe Kapitel S1900.

Schädlicher Gebrauch

An vierter Stelle ist eine ".1" zuzuweisen, wenn ein Zusammenhang zwischen einer bestimmten Krankheit/Krankheiten und Alkohol-/Drogenabusus besteht. Das ist beispielsweise der Fall, wenn Diagnosen durch Aussagen wie „alkoholinduziert" oder „drogenbezogen" näher bezeichnet sind.

Beispiel 2
Bei einem Patienten wird eine alkoholbezogene Ösohagitis diagnostiziert.

HD	*K20*	*Ösophagitis*
ND	*F10.1*	*Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, schädlicher Gebrauch*

Bei der oben genannten Definition ist zu beachten, dass eine vierte Stelle mit ".1" **nicht** zugewiesen wird, wenn eine spezifische drogen-/alkoholbezogene Krankheit existiert, insbesondere ein Abhängigkeitssyndrom oder eine psychotische Störung.

S0600 Krankheiten des Nervensystems

S0601a Schlaganfall

Akuter 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.

Beispiel 1
Ein Patient erleidet einen Hirninfarkt mit schlaffer Hemiplegie rechts und Aphasie und wird zur stationären Behandlung aufgenommen. Radiologisch zeigt sich ein Verschluss der Arteria cerebri media links.

HD	*I63.3*	*Hirninfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien*
L	*2*	
ND	*G81.0*	*Schlaffe Hemiparese und Hemiplegie*
L	*1*	
ND	*R47.0*	*Aphasie*

Es werden der Hirninfarkt als Hauptdiagnose und sämtliche auftretende Funktionsstörungen als Nebendiagnosen kodiert.

"Alter Schlaganfall"

Wenn ein Patient die Anamnese eines Schlaganfalls **mit** gegenwärtig bestehenden neurologischen Ausfällen zeigt, werden die neurologischen Ausfälle (z.B. Hemiplegie, Aphasie, Hemianopsie, Neglect) entsprechend der Nebendiagnosendefinition (Regel G54a) und danach ein Kode aus *I69.– Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit* zugewiesen.

Beispiel 2
Eine Patientin wurde mit einer Pneumokokken-Pneumonie aufgenommen. Die Patientin hatte vor drei Jahren einen akuten Schlaganfall und erhält seitdem Thrombozytenaggregationshemmer zur Rezidivprophylaxe. Es besteht eine residuale linke spastische Hemiparese. Diese verursachte erhöhten Pflegeaufwand.

HD	*J13*	*Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae*
ND	*G81.1*	*Spastische Hemiparese und Hemiplegie*
L	*2*	
ND	*I69.4*	*Folgen eines Schlaganfalls, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet*

S0602a Funktionsstörungen

Bei einem Schlaganfall **werden Dysphagie, Urin- und Stuhlinkontinenz** nur dann kodiert, wenn bestimmte Kriterien erfüllt sind (siehe S1801a und S1802a).

S0603a Paraplegie und Tetraplegie, nicht traumatisch

Zur Kodierung einer traumatischen Paraplegie/Tetraplegie siehe S1904a: Verletzung des Rückenmarks.

Initiale (akute) Phase einer nicht traumatischen Paraplegie/Tetraplegie

Die „akute" Phase einer nicht traumatischen Paraplegie/Tetraplegie umfasst Erstaufnahmen wegen eines nicht traumatisch bedingten Funktionsausfalls wie z. B. bei Myelitis transversa oder bei Rückenmarkinfarkt. Es kann sich auch um eine konservativ oder operativ behandelte Erkrankung handeln, die sich in Remission befand, sich jedoch verschlechtert hat und jetzt die gleiche Behandlungsintensität erfordert wie bei Patienten, die das erste Mal aufgenommen wurden.

Sofern eine Krankheit behandelt wird, die eine akute Schädigung des Rückenmarks zur Folge hat (z.B. Myelitis), sind folgende Kodes zuzuweisen:

Die Krankheit als Hauptdiagnose, z.B. diffuse Myelitis

G04.9 Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis, nicht näher bezeichnet

und einen Kode aus

G82.- *Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie,* fünfte Stelle ".0" oder ".1".

Für die funktionale Höhe der Rückenmarksschädigung ist zusätzlich der passende Kode aus

G82.6-! *Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarks*

anzugeben.

Späte (chronische) Phase einer nicht traumatischen Paraplegie/Tetraplegie

Von der chronischen Phase einer Paraplegie/Tetraplegie spricht man, wenn die Behandlung der akuten Erkrankung (z.B. einer Myelitis), die die Lähmungen verursachte, abgeschlossen ist. Kommt ein Patient in dieser chronischen Phase zur Behandlung der Paraplegie/Tetraplegie, ist ein Kode der Kategorie:

G82.- *Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie,* fünfte Stelle ".2" oder ".3"

als Hauptdiagnose anzugeben.

Wird ein Patient dagegen zur Behandlung einer anderen Erkrankung wie z.B. Harnwegsinfektion, Fraktur des Femur usw. aufgenommen, ist die zu behandelnde Erkrankung gefolgt von einem Kode der Kategorie:

G82.- *Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie,* fünfte Stelle ".2" oder ".3"

anzugeben, sowie andere vorliegende Erkrankungen. Die Reihenfolge dieser Diagnosen muss sich an der Definition der Hauptdiagnose orientieren.

Für die funktionale Höhe der Rückenmarkschädigung ist zusätzlich der passende Kode aus

G82.6-! *Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarks*

anzugeben.

S0700 Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde

S0701a Versagen oder Abstossung eines Kornea-Transplantates

Versagen und Abstossung eines Hornhauttransplantates des Auges ist mit dem Kode

T86.83 Versagen und Abstossung eines Hornhauttransplantates des Auges

zu kodieren.

Nebendiagnosen im Zusammenhang mit der Abstossung oder dem Versagen eines Korneatransplantates werden zusätzlich zu T86.83 kodiert, z. B.:

H16.- Keratitis

H18.- Sonstige Affektionen der Hornhaut

H20.- Iridozyklitis

H44.0 Purulente Endophthalmitis

H44.1 Sonstige Endophthalmitis

Z96.1 Vorhandsein eines intraokularen Linsenimplantates

S0800 Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes

S0801a Schwerhörigkeit und Taubheit

Die Diagnosen Schwerhörigkeit und Taubheit können mit einem passenden Kode aus den folgenden Kategorien kodiert werden:

H90.- *Hörverlust durch Schalleitungs- oder Schallempfindungsstörung*

und

H91.- *Sonstiger Hörverlust*

In folgenden Situationen werden sie als Hauptdiagnose kodiert:

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

S0900 Krankheiten des Kreislaufsystems

S0901a Hypertonie und Krankheiten bei Hypertonie

Hypertensive Herzkrankheit (I11.-)

Steht eine Herzkrankheit in **kausalem Zusammenhang** zur Hypertonie, so ist ein Kode für die Herzkrankheit (z.B. aus *I50.- Herzinsuffizienz* oder *I51.- Komplikationen einer Herzkrankheit und ungenau beschriebene Herzkrankheit*), gefolgt von *I11.- Hypertensive Herzkrankheit* anzugeben.

Wenn für die Herzerkrankung kein anderer Kode der ICD-10-GM ausser *I11.- Hypertensive Herzkrankheit* zur Verfügung steht, wird dieser allein kodiert.

Liegen Herzerkrankungen und Hypertonie aber **ohne** kausale Beziehung vor, werden Hypertonie und Herzkrankheit einzeln kodiert.

Hypertensive Nierenkrankheit (I12.-)

Steht eine Nierenerkrankung in **kausalem Zusammenhang** zur Hypertonie, so ist ein Kode für die Nierenerkrankung (z.B. aus *N18.- Chronische Nierenkrankheit*), gefolgt von *I12.- Hypertensive Nierenkrankheit* anzugeben.

Wenn für die Nierenerkrankung kein anderer Kode der ICD-10-GM ausser *I12.- Hypertensive Nierenkrankheit* zur Verfügung steht, wird dieser allein kodiert.

Liegen Nierenerkrankungen und Hypertonie aber **ohne** kausale Beziehung vor, werden Hypertonie und Nierenkrankheit einzeln kodiert.

Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit (I13.-)

In Fällen, bei denen sowohl eine hypertensive Herzkrankheit (I11.-) als auch eine hypertensive Nierenkrankheit (I12.-) vorliegen, ist ein Kode für die Herzkrankheit (z.B. aus *I50.-Herzinsuffizienz*) und für die Nierenkrankheit (z.B. aus *N18.- Chronische Nierenkrankheit*), gefolgt von *I13.- Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit* zuzuordnen.

Wenn für die Herz- und Nierenerkrankung kein anderer Kode der ICD-10-GM ausser *I13.– Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit* zur Verfügung steht, wird dieser allein kodiert.

Die Hauptdiagnose ist entsprechend der Definition der Hauptdiagnose (Regel G52a) festzulegen.

S0902a Ischämische Herzkrankheit

Angina pectoris (I20.–)

Liegt bei einem Patienten eine Angina pectoris vor, ist der entsprechende Kode **vor** dem Kode der Koronaratherosklerose anzugeben. Wenn ein Patient mit instabiler Angina pectoris aufgenommen wird und diese sich während des Spitalaufenthaltes zu einem Myokardinfarkt entwickelt, ist nur der Kode für einen Myokardinfarkt anzugeben**.**

Wenn der Patient jedoch eine Postinfarkt-Angina entwickelt, kann *I20.0 Instabile Angina pectoris* als zusätzlicher Kode angegeben werden.

Koronarsyndrom (Acute Coronary Syndrom ACS)

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

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

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

Akuter Myokardinfarkt

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

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

Reinfarkt – Rezidivierender Myokardinfarkt

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

Alter Myokardinfarkt

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.

Sonstige Formen der chronischen ischämischen Herzkrankheit

Ein Myokardinfarkt, der mehr als vier Wochen (28 Tage) nach dem Ereignis behandelt wird, ist mit *I25.8 Sonstige Formen der chronischen ischämischen Herzkrankheit* zu verschlüsseln.

Ischämische Herzkrankheit, die früher chirurgisch/interventionell behandelt wurde

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

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

I25.11 *Atherosklerotische Herzkrankheit, Ein-Gefässerkrankung*
I25.12 *Atherosklerotische Herzkrankheit, Zwei-Gefässerkrankung*
I25.13 *Atherosklerotische Herzkrankheit, Drei-Gefässerkrankung*

oder

I25.14 *Atherosklerotische Herzkrankheit, Stenose des linken Hauptstammes*

und entweder

Z95.1 *Vorhandensein eines aortokoronaren Bypasses*

oder

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

zu kodieren.

Die Kodes

I25.15 *Atherosklerotische Herzkrankheit mit stenosierten Bypass-Gefässen*
I25.16 *Atherosklerotische Herzkrankheit mit stenosierten Stents*

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

In diesem Fall ist

Z95.1 *Vorhandensein eines aortokoronaren Bypasses*
Z95.5 *Vorhandensein eines Implantates oder Transplantates nach koronarer Gefässplastik*

als zusätzliche Diagnose **nicht** anzugeben.

Beispiel 1
Ein Patient wurde mit einer instabilen Angina aufgenommen, die sich drei Jahre nach einer Bypassoperation entwickelt hat. Die Herzkatheteruntersuchung zeigte eine Stenose im Bereich des Venenbypasses.
HD I20.0 Instabile Angina pectoris
ND I25.15 Atherosklerotische Herzkrankheit mit stenosierten Bypass-Gefässen

Voraussetzung für die Zuweisung der Kodes:

Z95.1 Vorhandensein eines aortokoronaren Bypasses
oder
Z95.5 Vorhandensein eines Implantates oder Transplantates nach koronarer Gefässplastik

ist, ausser dem Vorliegen anamnestischer Informationen über das Vorhandensein eines Koronararterienbypasses oder eine frühere Koronarangioplastie, dass diese Angaben für die aktuelle Spitalbehandlung von Bedeutung sind (siehe Nebendiagnosendefinition, Regel G54a).

S0903a Thrombose resp. Verschluss von koronarem Stent resp. Bypass

Bei der Kodierung von Stent- oder Bypassverschlüssen ist primär wichtig, ob es sich um einen Verschluss **MIT** oder **OHNE** Myokardinfarkt handelt.

Bei Verschluss ohne Myokardinfarkt wird zwischen Koronarthrombose und chronischem Verschluss unterschieden. Wird die Thrombose lokalspezifisch behandelt, ist diese als Komplikation durch das Gefässimplantat/Transplantat zusätzlich zu kodieren.

Richtlinien zur Thrombose resp. Verschluss von koronarem Stent resp. Bypass

1) Jeder Verschluss eines koronaren Stents oder Bypasses **mit konsekutivem Myokardinfarkt** ist primär mit *I21.- Akuter Myokardinfarkt* zu verschlüsseln. Dies gilt sowohl für die akute (Stent-) Thrombose, wie auch für den Verschluss durch Fortschreiten der Grundkrankheit.

   T82.8 Sonstige näher bezeichnete Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefässen wird nur dann zusätzlich kodiert, wenn bei Vorliegen einer Thrombose diese lokal spezifisch behandelt wird, z.B. mit *36.04 Thrombolytischer Koronararterieninfusion*.

   Bei alleiniger erneuter PTCA mit oder ohne Stenteinlage oder erneuter Bypassoperation ist T82.8 nicht zu kodieren, sondern *Z95.1 Vorhandensein eines aortokoronaren Bypasses.*

2) Liegt ein Verschluss eines Stents oder Bypasses **ohne Myokardinfarkt** vor, wird nach Aetiologie unterschieden:

   a) Eine Thrombose wird primär mit *I24.0 Koronarthrombose ohne nachfolgenden Myokardinfarkt* kodiert.

      T82.8 Sonstige näher bezeichnete Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefässen wird nur dann zusätzlich kodiert, wenn die Thrombose lokal behandelt wird, z.B. mit *36.04 Thrombolytischer Koronararterieninfusion*.

      Bei alleiniger erneuter PTCA mit oder ohne Stenteinlage oder erneuter Bypassoperation ist T82.8 nicht zu kodieren, sondern *Z95.1 Vorhandensein eines aortokoronaren Bypasses.*

b) Ein **Verschluss** durch Intimaproliferation (bzw. Fortschreiten der arteriosklerotischen Grundkrankheit) wird primär verschlüsselt mit:

I25.15 Atherosklerotische Herzkrankheit mit stenosierten Bypassgefässen, resp.

I25.16 Atherosklerotische Herzkrankheit mit stenosierten Stents.

In diesem Fall ist Z95.1, resp. Z95.5 als Nebendiagnose nicht anzugeben.

Beispiel 1

Patientin mit akutem Myokardinfarkt bei thrombotischem Verschluss eines vor 2 Monaten implantierten Stents. Zur Behandlung wird ein neuer BMS-Stent eingelegt.

HD	*I21.-*	*Akuter Myokardinfarkt*
HB	*00.66.2-*	*Koronarangioplastik (PTCA) nach Art des verwendeten Ballons*
NB	*00.40*	*Massnahme auf einem Gefäss*
NB	*00.45*	*Einsetzen von einem Gefässstent*
NB	*36.06*	*Einsetzen von Herzkranzarterien-Stent(s) ohne Medikamenten-Freisetzung*

Beispiel 2

Patient mit akutem Myokardinfarkt bei thrombotischem Verschluss eines vor 2 Monaten implantierten Stents. Zur Behandlung wird ein neuer BMS-Stent eingelegt, zusätzlich wird in der gleichen Sitzung die Thrombose des Stents mit Koronararterieninfusion behandelt.

HD	*I21.-*	*Akuter Myokardinfarkt*
ND	*T82.8*	*Sonstige näher bezeichnete Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefässen*
ND	*Y82.8!*	*Zwischenfälle durch medizintechnische Geräte und Produkte*
HB	*00.66.2-*	*Koronarangioplastik (PTCA) nach Art des verwendeten Ballons*
NB	*00.40*	*Massnahme auf einem Gefäss*
NB	*00.45*	*Einsetzen von einem Gefässstent*
NB	*36.06*	*Einsetzen von Herzkranzarterien-Stent(s) ohne Medikamenten-Freisetzung*
NB	*36.04*	*Thrombolytische Koronararterieninfusion*

Beispiel 3

Patient mit chronischer KHK. Die Koronararteriographie zeigt einen Verschluss des LIMA-Bypasses. Konservative Therapie, eine Reoperation wird geplant.

HD	*I25.15*	*Atherosklerotische Herzkrankheit mit stenosierten Bypass-Gefässen*
HB	*88.5-*	*Koronare Arteriographie*
NB	*37.21-23*	*Herzkatheter*

Beispiel 4

Patientin mit thrombotischem Verschluss eines Stents. Der Stent kann mit lokaler Thrombolyse eröffnet werden, ein Myokardinfarkt entwickelt sich nicht.

HD	*I24.0*	*Koronarthrombose ohne nachfolgenden Myokardinfarkt*
ND	*T82.8*	*Sonstige näher bezeichnete Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefässen*
ND	*Y82.8!*	*Zwischenfälle durch medizintechnische Geräte und Produkte*
HB	*00.66.2-*	*Koronarangioplastik (PTCA) nach Art des verwendeten Ballons*
NB	*00.40*	*Massnahme auf einem Gefäss*
NB	*36.04*	*Thrombolytische Koronararterieninfusion*

S0904a Erkrankungen der Herzklappen

Bei den Erkrankungen der Herzklappen unterscheiden wir zwischen:

- Angeborene Krankheit (zu kodieren mit einem Q-Kode)
- Erworbene Krankheit, rheumatisch bedingt
- Erworbene Herzklappenstörung, nicht rheumatisch bedingt oder nicht näher bezeichnet.

Die ICD-10-GM berücksichtigt bei der Klassifikation von Herzklappenaffektionen Häufigkeitsverteilungen, die nicht unbedingt für die Schweiz typisch sind, wie sich anhand der Mitralklappendefekte veranschaulichen lässt: eine Mitralklappeninsuffizienz nicht näher bezeichneten Ursprungs wird durch einen Kode der Kategorie *I34.- Nichtrheumatische Mitralklappenkrankheiten* angegeben, während eine nicht näher bezeichnete Stenose mit einem Kode der Kategorie *I05.- Rheumatische Mitralklappenkrankheiten* bezeichnet wird.

Herzklappenaffektionen ohne näher bezeichnete Ursache werden abweichend von der ICD-10-GM mit den Kategorien I34 bis I37 angegeben (siehe Tabelle).

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, sind die entsprechenden Kodes der Kategorie *I08.- Krankheiten mehrerer Herzklappen* anzugeben.

S0905a Schrittmacher/Defibrillatoren

Anmerkung: Aussagen für Schrittmacher gelten sinngemäss auch für Defibrillatoren.

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

Permanente Schrittmacher

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

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

Komplikationen des Schrittmachersystems/Defibrillators

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

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

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

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

S0906a Nachuntersuchung nach Herztransplantation

Bei Kontrolluntersuchungen nach einer Herztransplantation ist als Hauptdiagnose der Kode

Z09.80 *Nachuntersuchung nach Organtransplantation*

anzugeben und als Nebendiagnose

Z94.1 *Zustand nach Herztransplantation*

S0907a Akutes Lungenödem

Ein akutes Lungenödem wird nach der zugrunde liegenden Ursache kodiert, z.B. das sehr häufige akute kardiale Lungenödem mit *I50.14 Linksherzinsuffizienz mit Beschwerden in Ruhe.*

Siehe auch die Hinweise und Exklusiva zu *J81 Akutes Lungenödem* in der ICD-10-GM.

S0908a 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 der CHOP-Kode für die Reanimation zu kodieren.

S0909a Revisionen oder Reoperationen an Herz und Perikard

Die Reoperation ist ein erneuter Eingriff nach vorausgegangener Herzoperation mit Eröffnung des Perikards oder offener Operation an Herzklappen.

Grundsätzlich ist bei jeder Reoperation am Herzen, die mit den Operationskodes 35-37 abgebildet werden, zusätzlich der Kode

37.99.80 Reoperation an Herz und Perikard

zu verschlüsseln.

S0910a Aufnahme zum Verschluss einer AV-Fistel oder zum Entfernen eines AV-Shunts

Bei der Spitalaufnahme zum Verschluss einer AV-Fistel oder zum Entfernen eines AV-Shunts ist als Hauptdiagnosekode

Z48.8 Sonstige näher bezeichnete Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff

zuzuweisen, zusammen mit dem CHOP-Kode

39.43 Entfernen eines arteriovenösen Shunts zur Hämodialyse

S1000 Krankheiten des Atmungssystems

S1001a Maschinelle Beatmung

Definition

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

Die **intensivmedizinische Versorgung** muss nachvollziehbar dokumentiert sein (Überwachung, Beatmungsprotokolle, usw.) und setzt entsprechende räumliche und personelle Ausstattung voraus. Dabei handelt es sich in der Regel um anerkannte oder nicht anerkannte Intensivstationen (Aufwachräume zählen in keinem Fall dazu). Patienten die keiner intensivmedizinischer Versorgung bedürfen (z.B. bereits vorbestehende Heimbeatmung, jetzt Aufnahme zur geplanten Chemotherapie), zählen nicht hierzu.

Kodierung

Wenn eine maschinelle Beatmung die obige Definition erfüllt, ist:

1. Zunächst **die Dauer in Stunden** der künstlichen Beatmung zu erfassen. Hierfür steht ein separates Datenfeld im Datensatz der Medizinischen Statistik, die Variable 4.4.V01, zur Verfügung.

2. Dann ist **zusätzlich**

der folgende Kode	*96.04*	*Einsetzen eines endotrachealen Tubus*
und/oder		
der zutreffenden Kode aus	*31.1*	*Temporäre Tracheostomie* oder
	31.29	*Permanente Tracheostomie*

   anzugeben, wenn zur Durchführung der künstlichen Beatmung ein Tracheostoma angelegt wurde.

3. Bei Neugeborenen und Säuglingen ist zusätzlich ein Kode aus

96.A1.10 / .11	*Mechanische Beatmung mit kontinuierlichem positiven Atemwegsdruck (CPAP) bei Neugeborenen (je nach Lebenstag)*

   anzugeben.

   Anmerkung: Bei Neugeborenen sind darüber hinaus auch andere atmungsunterstützende Massnahmen wie z.B. Sauerstoffzufuhr (93.96.--) zu verschlüsseln, soweit nicht eine maschinelle Beatmung erfolgt. Hier ist die Dauer der Sauerstoffzufuhr nicht als Beatmungsdauer zu kodieren.

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

Berechnung der Dauer der Beatmung

Die Beatmungszeiten werden auf allen Intensivstationen nach folgenden Vorgaben berechnet:
Die Beatmungszeit wird berechnet aus 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.

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

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

Beginn der Dauer der Beatmung

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

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

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

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

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

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

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

- **Aufnahme eines beatmeten Patienten**
  Für jene Patienten, die maschinell beatmet aufgenommen werden, beginnt die Berechnung der Dauer mit dem Zeitpunkt der Aufnahme (s.a. „Verlegte Patienten“, unten).

- **Aufnahme eines postoperativ beatmeten Patienten**
  Für jene Patienten zählt der Eintritt in die Intensivstation.

Ende der Dauer der Beatmung

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

- **Extubation**

- **Beendigung der Beatmung** nach einer Periode der Entwöhnung.

  Anmerkung: Für Patienten mit einem Tracheostoma (nach einer Periode der Entwöhnung) gilt:
  Bei beatmeten Patienten wird die Trachealkanüle für einige Tage (oder länger, z.B. bei neuromuskulären Erkrankungen) an ihrem Platz belassen, nachdem die künstliche Beatmung beendet wurde. Die Berechnung der Beatmungsdauer ist in diesem Fall zu dem Zeitpunkt beendet, an dem die maschinelle Beatmung eingestellt wird.

- **Entlassung, Tod oder Verlegung** eines Patienten, der eine künstliche Beatmung erhält
  (s.a. „Verlegte Patienten", unten).

Entwöhnung

Die **Methode der Entwöhnung** (z.B. CPAP, SIMV, PSV) von der künstlichen Beatmung **wird nicht kodiert**.

Die **Dauer der Entwöhnung** wird insgesamt (inklusive beatmungsfreier Intervalle während der jeweiligen Entwöhnung) bei der Berechnung der Beatmungsdauer eines Patienten hinzugezählt. Es kann mehrere Versuche geben, den Patienten vom Beatmungsgerät zu entwöhnen.

Das **Ende der Entwöhnung** kann nur retrospektiv nach Eintreten einer stabilen respiratorischen Situation festgestellt werden.

Eine stabile respiratorische Situation liegt vor, wenn ein Patient über einen längeren Zeitraum vollständig und ohne maschinelle Unterstützung spontan atmet.

Dieser Zeitraum wird wie folgt definiert:

- Für Patienten, die (inklusive Entwöhnung) **bis zu 7 Tage** beatmet wurden: **24 Stunden**
- Für Patienten, die (inklusive Entwöhnung) **mehr als 7 Tage** beatmet wurden: **36 Stunden**

Für die Berechnung der Beatmungsdauer gilt als Ende der Entwöhnung dann das Ende der letzten maschinellen Unterstützung der Atmung.

Zur Entwöhnung vom Respirator zählt auch die maschinelle Unterstützung der Atmung durch intermittierende Phasen assistierter nicht invasiver Beatmung bzw. Atemunterstützung wie z.B. durch Masken-CPAP/ASB oder durch Masken-CPAP jeweils im Wechsel mit Spontanatmung ohne maschinelle Unterstützung. Sauerstoffinsufflation bzw. -inhalation über Maskensysteme oder O_2-Sonden gehören jedoch nicht dazu.

Im speziellen Fall einer Entwöhnung mit intermittierenden Phasen der maschinellen Unterstützung der Atmung durch Masken-CPAP im Wechsel mit Spontanatmung ist eine Anrechnung auf die Beatmungszeit nur möglich, wenn die Spontanatmung des Patienten insgesamt mindestens 2 Stunden pro 8 Stunden-Schicht oder mindestens 3 Stunden pro 12 Stunden-Schicht je Kalendertag durch Masken-CPAP unterstützt wurde.

Die Berechnung der Beatmungsdauer endet in diesem Fall nach der letzten Masken-CPAP-Phase während der der Patient zum letzten Mal insgesamt mindestens 2 Stunden pro 8 Stunden-Schicht, respektive mindestens 3 Stunden pro 12 Stunden-Schicht durch Masken-CPAP unterstützt wurde.

Verlegte Patienten

Wenn ein **beatmeter** Patient verlegt wird, finden die folgenden Grundregeln Anwendung:

Das verlegende Spital erfasst die Dauer der dort durchgeführten Beatmung und gibt die zutreffenden Kodes an:

- für den Zugang bei maschineller Beatmung (*96.04 Einsetzen eines endotrachealen Tubus*)
- für die Tracheostomie (*31.1 Temporäre Tracheostomie* oder *31.29 Permanente Tracheostomie*)
- für maschinelle Beatmung bei Neugeborenen und Säuglingen (*96.A1.-- Mechanische Beatmung Neugeborener und Säuglinge*)

wenn diese Massnahmen von der verlegenden Einrichtung durchgeführt worden sind.

Das aufnehmende Spital erfasst die Dauer der dort durchgeführten Beatmung, bei Neugeborenen wird zusätzlich ein Kode 96.A1.-- zugewiesen. Ein Kode für die Einleitung der Beatmung wird nicht angegeben, da diese Massnahmen vom verlegenden Spital durchgeführt wurden.

Wenn ein **nicht beatmeter** intubierter Patient verlegt wird, kodiert das verlegende Spital den Zugang bei maschineller Beatmung (*96.04 Einsetzen eines endotrachealen Tubus*) sowie ggf. die Tracheostomie (*31.1 Temporäre Tracheostomie* oder *31.29 Permanente Tracheostomie*). Das aufnehmende Spital kodiert diese bereits geleisteten Prozeduren nicht noch einmal.

Intubation ohne maschinelle Beatmung

Eine Intubation kann auch durchgeführt werden, wenn keine künstliche Beatmung erforderlich ist, z.B. wenn es notwendig ist, den Luftweg offen zu halten. Kinder können bei Diagnosen wie Asthma, Krupp oder Epilepsie intubiert werden, und Erwachsene können in Fällen von Verbrennungen oder schwerem Trauma intubiert werden.

Eine Intubation ist in diesen Fällen mit dem Kode *96.04 Einsetzen eines endotrachealen Tubus* zu verschlüsseln.

Kontinuierlicher positiver Atemwegsdruck (CPAP)

Der Kode 96.A1.-- darf nur bei **Neugeborenen und Säuglingen** kodiert werden**,** unabhängig von der Behandlungsdauer (also auch unter 24 Stunden). Bei einer Atemunterstützung unmittelbar nach der Geburt, ist dieser Kode nur dann anzugeben, wenn die Atemunterstützung mindestens 30 Minuten lang durchgeführt wurde.

Wenn bei **Erwachsenen, Kindern oder Jugendlichen** eine Störung wie **Schlafapnoe** mit CPAP behandelt wird, sind die Kodes *93.90.1- Kontinuierlicher positiver Atemwegsdruck (CPAP)* sowie die Beatmungsdauer **nicht zu verschlüsseln.**

Die Ersteinstellung einer CPAP-Therapie bzw. die Kontrolle oder Optimierung einer früher eingeleiteten CPAP-Therapie werden mit dem Kode *93.90.11 CPAP Ersteinstellung* und *93.90.12 Kontrolle und Optimierung einer früher eingestellten CPAP Therapie* verschlüsselt.

Wenn CPAP bzw. Masken-CPAP als Entwöhnungsmethode von der Beatmung verwendet wird, sind Kodes aus *93.90.1- Kontinuierlicher positiver Atemwegsdruck (CPAP)* **nicht zu verwenden**; die Beatmungsdauer ist hingegen zu berücksichtigen, d.h. zur gesamten Beatmungsdauer dazuzurechnen (siehe oben).

S1002a Respiratorische Insuffizienz

Eine respiratorische Insuffizienz liegt vor, wenn pathologische Blutgasveränderungen im Sinne einer respiratorischen Partial- oder Globalinsuffizienz nachweisbar sind. Eine Dyspnoe ohne BGA-Veränderung ist keine respiratorische Insuffizienz.

J96.- Respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert kann bei Aufwand (z.B. Sauerstoffgabe) zusätzlich zur Grundkrankheit verschlüsselt werden.

S1100 Krankheiten des Verdauungssystems

S1101a 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.

S1102a Adhäsionen

Die Lösung von abdominalen Adhäsionen kann eine aufwändige „Hauptprozedur" oder eine im Rahmen einer anderen Prozedur mit durchgeführter 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 Adhäsionen und ein Prozedurenkode (z.B. *54.5- Lösung von peritonealen Adhäsionen*) anzugeben.

S1103a Magenulkus mit Gastritis

Bei Patienten mit Magenulkus ist ein Kode aus

K25.- *Ulcus ventriculi*

anzugeben, gefolgt von einem Kode aus

K29.- *Gastritis und Duodenitis*

wenn beide Erkrankungen vorliegen.

S1104a Gastrointestinale Blutung

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

Beispiel 1
Akute Magenulkusblutung.
HD *K25.0* *Ulcus ventriculi, akut, mit Blutung*

Beispiel 2
Refluxösophagitis mit Blutung.
HD *K21.0* *Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis*
ND *K22.8* *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.

Wenn bei einer „peranalen Blutung" die aktuelle Blutungsquelle **nicht** bestimmt werden kann oder keine entsprechende Untersuchung durchgeführt wurde, ist

K92.2 *Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet*

zu kodieren.

Der Kode

K62.5 *Hämorrhagie des Anus und des Rektums*

ist in diesem Fall **nicht** zuzuweisen.

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

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

S1105a Dehydratation bei Gastroenteritis

Bei stationärer Aufnahme zur Behandlung einer Gastroenteritis mit Dehydratation wird die Gastroenteritis als Hauptdiagnose und die Dehydratation (*E86 Volumenmangel*) als Nebendiagnose (siehe Regel G54a) angegeben.

S1200 Krankheiten der Haut und der Unterhaut

S1201a Plastische Chirurgie

Der Einsatz plastischer Chirurgie kann aus **medizinischen** oder **kosmetischen** Gründen erfolgen.

Bei Operationen aus medizinischen Gründen ist der Krankheitszustand bzw. Risikofaktor, der der Grund für den Eingriff war, als Hauptdiagnose zu kodieren.

Ist der Grund für den Eingriff rein kosmetisch, dann ist ein „Z-Kode" die Hauptdiagnose.

Revision einer Narbe

Wird eine Narbe revidiert, ist

L90.5 Narben und Fibrosen der Haut

anzugeben, wenn die Narbe wegen Problemen (z.B. Schmerz) nachbehandelt wird.

Wenn die Nachbehandlung der Narbe(n) dagegen aus kosmetischen Gründen erfolgt, ist

Z42.- Nachbehandlung unter Anwendung plastischer Chirurgie

zu kodieren.

Entfernung von Brustimplantaten

Brustimplantate werden aus **medizinischen** oder **kosmetischen** Gründen entfernt.

Bei medizinischen Gründen zur Entfernung von Brustimplantaten wird einer der folgenden Kodes:

T85.4 Mechanische Komplikation durch Mammaprothese oder -implantat

T85.78 Infektion oder sonstige entzündliche Reaktion durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate

T85.82 Kapselfibrose der Mamma durch Mammaprothese oder -implantat

T85.88 Sonstige Komplikationen durch interne Prothesen, Implantate oder Transplantate, anderenorts nicht klassifiziert

zugewiesen.

Bei kosmetischen Gründen für die Implantatentfernung ist

Z42.1.- Nachbehandlung unter Anwendung plastischer Chirurgie der Mamma [Brustdrüse]

zu kodieren.

S1202a Subkutane prophylaktische Brustamputation

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

Beispiel 1

Brustamputation wegen Brustkrebs in der Familienanmanese.

HD Z80.3 Bösartige Neubildung der Brustdrüse in der Familienanamnese

Beispiel 2

Brustamputation wegen fibrozystischer Mastopathie.

HD N60.1 Diffuse zystische Mastopathie

Beispiel 3

Patientin mit nachgewiesenem Brustkrebsgen wird zur prophylaktischen Brustamputation beidseits aufgenommen.

HD Z40.00 Prophylaktische Operation wegen Risikofaktoren in Verbindung mit bösartigen Neubildungen, Brustdrüse

S1400 Krankheiten des Urogenitalsystems

S1401a Dialyse

Mit den Kodes *39.95.-- Hämodialyse* wird die intermittierende und kontinuierliche Dialyse unterschieden. Die kontinuierliche Dialyse ist mit präziser Dauer zu erfassen. Diese Dauer ist vom Beginn bis zum Ende einer Behandlung zu ermitteln. Bei einer Unterbrechung von mehr als vier Stunden ist die Zeit der Unterbrechung bei der Berechnung der Gesamtdauer der Behandlung nicht zu berücksichtigen.

Bei mehreren Anwendungen eines **kontinuierlichen** Verfahrens während eines stationären Aufenthaltes ist jede Anwendung mit einem Kode zu verschlüsseln (keine Addition der Behandlungszeiten). Eine Unterbrechung eines kontinuierlichen Verfahrens von bis zu 24 Stunden begründet jedoch keine erneute Verschlüsselung.

S1402a Anogenitale Warzen

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

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

Der Kode

A63.0 Anogenitale (venerische) Warzen

ist als Nebendiagnose anzugeben.

S1403a Rekonstruktionsoperation bei weiblicher Genitalmutilation (FGM)

Definition

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert „weibliche Genitalmutilation" (FGM) wie folgt:

Alle Verfahren, die das partielle oder vollständige Entfernen der äußeren weiblichen Genitalien beinhalten oder andere Verletzungen der weiblichen Fortpflanzungsorgane, ob aus kulturellem oder anderem nicht-therapeutischem Grund.

Kodierung

Es sind die Erkrankungen zu kodieren, die eine Rekonstruktionsoperation erforderlich machen. Liegt keine spezielle Erkrankung vor, ist als Hauptdiagnose

N90.8 Sonstige näher bezeichnete nichtentzündliche Krankheiten der Vulva und des Perineums

zu kodieren.

S1500 Geburtshilfe

S1501a Definitionen

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 Geburtsgewicht von mindestens 500 Gramm oder ein Schwangerschaftsalter von mindestens 22 vollendeten Wochen aufweist (Zivilstandsverordnung).

Abort/Fehlgeburt
Als Abort/Fehlgeburt gilt die vorzeitige Beendigung der Schwangerschaft durch spontane oder künstlich herbeigeführte Ausstossung der Leibesfrucht ohne Lebenszeichen sowohl vor der vollendeten 22. Schwangerschaftswoche als auch mit einem Geburtsgewicht von weniger als 500 Gramm.

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

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

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

S1502a Vorzeitige Beendigung einer Schwangerschaft

Abort (O02.- bis O06.-)

Die Kodes der Kategorien O02.- bis O06.- sind dann zu verwenden, wenn eine Schwangerschaft mit einem spontanen oder therapeutisch eingeleiteten Abort endet.

Als Hauptdiagnose gilt der Abort und als Nebendiagnose dessen Ursache.

Beispiel 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 bis 13 vollendete Wochen*

Beispiel 2

Schwangerschaftsabbruch im Rahmen einer unerwünschten Schwangerschaft.

HD	*O04.9*	*Ärztlich eingeleiteter Abort, komplett oder nicht näher bezeichnet, ohne Komplikation*
ND	*Z64.0*	*Kontaktanlässe mit Bezug auf eine unerwünschte Schwangerschaft*
ND	*O09.1!*	*Schwangerschaftsdauer 5 bis 13 vollendete Wochen*

Komplikationen nach Abort, Extrauteringravidität und Molenschwangerschaft (O08.-)

Ein Kode aus *O08.- Komplikationen nach Abort, Extrauteringravidität und Molenschwangerschaft* wird nur dann als **Hauptdiagnose** zugewiesen, wenn eine Patientin wegen einer Komplikation infolge eines nicht während des aktuellen Spitalaufenthalt behandelten Aborts stationär aufgenommen wird.

Beispiel 3

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

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

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

Ein Kode aus *O08.- Komplikationen nach Abort, Extrauteringravidität und Molenschwangerschaft* wird als **Nebendiagnose** kodiert, um eine mit den Diagnosen der Kategorie *O00-O02 Extrauteringravidität, Blasenmole, sonstige abnorme Konzeptionsprodukte* verbundene Komplikation zu verschlüsseln.

Beispiel 4

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

HD	*O00.1*	*Tubargravidität*
ND	*O08.3*	*Schock nach Abort, Extrauteringravidität und Molenschwangerschaft*
ND	*O09.1!*	*Schwangerschaftsdauer, 5 bis 13 vollendete Wochen*

Wenn eine Patientin aufgenommen wird, weil nach Abortbehandlung bei einer vorhergehenden Behandlung Teile der Fruchtanlage zurückgeblieben sind, wird als Hauptdiagnose ein **inkompletter** Abort mit Komplikation kodiert (O03-O06 mit einer vierten Stelle .0 bis .3).

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

HD	*O03.1*	*Spontanabort, inkomplett, kompliziert durch Spätblutung oder verstärkte Blutung*

Ein Kode aus

O08.- Komplikationen nach Abort, Extrauteringravidität und Molenschwangerschaft

wird in Verbindung mit Diagnosen der Kategorien O03-O07 **als Nebendiagnose** angegeben, wenn die Kodierung dadurch genauer wird (vergleiche Beispiel 5 und Beispiel 6).

Beispiel 6
Eine Patientin wird mit einem inkompletten Abort in der 12. Schwangerschaftswoche und Kreislaufkollaps stationär aufgenommen.

HD	*O03.3*	*Spontanabort, inkomplett, mit sonstigen und nicht näher bezeichneten Komplikationen*
ND	*O08.3*	*Schock nach Abort, Extrauteringravidität und Molenschwangerschaft*
ND	*O09.1!*	*Schwangerschaftsdauer, 5 bis 13 vollendete Wochen*

Totgeburt

Wenn die Schwangerschaft mit einer **Totgeburt** vorzeitig beendet wird, ist als Hauptdiagnose der Grund für die Schwangerschaftsbeendigung anzugeben.

Beispiel 7
Fehlbildung des Zentralnervensystems beim Feten.

HD	*O35.0*	*Betreuung der Mutter bei (Verdacht auf) Fehlbildung des Zentralnervensystems beim Feten*
ND	*O60.1*	*Vorzeitige spontane Wehen mit vorzeitiger Entbindung, oder O60.3 Vorzeitige Entbindung ohne spontane Wehen*
ND	*O09.-!*	*Schwangerschaftsdauer … Wochen*
ND	*Z37.1!*	*Totgeborener Einling (bzw. der analoge Kode bei Mehrlingen)*

Lebendgeburt

Wenn die vorzeitige Beendigung der Schwangerschaft in eine **Lebendgeburt** mündet, ist als Hauptdiagnose der Grund für die Schwangerschaftsbeendigung anzugeben, mit dem Kodes *Z37.0! Lebendgeborener Einling* (bzw. der analoge Kode bei Mehrlingen).

S1503a Krankheiten in der Schwangerschaft

Bei Vorliegen einer Schwangerschaft hat das Kapitel XV „Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett" Vorrang vor den Organkapiteln. Zu beachten ist, dass bei Kodes O98-O99 ein zusätzlicher Kode aus anderen Kapiteln zur Bezeichnung der vorliegenden Erkrankung anzugeben ist.

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.*

- Zustände, die vorwiegend in Zusammenhang mit einer Schwangerschaft auftreten, können mit spezifischen Kodes aus O20-O29 verschlüsselt werden.

Beispiel 1
Eine Patientin wird in der 30. Schwangerschaftswoche zur Behandlung eines Karpaltunnel-Syndroms, das sich durch die Schwangerschaft verschlimmerte, aufgenommen.

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

- Um andere Komplikationen in der Schwangerschaft (oder Zustände, die sich in der Schwangerschaft verschlimmern oder die hauptsächlich Anlass für geburtshilfliche Massnahmen sind) zu kodieren, stehen die Kategorien O98-O99 zur Verfügung, die zusammen mit einem Nebendiagnosenkode aus anderen Kapiteln der ICD-10-GM zur Bezeichnung der jeweils vorliegenden Erkrankung anzugeben sind.

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 … Wochen*

Beispiel 3
Eine Patientin in der 30. Schwangerschaftswoche wird wegen eines allergischen Asthmas bronchiale aufgenommen, das die Schwangerschaft kompliziert.

HD	*O99.5*	*Krankheiten des Atmungssystems, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren*
ND	*J45.0*	*Vorwiegend allergisches Asthma bronchiale*
ND	*O09.4!*	*Schwangerschaftsdauer 26. bis 33 vollendete Wochen*

- Wenn eine Patientin wegen einer Erkrankung aufgenommen wird, die weder die Schwangerschaft kompliziert noch durch die Schwangerschaft kompliziert wird, wird der Kode für diese Erkrankung als Hauptdiagnose mit der Nebendiagnose *Z34 Überwachung einer normalen Schwangerschaft* und *O09.-! Schwangerschaftsdauer … Wochen* zugeordnet.

  Beispiel 4
  Eine Patientin in der 30. Schwangerschaftswoche wird mit rechter Mittelhandfraktur nach Sturz vom Fahrrad aufgenommen.

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

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

S1504a Komplikationen der Schwangerschaft, Mutter oder Kind betreffend

Abnorme Kindslagen und -einstellungen

Kindliche Lage-, Haltungs- und Einstellungsanomalien sind zu kodieren, wenn sie bei der Geburt vorliegen.

Bei Geburt z. B. aus Beckenendlage ist bei Vorliegen eines Geburtshindernisses der Kode

O64.1 Geburtshindernis durch Beckenendlage

als Hauptdiagnose zu kodieren.

Bei Spontangeburt z. B. aus Beckenendlage ohne Geburtshindernis ist der Kode

O32.1 Betreuung der Mutter wegen Beckenendlage

zu kodieren.

Hinterhauptslagen wie die vordere, hintere, seitliche oder diagonale Hinterhauptslage werden nur dann kodiert, wenn ein Eingriff erfolgt.

Verminderte Kindsbewegungen

Bei Diagnose „verminderte fetale Bewegungen“ ist *O36.8 Betreuung der Mutter wegen sonstiger näher bezeichneter Komplikationen beim 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).

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.

S1505a Spezielle Kodierregeln für die Geburt

Die unten stehenden Regeln gelten gleichermassen für Spitäler und Geburtshäuser (sofern die betreffende Leistung gemäss der einschlägigen gesetzlichen Grundlagen überhaupt in einem Geburtshaus erbracht werden darf, siehe Kommentar zu KVV, Art. 58e).

Zuordnung der Hauptdiagnose bei einer Entbindung

Wenn ein Spitalaufenthalt mit der Entbindung eines Kindes verbunden ist, die Patientin jedoch wegen eines behandlungsbedürftigen vorgeburtlichen Zustandes aufgenommen worden ist, ist folgendermassen vorzugehen:

- Wenn eine Behandlung von **mehr als sieben Kalendertagen** vor der Geburt erforderlich war, ist der vorgeburtliche Zustand als Hauptdiagnose zu kodieren.

- In allen anderen Fällen ist die Diagnose, die sich auf die Entbindung bezieht, als Hauptdiagnose zuzuordnen.

Spontane vaginale Entbindung eines Einlings (O80)

O80 Spontangeburt eines Einlings ist nur anzugeben, und dann als Hauptdiagnose, wenn die Geburt problemlos verlaufen ist. Ansonsten wird das bedeutendste klinische Problem (z.B. Frühgeburt, Dystokie, Risikoschwangerschaft usw.) als Hauptdiagnose mit dem entsprechenden Kode aus dem Kapitel XV dokumentiert, d. h. O80 ist nicht als Nebendiagnose zu kodieren.

Die einzigen geburtshilflichen Prozeduren, die bei der Geburt in Verbindung mit dem Hauptdiagnosekode *O80 Spontangeburt eines Einlings* übermittelt werden dürfen, sind:

03.91 Injektion eines Anästhetikums in den Spinalkanal zur Analgesie
73.0- Künstliche Blasensprengung [Amniotomie]
73.59 Sonstige manuell unterstützte Geburt
73.6 Episiotomie

Beispiel 1

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

HD	*O80*	*Spontangeburt eines Einlings*
ND	*O09.6!*	*Schwangerschaftsdauer 37. Woche bis 41 vollendete Wochen*
ND	*Z37.0!*	*Lebendgeborener Einling*
HB	*73.59*	*Sonstige manuell unterstützte Geburt*

Entbindung eines Einlings durch Zangen- oder Vakuumextraktion oder Schnittentbindung (O81-O82)

O81 *Geburt eines Einlings durch Zangen- oder Vakuumextraktion*

und

O82 *Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung (Sectio caesarea)*

sind nur anzuwenden, wenn kein Zustand aus Kapitel XV verschlüsselt werden kann, um den Grund für diese Art der Entbindung anzugeben, d. h. O81 und O82 sind nicht als Nebendiagnose zu kodieren.

Dauer der Schwangerschaft

Ein Kode aus

O09.-! *Schwangerschaftsdauer*

ist zum Zeitpunkt der Aufnahme für die Schwangerschaftsdauer bei der Mutter anzugeben.

Resultat der Entbindung

Für jede Entbindung ist vom Spital, in dem die Geburt stattgefunden hat, der passende Kode aus

Z37.-! *Resultat der Entbindung*

bei der Mutter zu kodieren. Er darf nie die Hauptdiagnose sein.

Mehrlingsgeburt

Wenn eine Mehrlingsschwangerschaft zur spontanen Geburt von z.B. lebenden Zwillingen führt, werden die Kodes

O30.0 *Zwillingsschwangerschaft*
Z37.2! *Zwillinge, beide lebendgeboren*
73.59 *Sonstige manuell unterstützte Geburt*

zugewiesen.

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

Beispiel 2

Vorzeitige Zwillingsgeburt in der 35. Woche, der erste Zwilling wird durch Extraktion aus Beckenendlage, der zweite durch Schnittendbindung bei Geburtshindernis durch Querlage entbunden.

HD	*O64.8*	*Geburtshindernis durch sonstige Lage-, Haltungs- und Einstellungsanomalien*
ND	*O32.5*	*Betreuung der Mutter bei Mehrlingsschwangerschaft mit Lage- und Einstellungsanomalie eines oder mehrerer Feten*
ND	*O30.0*	*Zwillingsschwangerschaft*
ND	*O60.1*	*Vorzeitige spontane Wehen mit vorzeitiger Entbindung*
ND	*O09.5!*	*Schwangerschaftsdauer, 34. bis 36 vollendete Wochen*
ND	*Z37.2!*	*Zwillinge, beide lebendgeboren*
HB	*74.1*	*Tiefe zervikale Sectio caeserea*
NB	*73.59*	*Sonstige manuell unterstützte Geburt*

Entbindung vor der Aufnahme

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

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

Wenn eine Patientin nach einer Entbindung in ein anderes Spital verlegt wird, um ein krankes Kind zu begleiten und die Patientin dort eine nachgeburtliche Routinebetreuung erhält, wird dort ebenfalls der passende Kode aus Z39.- zugeordnet.

Wenn eine Patientin zur Nachbetreuung nach Kaiserschnitt von einem Spital in ein anderes verlegt wird, ohne dass ein Zustand die Definition einer Haupt- oder Nebendiagnose erfüllt, dann ist dort der passende Z39.- Kode als Hauptdiagnose und *Z48.8 Sonstige näher bezeichnete Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff* als Nebendiagnose zuzuordnen.

Ein Kode aus Z37.-! ist in diesen Fällen NICHT zuzuweisen.

Frühgeburt, vorzeitige Wehen und frustrane Kontraktionen

Ein Kode aus

O47.- Frustane Kontraktionen [unnütze Wehen]

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

Ein Kode aus

O60.- Vorzeitige Wehen und Entbindung

ist bei Aufnahme mit portiowirksamen Wehen mit/ohne Entbindung beim selben Spitalaufenthalt zu verschlüsseln.

Wenn der Grund für die Frühgeburt oder für vorzeitige Wehen oder frustrane Kontraktionen bekannt ist, ist dieser Grund als Hauptdiagnose zu verschlüsseln, gefolgt vom einem Kode aus O47.- oder aus O60.- als Nebendiagnose. Wenn der Grund nicht bekannt ist, ist ein Kode aus O47.- oder aus O60.- der Hauptdiagnosekode. Ausserdem ist als Nebendiagnose ein Kode aus *O09.-! Schwangerschaftsdauer* zuzuordnen.

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 3

Eine Patientin entbindet ein Kind in der 43. Schwangerschaftswoche.

HD	*O48*	*Übertragene Schwangerschaft*
ND	*O09.7!*	*Schwangerschaftsdauer mehr als 41 vollendete Wochen*
ND	*Z37.0!*	*Lebendgeborener Einling*

Beispiel 4

Eine Patientin entbindet ein Kind in der 40. Schwangerschaftswoche. Das Kind zeigt deutliche Übertragungszeichen.

HD	*O48*	*Übertragene Schwangerschaft*
ND	*O09.6!*	*Schwangerschaftsdauer 37. Woche bis 41 vollendete Wochen*
ND	*Z37.0!*	*Lebendgeborener Einling*

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 es sich um eine protrahierte Geburt nach Blasensprengung/Blasensprung handelt, soll der Kode *O75.5 Protrahierte Geburt nach Blasensprengung* oder der 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.

Verlängerung der Austreibungsphase bei Epiduralanästhesie

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.

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.

Postpartale Blutung (O72.-) ist nur dann zu kodieren, wenn die Nebendiagnosendefintion erfüllt ist (Regel G54a).

S1600 Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben

S1601a Medizinischer Datensatz

Für jedes Neugeborene ist bei Geburt im selben Spital im Datensatz zwingend das Geburtsgewicht zu erfassen.

Bei stationärer Aufnahme eines Neugeborenen oder Säuglings (bis Vollendung des ersten Lebensjahres) ist zwingend das Aufnahmegewicht zu erfassen.

S1602a Definitionen

Perinatale und neonatale Periode

Gemäss der Definition der WHO gilt:

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

S1603a Neugeborene

Für ein Neugeborenes ist als Hauptdiagnose ein Kode der Kategorie

Z38.- Lebendgeborene nach dem Geburtsort

anzugeben, wenn das Neugeborene gesund ist (einschliesslich der Kinder, bei denen eine Beschneidung vorgenommen wurde).

Diese Kategorie beinhaltet Kinder, die
a) im Spital/Geburtshaus geboren wurden
b) ausserhalb des Spitals/Geburtshauses geboren und unmittelbar nach der Geburt aufgenommen wurden.

Beispiel 1
Ein Neugeborenes, zu Hause geboren, wird aufgenommen. Es liegt keine Erkrankung vor.
HD Z38.1 Einling, Geburt ausserhalb des Krankenhauses

Beachte: Im medizinischen Datensatz darf bezüglich der Eintrittsart 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.

Für Frühgeborene und bereits bei Geburt oder während des stationären Aufenthaltes erkrankte Neugeborene, werden die Kodes für die krankhaften Zustände **vor** einem Kode aus

Z38.- Lebendgeborene nach dem Geburtsort

kodiert.

Beispiel 2
Ein Neugeborenes, im Spital gesund geboren (vaginale Entbindung), wird wegen drei Tage nach der Geburt auftretenden Krampfanfällen behandelt.

HD	*P90*	*Krämpfe beim Neugeborenen*
ND	*Z38.0*	*Einling, Geburt im Krankenhaus*

Beispiel 3
Frühgeborenes mit Entbindung in der 27. Schwangerschaftswoche mit einem Geburtsgewicht von 1520 g.

HD	*P07.12*	*Neugeborenes mit sonstigem niedrigem Geburtsgewicht, Geburtsgewicht 1500 bis 2500 Gramm*
ND	*P07.2*	*Neugeborenes mit extremer Unreife*
ND	*Z38.0*	*Einling, Geburt im Krankenhaus*

Kodes aus Z38.- sind nicht mehr zu verwenden, wenn die Behandlung während einer zweiten oder nachfolgenden stationären Aufnahme erfolgt.

Beispiel 4
Ein Neugeborenes wird am 2. Tag nach Geburt mit Atemnotsyndrom und Pneumothorax aus dem Spital A in das Spital B verlegt.

Spital A:

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

Spital B:

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

S1604a Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben

Zur Verschlüsselung von Zuständen, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben, steht das Kapitel XVI *Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben* der ICD-10-GM zur Verfügung. Es sind auch die Erläuterungen im Kapitel XVI zu beachten.

Beispiel 1
Ein Frühgeborenes wird mit Lungenhypoplasie in die Kinderklinik eines anderen Spitals verlegt. Die Mutter hatte in der 25. SSW einen vorzeitigen Blasensprung. Die Schwangerschaft wurde durch Tokolyse bis zur 29. SSW hinaus gezögert. Wegen V.a. Amnioninfektionssyndrom und pathologischem CTG erfolgte eine Schnittentbindung in der 29. SSW. Die Lungenhypoplasie wird auf die Frühgeburtlichkeit infolge des Blasensprungs zurückgeführt. Die aufnehmende Kinderklinik kodiert wie folgt:

HD	*P28.0*	*Primäre Atelektase beim Neugeborenen*
ND	*P01.1*	*Schädigung des Feten und Neugeborenen durch vorzeitigen Blasensprung*

Es ist auch zu berücksichtigen, dass einige Zustände (wie z.B. Stoffwechselstörungen), die während der Perinatalperiode auftreten können, nicht im Kapitel XVI klassifiziert sind. Wenn solch ein Zustand beim Neugeborenen auftritt, ist ein Kode aus dem entsprechenden Kapitel der ICD-10-GM **ohne** einen Kode aus Kapitel XVI zuzuordnen.

Beispiel 2
Ein Neugeborenes wird wegen Rotavirenenteritis aus der Geburtshilfe in die Pädiatrie desselben Spitals verlegt.
HD A08.0 Enteritis durch Rotaviren
ND Z38.0 Einling, Geburt im Krankenhaus

S1605a Totgeborene

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

S1606a Besondere Massnahmen für das kranke Neugeborene

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 Gramm, die erfolgt, um einer Hypoglykämie oder Elektrolytentgleisung vorzubeugen.

Lichttherapie

Ein Diagnosekode für Neugeborenengelbsucht wird nur zugeordnet, wenn eine Lichttherapie **länger als zwölf Stunden** durchgeführt wurde. Als Therapie-Kode wird

99.83 Sonstige Phototherapie

erfasst.

S1607a 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

Beachte: P22.0 setzt voraus, dass ein spezifisch definiertes Krankheitsbild vorliegt und ist von vorübergehenden Anpassungsstörungen, wie z.B. transitorische Tachypnoe (P22.1), abzugrenzen!

S1608a 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.

S1609a 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 folgt aufgelistet zusätzlich zu kodieren. Die oben aufgeführten Symptome sind – mit Ausnahme von Konvulsionen – nicht separat zu kodieren.

Kodierung HIE 1. Grad

P91.3 *Zerebrale Übererregbarkeit des Neugeborenen*

P21.0 *Schwere Asphyxie unter der Geburt*

oder

P20.- *Intrauterine Hypoxie*

Kodierung HIE 2. Grad

P91.4 *Zerebraler Depressionszustand des Neugeborenen*

P90 *Krämpfe beim Neugeborenen* (falls vorhanden)

P21.0 *Schwere Asphyxie unter der Geburt*

oder

P20.- *Intrauterine Hypoxie*

Kodierung HIE 3. Grad

P91.5 *Koma beim Neugeborenen*

P90 *Krämpfe beim Neugeborenen* (falls vorhanden)

P21.0 *Schwere Asphyxie unter der Geburt*

oder

P20.- *Intrauterine Hypoxie*

S1800 Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind

S1801a Inkontinenz

Der Befund Inkontinenz ist von klinischer Bedeutung, wenn

- die Inkontinenz nicht als im Rahmen einer Behandlung „normal" angesehen werden kann (z.B. nach bestimmten Operationen und bei bestimmten Zuständen).
- die Inkontinenz nicht als der normalen Entwicklung entsprechend angesehen werden kann (wie z.B. bei Kleinkindern).
- die Inkontinenz bei einem Patienten mit deutlicher Behinderung oder geistiger Retardierung andauert.

Die Kodes für Urin- oder Stuhlinkontinenz

N39.3 *Belastungsinkontinenz [Stressinkontinenz]*
N39.4- *Sonstige näher bezeichnete Harninkontinenz*
R32 *Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz*
R15 *Stuhlinkontinenz*

sind nur anzugeben, wenn die Inkontinenz ein Grund für eine stationäre Behandlung ist oder eine oben genannte klinische Bedeutung hat. Zu den Inkontinenzen, die im Rahmen einer Behandlung/Operation als **„normal"** angesehen werden und deshalb nicht zu kodieren sind, zählen beispielsweise eine postoperativ vorübergehende Harninkontinenz nach Prostataresektion oder die Stuhlinkontinenz nach tiefer Rektumresektion.

S1802a Dysphagie

R13.- *Dysphagie*

ist nur zu kodieren, wenn z.B. eine Magensonde zur enteralen Ernährung notwendig ist oder eine Behandlung der Dysphagie von mehr als sieben Kalendertagen erforderlich ist.

S1803a Fieberkrämpfe

R56.0 *Fieberkrämpfe*

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

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

S1804a Schmerzdiagnosen und Schmerzbehandlungsverfahren

Akuter Schmerz

Wenn ein Patient wegen postoperativer Schmerzen oder wegen Schmerzen im Zusammenhang mit einer anderen Erkrankung behandelt wird, sind nur die durchgeführte Operation oder die schmerzverursachende Erkrankung zu kodieren.

R52.0 Akuter Schmerz

wird nur dann zugeordnet, wenn Lokalisation und Ursache des akuten Schmerzes nicht bekannt sind.

Nichtoperative Analgesieverfahren für akuten Schmerz (mit Ausnahme des CHOP-Kodes *93.A3.- Akutschmerzbehandlung*) sind anzugeben, wenn sie als alleinige Massnahme durchgeführt werden (siehe auch P02a, Beispiel 2).

Chronischer/therapieresistenter Schmerz/Tumorschmerz

Wird ein Patient speziell zur Schmerzbehandlung aufgenommen und wird ausschliesslich der Schmerz behandelt, ist der Kode für die Lokalisation des Schmerzes als Hauptdiagnose anzugeben. Dies gilt auch für den Tumorschmerz. Die zugrunde liegende Erkrankung ist analog zu D01 „Symptome als Nebendiagnose" zu kodieren.

Beispiel 1

Ein Patient wird zur Behandlung chronischer, therapieresistenter Schmerzen in der Kreuzgegend aufgrund eines Knochentumors aufgenommen. Dem Patienten wird ein Rückenmarkstimulator (Einzelelektrodensystem) mit einem permanenten Einzelelektrodensystem zur epiduralen Dauerstimulation implantiert. Es wird ausschliesslich der Kreuzschmerz behandelt.

HD	*M54.5*	*Kreuzschmerz*
ND	*C41.4*	*Bösartige Neubildung des Beckenknochens*
HB	*86.94.--*	*Implantation eines Neurostimulators*
NB	*03.93.--*	*Implantation oder Wechsel eines permanenten Einzelelektrodensystems*

Die Kodes

R52.1 Chronischer unbeeinflussbarer Schmerz oder

R52.2 Sonstiger chronischer Schmerz

sind nur dann als **Hauptdiagnose** anzugeben, wenn die Lokalisation der Schmerzen nicht näher bestimmt ist (siehe Ausschlusshinweise bei Kategorie R52.-) **und** die Definition der Hauptdiagnose (Regel 52a) zutrifft.

In allen anderen Fällen von chronischem Schmerz muss die Erkrankung, die den Schmerz verursacht, als Hauptdiagnose angegeben werden, soweit diese für die stationäre Behandlung verantwortlich war.

Beispiel 2

Eine Patientin wird zur Behandlung von Knochenmetastasen eines bösartigen Lungentumors im Oberlappen aufgenommen. Sie erhält u.a. Morphium, um die schweren Knochenschmerzen zu kontrollieren.

HD	*C79.5*	*Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes*
ND	*C34.1*	*Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge, Oberlappen (-Bronchus)*
ND	*R52.2*	*Sonstiger chronischer Schmerz*

S1900 Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äusserer Ursachen

S1901a Oberflächliche Verletzungen

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

Beispiel 1
Ein Patient kommt nach einem Sturz zur Behandlung einer linken suprakondylären Humerusfraktur und Prellung des Ellbogens sowie einer Fraktur des linken Skapulakorpus.

HD	*S42.41*	*Fraktur des distalen Endes des Humerus, suprakondylär*
L	*2*	
ZHD	*X59.9!*	*Sonstiger näher bezeichneter Unfall*
ND	*S42.11*	*Fraktur der Skapula, Korpus*
L	*2*	

In diesem Fall ist die Prellung des Ellbogens nicht zu kodieren.

S1902a Fraktur und Luxation

Zur Kodierung von Wirbelfrakturen/Luxationen siehe S1904.

Fraktur und Luxation mit Weichteilschaden

Zum Kodieren einer Fraktur/Luxation werden zwei Kodes benötigt. Zuerst wird der Kode der Fraktur, bzw. der Luxation anzugeben, danach der entsprechende Kode für den Schweregrad des Weichteilschadens.

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! – Sx1.86!	*Weichteilschaden Grad I bis III bei geschlossener Fraktur/Luxation* (x je nach Körperregion)
Sx1.87! – Sx1.89!	*Weichteilschaden Grad I bis III bei offener Fraktur/Luxation* (x je nach Körperregion)

In der ICD-10-GM findet sich bei den Kodes jeweils ein begleitender Text, der den Schweregrad umschreibt.

Beispiel 1

Patient mit einer offenen rechten Oberschenkelschaftfraktur II. Grades nach Sturz.

HD	*S72.3*	*Fraktur des Femurschaftes*
L	*1*	
ZHD	*X59.9!*	*Sonstiger näher bezeichneter Unfall*
ND	*S71.88!*	*Weichteilschaden II. Grades bei offener Fraktur oder Luxation der Hüfte und des Oberschenkels*
L	*1*	

Luxationsfraktur

In diesen Fällen ist sowohl für die Fraktur als auch für die Luxation ein Kode zuzuweisen; der erste Kode für die Fraktur.

Zu beachten ist, dass die ICD-10-GM in bestimmten Fällen Kombinationskodes vorsieht, z.B.:

S52.31 Fraktur des distalen Radiusschaftes mit Luxation des Ulnakopfes

Fraktur und Luxation an gleicher oder unterschiedlicher Lokalisation

Bei Vorliegen einer kombinierten Verletzung an gleicher Lokalisation ist die Angabe **eines** Zusatzkodes für den Schweregrad des Weichteilschadens ausreichend.

Beispiel 2

Eine Patientin wird nach einem Sturz zur Behandlung einer offenen rechten Humeruskopffraktur I. Grades mit (offener) rechter Schulterluxation nach vorne mit Weichteilschaden I. Grades aufgenommen.

HD	*S42.21*	*Fraktur des proximalen Endes des Humerus, Kopf*
L	*1*	
ZHD	*X59.9!*	*Sonstiger näher bezeichneter Unfall*
ND	*S41.87!*	*Weichteilschaden I. Grades bei offener Fraktur oder Luxation des Oberarmes*
L	*1*	
ND	*S43.01*	*Luxation des Humerus nach vorne*
L	*1*	

Liegen bei einem Patienten mehrere Frakturen/Luxationen unterschiedlicher Lokalisation vor, so muss für jede Lokalisation der Weichteilschaden Grad I-III erfasst werden.

Knochenkontusion

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

S1903a Offene Wunden/Verletzungen

Für jede Körperregion steht eine Kategorie für offene Wunden zur Verfügung.

Dort finden sich neben den "!"-Kodes für Weichteilschäden bei Fraktur auch "!"-Kodes für Verletzungen, bei denen durch die Haut in Körperhöhlen eingedrungen wurde (intrakranielle, intrathorakale oder intraabdominale Wunden).

Die offene Wunde ist in diesen Fällen **zusätzlich** zur Verletzung (z.B. der Fraktur) zu kodieren.

Offene Verletzungen mit Gefäss-, Nerven- und Sehnenbeteiligung

Liegt eine Verletzung mit Gefässschaden vor, hängt die Reihenfolge der Kodes davon ab, ob der Verlust der betroffenen Gliedmasse droht. Ist dies der Fall, so ist bei einer Verletzung mit Schädigung von Arterie und Nerv.

- zuerst die arterielle Verletzung
- danach die Verletzung des Nervs
- danach ggf. die Verletzung der Sehnen
- schliesslich die Fleischwunde

anzugeben.

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.

Offene intrakranielle/intrathorakale/intraabdominelle Verletzung

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

Beispiel 1
Patient mit Messerstichverletzung am Thorax mit Hämatothorax.

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

Offene Fraktur mit intrakranieller/intrathorakaler/intraabdomineller Verletzung

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

- ein Kode für die intrakranielle/intrakavitäre Verletzung anzugeben,

- einer der folgenden Kodes

  S01.83! *Offene Wunde (jeder Teil des Kopfes) mit Verbindung zu einer intrakraniellen Verletzung*

  S21.83! *Offene Wunde (jeder Teil des Thorax) mit Verbindung zu einer intrathorakalen Verletzung*

  oder

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

- die Kodes für die Fraktur

  und

- ein Kode für den Schweregrad des Weichteilschadens der offenen Fraktur aus

  S01.87! – S01.89! *Weichteilschaden I-III. Grades bei offener Fraktur oder Luxation des Kopfes*

  S21.87! – S21.89! *Weichteilschaden I-III. Grades bei offener Fraktur oder Luxation des Thorax*

  oder

  S31.87! – S31.89! *Weichteilschaden I-III. Grades bei offener Fraktur oder Luxation der Lendenwirbelsäule und des Beckens*

Komplikationen einer offenen Wunde

Liegt eine offene Wunde mit Komplikation vor, ist der Kode für die offene Wunde anzugeben, gefolgt von einem Kode aus

T89.0- *Komplikationen einer offenen Wunde*

Beispiel 2

Eine Patientin wird nach einem Sturz mit Glassplittern in einer offenen Kniewunde links aufgenommen. Die Wunde infiziert sich. Im Abstrich findet sich Staphylococcus aureus.

HD	*S81.0*	*Offene Wunde des Knies*
L	*2*	
ZHD	*X59.9!*	*Sonstiger näher bezeichneter Unfall*
ND	*T89.01*	*Komplikation einer offenen Wunde, Fremdkörper (mit oder ohne Infektion)*
ND	*B95.6!*	*Staphylococcus aureus als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind*

S1904a Bewusstlosigkeit

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.

Beispiel 1
Patient wird mit einer Fraktur des Siebbeins (Röntgenaufnahme) aufgenommen. Im CT zeigt sich ein grosses subdurales Hämatom. Der Patient war 3 Stunden bewusstlos.

HD	*S06.5*	*Traumatische subdurale Blutung*
ZHD	*X59.9!*	*Sonstiger näher bezeichneter Unfall*
ND	*S02.1*	*Schädelbasisfraktur*
ND	*S06.71!*	*Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma, 30 Minuten bis 24 Stunden*

Bewusstlosigkeit ohne Zusammenhang mit einer Verletzung

Sofern die Bewusstlosigkeit eines Patienten **nicht** mit einer Verletzung im Zusammenhang steht, sind folgende Kodes zu verwenden:

R40.0	*Somnolenz*
R40.1	*Sopor*
R40.2	*Koma, nicht näher bezeichnet*

S1905a Verletzung des Rückenmarks (mit traumatischer Paraplegie und Tetraplegie)

Die akute Phase - unmittelbar posttraumatisch

Unter der akuten Phase einer Rückenmarksverletzung versteht man den Behandlungszeitraum unmittelbar nach dem Trauma. Sie kann **mehrere** Spitalaufenthalte umfassen.

Wenn ein Patient mit einer Verletzung des Rückenmarks aufgenommen wird (z.B. mit Kompression des Rückenmarks, Kontusion, Riss, Querschnitt oder Quetschung), sind folgende Details zu kodieren:

1. Die Art der Läsion des Rückenmarks ist als erster Kode anzugeben (komplette oder inkomplette Querschnittverletzung)

2. Die funktionale Höhe (Ebene) der Rückenmarksläsion ist mit

   S14.7-!, S24.7-!, S34.7-! *Funktionale Höhe der zervikalen/thorakalen/lumbosakralen Rückenmarksverletzung*

   zu verschlüsseln. Für die Höhenangabe der funktionalen Höhe sind die Hinweise bei S14.7!, S24.7! und S34.7! in der ICD-10-GM zu beachten.

Patienten mit Rückenmarksverletzungen haben mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Wirbelfraktur oder Wirbelluxation erlitten; demnach sind auch folgende Angaben zu kodieren:

3. Die Bruchstelle, wenn eine Fraktur der Wirbel vorliegt

4. Der Ort der Luxation, wenn eine Luxation vorliegt

5. Der Schweregrad des Weichteilschadens der Fraktur/Luxation

Beispiel 1

Eine Patientin wird nach einem Sturz mit einer Kompressionsfraktur an T12 aufgenommen. Es liegt eine Kompressionsverletzung des Rückenmarks auf derselben Höhe mit inkompletter Paraplegie auf der funktionalen Höhe L2 vor.

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

Die akute Phase – Verlegung des Patienten

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

Beispiel 2

Ein Patient wird nach einem Sturz mit einer schweren Rückenmarksverletzung in Spital A aufgenommen. Ein CT bestätigt eine Luxation des T7/8 Wirbels mit Verletzung des Rückenmarks auf derselben Höhe. Neurologisch zeigt sich ein inkompletter Querschnitt unterhalb T8. Nach Stabilisierung im Spital A wird der Patient ins Spital B verlegt, in dem eine Spondylodese durchgeführt wird.

Spital A:

HD	*S24.12*	*Inkomplette Querschnittverletzung des thorakalen Rückenmarkes*
ZHD	*X59.9!*	*Sonstiger näher bezeichneter Unfall*
ND	*S24.75!*	*Funktionale Höhe einer Verletzung des thorakalen Rückenmarkes, T8/T9*
ND	*S23.14*	*Luxation eines Brustwirbels, Höhe T7/8 und T8/9*

Spital B:

HD	*S24.12*	*Inkomplette Querschnittverletzung des thorakalen Rückenmarkes*
ZHD	*X59.9!*	*Sonstiger näher bezeichneter Unfall*
ND	*S24.75!*	*Funktionale Höhe einer Verletzung des thorakalen Rückenmarkes, T8/T9*
ND	*S23.14*	*Luxation eines Brustwirbels, Höhe T7/8 und T8/9*

Beachte: Die Akutbehandlung findet im Spital B statt, deshalb wird hier die Verletzung mit der äusseren Ursache wieder kodiert.

Rückenmarksverletzung – chronische Phase

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

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

G82.- *Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie,* fünfte Stelle „.2" oder „.3"

als Hauptdiagnose anzugeben.

Wird ein Patient dagegen zur Behandlung einer anderen Erkrankung wie z.B. Harnwegsinfektion, Fraktur des Femur usw. aufgenommen, ist die zu behandelnde Erkrankung gefolgt von einem Kode der Kategorie

G82.- *Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie,* fünfte Stelle „.2" oder „.3"

anzugeben sowie andere vorliegende Erkrankungen. Die Reihenfolge dieser Diagnosen muss sich an der Definition der Hauptdiagnose orientieren.

Für die funktionale Höhe der Rückenmarksschädigung ist zusätzlich der passende Kode aus

G82.6-! *Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarks*

anzugeben.

Die Kodes für die Verletzung des Rückenmarks sind nicht anzugeben, da diese nur in der akuten Phase zu verwenden sind.

Beispiel 3

Eine Patientin wird zur Behandlung einer Infektion des Harntraktes aufgenommen. Zusätzlich bestehen eine inkomplette schlaffe Paraplegie auf Höhe von L2, ein inkomplettes Cauda- (equina-) Syndrom und eine neurogene Blasenentleerungsstörung.

HD	*N39.0*	*Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet*
ND	*G82.03*	*Schlaffe Paraparese und Paraplegie, chronische inkomplette Querschnittslähmung*
ND	*G82.66!*	*Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarks, L2-S1*
ND	*G83.41*	*Inkomplettes Cauda- (equina-) Syndrom*
ND	*G95.81*	*Harnblasenlähmung bei Schädigung des unteren motorischen Neurons*

Anmerkung: Soll das Vorliegen einer neurogenen Blasenfunktionsstörung angegeben werden, ist, wie im Beispiel, eine zusätzliche Schlüsselnummer aus G95.8- zu verwenden.

Kodierung von Wirbelfrakturen und Wirbelluxationen

Siehe auch S1902a Fraktur und Luxation.

Bei Mehrfachfrakturen oder -luxationen wird jede Höhe einzeln angegeben.

Beispiel 4

Ein Patient wird nach einem Autounfall mit einer komplizierten offenen Fraktur II. Grades des zweiten, dritten und vierten Brustwirbels mit Verschiebung auf Höhe T2/T3 und T3/T4 und kompletter Durchtrennung des Rückenmarks in Höhe T3 aufgenommen. Die neurologische Untersuchung bestätigt einen kompletten Querschnitt unterhalb T3.

HD	*S24.11*	*Komplette Querschnittverletzung des thorakalen Rückenmarkes*
ZHD	*V99!*	*Transportmittelunfall*
ND	*S24.72!*	*Funktionale Höhe einer Verletzung des thorakalen Rückenmarkes, T2/T3*
ND	*S22.01*	*Fraktur eines Brustwirbels, Höhe: T1 und T2*
ND	*S22.02*	*Fraktur eines Brustwirbels, Höhe: T3 und T4*
ND	*S21.88!*	*Weichteilschaden II. Grades bei offener Fraktur oder Luxation des Thorax*
ND	*S23.11*	*Luxation eines Brustwirbels, Höhe: T1/T2 und T2/T3*
ND	*S23.12*	*Luxation eines Brustwirbels, Höhe: T3/T4 und T4/T5*

S1906a Mehrfachverletzungen

Diagnosen

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

Kombinationskategorien für Mehrfachverletzungen *T00–T07 Verletzungen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen* und Kodes aus S00–S99, die mit einer „.7" an vierter Stelle multiple Verletzungen kodieren, sind nur dann zu verwenden, wenn die Anzahl der zu kodierenden Verletzungen die maximale Zahl der übermittelbaren Diagnosen überschreitet.

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

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

Reihenfolge der Kodes bei multiplen Verletzungen

Im Fall von mehreren näher beschriebenen Verletzungen ist als Hauptdiagnose die Erkrankung auszuwählen, die am schwerwiegendsten ist.

Beispiel 1

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

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

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

S1907a Verbrennungen und Verätzungen

Reihenfolge der Kodes

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

Verbrennungen/Verätzungen desselben Gebietes, aber unterschiedlichen Grades, sind als Verbrennungen/Verätzungen des höchsten vorkommenden Grades anzugeben.

Beispiel 1

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

HD	*T25.3*	*Verbrennung 3. Grades der Knöchelregion und des Fusses*
L	*1*	
ZHD	*X19.9!*	*Verbrennung oder Verbrühung durch Hitze oder heisse Substanzen*
ND	*T31.00!*	*Verbrennungen von weniger als 10% der Körperoberfläche*

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

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

Beispiel 2

Verbrennung Grad 2a der Bauchwand (15%) und des Perineums (10%) durch heisses Wasser.

HD	*T21.23*	*Verbrennung Grad 2a des Rumpfes, Bauchdecke*
ZHD	*X19.9!*	*Verbrennung oder Verbrühung durch Hitze oder heisse Substanzen*
ND	*T21.25*	*Verbrennung Grad 2a des Rumpfes, äussere Genitale*
ND	*T31.20*	*Verbrennungen von 20 bis 29% der Körperoberfläche*

Wenn die Zahl der Diagnosen die Anzahl der maximal übermittelbaren Diagnosen übersteigt, ist der Kode *T29.- Verbrennungen oder Verätzungen mehrerer Körperregionen* zu verwenden.

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

Körperoberfläche (KOF)

Jeder Verbrennungs-/Verätzungsfall ist **zusätzlich** mit einem Kode aus

T31.-! *Verbrennungen, klassifiziert nach dem Ausmass der betroffenen Körperoberfläche*

bzw.

T32.-! *Verätzungen, klassifiziert nach dem Ausmass der betroffenen Körperoberfläche*

zu versehen, um den Prozentsatz der betroffenen Körperoberfläche anzuzeigen.

Die vierte Stelle beschreibt die Summe aller einzelnen Verbrennungen/Verätzungen, angegeben in Prozent der Körperoberfläche.

Ein Kode aus T31.-! und T32.-! ist nur einmal nach dem letzten Kode für die betroffenen Gebiete anzugeben.

S1908a Vergiftung durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen

Die Diagnose „Vergiftung durch Arzneimittel/Drogen“ wird gestellt bei **irrtümlicher** Einnahme oder **unsachgemässer** Anwendung, Einnahme zwecks Selbsttötung und Tötung und bei Nebenwirkungen verordneter Medikamente, die in Verbindung mit einer Eigenmedikation eingenommen werden.

Vergiftungen sind in den Kategorien

T36-T50 *Vergiftungen durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen*

und

T51-T65 *Toxische Wirkung von vorwiegend nicht medizinisch verwendeten Substanzen*

klassifiziert.

Zusätzlich zum Kode für die Vergiftung ist ein Kode zu verwenden, um eine signifikante Manifestation anzugeben (z.B. Koma, Arrhythmie), falls die Nebendiagnosendefinition erfüllt ist (Regel G54a).

Beispiel 1
Ein Patient wird im Koma aufgrund einer Kodeinüberdosis aufgenommen.

HD	*T40.2*	*Vergiftung durch Betäubungsmittel und Psychodysleptika [Halluzinogene], sonstige Opioide*
ZHD	*X49.9!*	*Akzidentelle Vergiftung*
ND	*R40.2*	*Koma, nicht näher bezeichnet*

Insulinüberdosierung

Die **Ausnahme** dieser Regel ist die Insulinüberdosierung, bei der ein Kode aus

E10-E14, vierte Stelle „.6“ Diabetes mellitus mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen

vor dem Kode für die Vergiftung

T38.3 Vergiftung durch Insulin und orale blutzuckersenkende Arzneimittel [Antidiabetika]

anzugeben ist.

S1909a Unerwünschte Nebenwirkungen von Arzneimitteln (bei Einnahme gemäss Verordnung)

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

- ein oder mehrere Kodes für den krankhaften Zustand, in dem sich die Nebenwirkungen manifestieren, ergänzt durch

Y57.9! Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen

wenn dies nicht im Diagnosenkode beinhaltet ist.

Beispiel 1
Eine Patientin wird mit einer akuten, hämorrhagischen Gastritis aufgrund von ordnungsgemäss eingenommener Acetylsalicylsäure aufgenommen. Eine andere Ursache der Gastritis wird nicht gefunden.

HD	*K29.0*	*Akuter hämorrhagische Gastritis*
ZHD	*Y57.9!*	*Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen*

Beispiel 2
Ein HIV-positiver Patient kommt zur Behandlung einer hämolytischen Anämie, die durch die antiretrovirale Therapie induziert ist.

HD	*D59.2*	*Arzneimittelinduzierte nicht-autoimmunhämolytische Anämie*
ND	*Z21*	*Asymptomatische HIV-Infektion [Humane Immundefizienz-Virusinfektion]*

S1910a Unerwünschte Nebenwirkungen/Vergiftung von zwei oder mehr in Verbindung eingenommenen Substanzen (bei Einnahme entgegen einer Verordnung)

Vergiftung durch Arzneimittel in Kombination mit Alkohol

Eine Nebenwirkung eines Medikamentes, das in **Verbindung mit Alkohol** eingenommen wurde, ist als **Vergiftung durch beide (Wirk-)Stoffe** zu kodieren.

Beispiel 1

Eine Patientin wird mit schwerer Depression des Atemzentrums aufgenommen, verursacht durch versehentlich in Verbindung mit Alkohol eingenommene Barbiturate.

HD	*T42.3*	*Vergiftung durch Antiepileptika, Sedativa, Hypnotika und Antiparkinsonmittel, Barbiturate*
ZHD	*X49.9!*	*Akzidentelle Vergiftung*
ND	*G93.88*	*Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Gehirns*
ND	*T51.0*	*Toxische Wirkungen von Alkohol, Äthanol*

Vergiftung durch verordnete Medikamente, die in Verbindung mit nicht verordneten Medikamenten eingenommen werden

Eine Nebenwirkung, die wegen der Verbindung eines **verordneten und** eines **nicht verordneten** Medikamentes auftritt, ist als **Vergiftung durch beide (Wirk-)Stoffe** zu kodieren.

Beispiel 2

Ein Patient wird mit Hämatemesis aufgrund der Einnahme von Cumarin (verordnet), versehentlich in Verbindung mit Acetylsalicylsäure (nicht verordnet) aufgenommen.

HD	*T39.0*	*Vergiftung durch Salizylate*
ZHD	*X49.9!*	*Akzidentelle Vergiftung*
ND	*K92.0*	*Hämatemesis*
ND	*T45.5*	*Vergiftung durch primär systemisch und auf das Blut wirkende Mittel, anderenorts nicht klassifiziert, Antikoagulanzien*

S2000 Äussere Ursachen von Morbidität und Mortalität

Dieses Kapitel erlaubt die Klassifizierung von Umweltereignissen und Umständen als Ursache von Verletzungen, Vergiftungen, Komplikationen und anderen schädlichen Wirkungen. Sie sind aus epidemiologischen Gründen zu erfassen.

Sofern es in den Kodierrichtlinien nicht anders geregelt ist, folgen die Kodes der äusseren Ursachen (V01!-Y84!) zwingend den Kodes der Verletzungen, Vergiftungen, Komplikationen und anderen schädlichen Wirkungen.

Falls die Kodes für Verletzungen, Vergiftungen, Komplikationen und anderen schädlichen Wirkungen in der Hauptdiagnose stehen, sind die Kodes der äusseren Ursachen (V01!-Y84!) als Zusatz zur Hauptdiagnose anzugeben. Wenn sie in den Nebendiagnosen aufgeführt sind, folgen V-Y als Nebendiagnose.

Ein äusserer Ursachen-Kode pro Ereignis genügt.

Beispiel 1
Offene Wunde des Oberschenkels durch Fahrradunfall.
S71.1 Offenen Wunde des Oberschenkels
V99! Transportmittelunfall

Beispiel 2
Patient mit fokaler Hirnkontusion, 20-minütiger Bewusstlosigkeit und Schnittwunden am Oberschenkel.
S06.31 Umschriebene Hirnkontusion
X59.9! Sonstiger oder nicht näher bezeichneter Unfall
S06.70! Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma, weniger als 30 Minuten
S71.1 Offene Wunde des Oberschenkels

S2100 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesen führen

Für die Benützung dieser Z-Kodes sind die Hinweise am Anfang des Kapital XXI der ICD-10-GM, die Kodierrichtlinien und das *„Definitionshandbuch SwissDRG, Band 5, Anhang D, Plausibilitäten, D5: Unzulässige Hauptdiagnose"* zu beachten.

Anhang

Medizinische Definitionen:

Entgleister Diabetes mellitus

An **fünfter Stelle** werden angegeben:

0	für	*nicht als entgleist bezeichneter Diabetes mellitus*
1	für	*als entgleist bezeichneter Diabetes mellitus*
2	für	*Diabetes mellitus mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet*
3	für	*Diabetes mellitus mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet*
4	für	*Diabetes mellitus mit diabetischem Fusssyndrom, nicht als entgleist bezeichnet*
5	für	*Diabetes mellitus mit diabetischem Fusssyndrom, als entgleist bezeichnet*

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

Einige Kriterien für den entgleisten Diabetes mellitus (besprochen mit der 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

Auswahl von Diagnosen, die zum klinischen Bild des diabetischen Fusssyndroms gehören können:

1. Infektion und/oder Ulkus

Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten	*L02.4*
Phlegmone an Zehen	*L03.02*
Phlegmone an der unteren Extremität	*L03.11*

Hinweis: Die folgenden Viersteller zu *L89.- Dekubitalgeschwür und Druckzone* verschlüsseln an fünfter Stelle die Lokalisation der Druckstellen (siehe ICD-10-GM):

Dekubitus 1. Grades	*L89.0-*
Dekubitus 2. Grades	*L89.1-*

Dekubitus 3. Grades	*L89.2-*
Dekubitus 4. Grades	*L89.3-*
Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet	*L89.9-*
Ulkus cruris, anderenorts nicht klassifiziert	*L97*
Malum perforans pedis	*L98.4*

2. Periphere vaskuläre Erkrankung

Atherosklerose der Extremitätenarterien, sonstige und nicht näher bezeichnet	*I70.20*
Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz	*I70.21*
Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerzen	*I70.22*
Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	*I70.23*
Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	*I70.24*

3. Periphere Neuropathie

Diabetische Polyneuropathie	*G63.2**
Autonome Neuropathie bei endokrinen und Stoffwechselkrankheiten	*G99.0**

4. Deformitäten

Hallux valgus (erworben)	*M20.1*
Hallux rigidus	*M20.2*
Sonstige Deformität der Grosszehe (erworben)	*M20.3*
Sonstige Hammerzehe(n) (erworben)	*M20.4*
Sonstige Deformitäten der Zehen (erworben)	*M20.5*
Flexionsdeformität, Knöchel und Fuss	*M21.27*
Hängefuss (erworben), Knöchel und Fuss	*M21.37*
Plattfuss [Pes planus] (erworben)	*M21.4*
Erworbener Klauenfuss und Klumpfuss, Knöchel und Fuss	*M21.57*
Sonstige erworbene Deformitäten des Knöchels und des Fusses	*M21.67*
Sonstige näher bezeichnete erworbene Deformitäten der Extremitäten, des Knöchels und des Fusses	*M21.87*

5. Frühere Amputation(en)

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

Alphabetisches Verzeichnis

A

Abkürzungen ... 9
Abnorme Befunde ... 27
Abnorme Kindslagen und -einstellungen ... 103
Abort ... 100
- Komplikationen nach ... 100
Abstossung eines Kornea-Transplantates ... 79
Abstossungsreaktion einer Transplantation ... 52
Adhäsionen (peritoneale) ... 94
Aeussere Ursachen ... 128
AIDS ... 57
Akuter Schub einer chronischen Krankheit ... 34
Allgemeine Kodierrichtlinien
- für Krankheiten/Diagnosen D00-D15 ... 27
- für Prozeduren P00-P09 ... 43
Angina pectoris ... 82
Anhang ... 130
- entgleister Diabetes mellitus ... 130
Anogenitale Warzen ... 98
Appendizitis ... 94
Arthroskopie ... 45
Aspirationssyndrom ... 112
Atemnotsyndrom des Neugeborenen ... 111
Atmungssystem ... 89
Auge und Augenanhangsgebilde ... 79
Ausrufezeichenkodes ... 29
AV-Fistel ... 88
AV-Shunts ... 88

B

Bakteriämie ... 54
Behandlungsbeginn (Uhrzeit) ... 43
Behandlungsdatum ... 43
Behandlungsfall
Bewusstlosigkeit
- im Zusammenhang mit einer Verletzung ... 120
- ohne Zusammenhang mit einer Verletzung ... 120
Bilaterale
- Diagnosen ... 28
- Operationen ... 49
- Prozeduren ... 49
Blutung
- gastrointestinale ... 94
- postpartale ... 108
Brustamputation
- subkutane prophylaktische ... 97
Brustimplantat
- Entfernung ... 96

C

Chemotherapie ... 67
CHOP
- Allgemeines ... 20
- alphabetisches Verzeichnis ... 20
- Struktur ... 20
- systematisches Verzeichnis ... 21
- typografische Vereinbarungen und Abkürzungen ... 22
Chronische Krankheiten mit akutem Schub ... 34
CPAP
- bei Erwachsenen, Kindern oder Jugendlichen ... 93
- bei Neugeborenen und Säuglingen ... 93
- Ersteinstellung ... 93
- Kontrolle/Optimierung ... 93

D

Dauer der Schwangerschaft ... 105
Defibrillator
- Aggregatwechsel ... 87
- Komplikationen ... 87
Definitionen
- Behandlungsfall ... 23
- Hauptbehandlung ... 26
- Hauptdiagnose ... 24
- medizinische Definitionen ... 130
- Nebenbehandlung ... 26
- Nebendiagnose ... 25
- neonatale Periode ... 109
- perinatale Periode ... 109
- Zusatz zur Hauptdiagnose ... 24
Dehydratation
- bei Gastroenteritis ... 95
Diabetes mellitus
- als Hauptdiagnose ... 69
- als Nebendiagnose ... 71
- Begriffe ... 68
- Kategorien ... 68
- mit Augenerkrankungen ... 72
- mit diabetischem Fusssyndrom ... 74
- mit Komplikationen ... 69
- mit Neuropathie ... 73
- mit Nierenkomplikationen ... 72
- mit peripherer Angiopathie ... 73
- mit peripherer vaskulärer Erkrankung ... 73
- Regeln zur Kodierung ... 69
- Typen ... 68

Diagnosen
- bilaterale ... 28
- unilaterale ... 28
Dialyse ... 98
Dokumentation
- der Diagnosen ... 23
- der Prozeduren ... 23
Drohende Krankheit ... 33
Dysphagie ... 114

E

Eingriff
- abgebrochen ... 47
- arthroskopisch ... 45
- endoskopisch ... 45
- komplexe ... 46
- laparoskopisch ... 45
- panendoskopisch ... 45
- unvollständig durchgeführt ... 47
Einleitung ... 8
Endoskopie ... 45
- Wechsel auf offen ... 47
Entbindung vor der Aufnahme ... 106
Entfernen
- AV-Shunts ... 88
- Brustimplantat ... 96
Epiduralanästhesie (Schwangerschaft) ... 108
Erkrankungen
- der Herzklappen ... 86
- nach medizinischen Massnahmen ... 36
Extrauteringravidität
- Komplikationen nach ... 100

F

Fehlen von ... 30
Fieberkrämpfe ... 114
Folgeeingriffe
- geplante ... 32
Folgezustände ... 31
Fraktur
- gleicher oder unterschiedlicher Lokalisation ... 117
- mit Weichteilschaden ... 116
- offen, mit intra-kranieller, -thorakaler, -abdomineller Verletzung ... 119
- Wirbelfraktur ... 123
Frühgeburt ... 106
Frustrane Kontraktionen ... 106

G

Gastritis
- mit Magenulkus ... 94
Gastroenteritis
- mit Dehydratation ... 95
Gastrointestinale Blutung ... 94
Geburt
- abnorme Kindslagen und -einstellungen ... 103
- Definitionen ... 99
- Einling durch Schnittentbindung ... 105
- Einling durch spontane vaginale Entbindung ... 104
- Einling durch Vakuumextraktion ... 105
- Einling durch Zange ... 105
- Entbindung vor der Aufnahme ... 106
- Frühgeburt ... 106
- frustrane Kontraktionen ... 106
- Komplikationen ... 103
- Lebendgeburt ... 101
- Mehrlingsgeburt ... 105
- protrahierte ... 107
- Resultat der Entbindung ... 105
- spezielle Kodierregeln ... 104
- Totgeburt ... 101
- Uterusatonie und Hämorrhagien ... 108
- Uterusnarbe ... 104
- Verlängerung Austreibungsphase bei Epiduralanästhesie ... 108
- verminderte Kindsbewegungen ... 103
- vorzeitige Wehen ... 106
- Zuordnung der Hauptdiagnose ... 104
Geburtshilfe ... 99
Genitalmutilation
- Rekonstruktion ... 98
Geplante Folgeeingriffe ... 32
Gewebeentnahme
- Tabelle ... 53
- zur Transplantation ... 51
Gewebespende
- Lebendspende ... 51
- postmortale ... 51
- Tabelle ... 53
- Untersuchung des Spenders ... 51
Grundlagen G00-G56 ... 10

H

Hämodialyse ... 98
Hämorrhagien und Uterusatonie ... 108
Hauptbehandlung
- Definition ... 26
Hauptdiagnose
- Definition ... 24
- Wahl der Hauptdiagnose ... 24
Haut und Unterhaut ... 96
Herzklappenerkrankungen ... 86
Herzkrankheit
- hypertensive ... 81
- ischämische ... 82
Herzschrittmacher
- Aggregatwechsel ... 87
- Komplikationen ... 87
- permanent ... 87

Herzstillstand 88
Herztransplantation
- Nachuntersuchung 87
HIV
- akutes Infektionssyndrom 57
- asymptomatisch 57
- HIV-Krankheiten 58
- klinische Stadien (A, B und C) 58
- Laborhinweis 57
- Reihenfolge und Auswahl der Kodes 59
- Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett 58
- Stadieneinteilung 58
Hörverlust 80
Hyaline Membranenkrankheit 111
Hypertonie
- und hypertensive Herz- und Nierenkrankheit 81
- und hypertensive Herzkrankheit 81
- und hypertensive Nierenkrankheit 81
Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie 112

I

ICD-10-GM
- alphabetisches Verzeichnis 18
- Einführung 15
- Geschichte 15
- Struktur 15
- systematisches Verzeichnis 16
- typografische Vereinbarungen und Abkürzungen 18
Inhaltsverzeichnis 3
Inkontinenz 114
Insuffizienz
- respiratorische 93
Insulinüberdosierung 126
Intoxikation
- akute akzidentelle 76
- akute nicht akzidentelle 76
- Rausch 76
Intubation
- ohne maschinelle Beatmung 92
Ischämische Herzkrankheit
- akuter Myokardinfarkt 82
- alter Myokardinfarkt 83
- Angina pectoris 82
- chirurgisch behandelt (Stent/Bypass) 83
- Koronarsyndrom 82
- Reinfarkt 83
- rezidivierender Myokardinfarkt 83
- sonstige Formen der chronischen ischämischen HKH 83

K

Klassifikationen
- CHOP 20
- ICD-10-GM 15
Knochenkontusion 117
Kodes
- für äussere Ursachen 128
- Kreuz†-Stern* 28
- mit Ausrufezeichen 29
- Z-Kodes 129
Kombinationseingriffe 46
Kombinationskodes 35
Komplexe Operationen 46
Komplikationen
- abnorme Kindslagen und -einstellungen 103
- der Schwangerschaft 103
- nach medizinischen Massnahmen 36
- Uterusnarbe 104
- verminderte Kindsbewegungen 103
Kontinuierlicher positiver Atemwegsdruck CPAP
- bei Erwachsenen, Kindern oder Jugendlichen 93
- bei Neugeborenen und Säuglingen 93
Koronarsyndrom 82
Krankheit
- chronisch mit akutem Schub 34
- der Haut und der Unterhaut 96
- des Atmungssystems 89
- des Auges und der Augenanhangsgebilde 79
- des Kreislaufsystems 81
- des Nervensystems 77
- des Ohres und des Warzenfortsatzes 80
- des Urogenitalsystems 98
- des Verdauungssystems 94
- drohende 33
- endokrine, Ernährungs- und Stoffwechsel 68
- in der Schwangerschaft 102
- infektiöse und parasitäre 54
- mit Ursprung in der Perinatalperiode 109
- sich anbahnende 33
Kreislaufsystem 81
Kreuz†-Stern*-Kodes 28
Krupp
- echter Krupp 59
- Kruppsyndrom 59
- Pseudokrupp 59

L

Laparoskopie 45
- Wechsel auf offen 47
Lateralität
- bei Diagnosen 28
- bei Prozeduren 43
Lebendgeburt 101
Lichttherapie 111
Lungenödem
- akut 88
Luxation
- gleicher oder unterschiedlicher Lokalisation 117
- mit Weichteilschaden 116
- Wirbelluxation 123

Luxationsfraktur ... 117
Lymphangiosis carcinomatosa ... 66
Lymphom ... 67

M

Magenulkus
- mit Gastritis ... 94
Maschinelle Beatmung
- Beginn der Dauer ... 90
- Berechnung der Dauer ... 90
- Definition ... 89
- Ende der Dauer ... 91
- Entwöhnung ... 91
- Kodierung ... 89
- verlegte Patienten ... 92
Medizinische Definitionen ... 130
Medizinische Statistik und medizinische Kodierung
- Anonymisierung der Daten ... 12
- Datensatz, Definitionen und Variablen ... 12
- Geschichte ... 10
- Gesetzliche Grundlagen ... 11
- Organisation ... 11
- SwissDRG Patientenklassifikationssystem ... 14
- Ziele ... 12
Medizinischer Datensatz
- Minimaldatensatz ... 13
- Neugeborenendatensatz ... 13
- Patientengruppendatensatz ... 13
- Psychiatriedatensatz ... 13
- Zusatzdatensätze ... 13
Mehrfach durchgeführte Prozeduren ... 48
Mehrfachverletzungen ... 123
Mehrlingsgeburt ... 105
Metabolisches Syndrom ... 74
Molenschwangerschaft
- Komplikationen nach ... 100
Myokardinfarkt
- akut ... 82
- alt ... 83
- Reinfarkt ... 83
- rezidivierend ... 83

N

Nachresektion im Tumorgebiet ... 62
Nachuntersuchung
- Herztransplantation ... 87
- nach Tumor ... 63
Nebenbehandlung
- Definition ... 26
- Reihenfolge ... 26
Nebendiagnose
- Definition ... 25
- Reihenfolge ... 26
Nebenwirkungen von Arzneimitteln
- bei Einnahme entgegen einer Verordnung ... 127
- bei Einnahme gemäss Verordnung ... 126
Neonatalperiode
- Definition ... 109
Nervensystem ... 77
Neubildungen ... 60
- Chemo- und Radiotherapie ... 67
- des hämatopoetischen/lymphatischen Systems 61
- Komplikationen nach med. Massnahmen ... 63
- Lymphangiosis carcinomatosa ... 66
- Lymphom ... 67
- mit endokriner Aktivität ... 64
- multiple Lokalisationen ... 64
- Nachresektion ... 62
- Nachuntersuchung ... 63
- Nachweis nur in der Biopsie ... 62
- Remission bei malignen immunoproliferativen Erkrankungen/Leukämie ... 65
- Rezidive ... 64
- Suche im alphabetischen Verzeichnis ... 60
- Tumoraktivität ... 61
- überlappende Lokalisation ... 65
- Verdacht auf Tumor/Metastasen ... 63
- Wahl der Hauptdiagnose ... 61
Neugeborene
- Atemnotsyndrom ... 111
- Definitionen ... 109
- hyaline Membranenkrankheit ... 111
- hypoxisch-ischämische Enzephalopathie ... 112
- Lichttherapie ... 111
- massives Aspirationssyndrom ... 112
- Medizinischer Datensatz ... 109
- parenterale Therapie ... 111
- perinatale und neonatale Periode ... 109
- Surfactantmangel ... 111
- totgeboren ... 111
- transitorische Tachypnoe ... 112
- Wahl der Hauptdiagnose ... 109
- Zustände mit Ursprung Perinatalperiode ... 110
Nierenkrankheit
- hypertensive ... 81

O

Ohr und Warzenfortsatz ... 80
Operation
- abgebrochen ... 47
- arthroskopisch ... 45
- bilateral ... 49
- endoskopisch ... 45
- komplexe ... 46
- laparoskopisch ... 45
- nicht durchgeführt ... 40
- panendoskopisch ... 45
- unvollständig durchgeführt ... 47
Organentnahme
- Tabelle ... 53
- zur Transplantation ... 51

Organspende
- Lebendspende ... 51
- postmortale ... 51
- Tabelle ... 53
- Untersuchung des Spenders ... 51

P

Panendoskopie ... 45
Pankreas
- Störungen der inneren Sekretion ... 75
Paraplegie und Tetraplegie, nicht traumatisch
- initiale (akute) Phase ... 78
- späte (chronische) Phase ... 78
Paraplegie und Tetraplegie, traumatisch
- akute Phase, unmittelbar post Trauma ... 120
- akute Phase, Verlegung des Patienten ... 121
- chronische Phase ... 122
Parenterale Therapie ... 111
Perinatalperiode
- Definition ... 109
- Zustände mit Ursprung Perinatalperiode ... 110
Plastische Chirurgie ... 96
Prophylaktische Brustamputation ... 97
Protrahierte Geburt ... 107
Prozeduren
- abgebrochen ... 47
- Behandlungsbeginn (Uhrzeit) ... 43
- Behandlungsdatum ... 43
- bilaterale ... 49
- die kodiert werden müssen ... 43
- die nicht kodiert werden ... 44
- Lateralität ... 43
- mehrfach durchgeführte ... 48
- nicht durchgeführte ... 40
- routinemässige ... 44
- Seitigkeit ... 43
- signifikante ... 43
- unvollständig durchgeführte ... 47
Psychische und Verhaltensstörungen
- akute akzidentelle Intoxikation ... 76
- akute nicht akzidentelle Intoxikation ... 76
- durch Drogen, Medikamente, Alkohol, Nikotin 76
- durch psychotrope Substanzen ... 76
- Rausch ... 76
- schädlicher Gebrauch (Alkohol, Drogen) ... 76

R

Radiotherapie ... 67
Rehabilitation ... 41
Rehospitalisationen innerhalb 18 Tagen ... 38
Rekonstruktionsoperation
- bei weiblicher Genitalmutilation ... 98
Rekonvaleszenz ... 41
Remission
- bei malignen immunoproliferativen Erkrankungen/Leukämie ... 65
Reoperation ... 50
- an Herz und Perikard ... 88
Respiratorische Insuffizienz ... 93
Resultat der Entbindung ... 105
Revision
- an Herz und Perikard ... 88
- einer Narbe ... 96
- eines Operationsgebietes ... 50
Rezidive (Tumor) ... 64
Rückenmarkverletzung ... 120
Rückverlegung ins Primärspital ... 41

S

Schlaganfall
- akut ... 77
- alt ... 77
- Funktionsstörungen ... 77
Schmerzbehandlungsverfahren ... 115
Schmerzdiagnosen
- akuter Schmerz ... 115
- chronischer Schmerz ... 115
- therapieresistenter Schmerz ... 115
- Tumorschmerz ... 115
Schrittmacher
- Aggregatwechsel ... 87
- Komplikationen ... 87
- permanent ... 87
Schwangerschaft
- abnorme Kindslagen und -einstellungen ... 103
- Abort ... 100
- Dauer ... 105
- Definitionen ... 99
- Extrauteringravidität ... 100
- Komplikationen ... 103
- Krankheiten ... 102
- Lebendgeburt ... 101
- Mehrlingsgeburt ... 105
- Molenschwangerschaft ... 100
- Totgeburt ... 101
- Übertragung ... 107
- Uterusnarbe ... 104
- verlängerte Dauer ... 107
- verminderte Kindsbewegungen ... 103
- vorzeitige Beendigung ... 100
Schwerhörigkeit ... 80
Seitigkeit
- bei Diagnosen ... 28
- bei Prozeduren ... 43
Sepsis ... 54
- bei Agranulozytose ... 56
- bei Neugeborenen ... 55
- in Zusammenhang mit Kapitel XV (O) ... 55
- nach medizinischen Massnahmen ... 56
- schwere ... 55
- Urosepsis ... 55
Sich anbahnende Krankheit ... 33

SIRS 56
Spende
- nach Gehirntod 51
- postmortale 51
Spezielle Kodierrichtlinien S0100-S2100 54
Status nach 30
Störungen
- der inneren Sekretion des Pankreas 75
- nach medizinischen Massnahmen 36
Surfactantmangel 111
SwissDRG Patientenklassifikationssystem 14
Symptome
- als Hauptdiagnose 27
- als Nebendiagnose 27
- Dysphagie 114
- Fieberkrämpfe 114
- Inkontinenz 114
- und abnorme klinische und Laborbefunde 114
Syndrom 39
- angeboren 39
- diabetischer Fuss 74
- metabolisch 74

T

Taubheit 80
Tetraplegie und Paraplegie, nicht traumatisch
- initiale (akute) Phase 78
- späte (chronische) Phase 78
Tetraplegie und Paraplegie, traumatisch
- akute Phase, unmittelbar post Trauma 120
- akute Phase, Verlegung des Patienten 121
- chronische Phase 122
Thrombose
- von koronarem Stent resp. Bypass 84
Totgeburt 101
- Kodierung 111
Transitorische Tachypnoe 112
Transplantation
- Abstossungsreaktion 52
- Empfänger 52
- Evaluation 52
- Herz, Nachuntersuchung 87
- Lebendspende 51
- Nachkontrolle 52
- postmortale Spende 51
- Tabelle 53
- Untersuchung des Spenders 51
- Versagen 52
Tumor
- Chemo- und Radiotherapie 67
- des hämatopoetischen/lymphatischen Systems 61
- Komplikationen nach med. Massnahmen 63
- Lymphangiosis carcinomatosa 66
- Lymphom 67
- mit endokriner Aktivität 64
- multiple Lokalisationen 64
- Nachresektion 62
- Nachuntersuchung 63
- Nachweis nur in der Biopsie 62
- Remission bei malignen immunoproliferativen Erkrankungen/Leukämie 65
- Rezidive 64
- Suche im alphabetischen Verzeichnis 60
- Tumoraktivität 61
- überlappende Lokalisation 65
- Verdacht auf Tumor/Metastasen 63
- Wahl der Hauptdiagnose 61

U

Uebertragung (Schwangerschaft) 107
Urogenitalsystem 98
Urosepsis 55
Uterusatonie und Hämorrhagien 108
Uterusnarbe 104

V

Verätzungen 124
- Körperoberfläche 125
Verbrennungen 124
- Körperoberfläche 125
Verdacht
- auf Tumor/Metastasen 63
Verdachtsdiagnose
- ausgeschlossen 34
- keine Diagnosestellung 33
- wahrscheinlich 33
Verdauungssystem 94
Vergiftungen 116
- durch Arzneimittel kombiniert mit Alkohol 127
- durch Arzneimittel, Drogen, biologisch aktive Substanzen 125
- durch verordnete u. nicht verordnete Medikamente 127
- Insulinüberdosierung 126
Verlängerte Schwangerschaftsdauer 107
Verlängerung Austreibungsphase bei Epiduralanästhesie 108
Verlegung
- mit Rückverlegung ins Primärspital 41
- zur Behandlung ins Zentrumspital 41
- zur Rehabilitation 41
- zur Rekonvaleszenz 41
- zur Weiterbehandlung 41
Verletzungen 116
- mehrfache 123
- mit Bewusstlosigkeit 120
- oberflächliche 116
- offene 118
- offene intra-kranielle/-thorakale/-abdominelle 118
- offene mit Gefäss-, Nerven- und Sehnenbeteiligung 118

- Rückenmark ... 120
Verminderte Kindsbewegungen ... 103
Versagen
- eines Kornea-Transplantates ... 79
- nach Transplantation ... 52
Verschluss
- einer AV-Fistel ... 88
- von koronarem Stent resp. Bypass ... 84
Vorhandensein von ... 30
Vorzeitige Wehen ... 106

W

Wahl der Hauptdiagnose ... 24
- bei Rehospitalisationen innerhalb 18 Tagen wegen Erkrankungen nach med. Massnahmen ... 38
Warzen
- anogenitale ... 98
Weichteilschaden ... 116
Weiterbehandlung
- nach Verlegung ... 41
- Rehabilitation ... 41
- Rekonvaleszenz ... 41
Wirbelfrakturen ... 123
Wirbelluxationen ... 123
Wunde
- offen ... 118
- offen mit Komplikationen ... 119

Z

Z-Kodes ... 129
Zusatz zur Hauptdiagnose
- Definition ... 24
Zustand nach ... 30
Zystische Fibrose ... 75

Publikationsprogramm BFS

Das Bundesamt für Statistik (BFS) hat – als zentrale Statistikstelle des Bundes – die Aufgabe, statistische Informationen breiten Benutzerkreisen zur Verfügung zu stellen.

Die Verbreitung der statistischen Information geschieht gegliedert nach Fachbereichen (vgl. Umschlagseite 2) und mit verschiedenen Mitteln:

Diffusionsmittel	*Kontakt*
Individuelle Auskünfte	032 713 60 11 info@bfs.admin.ch
Das BFS im Internet	www.statistik.admin.ch
Medienmitteilungen zur raschen Information der Öffentlichkeit über die neusten Ergebnisse	www.news-stat.admin.ch
Publikationen zur vertieften Information	032 713 60 60 order@bfs.admin.ch
Online Datenrecherche (Datenbanken)	www.stattab.bfs.admin.ch

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

Gesundheit

Bestandesaufnahme der Schwangerschaftsabbrüche in der Schweiz – Statistik des Schwangerschaftsabbruchs 2010, Neuchâtel 2011, Bestellnummer: 532-1105-05, 4 Seiten, Gratis

Betagte Personen in Institutionen – Eintritt in ein Alters- und Pflegeheim 2008/09, Neuchâtel 2011, Bestellnummer: 1209-0900-05, 4 Seiten, Gratis

Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2009 – Standardtabellen, Definitive Resultate, Neuchâtel 2010, Bestellnummer: 532-1103-05, 60 Seiten, Gratis

Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2009 – Standardtabellen, Definitive Resultate, Neuchâtel 2011, Bestellnummer: 532-1102-05, 68 Seiten, Gratis

Krankenhausstatistik 2009 – Standardtabellen, Definitive Resultate, Neuchâtel 2011, Bestellnummer: 532-1101-05, 44 Seiten, Gratis

Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens, Detaillierte Ergebnisse 2008 und jüngste Entwicklung, Neuchâtel 2011, Bestellnummer: 026-0801, 36 Seiten, Gratis

Krebs in der Schweiz, Stand und Entwicklung von 1983 bis 2007, Neuchâtel 2011, Bestellnummer: 1177-1000, 96 Seiten, Fr. 21.– (exkl. MWST)

Spitex-Statistik 2009, Neuchâtel 2010, Bestellnummer: 1026-0900-05, 54 Seiten, Gratis

Ergebnisse der Medizinischen Statistik 2009, Spitalaufenthalte von Jugendlichen, Neuchâtel 2010, Bestellnummer: 532-1003-05, 4 Seiten, Gratis

Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 2007 – Schweizerische Gesundheitsbefragung, Neuchâtel 2010, Bestellnummer: 213-0706 , 72 Seiten, Fr. 12.– (exkl. MWST)

Im Rahmen der Medizinischen Statistik werden sämtliche stationäre Spitalaufenthalte erfasst.

Die Erhebung, welche in allen Krankenhäusern und Kliniken durchgeführt wird, umfasst neben administrativen Daten und soziodemographischen Merkmalen der Patienten auch die Diagnosen und Behandlungen. Um diese Informationen zu erfassen, werden zwei medizinische Klassifikationen verwendet. Es handelt sich dabei um die ICD-10 GM für die Diagnosen und die CHOP für die Behandlungen. Die Angabe dieser Kodes unterliegt präzisen Regeln. Das Kodierungssekretariat des Bundesamtes für Statistik (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 Kodierrichtlinien, welche bis seiner Genehmigung veröffentlicht wurden. Das Kodierungshandbuch ist die Grundlage für die Kodierung.

Bestellnummer
543-1200

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

Preis
Fr. 19.– (exkl. MWST)

ISBN 978-3-303-14160-1