



Gesundheit

543-1500

Medizinisches Kodierungshandbuch

Der offizielle Leitfaden der Kodierrichtlinien in der Schweiz

Version 2015



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Statistik BFS

Neuchâtel, 2014

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

Medizinisches Kodierungshandbuch

Der offizielle Leitfaden der Kodierrichtlinien in der Schweiz

Version 2015

Bearbeitung Christiane Ricci, BFS
Jörg Julen, BFS
Constanze Hergeth, SwissDRG SA
Ursula Althaus
Pierre Phedon Tahintzi, CHUV

Herausgeber Bundesamt für Statistik (BFS)

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. 058 463 60 60 / Fax 058 463 60 61 / E-Mail: order@bfs.admin.ch
Bestellnummer: 543-1500
Preis: Fr. 22.– (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 2014
Abdruck – ausser für kommerzielle Nutzung –
unter Angabe der Quelle gestattet
ISBN: 978-3-303-14215-8

Inhaltsverzeichnis

Einleitung Version 2015.....	8
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.....	13
G10c..... Medizinische Statistik und das Patientenklassifikationssystem SwissDRG	14
G20a..... Die Klassifikationen (ICD-10-GM und CHOP)	15
G21a... ICD-10-GM	15
G22c... Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP).....	22
G30a..... Der Weg zur korrekten Kodierung	27
G40d Dokumentation der Diagnosen und der Prozeduren	27
G50d Definitionen.....	28
G51d .. Der Behandlungsfall	28
G52c... Die Hauptdiagnose.....	29
G53b .. Der Zusatz zur Hauptdiagnose	30
G54c... Die Nebendiagnosen	31
G55a... Die Hauptbehandlung	32
G56a... Die Nebenbehandlungen	32
Allgemeine Kodierrichtlinien für Krankheiten/Diagnosen D00-D16.....	33
D00a Abnorme Befunde	33
D01a Symptome.....	34
D02c Unilaterale und bilaterale Diagnosen/Diagnosen multipler Lokalisationen	35
D03a Kreuz†-Stern* - Codes	36
D04c Codes mit Ausrufezeichen ("!")	37
D05c Status nach/Vorhandensein von/Fehlen von	38
D06c Folgezustände	39
D07a Geplante Folgeeingriffe.....	40
D08a Sich anbahnende oder drohende Krankheit.....	41
D09a Verdachtsdiagnosen	42
D10c Chronische Krankheiten mit akutem Schub	43
D11c Kombinationscodes	44
D12c Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen (Komplikationen)	45
D13a Syndrome.....	49
D14c Aufnahme zur Operation/Prozedur nicht durchgeführt.....	50
D15c Verlegungen	51
D16c Wahl der Hauptdiagnose bei Rehospitalisationen innerhalb 18 Tagen wegen Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen.....	56

Allgemeine Kodierrichtlinien für Prozeduren P00-P09.....	57
P00a.....Erfassung der Prozedur im medizinischen Datensatz	57
P01c.....Prozeduren, die kodiert werden müssen.....	58
P02c.....Prozeduren, die nicht kodiert werden.....	59
P03c.....Endoskopie und endoskopische Eingriffe	60
P04c.....Kombinationseingriffe/Komplexe Operationen	61
P05a.....Unvollständig durchgeführte Eingriffe	62
P06c.....Mehrfach durchgeführte Prozeduren	63
P07a.....Bilaterale Operationen.....	65
P08a.....Revisionen eines Operationsgebietes/Reoperationen	66
P09d.....Organentnahme und Transplantation	67
 Spezielle Kodierrichtlinien S0100-S2100.....	 70
S0100.....Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten.....	70
S0101a Bakteriämie	70
S0102c Sepsis	71
S0103c SIRS / Organkomplikationen.....	73
S0104d HIV/AIDS.....	74
S0105a Echter Krupp – Pseudokrupp – Kruppsyndrom	76
 S0200.....Neubildungen	 77
S0202c Auswahl und Reihenfolge der Diagnosen.....	79
S0203a Nachresektion im Tumorgebiet	80
S0204a Tumornachweis nur in der Biopsie.....	80
S0205c Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen	81
S0206a Verdacht auf Tumor oder Metastasen.....	81
S0207a Nachuntersuchung.....	81
S0208a Rezidive	82
S0209a Tumore mit endokriner Aktivität	82
S0210c Multiple Lokalisationen	82
S0211a Überlappende Lokalisation	83
S0212a Remission bei malignen immunoproliferativen Erkrankungen und Leukämie.....	84
S0213a Lymphangiosis carcinomatosa.....	85
S0214a Lymphom	85
S0215a Chemo- und Radiotherapie.....	86
S0216b Prophylaktische Operationen wegen Risikofaktoren	86
 S0400Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	 87
S0401c Allgemeines	87
S0402a Regeln zur Kodierung des Diabetes mellitus	88
S0403a Spezifische Komplikationen des Diabetes mellitus	91
S0404a Metabolisches Syndrom	94
S0405a Störungen der inneren Sekretion des Pankreas.....	94
S0406a Zystische Fibrose	94
 S0500.....Psychische und Verhaltensstörungen	 95
S0501a Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Drogen, Medika- mente, Alkohol und Nikotin)	95

S0600 Krankheiten des Nervensystems	96
S0601a Akuter Schlaganfall	96
S0602c „Alter“ Schlaganfall	96
S0603a Paraplegie und Tetraplegie, nicht traumatisch	97
S0700 Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	98
S0701a Versagen oder Abstossung eines Kornea-Transplantates	98
S0800 Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	99
S0801a Schwerhörigkeit und Taubheit	99
S0802d Anpassung/Handhabung eines implantierten Hörgerätes	99
S0900 Krankheiten des Kreislaufsystems	100
S0901a Hypertonie und Krankheiten bei Hypertonie	100
S0902a Ischämische Herzkrankheit	101
S0903a Thrombose resp. Verschluss von koronarem Stent resp. Bypass	103
S0904d Erkrankungen der Herzklappen	105
S0905a Schrittmacher/Defibrillator	106
S0906a Nachuntersuchung nach Herztransplantation	106
S0907a Akutes Lungenödem	107
S0908c Herzstillstand	107
S0909c Revisionen oder Reoperationen an Herz und Perikard	107
S1000 Krankheiten des Atmungssystems	108
S1001d Maschinelle Beatmung	108
S1002d Respiratorische Insuffizienz	112
S1100 Krankheiten des Verdauungssystems	113
S1101a Appendizitis	113
S1102d Adhäsionen	113
S1103a Magenulkus mit Gastritis	113
S1104a Gastrointestinale Blutung	113
S1105a Dehydratation bei Gastroenteritis	114
S1200 Krankheiten der Haut und der Unterhaut	115
S1201c Plastische Chirurgie	115
S1400 Krankheiten des Urogenitalsystems	116
S1401d Dialyse	116
S1402a Anogenitale Warzen	116
S1403d Rekonstruktionsoperation bei weiblicher Genitalmutilation (FGM)	117
S1404d Akute Niereninsuffizienz	117
S1405d Aufnahme zur Anlage eines Peritonealkatheters zur Dialyse	118
S1406d Aufnahme zur Entfernung eines Peritonealkatheters zur Dialyse	118
S1407d Aufnahme zur Anlage einer AV-Fistel oder eines AV-Shunts zur Dialyse	118
S1408a Aufnahme zum Verschluss einer AV-Fistel oder zum Entfernen eines AV-Shunts	118
S1500 Geburtshilfe	119
S1501b Definitionen	119
S1502a Vorzeitige Beendigung einer Schwangerschaft	120
S1503d Krankheiten in der Schwangerschaft	122
S1504c Komplikationen der Schwangerschaft, Mutter oder Kind betreffend	124
S1505c Spezielle Kodierregeln für die Geburt	125

S1600 Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	130
S1601a Medizinischer Datensatz	130
S1602a Definitionen	130
S1603c Neugeborene	130
S1604d Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	132
S1605a Totgeborene	133
S1606c Besondere Massnahmen für das kranke Neugeborene	133
S1607c Atemnotsyndrom bei hyaliner Membranenkrankheit/Surfactantmangel	133
S1608c Atemnotsyndrom bei massivem Aspirationssyndrom, Wet lung oder transitorische Tachypnoe beim Neugeborenen	134
S1609a Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie (HIE)	134
S1610c Asphyxie unter der Geburt	135
S1800 Symptome, abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind ...	136
S1801a Inkontinenz	136
S1802a Dysphagie	136
S1803a Fieberkrämpfe	136
S1804a Schmerzdiagnosen und Schmerzbehandlungsverfahren	137
S1900 Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äusserer Ursachen	138
S1901a Oberflächliche Verletzungen	138
S1902a Fraktur und Luxation	138
S1903c Offene Wunden/Verletzungen	140
S1904a Bewusstlosigkeit	143
S1905c Verletzung des Rückenmarks (mit traumatischer Paraplegie und Tetraplegie)	144
S1906a Mehrfachverletzungen	148
S1907a Verbrennungen und Verätzungen	149
S1908b Vergiftung durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen	150
S1909a Unerwünschte Nebenwirkungen von Arzneimitteln (bei Einnahme gemäss Verordnung)	151
S1910b Unerwünschte Nebenwirkungen/Vergiftung von zwei oder mehr in Verbindung eingenommenen Substanzen (bei Einnahme entgegen einer Verordnung)	151
S2000 Äussere Ursachen von Morbidität und Mortalität	152
S2100 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	153
Anhang :	
Entgleister Diabetes mellitus	154
Akutes Nierenversagen	156
Sepsis	157
Diagnosekriterien von Sepsis	157
Mangelernährung	158
Definition der Stadien der Mangelernährung	158
Alphabetisches Verzeichnis	160

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 ist insbesondere auch die Mitarbeit der SwissDRG AG hoch geschätzt.

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

Massgeblich unterstützt wurden die Aktualisierung der Kodierrichtlinien, die Prüfung der Kompatibilität zum SwissDRG-Fallpauschalensystem und die Redaktion der Version 2015 durch folgende Arbeitsgruppe:

Ursula Althaus, Ärztin, Kodierexpertin, Oberdorf

Dr. med. Constanze Hergeth, SwissDRG AG, Bern

Dr. med. Jörg Felix Julen-Buchs, Bundesamt für Statistik, Neuchâtel

Christiane Ricci, eidg. dipl. med. Kodierexpertin, Bundesamt für Statistik, Neuchâtel

Dr. med. Pierre Phedon Tahintzi, Universitätsspital, Lausanne

Einleitung Version 2015

Das vorliegende Handbuch richtet sich an alle Personen, die sich im Rahmen der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser und des Fallpauschalensystems SwissDRG mit der Kodierung der Diagnosen und Behandlungen der stationären Fälle befassen. Dies gilt für alle akutsomatische Betriebe, sowie Psychiatrische Kliniken, Rehabilitationskliniken, diverse Spezialkliniken.

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

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

Die Kodierrichtlinien gliedern sich in folgende Teile:

- Grundlagen: Kapitel G
- Allgemeine Kodierrichtlinien: D für Diagnosen und P für Prozeduren
- Spezielle Kodierrichtlinien: 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. Die Abrechnungsregeln stehen sowohl über den allgemeinen, als auch über den speziellen Kodierrichtlinien. Für den Fall, dass zwischen den Hinweisen zur Benutzung der ICD-10 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. Die Kodierrichtlinien der Version 2012 haben das Kennzeichen „a“, geänderte Kodierrichtlinien der Version 2013 das Kennzeichen „b“, der Version 2014 das Kennzeichen „c“, inhaltliche Änderungen jeweiliger Kodierrichtlinien für 2015 sind durch ein Kennzeichen „d“ und der betroffene Paragraph am rechten Rand mit einem senkrechten Strich markiert. Sonstige Änderungen sind nur mit einem Strich am rechten Rand markiert. Orthographische Korrekturen und Layoutkorrekturen sind nicht markiert.

Die in diesem Kodierungshandbuch aufgeführten Beispiele dienen der Erläuterung der vorgegebenen Kodierrichtlinien. Die in den Beispielen aufgeführten Kodierungen sind korrekt, erheben aber nicht den Anspruch auf Vollständigkeit in der Kodierung des im Beispiel erläuterten medizinischen Falles.

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

Das medizinische Kodierungshandbuch 2015 ist ab dem 1.1.2015 gültig und ersetzt alle früheren Versionen.

Basis dieses Handbuches sind die Klassifikationen ICD-10-GM 2014 und CHOP 2014. Für die Kodierung aller stationären Fälle mit Austrittsdatum ab 1.1.2015 sind die ICD-10-GM-Kodes der Version 2014 und die CHOP-Kodes der Version 2015 zu verwenden.

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

Im Laufe des Jahres werden Informationen und Präzisierungen durch Rundschreiben und halbjährige FAQ's (31.12.2014 oder 30.06.2015) veröffentlicht. Dies sind offizielle Kodierungsmittel des BFS und müssen für Fälle mit **Austritt** ab 1. des folgenden Monats der Publikation berücksichtigt werden (1.1.2015 oder 1.7.2015).

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
ZHD	Zusatz zur Hauptdiagnose

Grundlagen G00-G56

G00a Medizinische Statistik und medizinische Kodierung

G01a Geschichte

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

1997/1998 wurde, basierend auf das Bundesstatistikgesetz (BstatG, SR 431.01) vom 09. Oktober 1992 und der zugehörigen Statistikerhebungsverordnung (SR 431.012.1) vom 30. Juni 1993, eine Reihe von Statistiken der stationären Betriebe des Gesundheitswesens auf nationaler Ebene ins Leben gerufen. Das Bundesamt für Statistik (BFS) erhebt und veröffentlicht seither Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser, die über 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 BStatG sowie der Statistikerhebungsverordnung, welche Vorschriften über die Durchführung von statistischen Erhebungen des Bundes enthalten, und auf dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG, SR 832.10). Im Rahmen der KVG-Revision sind am 1. Januar 2009 neue Regelungen im Bereich der Spitalfinanzierung in Kraft getreten (AS 2008 2049, BBl 2004 5551), die auch Auswirkungen auf die Medizinische Statistik haben.

Das BStatG bestimmt, dass die Einrichtung von Gesundheitsstatistiken eine Aufgabe auf nationaler Ebene ist (Art. 3, Abs. 2b), die die Zusammenarbeit von Kantonen, Gemeinden und anderen involvierten Partnern erfordert. Der Bundesrat kann nach Artikel 6 (Abs. 4) die Teilnahme an einer Erhebung als obligatorisch erklären.

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

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

Das fallpauschalenbasierte Abrechnungssystem SwissDRG ist seit dem 1. Januar 2012 in Kraft. Die Daten der Medizinischen Statistik werden dafür verwendet. Ausserdem bestimmt das revidierte KVG auch, dass das BFS die Angaben dem Bundesamt für Gesundheit, dem Eidgenössischen Preisüberwacher, dem Bundesamt für Justiz, den Kantonen und Versicherern sowie einigen anderen Organen je Leistungserbringer zur Verfügung stellt (Art. 22a Abs. 3 KVG). Die Daten werden vom BAG pro Kategorie oder pro Leistungserbringer (pro Spital) veröffentlicht. Resultate, die die Patientinnen und Patienten betreffen, werden nur anonym veröffentlicht, so dass keine Rückschlüsse auf einzelne Personen gezogen werden können.

G04a Ziele der Medizinischen Statistik

- Die epidemiologische Überwachung der Bevölkerung soll ermöglicht werden (Spitalpopulation). Die Daten liefern wichtige Informationen über die Häufigkeit wichtiger Krankheiten, die zu Spitalaufenthalten führen und ermöglichen die Planung und gegebenenfalls die Anwendung von präventiven oder therapeutischen Massnahmen.
- Dank einer homogenen Erfassung der Leistungen ist ein Patientenklassifikationssystem eingeführt und die Finanzierung der Spitäler auf das Fallpauschalensystem SwissDRG umgestellt worden. Die Daten der Medizinischen Statistik sollen eine Weiterentwicklung des Fallpauschalensystems in einem jährlichen Rhythmus erlauben.
- Ausserdem erlauben die erhobenen Daten eine allgemeine Analyse der von den Spitälern erbrachten Leistungen und ihrer Qualität, zum Beispiel die Häufigkeit bestimmter Operationen oder die Häufigkeit von Rehospitalisierungen bei bestimmten Diagnosen oder Behandlungen.
- Die Daten erlauben es auch, einen Überblick über die Versorgungslage im Bereich der Spitäler zu erhalten. Zum Beispiel können Einzugsgebiete einzelner Spitäler dargestellt werden. Damit dienen die Daten der Versorgungsplanung auf kantonaler und interkantonaler Ebene.

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

G05a Anonymisierung der Daten

Das Datenschutzgesetz (DSG, SR 235.1) vom 19. Juni 1992 fordert, dass die Daten in anonymisierter Form ans BFS übermittelt werden. So gibt es für 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 (MB)

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

Zusatzdatensätze

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

Neugeborenenendatensatz (MN)

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

Psychiatriedatensatz (MP)

In Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und 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 (MD)

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

G10c Medizinische Statistik und das Patientenklassifikationssystem SwissDRG

Seit 2012 basiert die Finanzierung der Spitäler für akutstationäre Leistungen auf eidgenössischer Ebene auf dem SwissDRG-System. Beim Fallpauschalensystem SwissDRG wird jeder Spitalaufenthalt anhand von bestimmten Kriterien wie z.B. Hauptdiagnose, Nebendiagnosen, Behandlungen, Alter und Geschlecht 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.

Unter SwissDRG gibt es keine Forcierungen mehr, der Fall muss vollständig kodiert werden. Es ist nicht zulässig, Diagnosen oder Prozeduren zur Beeinflussung der DRG-Gruppierung wegzulassen oder hinzu zufügen. Siehe „Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG“, Punkt 1.4:
http://swissdrg.org/assets/pdf/Tarifdokumente/SwissDRG_Falldefinitionen_Version_4.0_d_def.pdf

Im Rahmen der Pflege und Weiterentwicklung der DRG-Tarifstruktur werden die Klassifikationen und Kodierungsrichtlinien angepasst und präzisiert.

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

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

G21a ICD-10-GM

Einführung

Das vorrangige Ziel einer Klassifikation besteht in der Verschlüsselung der Diagnosen oder der Behandlungen, um durch diese Abstraktion die statistische Analyse der Daten zu ermöglichen. „Eine statistische Krankheitsklassifikation sollte einerseits spezifische Krankheitsentitäten identifizieren können, sie sollte andererseits aber auch die statistische Darstellung von Daten für grössere Krankheitsgruppen erlauben, um so nutzbringende und verständliche Informationen zugänglich zu machen“ (ICD-10-WHO, Band 2, Kapitel 2.3).

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

Die Klassifikation ICD-10 wurde entwickelt, um die Analyse und den Vergleich von Daten zu Mortalität und Morbidität zu ermöglichen. Für eine solche Interpretation ist ein Instrument zur Verschlüsselung von Diagnosen unerlässlich. **Die ICD-10 Version, die in der Schweiz ab 01.01.2015 zur Kodierung der Diagnosen verwendet wird, ist die ICD-10-GM 2014 (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 Codes und das Kreuz-Stern-System eingeführt. 1993 wurde die 10. Revision der Klassifikation validiert, mit der die alphanumerische Struktur der Codes eingeführt wurde. Es existieren verschiedene Ländermodifikationen der ICD-10, die hauptsächlich zu Abrechnungszwecken erstellt wurden. In der Schweiz wird seit 01.01.2009, resp. 01.01.2010, die GM (German Modification) Version der ICD-10 verwendet.

Struktur

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

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

Systematisches Verzeichnis

Das systematische Verzeichnis ist in 22 Kapitel unterteilt. Die siebzehn ersten Kapitel beschreiben Krankheiten, das Kapitel XVIII enthält Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, das Kapitel XIX die Verletzungen und Vergiftungen, das Kapitel XX (das eng mit dem Kapitel XIX verbunden ist, 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 Zusatzcodes zur genaueren Spezifizierung von anderenorts klassifizierten Krankheiten, Klassierungen von Funktionseinschränkungen usw.

Tabelle der Kapitel mit den entsprechenden Kategorien:

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

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

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

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

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

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

Block/Gruppe

Dreistellige Kategorie

Vierstellige Subkategorie

Fünfstellige Codes

Dreistellige Kategorie

Vierstellige Subkategorien

Krankheiten der Appendix (K35-K38)

K35.- Akute Appendizitis

K35.2 Akute Appendizitis mit generalisierter Peritonitis

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

K35.3- Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis

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

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

K35.32 Akute Appendizitis mit Peritonealabszess

K35.8 Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet

Akute Appendizitis ohne Angabe einer lokalisierten oder generalisierten Peritonitis

K36 Sonstige Appendizitis

Inkl.: Appendizitis:

- chronisch
- rezidivierend

K37 Nicht näher bezeichnete Appendizitis

K38.- Sonstige Krankheiten der Appendix

K38.0 Hyperplasie der Appendix

K38.1 Appendixkonkremente

Koprolith	Appendix
Kotstein	

K38.2 Appendixdivertikel

K38.3 Appendixfistel

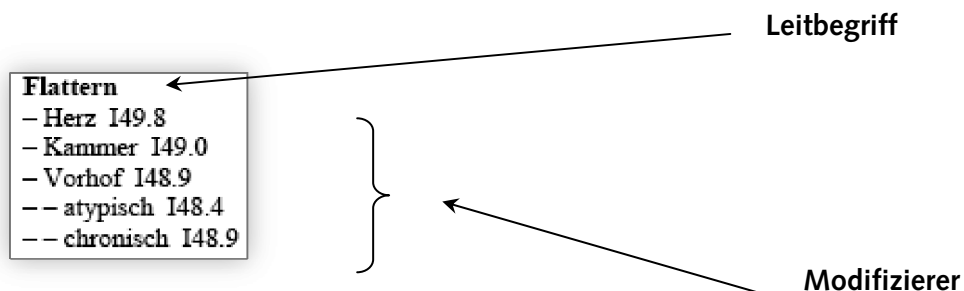
K38.8 Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Appendix

Invagination der Appendix

K38.9 Krankheit der Appendix, nicht näher bezeichnet

Alphabetisches Verzeichnis

Das alphabetische Verzeichnis der ICD-10 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 <i>Inkl.:</i> Bluthochdruck Hypertonie (arteriell) (essentiell) (primär) (systemisch)
--------------	---

Sie werden zur Angabe der zutreffenden Schlüsselnummer bei Exklusiva benutzt:

H01.0	Blepharitis <i>Exkl.:</i> Blepharokonjunktivitis (<u>H10.5</u>)
--------------	---

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 Kreuzcode bei einer Kategorie mit Stern ein und umgekehrt:

N74.2*	Syphilitische Entzündung im weiblichen Becken (<u>A51.4†</u>, <u>A52.7†</u>)
---------------	---

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

Diese Präzisierungen beinhalten keine Modifikation des Codes.

Eckige Klammern [] :

Die eckigen Klammern werden in Band 1 verwendet um:

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

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

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

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

Doppelpunkt :

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

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

Strich (vertikal) :

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

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

Punkt Strich .- :

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

J43.-	Emphysem
--------------	-----------------

Mit dem Strich wird die Kodiererin oder der Kodierer darauf aufmerksam gemacht, dass der entsprechende detailliertere Code in der genannten Kategorie gesucht werden muss.

Exkl. (Exklusiva) :

Diese Begriffe gehören nicht zu dem ausgewählten Code:

K60.4	Rektalfistel
	Rektum-Haut-Fistel
	Exkl.: Rektovaginalfistel (<u>N82.3</u>)
	Vesikorektalfistel (<u>N32.1</u>)

Inkl. (Inklusiva) :

Diese Begriffe sind in dem ausgewählten Code enthalten:

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

o.n.A. :

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

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

a.n.k. / anderenorts nicht klassifiziert :

Sie zeigt an, dass einige genauer bezeichnete Varietäten der aufgeführten Affektionen in einem anderen Teil der Klassifikation aufgeführt sein können. Diese Bezeichnung wird in folgenden Fällen angefügt:

- Bei Begriffen, die in Restkategorien klassifiziert werden oder bei allgemeinen Begriffen.
- Bei Begriffen, die schlecht definiert sind.

T45.2 Vitamine, anderenorts nicht klassifiziert

Sonstige :

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

E16.1 Sonstige Hypoglykämie

n.n.b. / nicht näher bezeichnet :

Die Resteklasse „Nicht näher 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.

I67.9 Zerebrovaskuläre Krankheit, nicht näher bezeichnet

Siehe, siehe auch :

Finden sich im alphabetischen Teil:

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

PAP – s. Papanicolaou

Abortus (s.a. Abort) O06.9

G22c Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP)

Allgemeines

Die schweizerische Operationsklassifikation (CHOP) enthält die Liste der Codes für Operationen, Prozeduren, therapeutische und diagnostische Massnahmen. Sie basiert ursprünglich auf der amerikanischen ICD-9-CM, welche durch das CMS (Centers for Medicare and Medicaid Services) in Baltimore (USA) erstellt und bis 2007 unterhalten wurde. Die CHOP wird jährlich angepasst, die Version 2015 umfasst die Erweiterungen und Änderungen aus den SwissDRG-Antragsverfahren bis 2013.

Struktur

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

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

Alphabetisches Verzeichnis

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

Seit der CHOP 2011 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

Die Einleitung am Anfang der CHOP ist zu beachten, insbesondere die technischen Bemerkungen zur Struktur und den Restklassen :

Klassifikationsstruktur

Die einachsige schweizerische Operationsklassifikation beinhaltet 2- bis 6-stellige alphanumerische Codes. Die Verwendung von einer alphanumerischen Kodierung sowie drei Dezimalisierungsmethoden (vgl. Tab. 1) ermöglicht das Auffassungsvermögen der CHOP zu steigern.

Dezimalisierung in einen unsegmentierten Hunderterblock (1x100), d.h. ohne Unterscheidung der dazwischen liegenden Segmente:	Dezimalisierung in einen unterteilten Hunderterblock (1x100), d.h. mit dazwischen liegenden Segmenten:	Dezimalisierung in (Zehn)-10-er Blöcke (10x10):
Znn.nn.0	Znn.nn.0	Znn.nn.0
Znn.nn.00 → n.n.bez.	Znn.nn.00 → n.n.bez.	Znn.nn.00 → n.n.bez.
Znn.nn.01 (Reserve)	Znn.nn.01 (Reserve)	Znn.nn.01 (Reserve)
Znn.nn.02 (Reserve)	Znn.nn.02 (Reserve)	Znn.nn.02 (Reserve)
...	...	...
Znn.nn.09 (Reserve)	Znn.nn.09 (Reserve)	Znn.nn.09 → sonstige
Znn.nn.10 → Beginn der Serie	Znn.nn.10 → Beginn des 1. Segmentes	Znn.nn.1
Znn.nn.11	Znn.nn.11	Znn.nn.10 → n.n.bez.
Znn.nn.12	Znn.nn.12	Znn.nn.11
...	...	...
Znn.nn.88	Znn.nn.20 → Beginn des nachfolgenden Segment	Znn.nn.19 → sonstige
Znn.nn.89 → Ende der Serie	Znn.nn.21	Znn.nn.2
	...	...
Znn.nn.97 (Reserve)	Znn.nn.40 → Bei Bedarf weiteres Segment	Znn.nn.9
Znn.nn.98 (Reserve)	Znn.nn.41	Znn.nn.90 → n.n.bez.
Znn.nn.99 → sonstige	...	Znn.nn.91
	Znn.nn.97 (Reserve)	...
	Znn.nn.98 (Reserve)	Znn.nn.99 → sonstige
	Znn.nn.99 → sonstige	
In einem fortlaufenden Hunderterblock ist die Nummerierung fortlaufend von Znn.nn.10 bis Znn.nn.89.	In einem unterteilten Hunderterblock kann die Nummerierung 10er, 20er, usw.-Segmente beinhalten, z. B. für die unterschiedliche Art des operativen Eingriffes: Inzision, Exzision, Destruktion oder Rekonstruktion, usw.. Der Unterschied dieser 10er-Segmente ist bestimmt z.B. durch operative Techniken, Zugangswege oder andere Varianten.	In einer Dezimalisierung mit 10 x 10 10er-Blöcken werden in jedem 10er-Block jeweils die Positionen Znn.nn.n0 und Znn.nn.n9 für die Restelemente «n.n.bez.» bzw. «sonstige» reserviert. Damit gibt es also potentiell 20 Restelemente in der Dezimalisierung 10 x 10. Der Kode Znn.nn.09 ist die Restkategorie «sonstige» der Subkategorie. Sie ist gebildet durch den Titel der Subkategorie gefolgt von «sonstige».

Resteklassen

Im Allgemeinen wurden in den Kategorien für die Resteklassen „nicht näher bezeichnet“ und „sonstige“ die Plätze 00 oder n0, resp. die Plätze 99 oder n9, reserviert, entsprechend der gewählten Dezimalisierungsmethode.

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

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

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

Das systematische Verzeichnis der CHOP wird in 17 Kapitel eingeteilt. Die Kapitel 1 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 Codes 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.
()	Runde Klammern enthalten ergänzende Bezeichnungen oder Erläuterungen zu einem Eingriff. Die Kodierung wird dadurch nicht beeinflusst.
[]	Eckige Klammern enthalten Synonyme und andere Schreibweisen zum vorangehenden oder folgenden Ausdruck.
EXKL.	Diese Eingriffe sind unter dem gegebenen Kode zu klassifizieren.
INKL.	Diese Eingriffe sind Bestandteil des Kodes.
Kodiere ebenso	Diese Eingriffe müssen, wenn durchgeführt, zusätzlich kodiert werden.
Kode weglassen	Diese Eingriffe sind bereits in einem anderen Kode beinhaltet.
und	Der Begriff „und“ wird im Sinne von „und/oder“ verwendet.
*	Ein Sternchen bezeichnet eine Schweizer Ergänzung zum Original.
[L]	Lateralität (Seitigkeit muss erfasst werden).

G30a Der Weg zur korrekten Kodierung

Der richtige Weg, einen Code 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 Code im systematischen Verzeichnis überprüfen.

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

CHOP: Die Anweisungen „Kodierte ebenso“, „Code weglassen“, Exklusiva und Inklusiva, sowie Kodierrichtlinien sind unbedingt zu beachten.

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

G40d Dokumentation der Diagnosen und der Prozeduren

Die Diagnosestellung und die Dokumentation aller Diagnosen und/oder Prozeduren während eines gesamten Spitalaufenthaltes liegen in der **Verantwortung** der behandelnden Ärztin bzw. des behandelnden Arztes. Diese Angaben bilden die Grundlage für die Kodiererinnen und Kodierer zur regelkonformen Abbildung des Falles.

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

Die Kodiererin bzw. der Kodierer stellt keine Diagnosen. Er/sie interpretiert auch keine Arzneimittellisten, Laborergebnisse oder Pflegedokumentation, ohne dokumentierte Rücksprache mit der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt.

Zur Wahl eines präzisen und endständigen ICD-Kodes zu einer vom Arzt gestellten Diagnose, ist es dem Kodierer aber erlaubt, die entsprechende Präzisierung aus der gesamten Dokumentation zu entnehmen.

Beispiele:

- Bei einer ärztlichen Diagnose chronischer Niereninsuffizienz: in der Dokumentation ist eine glomeruläre Filtrationsrate (GFR) von 30 beschrieben, somit bildet sie der Kodierer mit *N18.3 Chronische Nierenkrankheit Stadium 3* ab.
- Die Diagnose „Linksherzinsuffizienz“ ist mit der dokumentierten Angabe von „mit Beschwerden in Ruhe“ mit *I50.14 Linksherzinsuffizienz NYHA IV* zu kodieren, auch wenn NYHA Stadium 4 nicht ausdrücklich bei der Diagnose steht.
- Bei der Diagnose „Agranulozytose“ wird die kritische Phase mit exakter Dauer kodiert, wenn dies aus dem Patientendossier ersichtlich ist.

Für die abschliessende Kodierung des Behandlungsfalles ist das Spital verantwortlich.

G50d Definitionen

G51d Der Behandlungsfall

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

Die Kenntnis dieses Dokumentes ist zum konkreten Verständnis der Definition eines Behandlungsfalles (Alter des Patienten, Aufenthaltsdauer, Verlegungen, Wiedereintritte, Fallzusammenführungen) unentbehrlich.

Link SwissDRG:

http://swissdrg.org/assets/pdf/Tarifdokumente/SwissDRG_Falldefinitionen_Version_4.0_d_def.pdf

Für die Kodierung ist zu berücksichtigen:

- Der **Fall** beginnt mit dem Eintritt und endet mit dem Austritt, der Verlegung oder dem Tod des Patienten.
- **Wartepatienten:** bei einer Verlängerung eines Aufenthaltes, weil der Patient auf einen Pflegeplatz wartet, wird ein neuer administrativer Fall geöffnet. Als Hauptdiagnose wird *Z75.8 Sonstige Probleme mit Bezug auf medizinische Betreuungsmöglichkeiten oder andere Gesundheitsversorgung* kodiert. Der Fall wird **nicht über DRG** abgerechnet (Variable 4.8.V01 = 0).
- Bei **Fallzusammenführungen** gemäss „Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG“ ist nur der zusammengeführte Fall (eine Kodierung) zu übermitteln (zur Kennzeichnung der Wiedereintritte sind die Variablen 4.7.V01 – 4.7.V41 zu erfassen).

G52c 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** der Patientin bzw. des Patienten erlaubt es, aus den Affektionen diejenige auszuwählen, die als Hauptdiagnose gelten soll (diejenige, die den Grund für die stationäre Aufnahme darstellt oder diejenige, die im Verlauf des stationären Aufenthaltes diagnostiziert wurde). Die im Austrittsbericht als Hauptdiagnose erwähnte oder zuerst aufgeführte Diagnose stimmt nicht immer mit der zu kodierenden Hauptdiagnose überein. Dies bedeutet, dass erst am Ende des stationären Aufenthaltes die Erkrankung oder Beeinträchtigung festgestellt wird, die den grössten medizinischen Aufwand während der stationären Behandlung verursacht hat. Die Eintrittsdiagnose (der Eintrittsgrund) stimmt nicht zwingend mit der Hauptdiagnose überein.

Bei Vorhandensein von zwei oder mehr Zuständen, ist derjenige als Hauptdiagnose auszuwählen, der den grössten Aufwand an medizinischen Mitteln erforderte. Der grösste Aufwand wird aufgrund der medizinischen Leistung (ärztliche, pflegerische Leistungen, Operationen, medizinische Produkte, usw.) bestimmt und nicht aufgrund des Kostengewichtes CW der Fallpauschale, das noch von anderen Faktoren abhängt. Falls für den Kodierer in der Wahl der Hauptdiagnose Zweifel bestehen, entscheidet die behandelnde Spitalärztin bzw. der behandelnde Spitalarzt.

Beispiel 1

Patientin wird für eine Keratoplastik aufgenommen und operiert. Am 2. Tag kommt sie auf die Intensivstation wegen eines Herzinfarktes und es wird eine Koronarangiographie mit Stenteinlage durchgeführt.

Der grösste Aufwand ist der Herzinfarkt und ist somit Hauptdiagnose.

Beispiel 2

Patientin mit dekompensierter Herzinsuffizienz bei vorbestehendem Vorhofseptumdefekt und chronisch venöser Insuffizienz der unteren Extremitäten mit Ulzeration. Behandlung der Herzinsuffizienz, 1 wöchige VAC-Behandlung an den unteren Extremitäten. In der 2. Woche wird ein Vorhofseptumverschluss perkutan mit Amplatzer vorgenommen.

Aufgrund der hohen Kosten der Herzoperation mit Implantat wird hier der Vorhofseptumdefekt als Hauptdiagnose kodiert.

Beispiel 3

Patient wird zur Behandlung eines entgleisten Diabetes mellitus 12 Tage hospitalisiert. Ein Tag vor Austritt, Operation einer Phimose.

Der Diabetes mellitus mit 12-tägigem Aufenthalt verursacht den grössten Aufwand und ist somit die Hauptdiagnose (eine Operation bestimmt nicht automatisch die Hauptdiagnose).

Beispiel 4

Hospitalisation wegen eines Magenulkus mit starker Blutung. Endoskopische Blutstillung im Magen. Bluttransfusionen wegen Blutungsanämie.

Die Behandlung des Magenulkus mit Blutstillung ist der grösste Aufwand und somit die Hauptdiagnose.

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

G53b 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 D03).

Beispiel 1

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

HD E11.30+ Diabetes mellitus, Typ 2, mit Augenkomplikationen, nicht als entgleist bezeichnet

ZHD H36.0* Retinopathia diabetica

2. Die Hauptdiagnose ist ein Kode für eine Krankheit, Verletzung, Vergiftung, Erkrankung bzw. Störung nach medizinischen Massnahmen oder andere schädliche Wirkung, dem im Feld „Zusatz zur Hauptdiagnose“ der entsprechende Kode für die äussere Ursache beigefügt werden muss, wenn dem keine andere Kodierrichtlinie entgegen steht oder die Information bereits im ICD-10 Kode enthalten ist (z.B. I95.2 Hypotonie durch Arzneimittel).

Beispiel 2

Patient wird wegen einer rechten Vorderarmschaftfraktur (Radius und Ulna) durch einen Skiunfall hospitalisiert.

HD S52.4 Fraktur des Ulna- und Radiuschaftes, kombiniert

L Rechts

ZHD X59.9! Sonstiger und nicht näher bezeichneter Unfall

Beispiel 3

Patient mit akuter Gastritis durch nicht steroidales Antirheumatikum hervorgerufen.

HD K29.1 Sonstige akute Gastritis

ZHD Y57.9! Komplikation durch Arzneimittel oder Drogen

G54c 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. Sofern eine Begleitkrankheit das Standardvorgehen für eine Anästhesie oder Operation beeinflusst, wird dies mit der Krankheit oder dem „Zustand nach“ als Nebendiagnose kodiert. Anamnestische Diagnosen, die die Patientenbehandlung gemäss obiger Definition nicht beeinflusst haben, werden nicht kodiert (z.B. ausgeheilte Pneumonie vor sechs Monaten oder abgeheiltes Ulkus).

Zusammengefasst:

Medizinischer Aufwand > 0 wird kodiert

Beachte auch Präzisierungen unter G40.

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

Beispiel 1

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

Koronare Herzkrankheit

Arterielle Hypertonie

Herzinsuffizienz

Beispiel 2

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

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

HD Chronisch myeloische Leukämie (CML)

ND Koronare Herzkrankheit

ND Depressive Reaktion

ND Lumbalgien

Die übrigen Diagnosen (Uterusmyom und Status nach Meniskusoperation) erfüllen die erforderlichen Bedingungen 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 entscheidendste 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-D16

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 G54) nicht und wird deshalb nicht kodiert. Sie ist jedoch für die medizinische Dokumentation und die ärztliche Kommunikation von Bedeutung.

D01a Symptome

Als Symptome gelten Krankheitszeichen und Manifestationen von Krankheiten; sie können in der ICD-10-GM im Kapitel R und auch in Organkapiteln abgebildet sein.

Symptome als Hauptdiagnose

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

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

Beispiel 1

Ein Patient wird mit Aszites bei bekannter Leberzirrhose stationär aufgenommen. Es wird nur der Aszites durch eine Punktion behandelt. Er bekommt weiter seine antihypertensive Medikation.

HD	R18	Aszites
ND	K74.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete Zirrhose der Leber
ND	I10.90	Essentielle Hypertonie, n.n.b., ohne Angabe einer hypertensiven Krise
HB	54.91	Perkutane abdominale Drainage (Punktion)

Symptome als Nebendiagnosen

Ein Symptom wird nicht kodiert, wenn es als eindeutige und unmittelbare Folge mit der 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 G54).

D02c Unilaterale und bilaterale Diagnosen Diagnosen multipler Lokalisationen

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. Folgende Ziffern werden erfasst:

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

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

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

Ausnahme:

Bei Fällen, die zusammengeführt werden müssen, mit einem Wiedereintritt für dieselbe Krankheit auf dem gegenseitigen Organ erscheinend, ist die definitive Kodierung des zusammengeführten Falles separat mit der Lateralität abzubilden.

Beispiel: 1. Aufenthalt : Ureterstein links
2. Aufenthalt : Ureterstein rechts

Definitive zusammengeführte Kodierung: N20.1 links + N20.1 rechts (also nicht N20.1 bilateral).

Wenn eine Diagnose **multiple Lokalisationen** betrifft, soll jede Lokalisation, sofern präzise Codes existieren, spezifisch kodiert werden. Die Codes „mehrerer Lokalisationen“ sind nach Möglichkeit nicht zu verwenden (mit Ausnahme von Systemerkrankungen, wie z.B. Polyarthrititis oder Osteoporose).

Beispiel 1

Patient mit intrazerebralen Blutungen, eine kortikale im Frontallobus, die andere intraventrikulär.

I61.1 Intrazerebrale Blutung in die Grosshirnhemisphäre, kortikal

I61.5 Intrazerebrale intraventrikuläre Blutung

Beispiel 2

Patientin mit alter Meniskusverletzung: Vorderhorn des Innenmeniskusses und Vorderhorn des Aussenmeniskusses.

M23.21 Meniskusschädigung durch alten Riss oder alte Verletzung, Vorderhorn des Innenmeniskus

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

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. Stern*-Kodes dürfen nicht ohne einen Kreuz†-Kode verschlüsselt werden. Kreuz†-Kodes dürfen alleine verschlüsselt werden.

- Wenn der Kreuz†-Kode in der Hauptdiagnose steht, muss der entsprechende Stern*-Kode als Zusatz zur Hauptdiagnose (ZHD) angegeben werden, falls diese Manifestation die Nebendiagnosendefinition (Regel G54) erfüllt (siehe Beispiel 1).
- In den Fällen, in denen es sich beim Kreuz†-Kode um eine Nebendiagnose handelt, wird er vor dem dazugehörigen Stern*-Kode genannt, falls dieser die Nebendiagnosendefinition (Regel G54) erfüllt.
- Einige Kodes sind nicht von vornherein Kreuz†-Kodes, werden aber durch die Assoziation mit einem Stern*-Kode dazu (siehe Beispiel 2).
- Mehrere Stern*-Kodes können einem Kreuz†-Kode zugeordnet werden (siehe Beispiel 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.

HD N18.- † Chronische Nierenkrankheit

ZHD D63.8* Anämie bei sonstigen chronischen, anderenorts klassifizierten Krankheiten

Der Kode N18.- Chronische Nierenkrankheit wird zum Kreuz-Kode mit dem Stern-Kode D63.8* Anämie bei sonstigen chronischen, anderenorts klassifizierten Krankheiten.

Beispiel 3

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

HD E10.73† Diabetes mellitus, Typ 2, mit multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet

ZHD I79.2* Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten

ND H36.0* Retinopathia diabetica

ND N08.3* Glomeruläre Krankheiten bei Diabetes mellitus

Anmerkung: Der Kode E10.73 gilt hier als „Ätiologiekode“ und ist daher mit einem † gekennzeichnet. Gemäss den Regeln ist der Ätiologiekode den Manifestations-Kodes voranzustellen und gilt dann - wie in diesem Beispiel - für alle folgenden Stern-Kodes (Manifestationen) bis zum Auftreten eines neuen Kreuz-Kodes oder eines Kodes ohne Kennzeichen. Somit ist mit E10.73† die Ätiologie der Manifestationen I79.2*, H36.0* und N08.3* kodiert.

D04c Kodes mit Ausrufezeichen ("!")

Sie dienen der Spezifizierung eines vorher stehenden, nicht mit einem Ausrufezeichen markierten Kodes oder beschreiben die Umstände einer Krankheit, Verletzung, Vergiftung oder Komplikation. Sie dürfen nicht alleine stehen, sondern folgen diesem Code. Die in der ICD-10-GM als optional bezeichneten Ausrufezeichenkodes sind, sofern **zutreffend**, alle obligatorisch anzugeben. Zutreffend bedeutet, die Präzisierung im Ausrufezeichenkode ist im vorher stehenden Code nicht inbegriffen.

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*

Hier ist der Ausrufezeichen-Code zutreffend: Präzision des Keimes.

Beispiel 2

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

HD S91.3 Offene Wunde sonstiger Teile des Fusses

L 2

ZHD W49.9! *Unfall durch Exposition gegenüber mechanischen Kräften unbelebter Objekte*

Hier ist der Ausrufezeichen-Code zutreffend: Präzision des Umstandes.

Beispiel 3

Pneumonie durch Klebsiella pneumoniae und durch Escherichia Coli.

HD J15.0 Pneumonie durch Klebsiella pneumoniae

ZHD -

ND J15.5 Pneumonie durch Escherichia Coli

Hier sind die Ausrufezeichen-Kodes B95.1! und B96.2! nicht zutreffend: Präzision des Keimes ist in den Pneumonie-Kodes bereits abgebildet.

Beispiel 4

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*

Es kann vorkommen, dass ein Code mit Ausrufezeichen aus klinischer Sicht mehreren Diagnosekodes zugeordnet werden kann. Dann ist der Ausrufezeichenkode genau einmal am Ende der Diagnosekodes anzugeben (in Beispiel 4, der Kode S31.83!).

Für die Kodes der äusseren Ursachen (V-Y) ist auch Kapitel S2000 zu berücksichtigen.

D05c Status nach/Vorhandensein von/Fehlen von

Diese Diagnosen werden nur kodiert, wenn sie einen Einfluss auf die aktuelle Behandlung haben (siehe Nebendiagnosendefinition, Regel G54).

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

- Fehlen von, Verlust (von), Amputation, z.B. Z89.6 Verlust der unteren Extremität oberhalb des Knies, einseitig
- Neubildung, Eigenanamnese, z.B. Z85.0 Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane in der Eigenanamnese
- Transplantat (Zustand nach Transplantation), z.B. Z94.4 Zustand nach Lebertransplantation
- 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

Diese „Status nach“-Diagnosen werden nicht mit einem Kode für die akute Krankheit abgebildet.

Beispiel 2

Bei einem Patienten wird ein Status nach Lungenembolie behandelt.

Z86.7 Krankheiten des Kreislaufsystems in der Eigenanamnese

Z92.1 Dauertherapie mit Antikoagulanzen in der Eigenanamnese

D06c Folgezustände

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

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

Spezielle Codes für Folgezustände :

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

Beachte: Hier ist kein Code für äussere Ursachen (V-Y) anzugeben.

Beispiel 1

Behandlung einer Dysphasie nach zerebralem Infarkt.

R47.0 *Dysphasie und Aphasie*

I69.3 *Folgen eines Hirninfarktes*

Beispiel 2

Behandlung Narbenkeloid am Thorax nach Verbrennungen.

L91.0 *Hypertrophie Narbe*

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

Beispiel 3

Behandlung Sterilität, bedingt durch tuberkulöse Salpingitis vor zehn Jahren.

N97.1 *Sterilität tubaren Ursprungs bei der Frau*

B90.1 *Folgezustände einer Tuberkulose des Urogenitalsystems*

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

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 vorgesehen/geplant war, wird die ursprüngliche Krankheit oder Verletzung kodiert, selbst wenn sie nicht mehr vorhanden ist, gefolgt von einem zutreffenden Kode aus Kapitel XXI (z.B. ein Kode aus Z47.- *Andere orthopädische Nachbehandlung* oder Z43.- *Versorgung künstlicher Körperöffnungen*), der zusammen mit dem entsprechenden Kode für die Prozedur dies als Folgeeingriff anzeigt.

Beispiel 1

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

Status nach Verschluss einer Lippen-Gaumenspalte 2002. Aktuell Hospitalisation zum Restlochverschluss und Korrektur einer Rhinolalie aperta bei velopharyngealer Insuffizienz.

HD	Q37.1	Spalte des harten Gaumens mit beidseitiger Lippenspalte
L	0	
ND	Z48.8	Sonstige näher bezeichnete Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff

Beispiel 4

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

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

Beachte: Hier werden der Kode für den ursprünglichen Schweregrad der Weichteilverletzung, sowie der Kode der äusseren Ursachen bei der Femurfraktur (Beispiel 2) und bei der Ulna und Radiusfraktur (Beispiel 4) nicht angegeben, da diese schon beim ersten Aufenthalt kodiert wurden (siehe auch S2000).

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; es hat sich eine Ulzeration entwickelt. Einen Eintrag „Gangrän, sich anbahnend oder drohend“ gibt es in den ICD-10 Verzeichnissen nicht, und folglich ist dieser Fall anhand der zugrunde liegenden Krankheit zu kodieren, z.B. als Atherosklerose der Extremitätenarterien mit Ulzeration.

HD	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 wahrscheinlich bleibt **und als solche behandelt wird**, wird sie kodiert, als wäre sie bestätigt worden.

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 Medikamenten- und Drogen- oder Gabeinjection stationär aufgenommen. Im Verlauf zeigte sich kein Anhalt für eine Tabletten- und Drogen- oder Gabeinjection.

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

ND Keine

D10c Chronische Krankheiten mit akutem Schub

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

Beispiel 1

Akuter Schub bei chronischer idiopathischer Pankreatitis ohne Organkomplikation.

K85.00 *Idiopathische akute Pankreatitis, ohne Angabe einer Organkomplikation*

K86.1 *Sonstige chronische Pankreatitis*

Ausnahmen:

Dieses Kriterium darf nicht verwendet werden, wenn:

- die ICD-10-GM für die Kombination eine eigene Schlüsselnummer vorsieht, z.B.:
J44.1- **Chronische** obstruktive Lungenkrankheit mit **akuter** Exazerbation, nicht näher bezeichnet
- die ICD-10-GM eine gegenteilige Anweisung gibt, z.B.:
C92.0- **Akute** myeloblastische Leukämie
Exkl.: **Akute** Exazerbation einer **chronischen** myeloischen Leukämie (C92.1-)
- die ICD-10-GM darauf hinweist, dass nur eine Schlüsselnummer erforderlich ist. Zum Beispiel weist 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**)*

D11c Kombinationskodes

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

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

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

Beispiel 1

Arteriosklerose an den Extremitäten mit Gangrän.

I70.24 *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.*

Beispiel 2

Venöse Insuffizienz Bein mit Ulzeration.

I83.0 *Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration*

Nicht korrekt wäre die separate Kodierung:

I87.2 *Venöse Insuffizienz (chronisch)(peripher)*

mit

L97 *Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert*

D12c Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen (Komplikationen)

Zur Verfügung stehende Codes für Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen:

Immer alle drei Möglichkeiten beachten und den Code mit dem zutreffensten Text aussuchen:

- Codes 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 Code aus Kapitel XX (Y57!-Y84!) angegeben, es sei denn, die Information ist bereits in dem ICD-10-Code selbst enthalten.

Beispiel 1

K62.7 *Strahlenproktitis*

Beispiel 2

I95.2 *Hypotonie durch Arzneimittel*

Beispiel 3

Tiefe rechte Beinvenenthrombose nach Behandlung einer Tibiafraktur.

I80.28 *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 I80.28 spezifisch abgebildet und wird nicht mit dem unspezifischen I97.8 *Sonstige Kreislaufigkomplifikationen 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 Codes sind **nur dann zu verschlüsseln, wenn kein spezifischerer Code** in Bezug auf die Erkrankung bzw. Störung existiert oder die Verschlüsselung dieses spezifischeren Codes durch ein Exklusivum der ICD-10-GM ausgeschlossen ist. Codes aus diesen Kapiteln, die **unspezifisch** sind, sind zu vermeiden.

Beispiel 4

Postoperativer Darmverschluss.

K91.3 *Postoperativer Darmverschluss*

Der postoperative Darmverschluss wird mit K91.3 spezifisch abgebildet und wird nicht mit

K56.- *Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie*
kodierte (siehe auch Exklusivum unter K56.-).

Beachte: Eine postoperative Darmträgheit wird nicht mit K91.3 *Postoperativer Darmverschluss* abgebildet, sondern mit K59.0 *Sonstige funktionelle Darmstörung, Obstipation*

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 dem unspezifischen

G97.88 *Sonstige Krankheiten des Nervensystems nach medizinischen Massnahmen*
kodierte.

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

Beachte: Bei T80-T88 ist je nach Fall ein Code 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

Wunddehiszenz nach Hüftprothese.

T81.3 *Aufreissen einer Operationswunde, anderenorts nicht klassifiziert*

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

T81.- und nicht T84.-, hier ist es keine Komplikation der Prothese, sondern der Operationswunde.

Die gelockerte Hüftprothese oder die Wunddehiszenz werden mit den T-Kodes spezifisch abgebildet und nicht mit dem unspezifischen

M96.88 *Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Massnahmen*
kodiert.

Beispiel 8

Verlagerter Herzschrittmacher.

T82.1 *Mechanische Komplikation durch ein kardiales elektronisches Gerät*

Y82.8! *Zwischenfälle durch medizintechnische Geräte und Produkte*

Der verlagerte Herzschrittmacher wird mit T82.1 spezifisch abgebildet und wird nicht mit dem unspezifischen

I97.8 *Sonstige Kreislauferkrankungen nach medizinischen Massnahmen, a.n.k.*
kodiert.

Beispiel 9

Phlebitis wegen Infusion durch Venenverweilkanüle.

T80.1 *Gefässkomplikationen nach Infusion, Transfusion oder Injektion zu therapeutischen Zwecken*

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

Im Kode T80.1 ist sowie die Phlebitis, als auch die Infusion beinhaltet.

Beispiel 10

Harnwegsinfekt unbestimmter Lokalisation bei Dauerkatheterträger.

T83.5 *Infektion und entzündliche Reaktion durch Prothese, Implantat oder Transplantat im Harntrakt*

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

Im T83.5 ist sowohl der Harnwegsinfekt, wie auch das Implantat als Ursache inbegriffen. Im Kode N39.0 ist die Ursache des identisch bezeichneten Infektes nicht beinhaltet.

Auswahl des richtigen Kodes

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

Die Kodes „anderenorts 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 wird die Pathologie mit dem üblichen Kode angegeben (dies trifft z.B. auf die Lungenembolien zu).

Wahl der Haupt- oder Nebendiagnose

Tritt eine Erkrankung bzw. Störung nach medizinischen Massnahmen während des Spitalaufenthaltes auf, wird sie, entgegen der Definition der Hauptdiagnose, immer als **Nebendiagnose** kodiert, auch wenn sie sich letztlich als gravierender erweist als die Pathologie, auf welche sie zurückzuführen ist.

Beispiel 11

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 Kolons, Zäkum

ND T81.3 Aufreissen der Operationswunde, anderenorts nicht klassifiziert

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

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

D13a Syndrome

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

Beispiel 1

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

HD Q90.0 Trisomie 21, meiotische Non-disjunction

Beispiel 2

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

HD Q21.0 Ventrikelseptumdefekt

ND Q90.0 Trisomie 21, meiotische Non-disjunction

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

Bei einem angeborenen Syndrom ist ein zusätzlicher Code aus der Kategorie

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

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

Beispiel 3

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

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

L 0

ND Q40.1 Angeborene Hiatushernie

ND Q02 Mikrozephalie

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

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 G54), kodiert.

D14c Aufnahme zur Operation/Prozedur nicht durchgeführt

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

- Wenn die Operation/Prozedur aus technischen Gründen nicht durchgeführt 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

- Wenn die Operation/Prozedur aufgrund einer anderen Krankheit nicht durchgeführt wurde:

Beispiel 2

Eine Patientin mit Tonsillitis wurde zur Tonsillektomie aufgenommen. Die Operation wurde aufgrund einer akuten bilateralen Sinusitis frontalis verschoben, der Patient wird entlassen.

HD J35.0 Chronische Tonsillitis

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

ND J01.1 Akute Sinusitis frontalis

L 0

Beispiel 3

Ein Patient mit Tonsillitis wurde zur Tonsillektomie aufgenommen. Die Operation wurde aufgrund einer Cholezystitis annulliert, der Patient bleibt zur Behandlung dieser Cholezystitis hospitalisiert.

HD K81.0 Akute Cholezystitis

ND -

Hier wird die Krankheit, die die Hospitalisation bedingt, die Hauptdiagnose.

Die chronische Tonsillitis erfüllt hier die Nebendiagnosendefinition nicht, somit wird sie nicht mehr kodiert.

D15c Verlegungen

Verlegung zur Weiterbehandlung

Wird ein Patient zur **Weiterbehandlung (Nachbehandlung)** in ein anderes Spital verlegt (unabhängig ob **akut-somatisch** oder **Rehabilitation/Rekonvaleszenz, Psychiatrie oder Spezialklinik**), so hat jedes Spital einen separaten Fall zu kodieren.

Als Hauptdiagnose kodiert das aufnehmende Spital die Grundkrankheit/Verletzung, welche die Indikation zur Weiterbehandlung darstellt, der Hauptanlass zur Verlegung war. Bei Vorliegen mehrerer möglichen Diagnosen, wird die Wahl der Hauptdiagnose unter entsprechender Anwendung der Hauptdiagnosendefinition (Regel G52) getroffen.

Die Tatsache, dass der Patient nicht **primär** versorgt wird, ist mit einem folgender Z-Kodes in der ersten Nebendiagnose abgebildet: Z47.- *Andere orthopädische Nachbehandlung*, Z48.- *Andere Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff*, Z50.-! *Rehabilitationsmassnahmen*, Z51.- *Sonstige medizinische Behandlung* oder Z54.-! *Rekonvaleszenz*.

Zur Kodierung aller übrigen Diagnosen sind die Kodierungsrichtlinien des Kodierungshandbuchs anzuwenden.

Beachte: Kodes für äussere Ursachen werden nur einmal beim ersten stationären Aufenthalt/im ersten Spital kodiert.

Beispiel 1

Verlegung ins Spital B nach Osteosynthese einer Fraktur im Spital A.

Spital B kodiert:

HD S-Kode Fraktur

ND Z47.8 Sonstige näher bezeichnete orthopädische Nachbehandlung

Beispiel 2

Verlegung ins Spital B nach Primärversorgung einer koronaren Herzkrankheit durch AC-Bypass im Spital A.

Spital B kodiert:

HD I25.- Chronische ischämische Herzkrankheit

ND Z48.8 Sonstige näher bezeichnete Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff

ND Z95.1 Vorhandensein eines aortokoronaren Bypasses

Beispiel 3

Verlegung in die Reha-Klinik nach Implantation einer Prothese wegen rechter Hüftarthrose im Regionalspital.

Reha-Klinik kodiert:

HD M16.1 Sonstige primäre Koxarthrose

L 1

ND Z50.-! Rehabilitationsmassnahmen

ND Z96.6 Vorhandensein von orthopädischen Gelenkimplantaten

L 1

Beispiel 4

Verlegung in die Reha-Klinik nach Revision einer rechten Hüftprothese wegen Lockerung im Regionalspital.

Reha-Klinik kodiert:

HD	T84.0	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese
L	1	Fakultativ, da in dieser Konstellation die Lokalisation der Prothese nicht möglich ist.
ND	Z50.-!	Rehabilitationsmassnahmen
ND	Z96.6	Vorhandensein von orthopädischen Gelenkimplantaten
L	1	Fakultativ, da in dieser Konstellation die Lokalisation der Prothese nicht möglich ist.

Beispiel 5

Patient kommt zum perkutanen Mitralklappenersatz ins Zentrumspital. Post-operativ manifestiert sich ein Hirninfarkt mit Hemisyndrom, wahrscheinlich aufgrund einer peri-operativen Embolie. Zur Weiterbehandlung des Hirninfarktes mit Hemisyndrom wird der Patient ins Regionalspital verlegt, die Einstichstelle des Mitralklappenersatzes wird überwacht, die Fadenentfernung wird durchgeführt.

Zentrumspital kodiert:

HD	Mitralklappeninsuffizienz
ND	Hirninfarkt durch Embolie
ND	Hemisyndrom
ND	Äussere Ursache

Regionalspital kodiert:

HD	Hirninfarkt durch Embolie
ND	Hemisyndrom
ND	Z51.88 Sonstige näher bezeichnete medizinische Behandlung
ND	Mitralklappeninsuffizienz
ND	Z48.8 Sonstige näher bezeichnete Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff
ND	Z95.2 Vorhandensein einer künstlichen Herzklappe

Beachte: Verlegt wird zur Weiterbehandlung des Hemisyndroms infolge des Hirninfarkts (beachte auch S0601).

Verlegung zur Behandlung

Wird ein Patient zur **Behandlung** in ein anderes Spital verlegt, so hat jedes Spital einen separaten Fall zu kodieren.

Als Hauptdiagnose kodiert das aufnehmende Spital die Grundkrankheit/Verletzung, welche die Indikation zur Behandlung darstellt. Bei Vorliegen mehrerer Diagnosen wird die Wahl der Hauptdiagnose unter entsprechender Anwendung der Hauptdiagnosendefinition (Regel G52) getroffen.

Beispiel 1

Patient kommt mit Unterschenkelfraktur und Halswirbelfraktur ins Spital A. Die Unterschenkelfraktur wird operiert, dann wird der Patient **zur Behandlung** (Operation) der Halswirbelfraktur ins Zentrumspital verlegt.

Spital A kodiert:

HD Unterschenkelfraktur

ZHD Äussere Ursache

ND Halswirbelfraktur

Zentrumspital kodiert:

HD Halswirbelfraktur (= Behandlung)

ND Unterschenkelfraktur (= Weiterbehandlung)

ND Z47.8 Sonstige näher bezeichnete orthopädische Nachbehandlung

Beispiel 2

Patient kommt mit Unterschenkelfraktur ins Spital A. Er wird zur Behandlung (Operation) sofort ins Zentrumspital verlegt.

Spital A kodiert:

HD Unterschenkelfraktur

ZHD Äussere Ursache

Zentrumspital kodiert:

HD Unterschenkelfraktur

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

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** (Beispiel 1) oder **stationär** (Beispiel 2) erfolgt, ist unterschiedlich zu kodieren.

Beispiel 1

Der Myokardinfarktpatient erhält im Zentrumspital eine **ambulante** Abklärung und PTCA (1 Gefäss/1 Metall-stent), er wird innert Stunden zurück verlegt.

Primärspital kodiert:

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

Zentrumspital: keine Kodierung ²

¹ Die extern erbrachte Leistung wird in der Medizinischen Statistik in einem Zusatzfeld (Variable 4.3.V016) erfasst.

² Siehe „Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG“, Punkt 3.4.4:
http://swissdrg.org/assets/pdf/Tarifdokumente/SwissDRG_Falldefinitionen_Version_4.0_d_def.pdf

Beispiel 2

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

Primärspital kodiert als HD für seinen ersten Aufenthalt:

HD	I21.-	Akuter Myokardinfarkt
----	-------	-----------------------

Zentrumspital kodiert:

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

Primärspital kodiert als HD für seinen zweiten Aufenthalt:

HD	I21.-	Akuter Myokardinfarkt
ND	Z48.8	Sonstige näher bezeichnete Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff
ND	Z95.5	Vorhandensein eines Implantates oder Transplantates nach koronarer Gefässplastik

Sofern beide Aufenthalte im Primärspital gemäss Abrechnungsregeln mittels einer Fallpauschale (DRG) abgerechnet werden, werden die Diagnosen und Prozeduren beider Aufenthalte zusammen betrachtet. Auf diese Diagnosen ist die Hauptdiagnosendefinition (Regel G52) anzuwenden.

Näheres siehe unter:

„Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG“, Punkt 3.3 :

http://swissdrg.org/assets/pdf/Tarifdokumente/SwissDRG_Falldefinitionen_Version_4.0_d_def.pdf

und „Klarstellungen und Fallbeispiele zu den Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG“.

Verlegung eines gesunden Neugeborenen

Bei Verlegung zur Behandlung oder Weiterbehandlung der kranken Mutter mit ihrem **gesunden** Neugeborenen wird im zweiten Spital für das Neugeborene ein Fall geöffnet (Gewicht bei Eintritt ins zweite Spital wird unter Variable 4.5.V01 eintragen).

Als Hauptdiagnose wird fürs Neugeborene

Z51.88 *Sonstige näher bezeichnete medizinische Behandlung*
kodiert.

Zu den möglichen DRG's, siehe auch Kapitel 3.9 „Regeln und Definition zur Fallabrechnung unter SwissDRG“:

http://swissdrg.org/assets/pdf/Tarifdokumente/SwissDRG_Falldefinitionen_Version_4.0_d_def.pdf

D16c Wahl der Hauptdiagnose bei Rehospitalisationen innerhalb 18 Tagen wegen Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen

Diese besondere Kodierungsrichtlinie ist eine **Abrechnungsregel** gemäss SwissDRG und steht damit **über** den allgemeinen und speziellen Kodierungsrichtlinien des Kodierungshandbuchs.

Wird ein Patient infolge einer Erkrankung bzw. Störung nach medizinischen Massnahmen in Zusammenhang mit der im Voraufenthalt erbrachten Leistung innerhalb **18 Tagen seit Austritt** (siehe Abrechnungsregeln) in dasselbe Spital stationär wieder aufgenommen, ist zu bedenken: sowohl die Hauptdiagnose, wie auch eine Nebendiagnose kann eine Erkrankung bzw. Störung nach medizinischen Massnahmen verursachen und Anlass zur Rehospitalisation geben. Die Grundkrankheit/Verletzung dessen Behandlung die Ursache dieser Erkrankung bzw. Störung nach medizinischen Massnahmen ist, wird als Hauptdiagnose und die Erkrankung bzw. Störung nach medizinischen Massnahmen als Nebendiagnose kodiert. Die Kodierung wird so beibehalten, selbst wenn keine Fallzusammenführung erfolgt.

Beispiel 1

Patientin wird mit einer Luxation ihrer rechten Hüftprothese, die vor 20 Tagen wegen Koxarthrose implantiert wurde, hospitalisiert (Austritt vor 10 Tagen).

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 2

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

HD K57.32 Divertikulitis des Dickdarms ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung

ND K91.4 Funktionsstörung nach Kolostomie oder Enterostomie

Beispiel 3

Nach Osteosynthese einer rechten Femurfraktur (HD im ersten Aufenthalt) und einer rechten Daumenfraktur, tritt der Patient nach 2 Wochen wegen Infekt des OS-Materials am Daumen wieder ein.

HD S62.5- Fraktur des Daumens

L 1

ND T84.6 Infektion und entzündliche Reaktion durch eine interne Osteosynthesevorrichtung

L 1

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

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) (Variable 4.3.V015).
- Nebenbehandlungen: die Behandlungsdaten (Variablen 4.3.V025, 4.3.V035, usw.).
- Die Seitigkeit/Lateralität bei Eingriffen an paarigen Organen und Körperteilen ist im medizinischen Datensatz anzugeben. Variable 4.3.V011 für die Hauptbehandlung, Variablen 4.3.V021, 4.2.V031, 4.2.V041, usw. für die Nebenbehandlungen.

Folgende Ziffern werden erfasst:

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

Entsprechende CHOP-Kodes sind **in der CHOP mit [L]** gekennzeichnet. Diese Information ist eine Kodierhilfe, da die Kennzeichnung nicht vollständig ist. Weiter sind einige Prozeduren mit einem (L) gekennzeichnet, obwohl sie nicht immer eine Seitenangabe erfordern. In diesen Fällen sind die Variablen V4.3.V011, 4.3.V021, usw. leer zu lassen. Diese Situation ist der Tatsache verdankt, dass gewisse Kodes Verfahren an Lokalisationen **mit oder ohne** erforderlicher Seitigkeitsangabe einschliessen.

- Die Information, ob die Leistung auswärts oder im Spital selbst erbracht wurde (Variablen 4.3.V016, 4.3.V026, 4.3.V036, usw.).

P01c Prozeduren, die kodiert werden müssen

- 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, Grossgeräte (z.B. MRI) oder spezielle Ausbildung erfordert.
- **Prozeduren, die nicht im direkten Zusammenhang** mit einer anderen Prozedur stehen, werden getrennt kodiert.

Beispiel 1

Es wird eine präoperative Koronarangiographie vor einer aortokoronaren Bypassoperation unter Herz-Lungenmaschine gemacht.

Hier wird die präoperative Koronarangiographie (88.5-) in den Nebenbehandlungen kodiert.

P02c Prozeduren, die nicht kodiert werden

- **Prozeduren, die routinemässig** bei den meisten Patienten mit einer bestimmten Erkrankung durchgeführt werden, da sich der Aufwand für diese Prozeduren in der Diagnose oder in den anderen angewendeten Prozeduren widerspiegelt. Wurde keine signifikante Prozedur erbracht, ist kein CHOP-Kode abzubilden.

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, Thrombolyse, Blutprodukte und hochteure Medikamente, sofern es einen speziellen CHOP-Kode oder einen ATC-Kode in der Liste der hochteuren Medikamente gibt.
 - Einzelne Komponenten einer Prozedur: Vorbereitung, Lagerung, Anästhesie (inkl. Intubation) oder Analgesie, Wundverschluss, sie sind in der Regel in einem Operationskode abgebildet.
- **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 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- *Schmerztherapie* gehört und die aufgelisteten Bedingungen unter diesen Kodes erfüllt.

Beispiel 2

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

HB 99.25.- Chemotherapie

NB 03.91 Injektion eines Anästhetikums in den Spinalkanal zur Analgesie

- **Eingriffsverwandte diagnostische Massnahmen**, die in derselben Sitzung durchgeführt werden und in der Regel Bestandteil der Operation sind, werden nicht gesondert kodiert (es sei denn, es ist im CHOP anders geregelt).

Z.B.: Die diagnostische Arthroskopie vor arthroskopischer Menispektomie wird nicht zusätzlich verschlüsselt.

- **Postmortale Prozeduren** werden nicht kodiert (mit dem Tod endet der Fall). Dies gilt auch für Obduktionen.

P03c 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. Eine Erweiterung des Zuganges (Mini-Arthrotomie, Mini-Laparotomie, usw., z.B. zur Entfernung des Endobags, eines Dickdarm-Segmentes oder einer Gelenkmaus) wird nicht zusätzlich kodiert.

Beispiel 1

Laparoskopische Cholezystektomie.

51.23 *Laparoskopische Cholezystektomie*

Wird ein endoskopischer Eingriff nicht durch einen spezifischen Kode beschrieben, so wird der Kode für den konventionellen (offenen) Eingriff zuerst kodiert, gefolgt von dem entsprechenden Kode für die Endoskopie (Beispiel 2), ausser wenn die Endoskopie bereits in einem begleitenden Prozedurenkode enthalten ist (Beispiel 3).

Beispiel 2

Laparoskopische partielle Pankreatektomie.

52.51.-- *Proximale partielle Pankreatektomie*

54.21.20 *Laparoskopie, Zugangsweg für chirurgische Interventionen*

Beispiel 3

Laparoskopische Cholezystektomie und laparoskopische partielle Pankreatektomie.

51.23 *Laparoskopische Cholezystektomie*

52.51.-- *Proximale partielle Pankreatektomie*

(Selbst wenn es die gleiche Abbildung wie eine laparoskopische Cholezystektomie mit offener partieller Pankreatektomie ist).

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

Beispiel 4

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 5

Eine Pharyngo-Tracheo-Bronchoskopie wird kodiert als

33.22 *Fiberoptische Bronchoskopie*

Beispiel 6

Eine Panendoskopie bei Abklärung Hypopharynxkarzinom (Endoskopie von zwei Organsystemen) wird kodiert als

33.22 *Fiberoptische Bronchoskopie*

42.23 *Sonstige Ösophagoskopie*

P04c Kombinationseingriffe/Komplexe Operationen

- Eingriffe sind möglichst mit einem Code (monokausale Kodierung) abzubilden. Es gibt Codes 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 (Operation nach **Whipple**)

Beispiel 3

77.51 Plastische Rekonstruktion bei Hallux valgus **mit** Exostosenresektion, Weichteilkorrektur und Osteotomie am Os metatarsale I

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

Beispiel 4

Ein Patient, der sich einer totalen Gastrektomie unterzieht mit Resektion des grossen Netzes und der Lymphknoten der Magenregion.

43.99.99 Sonstige totale Gastrektomie, sonstige

40.3X.-- Exzision von regionalen Lymphknoten

54.4X.-- Exzision oder Destruktion von Peritonealgewebe

Bei Gewebeentnahmen (z.B. Knochen, Muskel, Sehne) anderer Lokalisation als die der durchgeführten Operation, sind diese separat abzubilden, sofern es nicht schon im Operationscode inbegriffen ist.

Beispiele:

- Spongiosa-Entnahme **am Becken** bei Osteosynthese am **Oberarm**: zusätzlich kodieren.
- Sehnen-Entnahme im Code inbegriffen: z.B. 81.45.12 Rekonstruktion des vorderen Kreuzbandes mit Semitendinosus und/oder Grazilissehne, arthroskopisch.
- Lappen-Entnahme im Code inbegriffen: z.B. 85.89.21 Deep inferior epigastric perforator flap (DIEP).

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

Beispiel 5

39.75 Perkutan-transluminale Gefässintervention, sonstige Gefässe

Kodiere ebenso: Anatomische Lokalisation von gewissen vaskulären Interventionen (00.4B)

- Zusammengehörige Codes werden untereinander aufgelistet.
Z. B.: Koronarangioplastik + Stents + Anzahl von Gefässen, usw.

P05a Unvollständig durchgeführte Eingriffe

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

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

Beispiel 1

Laparoskopische Cholecystektomie mit Umsteigen auf die offene chirurgische Methode.

51.22.-- Cholezystektomie

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

Beispiel 2

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

54.11 Probepelaparotomie

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

P06c Mehrfach durchgeführte Prozeduren

Die Prozedurenkodierung soll, soweit möglich, den Aufwand widerspiegeln. Deswegen sind allgemein multiple Prozeduren so oft zu kodieren, wie sie während der Behandlungsphase durchgeführt wurden, wie z.B. Osteosynthesen an mehreren Fingern oder Naht von Sehnen an mehreren Fingern, Osteosynthese von Tibia und Fibula, usw.

Ausnahmen:

- Nur einmal während einer Sitzung zu kodieren sind zum Beispiel: multiple Exzisionen von Hautläsionen, multiple Biopsien oder ähnlich aufwändige „kleine“ Prozeduren, wenn diese bzgl. der Lokalisation an gleicher Stelle kodierbar sind.

Beispiel 1

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

HD	C44.3	Basalzellkarzinom, Nase, 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 2 Basaliome Ohr)
L	1	
NB	86.4X.--	Radikale Exzision einer Hautläsion (für 3 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 Code verwendet, weil sie bezüglich der Lokalisation an gleicher Stelle bzw. undifferenziert kodierbar sind. Dasselbe gilt für die Exzision der drei Keratosis solaris-Läsionen am Rücken.

- Der CHOP-Kode beinhaltet eine Angabe betr. Anzahl Behandlungen, Dauer, Mengen, usw. (z.B. Transfusionen, Beatmungsstunden, NEMS/SAPS). Hier wird der Kode nur einmal pro Aufenthalt abgebildet, mit der Gesamtmenge und Datum der ersten Prozedur.

Bei **Fallzusammenführungen** ist diese Addition auch zu machen und der Kode nur einmal abzubilden.

Beispiel 2

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

93.A2.20 *Multimodale Schmerztherapie mindestens 14, höchstens 20 Behandlungstage
(Total 7 + 8 = 15 Tage)*

Beispiel 3

Ein Patient erhält mehrere Erythrozytenkonzentrate:

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

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

99.04.12 *Transfusion von Erythrozytenkonzentrate, 11 TE bis 15 TE*

Hinweis: Nuklearmedizin und Strahlentherapie 92.2-:

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

Ausnahme: bei der Radiojodtherapie wird bei mehrfacher Applikation während eines stationären Aufenthaltes die erzielte Gesamtaktivität mit einem Kode aus 92.28.02-92.28.07 kodiert.

P07a Bilaterale Operationen

Bilaterale Operationen in einer Sitzung werden nur einmal kodiert und erhalten das Kennzeichen bilateral in der Seitigkeitsvariable (Variablen 4.3.V011, 4.3.V021, 4.3.V031, usw.).

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

Beispiel 1

Implantation von Knie-Totalprothesen beidseits.

HB 81.54.-- *Implantation einer Endoprothese des Kniegelenks*

L 0

Beispiel 2

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 *Wiedereröffnung einer Thorakotomie*

39.41 *Stillung einer Blutung nach vaskulärem Eingriff*

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

00.99.10 *Reoperation*

Beispiel 1

Patientin kommt zur Sectio bei Status nach Sectio.

HB 74.- *Sectio caesarea*

NB 00.99.10 *Reoperation*

Ausnahmen:

00.99.10 *Reoperation* ist nicht abzubilden, wenn die Tatsache, dass es eine Revision/Reoperation ist bereits im Kode ersichtlich ist (z.B. Revision einer Knieprothese, Osteosynthesematerialentfernung, Verschluss einer Kolostomie, usw).

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.

P09d 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, allogene und autologe
oder	99.79.02	Entnahme von hämatopoetischen Stammzellen aus peripherem Blut zur allogenen Spende(verwandt oder nicht-verwandt)

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. Mit der Variable 1.5.V01 der Medizinischen Statistik wird der Abschluss des Falles durch das Datum und die Uhrzeit des Todes dokumentiert. Somit sind postmortale Organentnahmen nicht zu kodieren.

4. Evaluation zur Transplantation

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

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. Organtransplantates*

NB Zusätzlich 99.79.11 *Vorbereitung auf ABO – inkompatible Lebendspender Organtransplantation*, falls zutreffend

Die Entfernung des erkrankten Organs wird nicht kodiert.

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

6. Nachkontrolle nach Transplantation

Eine stationäre Routinenachkontrolle nach Transplantation wird kodiert mit:

HD Z09.80 *Nachuntersuchung nach Organtransplantation*

ND Z94.- *Zustand nach Organ- oder Gewebetransplantation*

7. Versagen oder Abstossungsreaktion nach Transplantation

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

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

T86.- *Versagen und Abstossung von transplantierten Organen oder Geweben* wird dabei als Hauptdiagnose erfasst, wenn der Zustand die Definition der Hauptdiagnose erfüllt. Die (z.B. maligne) Grunderkrankung wird anschliessend als Nebendiagnose erfasst. Diese Regelung hat Vorrang vor der Regelung S0202 zur Wahl der Hauptdiagnose bei Neubildungen.

Beachte: Bei Versagen oder Abstossungsreaktion ist ein Kode Z94.- *Zustand nach Organ und Gewebe Transplantation* zusätzlich zu kodieren.

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 peripherem 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 allogene
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-	Knochen transplantation an Gesichtsschädelknochen Knochen transplantation Knochen transplantation an Wirbelsäule
Niere	Z52.4	55.51.02	Nephrektomie zur Transplantation, Lebendspende	55.69.-	Nierentransplantation
Leber	Z52.6	50.22.42 50.3X.1-	Partielle Hepatektomie zur Transplantation Lobektomie/sontige Leberresektion, 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 zu verschlüsseln.

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

A39.4 Meningokokkensepsis, nicht näher bezeichnet
zu verschlüsseln ist.

Wenn ein Kode aus den Kategorien *B95.-! Streptokokken und Staphylokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind* oder *B96.-! Sonstige näher bezeichnete Bakterien als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind* eine zusätzliche Information gibt, ist er abzubilden (siehe auch D04).

S0102c Sepsis

Auswahl des Sepsis-Kodes

Die Kodes für Sepsis finden sich in folgenden Kapiteln/Kategorien:

- In Kapitel I, in den Kategorien A40.- *Streptokokkensepsis* und A41.- *Sonstige Sepsis*, wobei die Exklusiva zu berücksichtigen sind.
- In Kapitel I, bei den einzelnen Infektionskrankheiten (z.B. B37.7 *Candidasepsis*).
- In Kapitel XVI für die Sepsis beim Neugeborenen (P36.- *Bakterielle Sepsis beim Neugeborenen*).
- Eine Sepsis in Zusammenhang mit Abort, ektopischer Schwangerschaft, Molenschwangerschaft, Geburt oder Wochenbett wird mit einem Code aus Kapitel XV (O03-O07, O08.0, O75.3, O85) zusammen mit einem Sepsis-Code aus Kapitel I abgebildet, um auf den Erreger und das Vorliegen einer Sepsis hinzuweisen.
- Obwohl der Begriff Sepsis unter manchen Codes für Komplikationen nach medizinischen Massnahmen aufgelistet ist, muss zusätzlich ein Sepsis-Code aus Kapitel I abgebildet werden, um auf den Erreger und das Vorliegen einer Sepsis hinzuweisen (z.B. J95.0 *Funktionsstörung eines Tracheostomas*, T88.0 *Infektion nach Impfung*).

Eine Sepsis wird mit folgenden Kodes abgebildet (Reihenfolge, siehe unten):

- dem Sepsis-Code (nach verursachendem Erreger, wenn bekannt)
- eventuell mit einem Code aus B95.-! oder B96.-!, falls es eine zusätzliche Information gibt
- eventuell mit einem Code aus U80!-U85! für allfällige Resistenz
- dem SIRS-Code (R65.-) mit allfälligen Codes für Organkomplikationen
- dem Code septischer Schock (R57.2), falls vorhanden
- dem Infektfokus

Reihenfolge der Kodes, resp. Wahl der Haupt- und Nebendiagnose

- Diagnostiziert der Arzt im Rahmen eines Organinfektes eine Sepsis, liegen aber **keine** Organkomplikationen/Organdysfunktionen vor, wird der Organinfekt dem Sepsis-Code vorangestellt (siehe Beispiel 1 und 2 auf der nächsten Seite).
- Diagnostiziert der Arzt im Rahmen eines Organinfektes eine (schwere) Sepsis **mit** Organkomplikationen/Organdysfunktionen **oder** einen septischen Schock, wird der Sepsis-Code den übrigen Codes vorangestellt (siehe Beispiel 3 und 4 auf der nächsten Seite).
- Manifestiert sich eine Sepsis als Erkrankung bzw. Störung nach medizinischen Massnahmen (Komplikation) im Rahmen eines stationären Aufenthaltes ist die Regel D12/D16 zu berücksichtigen. Dann gilt es, bei den aufgeführten Beispielen der nächsten Seite, lediglich die Reihenfolge der Codes zu berücksichtigen.
- Bei Vorhandensein von zwei oder mehr Zuständen (z.B. Sepsis und Herzinfarkt), ist Regel G52 anzuwenden. Erforderte eine Sepsis oder eine schwere Sepsis während eines stationären Aufenthaltes nicht den grössten Aufwand an medizinischen Mitteln, wird sie als Nebendiagnose kodiert und es gilt, bei den aufgeführten Beispielen der nächsten Seite lediglich die Reihenfolge der Codes zu berücksichtigen.

Sonderfall bei unbekanntem Infektfokus:

Liegt eine Sepsis mit unbekanntem Infektfokus vor, wird dieser Infekt mit B99 *Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten* abgebildet.

Kodierungsbeispiele :

- **Infekt und Sepsis / (leichte) Sepsis bei Infekt**

HD Infekt
ND Sepsis
ND SIRS **ohne** Organkomplikationen

Beispiel 1

Sepsis und Pneumonie, Erreger nicht bekannt.

HD J18.8 Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet
ND A41.9 Sepsis, nicht näher bezeichnet
ND R65.0! SIRS infektiöser Genese ohne Organkomplikationen

Beispiel 2

Staphylokokken-Sepsis und Staphylokokken-Pneumonie.

HD J15.2 Pneumonie durch Staphylokokken
ND A41.2 Sepsis durch nicht näher bezeichnete Staphylokokken
ND R65.0! SIRS infektiöser Genese ohne Organkomplikationen

- **Schwere Sepsis, Sepsis mit Organkomplikationen/Organdysfunktionen**

HD Sepsis
ND SIRS **mit** Organkomplikationen/Organdysfunktionen
ND Organkomplikationen
ND Infekt

Beispiel 3

Staphylokokken-Sepsis mit Thrombopenie und Staphylokokken-Pneumonie.

HD A41.2 Sepsis durch nicht näher bezeichnete Staphylokokken
ND R65.1! SIRS infektiöser Genese mit Organkomplikationen
ND D69.5- Sekundäre Thrombozytopenie
ND J15.2 Pneumonie durch Staphylokokken

- **Sepsis mit septischem Schock**

HD Sepsis
ND SIRS **mit** Organkomplikationen/Organdysfunktionen
ND Septischer Schock
ND (Organkomplikation(en) wenn vorhanden)
ND Infekt

Beispiel 4

Septischer Schock bei Streptokokken-Sepsis der Gruppe C, mit Streptokokken-Pneumonie der Gruppe C.

HD A40.8 Sonstige Sepsis durch Streptokokken
ND B95.41! Streptokokken, Gruppe C, als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind
ND R65.1! SIRS infektiöser Genese mit Organkomplikationen
ND R57.2 Septischer Schock
ND J15.4 Pneumonie durch sonstige Streptokokken

S0103c SIRS / Organkomplikationen

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 Code für die Sepsis oder die ein SIRS nichtinfektiöser Genese auslösende Grundkrankheit anzugeben, gefolgt von einem Code aus *R65.-! Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS]*.

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

Siehe auch Anhang zur Sepsis und Organkomplikationen.

S0104d 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-Viruskrankheit]
O98.7	HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit], 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 D01 „Symptome als Hauptdiagnose“ dar.

Beispiel 1

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

HD	R59.1	Lymphknotenvergrösserung, generalisiert
ND	B23.0	Akutes HIV-Infektionssyndrom
ND	U60.-!	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. Das Exklusivum „HIV-Krankheit als Komplikation bei Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O98.7)“ unter Z21 ist zu streichen.

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

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

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

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

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

Der Code *O98.7* steht zur Verfügung, um eine HIV-Krankheit, die die Schwangerschaft, die Geburt und das Wochenbett kompliziert, abzubilden. In der ICD-10-GM ist unter *O98.7*: „Krankheitszustände unter *B20-B24*“ noch *Z21* hinzuzufügen und das Exklusivum betreffend *Z21* unter *O98.-* ist zu streichen.

U60!-U61! Stadieneinteilung der HIV-Infektion :

Das aktuelle Stadium der HIV-Krankheit wird mit zusätzlichen Codes aus den Kategorien

U60.-! *Klinische Kategorien der HIV-Krankheit*

und

U61.-! *Anzahl T-Helferzellen bei HIV-Krankheit*

abgebildet.

U60.-! und *U61.-!* werden unabhängig voneinander so präzise wie möglich kodiert (entgegen dem Hinweis der ICD-10-GM).

Beachte: in der Dokumentation des Aufenthaltes und der Diagnosenliste erwähnt der Arzt sehr häufig nicht das aktuelle Stadium, sondern das im Krankheitsverlauf festgestellte schwerwiegendste, tiefste Stadium, da dies der prognostisch wichtigste Faktor ist. Falls das aktuelle Stadium nicht dokumentiert ist, werden *U60.9!* und *U61.9!* kodiert.

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

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

Reihenfolge und Auswahl der Codes

Ist die **HIV-Krankheit** Hauptanlass für den Spitalaufenthalt des Patienten, ist der entsprechende Code aus B20-B24 (ausser B23.0) oder O98.7 **als Hauptdiagnose** zu verwenden. Zusätzlich sind entgegen der Nebendiagnosen Definition **alle** bestehenden Manifestationen der HIV-Krankheit zu kodieren, unabhängig davon, ob sie Aufwand generierten oder nicht.

Beispiel 2

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

HD	B21	Bösartige Neubildungen infolge HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]
ND	U60.3!	Klinische Kategorie der HIV-Krankheit, Kategorie C
ND	U61.9!	Anzahl der (CD4+) T-Helferzellen, nicht näher bezeichnet
ND	C83.3	Diffuses grosszelliges B-Zell-Lymphom
ND	B20	Infektiöse und parasitäre Krankheiten infolge HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]
ND	B37.0	Candida-Stomatitis

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

Beispiel 3

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

HD	B37.0	Candida-Stomatitis
ND	B20	Infektiöse und Parasitäre Krankheiten infolge HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]
ND	U60.9!	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 und organbezogen verwendet. Die entsprechenden Codes stammen aus dem Kapitel II (C00–D48) des systematischen Verzeichnisses.

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

Im alphabetischen Verzeichnis unter dem Begriff „Neubildungen“ befindet sich eine Tabelle, in der die Codes nach der **Lokalisation** der meisten Tumoren klassifiziert sind. Jeder Lokalisation entsprechen im Allgemeinen fünf (manchmal vier) mögliche Codes, entsprechend der Malignität und der Art des Tumors. Es ist selbstverständlich auch möglich, den Code im alphabetischen Verzeichnis unter seinem histologischen oder morphologischen Namen zu suchen, dort wird jedoch nur in seltenen Fällen direkt auf einen präzisen Code aus dem Kapitel II verwiesen, z. B. Melanom (maligne), sondern fast immer auf die Tabelle „Neubildungen“.

	Bösartig		In situ	Gutartig	Unsicherer/ unbekannter Charakter
	primär	Sekundär			
- Bauch	C76.2	C79.88	D09.7	D36.7	D48.7
- - Höhle	C76.2	C79.88	D09.7	D36.7	D48.7
- - Organe	C76.2	C79.88		D36.7	D48.7
- - Wand	C44.5	C79.2	D04.5	D23.5	D48.5
- Akromion	C40.0	C79.5		D16.0	D48.0

1. Suche nach der Lokalisation

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

Beispiel 1

Chondrosarkom des Akromion.

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

C40.0 Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels der Extremitäten; Skapula und lange Knochen der oberen Extremität.

Der Begriff Chondrosarkom erscheint im alphabetischen Verzeichnis, dort wird aber auf die Tabelle „Neubildungen“ verwiesen.

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

Wenn durch die Suche im alphabetischen Index ein histopathologischer Tumor nicht mit einem lokalisations-spezifischem Kode abgebildet werden kann, erfolgt die Suche und Kodierung gemäss Tabelle „Neubildungen“ nach Lokalisation oder Organbezogenheit.

Z.B. bei Hämangiom der Harnblase, nach alphabetischem Index:

D18.08 Hämangiom, sonstige Lokalisation

nach der Tabelle „Neubildungen“, nach Lokalisation, organbezogen:

D30.3 Gutartige Neubildung der Harnorgane, Harnblase

Somit ist hier *D30.3* der korrekte organbezogene Kode, obwohl dabei die Information, dass es sich um ein Hämangiom handelt, verloren geht.

Maligne Tumore des hämatopoetischen/lymphatischen Systems

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

Beispiel 2

C91.0- Akute lymphatische Leukämie

C91.00 Ohne Angabe einer kompletten Remission, in partieller Remission

C91.01 In kompletter Remission

S0202c Auswahl und Reihenfolge der Diagnosen

Der Malignom-Kode ist als Hauptdiagnose für **jeden** Spitalaufenthalt zur **Behandlung der bösartigen Neubildung oder 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 Codes 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. Allfällige vorhandene Metastasen werden als Nebendiagnose angegeben (entgegen der Definition der Nebendiagnose). 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 Oberlappens (-Bronchus)
----	-------	--

- Erfolgt die Spitalaufnahme nur zur **Behandlung von Metastase(n)** dann wird/werden diese als Hauptdiagnose und der Primärtumor als Nebendiagnose (entgegen der Definition der Nebendiagnose) angegeben. Allfällige andere vorhandene Metastasen werden als Nebendiagnose angegeben (entgegen der Definition der Nebendiagnose).

Beispiel 2

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

HD	C78.7	Sekundäre bösartige Neubildung der Leber
----	-------	--

ND	C19	Bösartige Neubildung am Rektosigmoid, Übergang
----	-----	--

- 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. Allfällige vorhandene Metastasen werden als Nebendiagnose angegeben (entgegen der Definition der Nebendiagnose). 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 systemischen Chemotherapie bei Lebermetastasen eines resezierten kolorektalen Karzinoms stationär aufgenommen.

HD	C19	Bösartige Neubildung am Rektosigmoid, Übergang
----	-----	--

ND	C78.7	Sekundäre bösartige Neubildung der Leber
----	-------	--

- Erfolgt die Aufnahme des Patienten sowohl zur **Behandlung des Primärtumors als auch der Metastase(n)**, ist diejenige Diagnose als Hauptdiagnose zu wählen, die den grössten Aufwand an medizinischen Mitteln erfordert (gemäss Regel G52). Allfällige andere vorhandene Metastase(n) wird/werden als Nebendiagnose angegeben (entgegen der Definition der Nebendiagnose).
- Wenn sich ein Patient mit einem **Symptom** vorstellt und die zugrunde liegende Tumorerkrankung zum Zeitpunkt der Aufnahme bekannt ist, ist das Symptom als Hauptdiagnose zu kodieren, sofern **ausschliesslich** das Symptom behandelt wird (gemäss D01) und am Tumor keine Massnahme durchgeführt wird. Die zugrunde liegende Erkrankung (Tumor/vorhandene Metastasen) ist/sind als Nebendiagnose(n)-Kode(s) anzugeben (entgegen der Definition der Nebendiagnose). Bekannte Begleitkrankheiten (z.B. Hypertonie, Diabetes), die die Nebendiagnosen-Definition erfüllen, werden als Nebendiagnose abgebildet.

Beispiel 4

Ein Patient bei dem drei Monate vorher ein grosser, mehrere Bereiche überlappender maligner Gehirntumor diagnostiziert wurde, wird wegen rezidivierender Krampfanfälle aufgenommen. Es werden nur die Krampfanfälle behandelt.

HD R56.8 Sonstige und nicht näher bezeichnete Krämpfe

ND C71.8 Bösartige Neubildung des Gehirns, mehrere Teilbereiche überlappend

Beispiel 5

Patient kommt ausschliesslich zur Punktion eines Pleuraergusses bei Pleurametastasen.

HD C78.2(†) Sekundäre bösartige Neubildung der Pleura

ZHD J91* Pleuraerguss bei anderenorts klassifizierten Krankheiten

(Maligner Pleuraerguss J91* ist ein Stern-Kode und kann nicht allein und somit nicht als Hauptdiagnose kodiert werden)

S0203a Nachresektion im Tumorgebiet

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

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.

S0205c Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen

Wird während einer Hospitalisation **ausschliesslich** die Erkrankung bzw. Störung nach medizinischer Massnahme behandelt und am Tumor keine Massnahme durchgeführt, wird diese Erkrankung bzw. Störung nach medizinischer Massnahme als Hauptdiagnose angegeben. Der Tumor und allfällige vorhandene Metastasen werden als Nebendiagnose angegeben (entgegen der Definition der Nebendiagnose). Bekannte Begleitkrankheiten (z.B. Hypertonie, Diabetes), die die Nebendiagnosen-Definition erfüllen, werden als Nebendiagnose abgebildet.

Beispiel 1

Behandlung eines Lymphödems infolge einer Mastektomie wegen Mammakarzinom.

HD I97.2 Lymphödem nach Mastektomie

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

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)

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 Code für Tumorrezidive gibt. Um die Information zu vervollständigen, wird als Nebendiagnose ein Code aus Z85.- *Bösartige Neubildung in der Eigenanamnese* angegeben (entgegen der Definition der Nebendiagnose).

Beispiel 1

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

HD C50.- *Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]*

ND Z85.3 *Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma] in der Eigenanamnese*

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 Code aus Kapitel IV verwendet, sofern die Nebendiagnosendefinition (Regel G54) erfüllt ist.

Beispiel 1

Bösartiges Phäochromozytom, das Katecholamin sezerniert.

HD C74.1 *Bösartige Neubildung der Nebenniere, Nebennierenmark*

ND E27.5 *Nebennierenmarküberfunktion*

S0210c Multiple Lokalisationen

• **Primärtumore an mehreren Lokalisationen:**

Der Code 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 G52) 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 mit Hauttransplantation) am Bein als auch wegen eines Mammakarzinoms (Mastektomie) behandelt.

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

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

ND C97! *Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen*

• **Lymphknotenmetastasen an mehreren Lokalisationen:**

Multiple Lymphknotenmetastasen werden mit C77.8 *Lymphknoten, mehrerer Regionen* abgebildet, ausser es findet eine Behandlung von Lymphknoten einer spezifischen Lokalisation statt.

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.

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

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

Beispiel 2

Adenokarzinom, das sich vom Sigmoid bis zum Rektum erstreckt.

C19 *Bösartige Neubildung am Rektosigmoid, Übergang*

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.

C53.1 *Bösartige Neubildung des Ektozervix*

S0212a Remission bei malignen immunoproliferativen Erkrankungen und Leukämie

Bei den Codes

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

stehen zur Verschlüsselung des Remissionsstatus an fünfter Stelle

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

zur Verfügung.

Hierbei ist zu beachten:

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

ist zuzuweisen:

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

.x1 *In kompletter Remission*

ist zuzuweisen:

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

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

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

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.

C78.2 Sekundäre bösartige Neubildung der Pleura

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 Code 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 Codes 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 die 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. Die ICD-10-GM Kodes

Z51.0 *Strahlentherapie-Sitzung*

Z51.1 *Chemotherapie-Sitzung wegen bösartiger Neubildung und*

Z51.82 *Kombinierte Strahlen- und Chemotherapiesitzung wegen bösartiger Neubildung*

werden nicht kodiert.

S0216b Prophylaktische Operationen wegen Risikofaktoren

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

Beispiel 1

Brustamputation wegen Brustkrebs in der Familienanamnese.

HD Z80.3 *Bösartige Neubildung der Brustdrüse in der Familienanamnese*

Beispiel 2

Brustamputation wegen fibrozystischer Mastopathie.

HD N60.1 *Diffuse zystische Mastopathie*

Beispiel 3

Patientin mit nachgewiesenem Brustkrebsgen wird zur prophylaktischen Brustamputation beidseits aufgenommen.

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

Beispiel 4

Patientin mit genetischer Veranlagung für Ovarialkarzinom (BRCA1-Mutation positiv) wird zur prophylaktischen Ovariectomie beidseits aufgenommen.

HD Z40.01 *Prophylaktische Operation wegen Risikofaktoren in Verbindung mit bösartigen Neubildungen, Ovar*

S0400 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten

S0401c Allgemeines

Diabetes mellitus: Typen

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

- E10.- Diabetes mellitus, Typ 1*
umfasst alle DM Typ I, u.a. juveniler Diabetes, IDDM (Insulin Dependent DM)
- E11.- Diabetes mellitus, Typ 2*
umfasst alle DM Typ II, u.a. Erwachsenendiabetes, NIDDM (Non Insulin Dependent DM)
- E12.- Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung (Malnutrition)*
Diese Form kommt überwiegend bei Patienten aus Entwicklungsländern vor. Ein Diabetes mellitus im Rahmen eines metabolischen Syndroms ist hierunter nicht zu verschlüsseln.
- E13.- Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus*
u.a. Diabetes nach medizinischen Massnahmen, z.B. Steroiddiabetes
- E14.- Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus*
- O24.0 Diabetes mellitus in der Schwangerschaft, vorher bestehender Diabetes mellitus, Typ 1*
- O24.1 Diabetes mellitus in der Schwangerschaft, vorher bestehender Diabetes mellitus, Typ 2*
- O24.2 Diabetes mellitus in der Schwangerschaft, vorher bestehender Diabetes mellitus durch Fehl- oder Mangelernährung (Malnutrition)*
- O24.3 Diabetes mellitus in der Schwangerschaft, vorher bestehender Diabetes mellitus, nicht näher bezeichnet*
- O24.4 Diabetes mellitus, während der Schwangerschaft auftretend*
- P70.0 Syndrom des Kindes einer Mutter mit gestationsbedingtem Diabetes mellitus*
- P70.1 Syndrom des Kindes einer diabetischen Mutter*
- P70.2 Diabetes mellitus bei Neugeborenen*
- R73.0 Abnormer Glukosetoleranztest*
- Z83.3 Diabetes mellitus in der Familienanamnese*

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

Kategorien E10-E14

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

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 G54).

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

HD E10-E14, vierte Stelle ".6"

ZHD Ausserdem ist ein Kode für die Manifestation anzugeben, sofern die Nebendiagnosendefinition erfüllt ist.

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

Beispiel 1

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

HD E10.61+ Diabetes mellitus, Typ 1 mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen, als entgleist bezeichnet

ZHD N08.3* Glomeruläre Krankheiten bei Diabetes mellitus

Beispiel 2

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

HD E10.61 Diabetes mellitus, Typ 1 mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen, als entgleist bezeichnet

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

HD E10-E14, vierte Stelle ".7"

ZHD/ND Ausserdem sind die Codes für die einzelnen Manifestationen anzugeben, sofern die Nebendiagnosendefinition erfüllt ist.

Beispiel 3

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

HD E10.73+ Diabetes mellitus, Typ 1 mit multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet

ZHD I79.2* Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten

ND H36.0* Retinopathia diabetica

ND N08.3* Glomeruläre Krankheiten bei Diabetes mellitus

Beispiel 4

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

HD E10.73 Diabetes mellitus, Typ 1 mit multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet

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

HD E10-E14, vierte Stelle entsprechend dieser Manifestation

ZHD gefolgt vom entsprechenden Code für diese Manifestation

ND Die Codes für die weiteren Manifestationen sind anzugeben, sofern die Nebendiagnosendefinition erfüllt ist.

Beispiel 5

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

HD E10.50+ Diabetes mellitus, Typ 1 mit peripheren vaskulären Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet

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, Typ 1 mit Augenkomplikationen, nicht als entgleist bezeichnet

ND H36.0* Retinopathia diabetica

HB 39.25.-- Anlegen eines aorto-iliaco-femoralen Bypasses

Hinweis: Der Code 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.

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

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

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

Nebendiagnose Diabetes mellitus

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

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

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

Abweichend von den Regelungen zur Hauptdiagnose Diabetes mellitus ist jedoch:

- ".6" nicht als vierte Stelle zu erfassen, wenn ein spezifischerer Kode für eine einzelne Komplikation gewählt werden kann
- bei multiplen Komplikationen stets ".7" an vierter Stelle zu kodieren.

Beispiel 6

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

- HD *S42.21 Fraktur des proximalen Ende des Humerus: Kopf*
- L *1*
- ZHD *X59.9! Sonstiger und nicht näher bezeichneter Unfall*
- ND *E11.20+ Diabetes mellitus, Typ 2 mit Nierenkomplikationen, nicht als entgleist bezeichnet*
- ND *N08.3* Glomeruläre Krankheiten bei Diabetes mellitus*

Beispiel 7

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

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

Beachte: Wie in D03 geregelt: Kreuzt-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 Code für die spezifische Manifestation anzugeben, sofern die Nebendiagnosendefinition erfüllt ist.

Beispiel 1

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

HD E10.20† Diabetes mellitus, Typ 1 mit Nierenkomplikationen, nicht als entgleist bezeichnet

ZHD N08.3* Glomeruläre Krankheiten bei Diabetes mellitus

Beispiel 2

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

HD E10.20† Diabetes mellitus, Typ 1 mit Nierenkomplikationen, nicht als entgleist bezeichnet

ZHD N08.3* Glomeruläre Krankheiten bei Diabetes mellitus

ND N18.5 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5

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

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

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

Diabetische Retinopathie:

E10†-E14† mit vierter Stelle ".3" Diabetes mellitus mit Augenkomplikationen

H36.0 Retinopathia diabetica*

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

E10†-E14† mit vierter Stelle ".3" Diabetes mellitus mit Augenkomplikationen

H36.0 Retinopathia diabetica*

H35.8 Sonstige näher bezeichnete Affektionen der Netzhaut

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

H54.- Blindheit und Sehbeeinträchtigung

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 Code aus *H25.- Cataracta senilis*
oder *H26.- Sonstige Kataraktformen*
sowie die entsprechenden Codes aus *E10-E14 Diabetes mellitus*.

Neuropathie und Diabetes mellitus (E10†-E14†, vierte Stelle ".4")

Neurologische Erkrankungen, die in kausalem Zusammenhang mit Diabetes mellitus stehen, sind als Diabetes mellitus mit neurologischen Komplikationen *E10†-E14†*, vierte Stelle ".4" zu verschlüsseln. Ausserdem ist ein Code 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 Code 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 Fussyndrom (E10-E14, vierte Stelle ".7")

Die Diagnose „Diabetischer Fuss“ wird kodiert mit:

E10-E14 mit an vierter und fünfter Stelle:

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

oder

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

Die Codes für die vorhandenen Manifestationen

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 Fussyndroms“ gehören können, befindet sich im Anhang.

Beispiel 3

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

HD E10.75+ *Diabetes mellitus, Typ 1 mit multiplen Komplikationen, mit diabetischem Fussyndrom, als entgleist bezeichnet*

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 Code 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 G54).

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 1

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

- | | | |
|-----------|--------------|--|
| <i>HD</i> | <i>E84.0</i> | <i>Zystische Fibrose mit Lungenmanifestationen</i> |
| <i>ND</i> | <i>J20.1</i> | <i>Akute Bronchitis durch Haemophilus influenzae</i> |

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 Spitalaufenthalt, die **nicht die zystische Fibrose betreffen**, wird die Erkrankung (z.B. Fraktur) als Hauptdiagnose und ein Kode aus *E84.- Zystische Fibrose* als Nebendiagnose verschlüsselt, wenn sie die Nebendiagnosen-Definition erfüllt.

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

Beispiel 2

Nach einer Geburtstagsfeier wird ein Jugendlicher wegen einem stark alkoholisierten Zustand hospitalisiert.

HD F10.0 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, akute Intoxikation

Akute akzidentelle Intoxikation

Siehe Kapitel 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 3

Bei einem Patienten wird eine alkoholbezogene Ösophagitis 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 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 Codes 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	I63.5	Hirninfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien
L	2	
ND	G81.0	Schlaffe Hemiparese und Hemiplegie
L	1	
ND	R47.0	Aphasie

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

S0602c „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 G54) und danach ein Kode aus I69.– *Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit* zugewiesen.

Beispiel 1

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

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

Funktionsstörungen

Bei einem „alten“ Schlaganfall (Status nach) werden **Dysphagie, Urin- und Stuhlinkontinenz** nur dann kodiert, wenn bestimmte Kriterien erfüllt sind (siehe S1801 und S1802).

S0603a Paraplegie und Tetraplegie, nicht traumatisch

Zur Kodierung einer traumatischen Paraplegie/Tetraplegie siehe S1905 „Verletzung des Rückenmarks“.

Initiale (akute) Phase einer nicht traumatischen Paraplegie/Tetraplegie

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

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

Die Krankheit als Hauptdiagnose, z.B. diffuse Myelitis

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

und einen Code aus

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

Für die funktionale Höhe der Rückenmarksschädigung ist zusätzlich der passende Code 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 Code 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 Code 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 Code 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.

S0802d Anpassung/Handhabung eines implantierten Hörgerätes

Hier ist

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

S0900 Krankheiten des Kreislaufsystems

S0901a Hypertonie und Krankheiten bei Hypertonie

Hypertensive Herzkrankheit (I11.-)

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

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

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

Hypertensive Nierenkrankheit (I12.-)

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

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

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

Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit (I13.-)

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

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

Die Hauptdiagnose ist entsprechend der Definition der Hauptdiagnose (Regel G52) festzulegen.

S0902a Ischämische Herzkrankheit

Angina pectoris (I20.-)

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

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

Koronarsyndrom (Acute Coronary Syndrom ACS)

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

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

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

Akuter Myokardinfarkt

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

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

Reinfarkt – Rezidivierender Myokardinfarkt

Wenn der Patient innerhalb von 28 Tagen nach dem ersten Herzinfarkt einen zweiten Infarkt erleidet, ist für diesen ein 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 nicht behandelt ist und 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-Gefäss-Erkrankung

I25.12 Atherosklerotische Herzkrankheit, Zwei-Gefäss-Erkrankung

I25.13 Atherosklerotische Herzkrankheit, Drei-Gefäss-Erkrankung

oder

I25.14 Atherosklerotische Herzkrankheit, Stenose des linken Hauptstammes

und entweder

Z95.1 Vorhandensein eines aortokoronaren Bypasses

oder

Z95.5 Vorhandensein eines Implantates oder Transplantates nach koronarer Gefässplastik

zu kodieren.

Die Kodes

I25.15 Atherosklerotische Herzkrankheit mit stenosierten Bypass-Gefässen

I25.16 Atherosklerotische Herzkrankheit mit stenosierten Stents

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

In diesem Fall ist

Z95.1 Vorhandensein eines aortokoronaren Bypasses

Z95.5 Vorhandensein eines Implantates oder Transplantates nach koronarer Gefässplastik

als Nebendiagnose **nicht** anzugeben.

Beispiel 1

Ein Patient wurde mit einer instabilen Angina aufgenommen, die sich drei Jahre nach einer Bypassoperation entwickelt hat. Die Herzkatheteruntersuchung zeigte eine Stenose im Bereich des Venenbypasses.

HD I20.0 Instabile Angina pectoris

ND I25.15 Atherosklerotische Herzkrankheit mit stenosierten Bypass-Gefässen

Voraussetzung für die Zuweisung der Codes

Z95.1 Vorhandensein eines aortokoronaren Bypasses

oder

Z95.5 Vorhandensein eines Implantates oder Transplantates nach koronarer Gefäßplastik

ist, ausser dem Vorliegen anamnestischer Informationen über das Vorhandensein eines Koronararterienbypasses oder eine frühere Koronarangioplastie, dass diese Angaben für die aktuelle Spitalbehandlung von Bedeutung sind (siehe Nebendiagnosendefinition, Regel G54).

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 Ätiologie unterschieden:

- Eine Thrombose wird primär mit I24.0 Koronarthrombose ohne nachfolgenden Myokardinfarkt kodiert.

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

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

I25.15 Atherosklerotische Herzkrankheit mit stenosierten Bypassgefässen, resp.

I25.16 Atherosklerotische Herzkrankheit mit stenosierten Stents.

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

Beispiel 1

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

HD	I21.-	Akuter Myokardinfarkt
ND	Z95.5	Vorhandsein eines Implantates oder Transplantates nach koronarer Gefäßplastik
HB	00.66.2-	Koronarangioplastik (PTCA) nach Art des verwendeten Ballons
NB	00.40	Massnahme auf einem Gefäss
NB	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 z.B. mit Koronararterieninfusion behandelt.

HD	I21.-	Akuter Myokardinfarkt
ND	T82.8	Sonstige näher bezeichnete Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefässen
ND	Y82.8!	Zwischenfälle durch medizintechnische Geräte und Produkte
HB	00.66.2-	Koronarangioplastik (PTCA) nach Art des verwendeten Ballons
NB	00.40	Massnahme auf einem Gefäss
NB	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 koronarer Herzkrankheit. Die Koronararteriographie zeigt einen Verschluss des LIMA-Bypasses. Konservative Therapie, eine Reoperation wird geplant.

HD	I25.15	Atherosklerotische Herzkrankheit mit stenosierten Bypass-Gefässen
HB	88.5-	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.--	Koronarangioplastik (PTCA)
NB	00.40	Massnahme auf einem Gefäss
NB	36.04	Thrombolytische Koronararterieninfusion

S0904d 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.

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

		Als nicht rheumatisch bezeichnet	Als rheumatisch bezeichnet	Ohne nähere Angabe
Mitralklappe	Insuffizienz	<i>I34.0</i>	<i>I05.1</i>	<i>I34.0</i>
	Stenose	<i>I34.2</i>	<i>I05.0</i>	<i>I34.2</i>
	Stenose mit Insuffizienz	<i>I34.80</i>	<i>I05.2</i>	<i>I34.80</i>
Aortenklappe	Insuffizienz	<i>I35.1</i>	<i>I06.1</i>	<i>I35.1</i>
	Stenose	<i>I35.0</i>	<i>I06.0</i>	<i>I35.0</i>
	Stenose mit Insuffizienz	<i>I35.2</i>	<i>I06.2</i>	<i>I35.2</i>
Trikuspidalklappe	Insuffizienz	<i>I36.1</i>	<i>I07.1</i>	<i>I36.1</i>
	Stenose	<i>I36.0</i>	<i>I07.0</i>	<i>I36.0</i>
	Stenose mit Insuffizienz	<i>I36.2</i>	<i>I07.2</i>	<i>I36.2</i>
Pulmonalklappe	Stenose	<i>I37.0</i>	<i>I09.8</i>	<i>I37.0</i>
	Insuffizienz	<i>I37.1</i>	<i>I09.8</i>	<i>I37.1</i>
	Stenose mit Insuffizienz	<i>I37.2</i>	<i>I09.8</i>	<i>I37.2</i>

Affektion mehrerer Herzklappen:

Bei Affektion mehrerer Herzklappen mit präziser Diagnose der Pathologie, kodiert man so spezifisch wie möglich gemäss obiger Tabelle. Fehlt die Angabe des präzisen Klappenfehlers, sind die entsprechenden Kodes der Kategorie *I08.- Krankheiten mehrerer Herzklappen* anzugeben.

S0905a Schrittmacher/Defibrillator

Anmerkung: Aussagen für Schrittmacher gelten sinngemäss auch für Defibrillatoren.

Einem Patienten mit Schrittmacher/Defibrillator ist der Kode *Z95.0 Vorhandensein eines kardialen elektronischen Gerätes* zuzuweisen.

Permanente Schrittmacher

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

Die **Überprüfung** eines Schrittmachers wird routinemässig während des stationären Aufenthaltes zur Schrittmacherimplantation durchgeführt; daher ist in diesem Moment kein gesonderter Prozedurenkode anzugeben. Eine Überprüfung zu einem anderen Zeitpunkt (nicht im Zusammenhang mit einer Implantation beim gleichen Aufenthalt) ist mit Kodes *89.45 - 89.49 Kontrolle eines künstlichen Schrittmachers* abzubilden.

Aggregatwechsel (= Wechsel Batterie/Pulsgenerator) eines Herzschrittmachers/Defibrillators

Es ist

Z45.0- Anpassung und Handhabung eines kardialen (elektronischen) Gerätes
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.

S0908c Herzstillstand

Herzstillstand oder Herz- und Atemstillstand (*I46.- Herzstillstand*) sind nur zu kodieren wenn sie während der Hospitalisation auftreten und wenn Wiederbelebungsmaßnahmen ergriffen wurden, unabhängig vom Ergebnis für den Patienten. Der 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.

S0909c 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 **offenen** Reoperation am Herzen, die mit den Operationskodes 35-37 abgebildet wird, 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

Diese Regel ist unter S1408 abgebildet.

S1000 Krankheiten des Atmungssystems

S1001d 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. **CPAP ist eine Massnahme zur Atemunterstützung und keine maschinelle Beatmung.**

Die **intensivmedizinische Versorgung** muss nachvollziehbar dokumentiert sein (Überwachung, Beatmungsprotokolle, usw.) und setzt entsprechende räumliche und personelle Ausstattung voraus. Dabei handelt es sich um anerkannte Intensivstationen (IMC und Aufwachräume zählen nicht dazu). Patienten die keiner intensivmedizinischen 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:

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

- Dann ist zusätzlich der folgende Code

96.04 *Einsetzen eines endotrachealen Tubus*

und/oder der zutreffende Code aus

31.1 *Temporäre Tracheostomie*

oder

31.29 *Permanente Tracheostomie*

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

- Bei **Neugeborenen und Säuglingen** ist zusätzlich ein Code aus

96.A1.-- *Mechanische Beatmung und Atemunterstützung Neugeborener und Säuglinge*

anzugeben. Zu diesem Code ist die Beatmungszeit zu erfassen. Als Beatmungszeit wird bei Neugeborenen und Säuglingen sowohl die Zeit der invasiven oder nicht invasiven Beatmung gezählt, wie auch die Dauer der Atemunterstützung mit kontinuierlichem positiven Atemwegsdruck (CPAP). Dies gilt sowohl auf der neonatologischen IPS, wie auf der neonatologischen IMC.

Anmerkung: Bei Neugeborenen sind darüber hinaus auch andere atmungsunterstützende Massnahmen wie z.B. Atemunterstützung durch Anwendung von High-Flow Nasenkanülen (96.A1.21) oder Sauerstoffzufuhr (93.96.--) zu verschlüsseln. Für die Dauer dieser Atemunterstützung dürfen keine Beatmungsstunden erfasst werden.

- **Für den Sonderfall von heimbeatmeten Patienten, die über ein Tracheostoma beatmet werden, ist analog zur Regelung** zu intensivmedizinisch versorgten Patienten, bei denen die maschinelle Beatmung über Maskensysteme erfolgt, vorzugehen. Dies bedeutet, dass die Beatmungszeiten zu erfassen sind, wenn es sich im Einzelfall um einen „intensivmedizinisch versorgten Patienten“ 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 8-Stunden-Schicht; mind. 3 Std. pro 12-Stunden-Schicht) 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 in die Intensivstation (s.a. „Verlegte Patienten“, unten).

- **Aufnahme eines postoperativ beatmeten Patienten**

Für jene Patienten zählt der Eintritt in die Intensivstation.

Ende der Dauer der Beatmung

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

- **Extubation**
- **Beendigung der Beatmung** nach einer Periode der Entwöhnung.
Anmerkung: Für Patienten mit einem Tracheostoma (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 O₂-Sonden gehören jedoch nicht dazu.

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

- für die Intubation (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 und Atemunterstützung 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 Code 96.A1.-- zugewiesen. Ein Code für Intubation oder Tracheostomie wird nicht angegeben, da diese Massnahme vom verlegenden Spital durchgeführt wurde.

Wenn ein **nicht beatmeter** intubierter oder tracheotomierter Patient verlegt wird, kodiert das verlegende Spital die Intubation (96.04 *Einsetzen eines endotrachealen Tubus*) oder 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 Code 96.04 *Einsetzen eines endotrachealen Tubus* zu verschlüsseln.

Kontinuierlicher positiver Atemwegsdruck (CPAP)

Der Code 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 Code nur dann anzugeben, wenn die Atemunterstützung mindestens 30 Minuten lang durchgeführt wurde.

Wenn bei **Erwachsenen, Kindern oder Jugendlichen** eine Störung wie z.B. Schlafapnoe, Pneumonie, Lungenödem, usw. mit CPAP behandelt wird, werden keine Beatmungstunden erfasst, unabhängig davon, ob diese Massnahme auf einer Intensivstation durchgeführt wird, oder nicht. Der Code 93.90.1- *Kontinuierlicher positiver Atemwegsdruck (CPAP)* ist ebenfalls **nicht zu verschlüsseln**.

Die Ersteinstellung (bedeutet nicht das Einschalten eines Gerätes) einer CPAP-Therapie bzw. die Kontrolle oder Optimierung einer früher eingeleiteten CPAP-Therapie bei schlafbezogenen Atemstörungen werden mit dem Code 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 Codes 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).

S1002d Respiratorische Insuffizienz

Die vom Arzt gestellte Diagnose einer respiratorischen Global- oder Partial-Insuffizienz wird nur kodiert, wenn pathologische Blutgasveränderungen im Sinne einer respiratorischen Partial- oder Globalinsuffizienz in der Dokumentation nachweisbar sind. Eine Dyspnoe ohne BGA-Veränderung ist keine respiratorische Insuffizienz. *J96.- Respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert* kann bei Aufwand (z.B. Sauerstoffgabe) zusammen mit der Grundkrankheit verschlüsselt werden.

Bei bekannter chronischer respiratorischen Insuffizienz mit Dauersauerstofftherapie und mit früher dokumentierten BGA, kann J96.1 auch ohne neue BGA abgebildet werden.

Beachte: Bei Säuglingen und Kleinkindern können andere diagnostische Massnahmen zur Diagnosestellung zugezogen 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.

S1102d Adhäsionen

Die Lösung von abdominalen Adhäsionen kann eine „Hauptprozedur“ sein oder im Rahmen einer anderen Operation als „Nebenprozedur“ durchgeführt werden.

Wenn Adhäsionen im Verlauf einer anderen Bauchoperation gelöst werden, kann der Vorgang im Einzelfall **relevanten Aufwand** verursachen. Falls im Rahmen einer anderen Operation eine Adhäsiolektomie einen Zeitaufwand von **>60 Minuten** erfordert, ist ein spezifischer Prozedurenkode (z.B. 54.5- *Lösung von peritonealen Adhäsionen*) anzugeben (dies gilt auch bei urologischen und gynäkologischen Operationen).

S1103a Magengeschwür mit Gastritis

Bei Patienten mit Magengeschwür 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 Magengeschwürsblutung.

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 Endoskopie-Bericht angegeben wird, zugeordnet werden kann, auch wenn die Blutung weder während der Untersuchung noch während des Spitalaufenthaltes auftritt.

Nicht alle Kategorien, die zur Verschlüsselung von gastrointestinalen Läsionen zur Verfügung stehen, stellen einen Kode mit der Modifikation „mit einer Blutung“ zur Verfügung. In solchen Fällen wird für die Blutung ein zusätzlicher Kode aus

K92.- Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems
angegeben.

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

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

Der Kode

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

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

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

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 G54) angegeben.

S1200 Krankheiten der Haut und der Unterhaut

S1201c Plastische Chirurgie

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

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

Ist der Grund für den Eingriff rein **kosmetisch**, dann ist ein „Z-Kode“ die Hauptdiagnose (*Z41.1 Plastische Chirurgie aus kosmetischen Gründen* oder *Z42.- Nachbehandlung unter Anwendung plastischer Chirurgie*).

Revision einer Narbe

Wird eine Narbe revidiert, ist

L90.5 Narben und Fibrosen der Haut

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

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

Z42.- Nachbehandlung unter Anwendung plastischer Chirurgie

zu kodieren.

Entfernung von Brustimplantaten

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

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

T85.4 Mechanische Komplikation durch Mammaprothese oder -implantat

T85.73 Infektion und entzündliche Reaktion durch Mammaprothese oder -implantat

T85.82 Kapselfibrose der Mamma durch Mammaprothese oder -implantat

T85.83 Sonstige Komplikationen durch Mammaprothese oder -implantat

zugewiesen.

Bei **kosmetischen** Gründen für die Implantatentfernung ist

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

zu kodieren.

Operation nach Gewichtsabnahme (spontan oder durch bariatrische Chirurgie)

Bei Hautoperationen (Haut- und Fettreduktion, Hautstraffung) nach Gewichtsabnahme ist

Z42.- Nachbehandlung unter Anwendung plastischer Chirurgie

als Hauptdiagnose zu kodieren.

S1400 Krankheiten des Urogenitalsystems

S1401d Dialyse

Mit den Codes 39.95.-- *Hämodialyse* oder 54.98.-- *Peritonealdialyse* 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.

Im Zusatzentgelt-Katalog wird die Dialyse nach Dauer abgerechnet. Bei Anwendung verschiedener Verfahren, ist nur ein Code abzubilden und zwar der des längsten Verfahrens. Die Dialysezeiten der jeweiligen Verfahren sind zu addieren und diese Gesamtdauer mit dem gewählten einzigen Dialysecode präzise abzubilden.

Bei mehreren Anwendungen eines **kontinuierlichen** Verfahrens während eines stationären Aufenthaltes ist jede Anwendung mit einem Code 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	<i>Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Anus und des Rektums</i>
Cervix uteri	N88.8	<i>Sonstige näher bezeichnete nichtentzündliche Krankheiten der Cervix uteri</i>
Vaginal	N89.8	<i>Sonstige näher bezeichnete nichtentzündliche Krankheiten der Vagina</i>
Vulva	N90.88	<i>Sonstige näher bezeichnete nichtentzündliche Krankheiten der Vulva und des Perineums</i>
Penis	N48.8	<i>Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Penis</i>
Harnröhre	N36.8	<i>Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Harnröhre</i>

Der Kode

A63.0 *Anogenitale (venerische) Warzen*

ist als Nebendiagnose anzugeben.

S1403d 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

Streichung der Kodierungsrichtlinie, da in der ICD-10-GM 2014 unter
N90.8- Sonstige näher bezeichnete nichtentzündliche Krankheiten der Vulva und des Perineums
spezifische Diagnosekodes für die weibliche Genitalverstümmelung eingeführt wurden.

S1404d Akute Niereninsuffizienz

N17.- Akutes Nierenversagen

wird kodiert, wenn die Kriterien für „Failure“ (RIFLE) oder Stadium 3 (AKIN) erfüllt sind.

Siehe Definitionen und Stadieneinteilung im Anhang.

Niereninsuffizienz nach medizinischen Massnahmen

Eine Niereninsuffizienz nach medizinischen Massnahmen wird mit *N99.0 Nierenversagen nach medizinischen Massnahmen* abgebildet:

Beispiel 1

Niereninsuffizienz durch Medikament.

N99.0 Nierenversagen nach medizinischen Massnahmen

Liegt jedoch eine akute Niereninsuffizienz vor, welche die RIFLE oder AKIN Kriterien erfüllt, sind beide Kodes abzubilden:

Beispiel 2

Akute Niereninsuffizienz AKIN Stadium 3 durch Medikament.

N17.- Akutes Nierenversagen

N99.0 Nierenversagen nach medizinischen Massnahmen

S1405d Aufnahme zur Anlage eines Peritonealkatheters zur Dialyse

Bei der Spitalaufnahme zur Anlage eines Peritonealkatheters zur Dialyse wird die **Niereninsuffizienz als Hauptdiagnose** angegeben, zusammen mit dem passenden Prozedurenkode.

Der Kode

Z49.0 Vorbereitung auf die Dialyse

wird **nicht** abgebildet (entgegen dem Hinweis am Anfang des Kapitels XXI der ICD-10-GM).

S1406d Aufnahme zur Entfernung eines Peritonealkatheters zur Dialyse

Bei der Spitalaufnahme zur Entfernung eines Peritonealkatheters (nicht wegen einer Komplikation) ist als Hauptdiagnosekode

Z43.88 Versorgung sonstiger künstlicher Körperöffnungen

zuzuweisen, zusammen mit dem CHOP-Kode

54.99.41 Sonstige Operationen in der Abdominal-Region, Entfernung oder Verschluss einer kutaneo-peritonealen Fistel (Katheterverweilsystem)

S1407d Aufnahme zur Anlage einer AV-Fistel oder eines AV-Shunts zur Dialyse

Bei Aufnahme zur Anlage einer Fistel, eines Shunts zur Dialyse wird die **Niereninsuffizienz als Hauptdiagnose** angegeben, zusammen mit den passenden Prozedurenkodes.

Der Kode

Z49.0 Vorbereitung auf die Dialyse

wird **nicht** abgebildet (entgegen dem Hinweis am Anfang des Kapitels XXI der ICD-10-GM).

S1408a Aufnahme zum Verschluss einer AV-Fistel oder zum Entfernen eines AV-Shunts

Bei der Spitalaufnahme zum Verschluss einer AV-Fistel oder zum Entfernen eines AV-Shunts (nicht wegen einer Komplikation) ist als Hauptdiagnosekode

Z48.8 Sonstige näher bezeichnete Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff

zuzuweisen, zusammen mit dem CHOP-Kode

39.43 Entfernen eines arteriovenösen Shunts zur Hämodialyse

S1500 Geburtshilfe

S1501b Definitionen

Schwangerschaftsdauer

Die Schwangerschaftsdauer wird immer mit dem Kode *O09.-!* *Schwangerschaftsdauer* dokumentiert, wobei die Dauer der Schwangerschaft bei Aufnahme der Patientin ins Spital zu erfassen ist.

Termingeburt (zum Termin Geborenes)

Schwangerschaftsdauer von 37 vollendeten Wochen bis vor Vollendung von 41 Wochen (259 bis 286 Tage).

Übertragung (nach dem Termin Geborenes)

Schwangerschaftsdauer von 41 vollendeten Wochen oder mehr (287 Tage oder mehr).

Frühgeburt (vor dem Termin Geborenes)

Schwangerschaftsdauer von weniger als 37 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 Austossung der Leibesfrucht ohne Lebenszeichen sowohl vor der vollendeten 22. Schwangerschaftswoche als auch mit einem Geburtsgewicht von weniger als 500 Gramm.

Nachgeburtsperiode

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

Postplazentarperiode

Periode von zwei Stunden nach der Austossung der Plazenta [Pschyrembel].

Wochenbett (Puerperium)

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

S1502a Vorzeitige Beendigung einer Schwangerschaft

Abort (O02.- bis O06.-)

Die Codes 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, Extrauterin gravidität und Molenschwangerschaft (O08.-)

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

Beispiel 3

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

HD O08.1 Spätblutung oder verstärkte Blutung nach Abort, Extrauterin gravidität und Molenschwangerschaft

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

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

Beispiel 4

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

HD O00.1 Tubargravidität

ND O08.3 Schock nach Abort, Extrauterin gravidität 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

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

Ein Kode aus O08.- *Komplikationen nach Abort, Extrauterin gravidität 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, Extrauterin gravidität 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).

S1503d 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.

Beachte: zur Vereinheitlichung der drei Sprachversionen sind in der ICD-10-GM deutsch und italienisch unter O99.8 *Sonstige näher bezeichnete Krankheiten und Zustände, die die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren*: „Krankheitszustände unter N00-N99“ hinzuzufügen.

Kapitel XV enthält u.a. folgende Bereiche zur Kodierung von Krankheiten in Zusammenhang mit der Schwangerschaft:

O20-O29 *Sonstige Krankheiten der Mutter, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind*
O85-O92 *Komplikationen, die vorwiegend im Wochenbett auftreten*
Gemäss Hinweis unter dieser Kategorie: nur die Schlüsselnummern O88.-, O91.- und O92.-
und
O94-O99 *Sonstige Krankheitszustände während der Gestationsperiode, die anderenorts nicht klassifiziert sind.*

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

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 Infektionen des Urogenitaltraktes in der Schwangerschaft zu kodieren, stehen die Kodes aus O23.- *Infektionen des Urogenitaltraktes in der Schwangerschaft* zur Verfügung. Falls es eine präzisere Abbildung erlaubt, werden diese gefolgt von dem jeweils spezifischen Kode aus Kapitel XIV *Krankheiten des Urogenitalsystems* der ICD-10 zur Bezeichnung der jeweils vorliegenden Infektion angegeben.

Um einen Diabetes mellitus in der Schwangerschaft zu kodieren, stehen die Kodes O24.- *Diabetes mellitus in der Schwangerschaft* zur Verfügung. Falls eine Präzisierung möglich ist, werden diese (mit Ausnahme von O24.4) gefolgt von Kodes aus E10-E14 zur Bezeichnung des jeweils vorliegenden Diabetes mellitus sowie zur Abbildung vorliegender Komplikationen angegeben. Liegen Komplikationen (Manifestationen) vor, ist bei einem Kode aus E10-E14 die vierte Stelle entsprechend der Manifestation(en) und die spezifischen Manifestationen gemäss S0400 zu verschlüsseln.

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

- Um andere Komplikationen in der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (oder Zustände, die sich in der Schwangerschaft verschlimmern oder die hauptsächlich Anlass für geburtshilfliche Massnahmen sind) zu kodieren, stehen die Kategorien O98-O99 zur Verfügung, die mit einem Kode aus anderen Kapiteln der ICD-10-GM zur spezifischen Bezeichnung der jeweils vorliegenden Erkrankung **immer zusammen** angegeben sind (siehe auch Hinweis unter O98 und O99 in der ICD-10-GM).

Beispiel 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

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

HD	O60.1	Vorzeitige spontane Wehen mit vorzeitiger Entbindung
ND	O09.5!	Schwangerschaftsdauer 34. bis 36 vollendete Wochen
ND	Z37.0!	Lebendgeborener Einling
ND	O99.5	Krankheiten des Atmungssystems, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren
ND	J45.0	Vorwiegend allergisches Asthma bronchiale

- Wenn eine Patientin wegen einer Erkrankung aufgenommen wird, die weder die Schwangerschaft kompliziert noch durch die Schwangerschaft kompliziert wird, wird der 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

S1504c Komplikationen der Schwangerschaft, Mutter oder Kind betreffend

Abnorme Kindslagen und -einstellungen

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

- Bei **Spontangeburt** bei abnormen Kindslagen, liegt kein Geburtshindernis vor und der Kode
O32.- *Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Lage- oder Einstellungsanomalien des Feten*
ist abzubilden.
- Bei **geplanter primärer Sectio** bei abnormen Kindslagen wird der Kode
O32.- *Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Lage- oder Einstellungsanomalien des Feten*
abgebildet, unabhängig davon, ob die Patientin schlussendlich ein Geburtshindernis gehabt hätte oder nicht.
- Bei Geburt durch eine **sekundäre Sectio, Vakuum oder Forzeps** bei abnormen Kindslagen, liegt ein Geburtshindernis vor und der Kode
O64.- *Geburtshindernis durch Lage-, Haltungs- und Einstellungsanomalien des Feten*
ist abzubilden.

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

Verminderte Kindsbewegungen

Bei Diagnose „verminderte fetale Bewegungen“ ist O36.8 *Betreuung der Mutter wegen sonstiger näher bezeichneter Komplikationen beim 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 Sectioge-burt führt.
- Eine bestehende Uterusnarbe eine Behandlung erfordert, die Entbindung aber nicht während dieses Spitalaufenthaltes erfolgt, z.B. vorgeburtliche Betreuung wegen Uterusschmerzen durch eine bestehende Narbe.

S1505c 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, ohne Vorliegen von anderen Diagnosen aus Kapitel XV „Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett“. Ansonsten wird das bedeutendste klinische Problem (z.B. Frühgeburt, Dystokie, Risikoschwangerschaft, usw.) als Hauptdiagnose mit dem entsprechenden Kode aus dem Kapitel XV dokumentiert, d. h. O80 ist nicht als Nebendiagnose zu kodieren.

Jede spontane Geburt ist mit dem Kode 73.59 *Sonstige manuell unterstützte Geburt* abzubilden.

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*

73.4 *Medikamentöse Weheneinleitung*

Beispiel 1

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

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

Beispiel 2

Spontane vaginale Geburt mit Episiotomie in der 39. Schwangerschaftswoche.

HD	O80	<i>Spontangeburt eines Einlings</i>
ND	O09.6!	<i>Schwangerschaftsdauer 37. bis 41 vollendete Wochen</i>
ND	Z37.0!	<i>Lebendgeborener Einling</i>
HB	73.59	<i>Sonstige manuell unterstützte Geburt</i>
NB	73.6	<i>Episiotomie</i>

Beispiel 3

Spontane vaginale Geburt in der 42. Schwangerschaftswoche.

HD O48 Übertragene Schwangerschaft

ND O09.7! Schwangerschaftsdauer mehr als 41 vollendete Wochen

ND Z37.0! Lebendgeborener Einling

HB 73.59 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.

Primäre und sekundäre Schnittentbindung

In der CHOP 2014 wurden neue sechsstellige Codes für primäre und sekundäre Sectio eingeführt (74.-X.10/.20). Die medizinische Definition der primären und sekundären Sectio weicht von der Definition für die medizinische Kodierung ab:

- Eine **primäre** Sectio caesarea ist definiert als eine Sectio, die als geplante Prozedur vor oder nach dem Einsetzen der Wehen durchgeführt wird; die Entscheidung zur Sectio wird dabei vor Einsetzen der Wehen getroffen.
- Eine **sekundäre** Sectio caesarea (inkl. Notfallsectio) wird definiert als eine Sectio, die aufgrund einer Notfallsituation oder des Geburtsverlaufes aus mütterlicher oder kindlicher Indikation erforderlich war, auch wenn diese primär geplant war.

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 der Kategorie

Z37.-! Resultat der Entbindung

bei der Mutter zu kodieren.

Dies ist ein Ausrufezeichen-Kode (siehe D04), ist obligatorisch und kann nie Hauptdiagnose sein. Bei Verlegungen (Spital zu Spital, Geburtshaus zu Spital oder vice-versa), wird Z37.-! nur von der Institution, in der die Geburt stattgefunden hat, abgebildet.

Mehrlingsgeburt

Wenn eine Mehrlingsschwangerschaft zur Geburt von z.B. lebenden Zwillingen führt, werden die Codes
O30.0 *Zwillingsschwangerschaft*
Z37.2! *Zwillinge, beide lebendgeboren*
zugewiesen.

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

Beispiel 4

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

HD	O64.4	Geburtshindernis durch Querlage
ND	O32.1	Betreuung der Mutter wegen Beckenendlage
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 caesarea
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 Code aus Kategorie Z39.- *Postpartale Betreuung und Untersuchung der Mutter* zugeordnet.

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

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

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

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

Frühgeburt, vorzeitige Wehen und frustrane Kontraktionen

Ein Kode aus

O47.- *Frustrane Kontraktionen [unnütze Wehen]*

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

Ein Kode aus

O60.- *Vorzeitige Wehen und Entbindung*

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

Wenn der Grund für die Frühgeburt oder für vorzeitige Wehen oder frustrane Kontraktionen bekannt ist, ist dieser Grund als Hauptdiagnose zu verschlüsseln, gefolgt 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 41. Schwangerschaftswoche (ab 287 Tagen) erfolgt oder das Kind deutliche Übertragungszeichen zeigt.

Beispiel 5

Eine Patientin entbindet ein Kind in der 42. Schwangerschaftswoche.

HD O48 *Übertragene Schwangerschaft*

ND O09.7! *Schwangerschaftsdauer mehr als 41 vollendete Wochen*

ND Z37.0! *Lebendgeborener Einling*

Beispiel 6

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.

Uterusatonie und Hämorrhagien

Eine Uterusatonie

- während des Geburtsvorgangs wird mit den Codes der Kategorie *O62.- Abnorme Wehentätigkeit*
- nach der Geburt wird mit den Codes der Kategorie *O72.- Postpartale Blutung* angegeben.

Postpartale Blutung (O72.-) ist nur dann zu kodieren, wenn die Nebendiagnosendefinition erfüllt ist (Regel G54).

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 **nach der Geburt** (bis Vollendung des ersten Lebensjahres) ist zwingend das Aufnahmegewicht (Variable 4.5.V01) 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.

S1603c Neugeborene

Kategorie Z38.- Lebendgeborene nach dem Geburtsort

Diese Kategorie Z38.- beinhaltet Kinder, die

- im Spital/Geburtshaus geboren wurden.
Beachte: im medizinischen Datensatz wird bezüglich Eintrittsart (V.1.2.V03) die Ziffer 3 (Geburt) angegeben.
- ausserhalb des Spitals/Geburtshauses geboren und unmittelbar nach der Geburt aufgenommen wurden.
Beachte: im medizinischen Datensatz wird bezüglich Eintrittsart (V.1.2.V03) die Ziffer 1 (Notfall) oder 2 (angemeldet, geplant) angegeben.

Für ein Neugeborenes ist als Hauptdiagnose ein Kode der Kategorie Z38.- *Lebendgeborene nach dem Geburtsort* anzugeben, wenn das Neugeborene **gesund** ist (einschliesslich der Kinder, bei denen eine Beschneidung vorgenommen wurde).

Für **Frühgeborene** und bereits bei Geburt oder während des stationären Aufenthaltes **erkrankte** Neugeborene, werden die Kodes für die krankhaften Zustände **vor** einem Kode aus Z38.- *Lebendgeborene nach dem Geburtsort* kodiert.

Beispiel 1

Ein Neugeborenes, zu Hause geboren, wird aufgenommen. Es liegt keine Erkrankung vor.

HD Z38.1 Einling, Geburt ausserhalb des Krankenhauses

Beispiel 2

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

HD P90 Krämpfe beim Neugeborenen

ND Z38.0 Einling, Geburt im Krankenhaus

Beispiel 3

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

HD P07.12 Neugeborenes mit sonstigem niedrigem Geburtsgewicht, Geburtsgewicht 1500 bis 2500 Gramm

ND P07.2 Neugeborenes mit extremer Unreife

ND Z38.0 Einling, Geburt im Krankenhaus

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

Beispiel 4

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

Spital A:

HD P22.0 Atemnotsyndrom [Respiratory distress] des Neugeborenen

ND P25.1 Pneumothorax mit Ursprung in der Perinatalperiode

ND Z38.0 Einling, Geburt im Krankenhaus

Spital B:

HD P22.0 Atemnotsyndrom [Respiratory distress] des Neugeborenen

ND P25.1 Pneumothorax mit Ursprung in der Perinatalperiode

S1604d 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

Die Definition der Perinatalperiode ist wörtlich zu nehmen. Wenn die Erkrankung nach dem 7. Tag auftritt oder behandelt wird, aber ihren Ursprung in der Perinatalperiode hat, darf z.B. P27.1 *Bronchopulmonale Dysplasie mit Ursprung in der Perinatalperiode* das ganze Leben lang verschlüsselt werden. Die Festlegung des zeitlichen Ursprungs bedarf der fachlichen Einschätzung im Einzelfall.

Postexpositionsprophylaxe beim gesunden Neugeborenen

Wenn ein gesundes Neugeborene nach der Geburt eine medikamentöse Prophylaxe erhält, wird gemäss Indikation der entsprechende Z20.- *Kontakt mit und Exposition gegenüber übertragbaren Krankheiten* abgebildet.

Gesundes Neugeborenes einer Diabetikerin

Falls ein **gesundes** Neugeborenes einer Diabetikerin eine wiederholte Blutzuckerüberwachung benötigt, wird dies mit dem Kode Z83.3 *Diabetes mellitus in der Familienanamnese* abgebildet (und nicht mit P70.- *Transitorische Störungen des Kohlenhydratstoffwechsels, die für den Feten und das Neugeborene spezifisch sind*).

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.

S1606c Besondere Massnahmen für das kranke Neugeborene

Parenterale Therapie

Der Kode *99.1.- Injektion oder Infusion einer therapeutischen oder prophylaktischen Substanz* wird z.B. zugewiesen, wenn eine parenterale Flüssigkeitszufuhr zur Behandlung mit Kohlenhydraten, zur Hydratation oder bei Elektrolytstörungen eingesetzt wird.

Gleiches gilt für die präventive parenterale Flüssigkeitszufuhr bei Frühgeborenen unter 2000 Gramm, die erfolgt, um einer Hypoglykämie oder Elektrolytentgleisung vorzubeugen.

Lichttherapie

Bei der Diagnose Neugeborenenengelbsucht wird der Kode für die Lichttherapie

99.83 Sonstige Phototherapie

nur erfasst, wenn diese **mindestens während zwölf Stunden** durchgeführt wurde.

S1607c Atemnotsyndrom bei hyaliner Membranenkrankheit/ Surfactantmangel

Der Kode für das Atemnotsyndrom bei Frühgeborenen/Neugeborenen

P22.0 Atemnotsyndrom [Respiratory distress syndrom] des Neugeborenen

ist der Kodierung folgendes Zustandes vorbehalten:

- Hyaline Membranenkrankheit
- Surfactant-Mangel

Die Applikation von Surfactant bei Neugeborenen wird nur durch die Liste der hochteuren Medikamente mit dem ATC-Kode eingetragen, welcher auch die Applikationsart beinhaltet. Ein CHOP-Kode wird nicht abgebildet.

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

S1608c Atemnotsyndrom bei massivem Aspirationssyndrom, Wet lung oder transitorische Tachypnoe beim Neugeborenen

Die Kategorie

P24.- Aspirationssyndrome beim Neugeborenen

ist zu verwenden, wenn die Atemstörung – bedingt durch das Aspirationssyndrom – eine Sauerstoffzufuhr von **über** 24 Stunden Dauer erforderte.

Der Kode

P22.1 Transitorische Tachypnoe beim Neugeborenen

ist bei folgenden Diagnosen zu verwenden:

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

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

S1610c Asphyxie unter der Geburt

Die Kategorie *P21.- Asphyxie unter der Geburt* ist zu verwenden, wenn:

- die Diagnose vom Arzt gestellt ist
- **und**
- alle Hinweise und Kriterien der ICD-10-GM erfüllt sind.

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

Die Kodes für Urin- oder Stuhlinkontinenz

N39.3 Belastungsinkontinenz [Stressinkontinenz]

N39.4- Sonstige näher bezeichnete Harninkontinenz

R32 Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz

R15 Stuhlinkontinenz

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

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.

Ausnahme: bei akutem Schlaganfall, Regel S0601.

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 P02, 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 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 G52) 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

Sofern es in den Kodierrichtlinien nicht anders geregelt ist, folgen die Codes der äusseren Ursachen (V-Y) zwingend den Codes S und T.

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 S1905.

Fraktur und Luxation mit Weichteilschaden

Zum Kodieren einer Fraktur/Luxation mit Weichteilschaden werden zwei Codes benötigt: zuerst wird der Code der Fraktur, bzw. der Luxation angegeben, danach der entsprechende Code für den Schweregrad des Weichteilschadens. Die Zusatzcodes für Weichteilschaden sind:

Sx1.84! – Sx1.86!	Weichteilschaden Grad I bis III bei geschlossener Fraktur/Luxation (x je nach Körperregion)
Sx1.87! – Sx1.89!	Weichteilschaden Grad I bis III bei offener Fraktur/Luxation (x je nach Körperregion)

In der ICD-10-GM findet sich bei den Codes jeweils ein begleitender Text, der den Schweregrad umschreibt.

Ausnahme: Nur geschlossene Frakturen mit einfacher Bruchform oder Luxationen mit Weichteilschaden Grad 0 oder n.n.b. erhalten diesen zusätzlichen Code nicht.

Beispiel 1

Patient mit einer offenen rechten 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 Code zuzuweisen; der erste Code für die Fraktur.

Zu beachten ist, dass die ICD-10-GM in bestimmten Fällen Kombinationskodes vorsieht, z.B.:

S52.31 Fraktur des distalen Radiuschaftes mit Luxation des Ulnakopfes

Fraktur und Luxation an gleicher oder unterschiedlicher Lokalisation

Bei Vorliegen einer kombinierten Verletzung an gleicher Lokalisation ist die Angabe **eines** Zusatzkodes für den Schweregrad des Weichteilschadens ausreichend.

Beispiel 2

Eine Patientin wird nach einem Sturz zur Behandlung einer offenen rechten Humeruskopffraktur I. Grades mit offener rechter Schulterluxation nach vorne mit Weichteilschaden I. Grades aufgenommen.

HD S42.21 Fraktur des proximalen Endes des Humerus, Kopf

L 1

ZHD X59.9! Sonstiger näher bezeichneter Unfall

ND S43.01 Luxation des Humerus nach vorne

L 1

ND S41.87! Weichteilschaden I. Grades bei offener Fraktur oder Luxation des Oberarmes

L 1

Liegen bei einem Patienten mehrere Frakturen/Luxationen unterschiedlicher Lokalisation vor, so muss für jede Lokalisation der Weichteilschaden Grad I-III erfasst werden.

Knochenkontusion

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

S1903c Offene Wunden/Verletzungen

Für jede Körperregion steht eine Kategorie für offene Wunden zur Verfügung.

Dort finden sich neben den "!"-Kodes für Weichteilschäden bei Fraktur auch "!"-Kodes für Verletzungen, bei denen durch die Haut in Körperhöhlen eingedrungen wurde (intrakranielle, intrathorakale oder intraabdominale Wunden).

Die offene Wunde ist in diesen Fällen **zusätzlich** zur Verletzung (z.B. der Fraktur) zu kodieren.

Offene Verletzungen mit Gefäss-, Nerven- und Sehnenbeteiligung

Liegt eine Verletzung mit Gefässschaden vor, hängt die Reihenfolge der Codes davon ab, ob der Verlust der betroffenen Gliedmasse droht. Ist dies der Fall, so ist bei einer Verletzung mit Schädigung von Arterie und Nerv:

- zuerst die arterielle Verletzung
- dann die Verletzung des Nerven
- danach ggf. die Verletzung der Sehnen, die Fraktur, die offene Wunde anzugeben.

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

Offene intrakranielle/intrathorakale/intraabdominelle Verletzung

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

Beispiel 1

Patient mit Messerstichverletzung am Thorax mit Hämatothorax.

HD S27.1 Traumatischer Hämatothorax

ZHD Y09.9! Tätlicher Angriff

ND S21.83! Offene Wunde (jeder Teil des Thorax) mit Verbindung zu einer intrathorakalen Verletzung

Offene Fraktur mit intrakranieller/intrathorakaler/intraabdomineller Verletzung

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

- ein Kode für die intrakranielle/intrakavitäre Verletzung anzugeben,
- einer der folgenden Kodes
 - S01.83! Offene Wunde (jeder Teil des Kopfes) mit Verbindung zu einer intrakraniellen Verletzung*
 - S21.83! Offene Wunde (jeder Teil des Thorax) mit Verbindung zu einer intrathorakalen Verletzung*
oder
 - S31.83! Offene Wunde (jeder Teil des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens) mit Verbindung zu einer intraabdominalen Verletzung*
- die Kodes für die Fraktur
und
- ein Kode für den Schweregrad des Weichteilschadens der offenen Fraktur aus
 - S01.87! – S01.89! Weichteilschaden I-III. Grades bei offener Fraktur oder Luxation des Kopfes*
 - S21.87! – S21.89! Weichteilschaden I-III. Grades bei offener Fraktur oder Luxation des Thorax*
oder
 - S31.87! – S31.89! Weichteilschaden I-III. Grades bei offener Fraktur oder Luxation der Lendenwirbelsäule und des Beckens*

Komplikationen einer offenen Wunde

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

Beachte: Bei einer Sepsis als Komplikation einer offenen Wunde ist auch Regel S0102 zu beachten.

Beispiel 2

Eine Patientin wird mit einer Phlegmone an der linken Hand nach einem Katzenbiss aufgenommen. Das Alter des Bisses ist nicht bekannt. Bei der Aufnahme finden sich am Daumenballen zwei punktförmige Wunden, die Umgebung ist gerötet, die Hand und der Unterarm sind stark geschwollen. Im Abstrich findet sich ein Staphylococcus aureus. Es wird eine intravenöse antibiotische Therapie eingeleitet.

HD L03.10 Phlegmone an der oberen Extremität

L 2

ND B95.6! Staphylococcus aureus als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind

ND S61.0 Offene Wunde eines oder mehrerer Finger ohne Schädigung des Nagels

L 2

ND W64.9! Unfall durch Exposition gegenüber mechanischen Kräften belebter Objekte

Ist eine spezifische Verschlüsselung der Komplikation einer offenen Wunde nicht möglich, ist der Kode für die offene Wunde anzugeben, gefolgt von einem Kode aus

T89.0- Komplikationen einer offenen Wunde

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

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

S1905c Verletzung des Rückenmarks (mit traumatischer Paraplegie und Tetraplegie)

Die akute Phase - unmittelbar posttraumatisch

Unter der akuten Phase einer Rückenmarksverletzung versteht man den Behandlungszeitraum unmittelbar nach dem Trauma. Sie kann **mehrere** Spitalaufenthalte umfassen.

Wenn ein Patient mit einer Verletzung des Rückenmarks aufgenommen wird (z.B. mit Kompression des Rückenmarks, Kontusion, Riss, Querschnitt oder Quetschung), sind folgende Details zu kodieren:

- Die Art der Läsion des Rückenmarks ist als erster Code anzugeben (komplette oder inkomplette Querschnittverletzung)
- Die funktionale Höhe (Ebene) der Rückenmarksläsion ist mit
S14.7-I, S24.7-I, S34.7-I Funktionale Höhe der zervikalen/thorakalen/lumbosakralen Rückenmarks-verletzung
zu verschlüsseln. Für die Höhenangabe der funktionalen Höhe sind die Hinweise bei *S14.7!*, *S24.7!* und *S34.7!* in der ICD-10-GM zu beachten.

Patienten mit Rückenmarksverletzungen haben mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Wirbelfraktur oder Wirbelluxation erlitten; demnach sind auch folgende Angaben zu kodieren:

- Die Bruchstelle, wenn eine Fraktur der Wirbel vorliegt
- Der Ort der Luxation, wenn eine Luxation vorliegt
- Der Schweregrad des Weichteilschadens der Fraktur/Luxation

Beispiel 1

Eine Patientin wird nach einem Sturz mit einer Kompressionsfraktur an T12 aufgenommen. Es liegt eine Kompressionsverletzung des Rückenmarks auf derselben Höhe mit inkompletter Paraplegie auf der funktionalen Höhe L2 vor.

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

Die akute Phase – Verlegung des Patienten

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

Beispiel 2

Ein Patient wird nach einem Sturz mit einer schweren Rückenmarksverletzung in Spital A aufgenommen. Ein CT bestätigt eine Luxation des T7/T8 Wirbels mit Verletzung des Rückenmarks auf derselben Höhe. Neurologisch zeigt sich ein 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/T8 und T8/T9

Spital B:

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

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

Rückenmarksverletzung – chronische Phase

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

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

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 S1902 Fraktur und Luxation.

Bei Mehrfachfrakturen oder -luxationen wird jede Höhe einzeln angegeben.

Beispiel 4

Ein Patient wird nach einem Autounfall mit einer komplizierten offenen Fraktur II. Grades des zweiten, dritten und vierten Brustwirbels mit Verschiebung auf Höhe T2/T3 und T3/T4 und kompletter Durchtrennung des Rückenmarks in Höhe T3 aufgenommen. Die neurologische Untersuchung bestätigt einen kompletten Querschnitt unterhalb T3.

HD	S24.11	Komplette Querschnittverletzung des thorakalen Rückenmarkes
ZHD	V99!	Transportmittelunfall
ND	S24.72!	Funktionale Höhe einer Verletzung des thorakalen Rückenmarkes, T2/T3
ND	S22.01	Fraktur eines Brustwirbels, Höhe: T1 und T2
ND	S22.02	Fraktur eines Brustwirbels, Höhe: T3 und T4
ND	S23.11	Luxation eines Brustwirbels, Höhe: T1/T2 und T2/T3
ND	S23.12	Luxation eines Brustwirbels, Höhe: T3/T4 und T4/T5
ND	S21.88!	Weichteilschaden II. Grades bei offener Fraktur oder Luxation des Thorax

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 Codes aus *S00–S99*, die mit einer „.7“ an vierter Stelle multiple Verletzungen kodieren, sind nur dann zu verwenden, wenn die Anzahl der zu kodierenden Verletzungen die maximale Zahl der übermittelbaren Diagnosen überschreitet.

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

Hinweis:

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

Reihenfolge der Codes bei multiplen Verletzungen

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 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 Codes anzugeben sind, wann immer dies möglich ist.

S1907a Verbrennungen und Verätzungen

Reihenfolge der Codes

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

Verbrennungen/Verätzungen desselben Gebietes, aber unterschiedlichen Grades, sind als Verbrennungen/Verätzungen des höchsten vorkommenden Grades anzugeben.

Beispiel 1

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

HD T25.3 Verbrennung 3. Grades der Knöchelregion und des Fusses

L 1

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 Code T29.- Verbrennungen oder Verätzungen mehrerer Körperregionen zu verwenden.

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

Körperoberfläche (KOF)

Jeder Verbrennungs-/Verätzungsfall ist **zusätzlich** mit einem Code 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 Code aus T31.-! und T32.-! ist nur einmal nach dem letzten Code für die betroffenen Gebiete anzugeben.

S1908b Vergiftung durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen

Die Diagnose „Vergiftung durch Arzneimittel/Drogen“ wird gestellt bei **irrtümlicher** Einnahme oder **unsachgemässer** Anwendung, Einnahme zwecks Selbsttötung und Tötung und bei Nebenwirkungen verordneter Medikamente, die in Verbindung mit einer Eigenmedikation eingenommen werden.

Vergiftungen sind in den Kategorien

T36-T50 Vergiftungen durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen
und

T51-T65 Toxische Wirkung von vorwiegend nicht medizinisch verwendeten Substanzen
klassifiziert.

Bei Vergiftungen **mit Manifestation(en)** (z.B. Koma, Arrhythmie), ist der Code für die Manifestation als Hauptdiagnose anzugeben. Die Codes für die Vergiftung durch die beteiligten (Wirk-)Stoffe (Medikamente, Drogen, Alkohol) sind als Nebendiagnose zu verschlüsseln.

Beispiel 1

Ein Patient wird im Koma aufgrund einer Kodeinüberdosis aufgenommen.

HD R40.2 Koma, nicht näher bezeichnet

ZHD X49.9! Akzidentelle Vergiftung

ND T40.2 Vergiftung durch Betäubungsmittel und Psychodysleptika [Halluzinogene], sonstige Opioide

Beispiel 2

Ein Patient wird mit Hämatemesis aufgrund der Einnahme von Cumarin (verordnet) versehentlich in Verbindung mit Acetylsalicylsäure (nicht verordnet) aufgenommen.

HD K92.0 Hämatemesis

ZDH X49.9! Akzidentelle Vergiftung

ND T39.0 Vergiftung durch Salizylate

ND T45.5 Vergiftung durch primär systemisch und auf das Blut wirkende Mittel, anderenorts nicht klassifiziert, Antikoagulanzen

Bei Vergiftungen **ohne Manifestation** ist als Hauptdiagnose ein Code aus den Kategorien

T36-T50 Vergiftungen durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen
und

T51-T65 Toxische Wirkung von vorwiegend nicht medizinisch verwendeten Substanzen
anzugeben.

Beispiel 3

Eine Patientin stellt sich in der Notaufnahme vor und gibt an, kurz zuvor in einer unüberlegten Kurzschlussreaktion 20 Tabletten Paracetamol eingenommen zu haben. Nach einer Magenspülung zeigen sich im weiteren Verlauf keine Manifestationen.

HD T39.1 Vergiftung durch nicht-opioidhaltige Analgetika, Antipyretika und Antirheumatika, 4-Aminophenol-Derivate

ZHD X84.9! Absichtliche Selbstbeschädigung

Insulinüberdosierung

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 Akute hämorrhagische Gastritis

ZHD Y57.9! Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen

Beispiel 2

Ein HIV-positiver Patient kommt zur Behandlung einer hämolytischen Anämie, die durch die antiretrovirale Therapie induziert ist.

HD D59.2 Arzneimittelinduzierte nicht-autoimmunhämolytische Anämie

ND Z21 Asymptomatische HIV-Infektion [Humane Immundefizienz-Virusinfektion]

S1910b Unerwünschte Nebenwirkungen/Vergiftung von zwei oder mehr in Verbindung eingenommenen Substanzen (bei Einnahme entgegen einer Verordnung)

Vergiftung durch Arzneimittel in Kombination mit Alkohol

Eine Nebenwirkung eines Medikamentes, das in **Verbindung mit Alkohol** eingenommen wurde, ist als **Vergiftung durch beide (Wirk-)Stoffe** zu kodieren.

Vergiftung durch verordnete Medikamente, die in Verbindung mit nicht verordneten Medikamenten eingenommen werden

Eine Nebenwirkung, die wegen der Verbindung eines **verordneten und** eines **nicht verordneten** Medikamentes auftritt, ist als **Vergiftung durch beide (Wirk-)Stoffe** zu kodieren.

Beachte auch S1908.

S2000 Äussere Ursachen von Morbidität und Mortalität

Dieses Kapitel erlaubt die Klassifizierung von Umweltereignissen und Umständen als Ursache von Verletzungen, Vergiftungen, Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen und anderen schädlichen Wirkungen. Sie sind aus epidemiologischen Gründen zu erfassen.

Sofern es in den Kodierrichtlinien nicht anders geregelt ist, folgen die Codes der äusseren Ursachen (V-Y) zwingend den Codes der Verletzungen, Vergiftungen, Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen und anderen schädlichen Wirkungen.

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

Falls der Code für Verletzungen, Vergiftungen, Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen und anderen schädlichen Wirkungen in der **Hauptdiagnose** steht, ist der Code der äusseren Ursache (V-Y) als **Zusatz zur Hauptdiagnose** (ZHD) anzugeben. Wenn die Verletzungen, Vergiftungen, Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen und anderen schädlichen Wirkungen in den **Nebendiagnosen** aufgeführt sind, folgt der Code der äusseren Ursache V-Y diesem Code direkt. Wenn der Code der äusseren Ursache mehreren Nebendiagnosen-Kodes zugeordnet werden kann, ist er nur einmal am Ende dieser Nebendiagnosen-Kodes anzugeben.

Beispiel 1

Offene Wunde des Oberschenkels durch Fahrradunfall.

HD S71.1 Offenen Wunde des Oberschenkels

ZHD V99! Transportmittelunfall

Beispiel 2

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

HD S06.31 Umschriebene Hirnkontusion

ZHD X59.9! Sonstiger oder nicht näher bezeichneter Unfall

ND S06.70! Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma, weniger als 30 Minuten

ND S71.1 Offene Wunde des Oberschenkels

Beispiel 3

Tiefe postoperative Beinvenenthrombose nach Behandlung einer Tibiafraktur.

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

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

Ausnahme:

Wenn im Diagnosekode die äussere Ursache präzise inbegriffen ist:

Beispiel 4

Arzneimittelinduzierte Anämie.

D59.2 Arzneimittelinduzierte nicht autoimmunhämolytische Anämie

Hier wird Y57.9 nicht abgebildet, da im Kode inbegriffen (entgegen der Bemerkung in der ICD-10-GM, Bemerkung, die noch aus der WHO-Version stammt).

S2100 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen

Für die Benützung dieser Z-Kodes ist Folgendes zu beachten:

- Die Kodierungsrichtlinien, welche die Abbildung eines Z-Kodes beinhalten
- Das „Definitionshandbuch SwissDRG, Band 5, Anhang D, Plausibilitäten, D5: Z-Kodes als unzulässige Hauptdiagnose“
- Die Hinweise am Anfang des Kapitel XXI der ICD-10-GM.

Anhang

Entgleister Diabetes mellitus

An **fünfter Stelle** werden angegeben:

- 0 für *nicht als entgleist bezeichneter Diabetes mellitus*
- 1 für *als entgleist bezeichneter Diabetes mellitus*
- 2 für *Diabetes mellitus mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet*
- 3 für *Diabetes mellitus mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet*
- 4 für *Diabetes mellitus mit diabetischem Fussyndrom, nicht als entgleist bezeichnet*
- 5 für *Diabetes mellitus mit diabetischem Fussyndrom, als entgleist bezeichnet*

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

Einige Kriterien für den entgleisten Diabetes mellitus (besprochen mit der Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie):

- Rezidivierende Hypoglykämien unter 3 mmol/l mit Symptomen, mit 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 Fussyndroms gehören können:

1. Infektion und/oder Ulkus

<i>Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten</i>	L02.4
<i>Phlegmone an Zehen</i>	L03.02
<i>Phlegmone an der unteren Extremität</i>	L03.11

Hinweis: Die folgenden Viersteller zu L89.- *Dekubitalgeschwür und Druckzone* verschlüsseln an fünfter Stelle die Lokalisation der Druckstellen (siehe ICD-10-GM):

<i>Dekubitus 1. Grades</i>	L89.0-
<i>Dekubitus 2. Grades</i>	L89.1-
<i>Dekubitus 3. Grades</i>	L89.2-
<i>Dekubitus 4. Grades</i>	L89.3-
<i>Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet</i>	L89.9-
<i>Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert</i>	L97
<i>Malum perforans pedis</i>	L98.4

2. Periphere vaskuläre Erkrankung

<i>Atherosklerose der Extremitätenarterien, sonstige und nicht näher bezeichnet</i>	I70.20
<i>Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz</i>	I70.21
<i>Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerzen</i>	I70.22
<i>Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration</i>	I70.23
<i>Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Gangrän</i>	I70.24

3. Periphere Neuropathie

<i>Diabetische Polyneuropathie</i>	G63.2*
<i>Autonome Neuropathie bei endokrinen und Stoffwechselkrankheiten</i>	G99.0*

4. Deformitäten

<i>Hallux valgus (erworben)</i>	M20.1
<i>Hallux rigidus</i>	M20.2
<i>Sonstige Deformität der Grosszehe (erworben)</i>	M20.3
<i>Sonstige Hammerzehe(n) (erworben)</i>	M20.4
<i>Sonstige Deformitäten der Zehen (erworben)</i>	M20.5
<i>Flexionsdeformität, Knöchel und Fuss</i>	M21.27
<i>Hängefuss (erworben), Knöchel und Fuss</i>	M21.37
<i>Plattfuss [Pes planus] (erworben)</i>	M21.4
<i>Erworbener Klauenfuss und Klumpfuss, Knöchel und Fuss</i>	M21.57
<i>Sonstige erworbene Deformitäten des Knöchels und des Fusses</i>	M21.67
<i>Sonstige näher bezeichnete erworbene Deformitäten der Extremitäten, des Knöchels und des Fusses</i>	M21.87

5. Frühere Amputation(en)

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

Akutes Nierenversagen

Das akute Nierenversagen ist eine rasche (in der Regel innerhalb von 7 Tagen) eintretende Verschlechterung der Nierenfunktion. Es unterscheidet sich von der chronischen Niereninsuffizienz dadurch, dass das akute Nierenversagen grundsätzlich reversibel ist.

Die **Stadieneinteilung der akuten Nierenschädigung** erfolgt durch die Kriterien nach:

RIFLE : Risk – Injury – Failure – Loss – ESRD (End Stage Renal Disease) oder

AKIN : Acute – Kidney – Injury – Network

Stadieneinteilung der akuten Nierenschädigung			
RIFLE	AKIN	Serum-Kreatinin	Urin-Ausscheidung
Risk	1	1,5- bis 2-facher Kreatininanstieg (RIFLE/AKIN) oder Kreatininanstieg $\geq 0,3$ mg/dl ($\geq 26,4 \mu\text{mol/l}$) (AKIN)	$< 0,5$ ml/kg/h für 6 Stunden
Injury	2	2- bis 3-facher Kreatininanstieg	$< 0,5$ ml/kg/h für 12 Stunden
Failure	3	> 3-facher Kreatininanstieg oder Serum-Kreatinin > 4 mg/dl ($> 352 \mu\text{mol/l}$) mit einem akuten Anstieg $\geq 0,5$ mg/dl ($44 \mu\text{mol/l}$) oder Abfall der GFR $> 75\%$ (glomeruläre Filtrationsrate)	$< 0,3$ ml/kg/h für 24 h oder fehlende Urinausscheidung (Anurie) für 12 Stunden
Loss		Dauerhaftes Nierenversagen für > 4 Wochen	
ESRD		Dauerhaftes Nierenversagen für > 3 Monate	

Für die Kodierung eines Nierenversagens gilt:

- Ein **„Akutes Nierenversagen“** liegt vor, wenn die Kriterien für „Failure“ (RIFLE) oder Stadium 3 (AKIN) erfüllt sind. Dies gilt unabhängig von der Ursache der Störung (renal oder extrarenal). Ausnahme liegt vor, wenn eine erstmalige Dialyse wegen akuter Verschlechterung vor Stadium 3 begonnen wird.
- Ein Patient kann **ein akutes Nierenversagen und eine chronische Niereninsuffizienz** zugleich aufweisen, wenn die akute Verschlechterung der chronischen Niereninsuffizienz innerhalb kurzer Zeit auftritt und die Bedingungen von Stadium 3 AKIN erfüllt. Das heisst, dass eine „acute on chronic“ Niereninsuffizienz, die die Kriterien für Stadium 3 AKIN nicht erfüllt, als chronische Niereninsuffizienz (mit akuter Verschlechterung) gilt.

Dieser Anhang des Kodierungshandbuches für akutes Nierenversagen ist von der Schweizerischen Gesellschaft für Nephrologie gutgeheissen.

Sepsis

Diagnosekriterien von Sepsis

(nachgewiesene oder vermutete Infektion plus ≥ 1 der folgenden Kriterien)

Allgemeine Zeichen

- Fieber (Kerntemperatur $> 38,3^{\circ}\text{C}$)
- Hypothermie (Kerntemperatur $< 36^{\circ}\text{C}$)
- Erhöhte Herzfrequenz (> 90 Schläge/Min. oder > 2 SD über dem altersentsprechenden Normwert)
- Tachypnoe
- Beeinträchtigung des Mentalstatus
- Signifikante Ödeme oder positive Flüssigkeitsbilanz ($> 20\text{ml/kg}$ Körpergewicht über 24h)
- Hyperglykämie (Blutzucker $> 120\text{ mg/dl}$ [$6,7\text{ mmol/Liter}$]) bei Patient/innen ohne Diabetes mellitus

Zeichen von Entzündungen

- Leukozytose (Leukozytenzahl $> 12'000/\text{mm}^3$)
- Leukopenie (Leukozytenzahl $< 4000/\text{mm}^3$)
- Unauffällige Leukozytenzahl, aber $> 10\%$ unreife neutrophile Granulozyten
- Erhöhung des C-reaktiven Proteins im Plasma (> 2 SD über dem Normwert)
- Erhöhung des Procalcitonins im Plasma (> 2 SD über dem Normwert)

Zeichen von Hämodynamik

- Arterielle Hypotonie (systolischer Blutdruck $< 90\text{mm Hg}$, mittlerer arterieller Blutdruck $< 70\text{mm Hg}$ oder systolischer Blutdruckabfall um $> 40\text{mm Hg}$ bei Erwachsenen oder > 2 SD unter dem altersentsprechenden Normwert).
- Erhöhte gemischt-venöse Sauerstoffsättigung ($> 70\%$)
- Erhöhter Herzindex ($> 3,5\text{ Liter/Min./m}^2$ Körperoberfläche)

Zeichen von Organdysfunktion

- Arterielle Hypoxämie (Verhältnis des Sauerstoffpartialdrucks zur inspiratorischen Sauerstoffkonzentration : < 300)
- Akute Oligurie (Urinausscheidung $< 0,5\text{ml/kg/h}$ oder 45ml/h für mindestens 2h)
- Kreatinin-Anstieg um $> 0,5\text{mg/dl}$ ($> 44\text{ }\mu\text{mol/Liter}$)
- Gerinnungsstörungen (International Normalized Ratio $> 1,5$ oder aktivierte partielle Thromboplastinzeit $> 60\text{s}$)
- Paralytischer Ileus (fehlende Darmgeräusche)
- Thrombozytopenie (Thrombozytenzahl $< 100'000/\text{mm}^3$)
- Hyperbilirubinämie (Plasma-Gesamt-Bilirubin $> 4\text{ mg/dl}$ [$68\text{ }\mu\text{mol/Liter}$])

Zeichen von Gewebepfusion

- Hyperlaktatämie
- Verminderte Kapillarfüllung oder Marmorierung der Haut

Von Fachärzten empfohlene Literatur:

- Für Erwachsene: N Engl J Med 2013 ,369:840-51, D.C. Angus et al. Severe Sepsis and septic Shock
<http://www.sbm.org.br/news/n26/imagens/NEJMra1208623.pdf> oder
- Crit.Care Med 2003 Vol 31, No 4 : International Sepsis Definitions Conference
<http://www.esicm.org/upload/file4.pdf>
- Für Kinder gelten besondere Richtlinien. Link zur entsprechenden genehmigten Literaturangabe:
Pediatr Crit Care Med. 2005 Jan;6(1):2-8. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=15636651>
„International pediatric sepsis consensus conference: definitions for sepsis and organ dysfunction in pediatrics“.

Mangelernährung

Definition der Stadien der Mangelernährung

- *E43 Nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweissmangelernährung*

Eine erhebliche Mangelernährung liegt vor, wenn folgende 2 Bedingungen erfüllt sind:

- NRS-Gesamtscore (Nutritional Risk Screening*) von mindestens 5
und
- BMI < 18.5 kg/m² bei reduziertem Allgemeinzustand
oder
- ungewolltem Gewichtsverlust > 5% in 1 Monat und reduzierter Allgemeinzustand
oder
- in der vergangenen Woche ungewollt praktisch nicht gegessen (0 - 25% des Bedarfs)
(entspricht der Verschlechterung des Ernährungszustandes Grad 3).

- *E44.0 Mässige Energie-und Eiweissmangelernährung*

Eine mässige Mangelernährung liegt vor, wenn folgende 2 Bedingungen erfüllt sind:

- NRS-Gesamtscore von mindestens 4
und
- BMI 18.5-20,5 kg/m² bei reduziertem Allgemeinzustand
oder
- ungewolltem Gewichtsverlust > 5% in 2 Monaten und reduzierter Allgemeinzustand
oder
- in der vergangenen Woche ungewollt weniger als die Hälfte gegessen (25 - 50% des Bedarfs)
(entspricht der Verschlechterung des Ernährungszustandes Grad 2).

- *E44.1 Leichte Energie-und Eiweissmangelernährung*

Eine leichte Mangelernährung liegt vor, wenn folgende 2 Bedingungen erfüllt sind:

- NRS-Gesamtscore von mindestens 3
und
- ungewolltem Gewichtsverlust >5% in 3 Monaten
oder
- in der vergangenen Woche ungewollt weniger gegessen (50 - 75% des Bedarfs)
(entspricht der Verschlechterung des Ernährungszustandes Grad 1).

* Kondrup Guidelines for Nutrition Risk Screening 2002.Clin Nutr (2003);22(3):321–336

Tabelle zur Erläuterung der Zuordnung der ICD-Mangelernährungsdiagnose:

Grad der Verschlechterung des Ernährungszustandes		1	2	3
NRS-Gesamtscore*	≥ 5	E44.1	E44.0	E43
	4	E44.1	E44.0	E44.0
	3	E44.1	E44.1	E44.1

Kodierung

- Eine Mangelernährung gemäss ICD-10 E43 *Nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweissmangelernährung* kann kodiert werden, wenn **eine der** untenstehenden Prozeduren durchgeführt wurde:

- 89.0A.4- *Multimodale Ernährungstherapie*

oder

- 89.0A.32 *Ernährungsberatung und -therapie*

von mindestens 2 Behandlungseinheiten durch diplomierte(r) Ernährungsberater(in) HF/FH.

- Eine Mangelernährung gemäss ICD-10 E44.- *Energie- und Eiweissmangelernährung mässigen und leichten Grades* kann kodiert werden, wenn **mindestens eine** der untenstehenden Prozeduren durchgeführt wurde:

- 89.0A.32 *Ernährungsberatung und -therapie*

- 89.0A.4- *Multimodale Ernährungstherapie*

- 96.6 *Enterale Infusion konzentrierter Nährstoffe, mindestens 5 Behandlungstage*

- 99.15 *Parenterale Infusion konzentrierter Nährlösungen mindestens 5 Behandlungstage*

Anmerkung:

Bei nicht erfüllten Kriterien (Definition Mangelernährung und/oder Prozedur) wird **E46** *Nicht näher bezeichnete Energie- und Eiweissmangelernährung* kodiert.

* Kondrup Guidelines for Nutrition Risk Screening 2002.Clin Nutr (2003);22(3):321–336

Alphabetisches Verzeichnis

Abkürzungen	9	Bakteriämie	70
Abnorme		Bariatrische Chirurgie	
- Befunde	33	- Hautoperationen	115
- Kindslagen und -einstellungen	124	Behandlungsbeginn (Uhrzeit)	57
Abort	120	Behandlungsdatum	57
- Komplikationen nach Abort	120	Behandlungsfall	
Abstossung eines Kornea-Transplantates	98	- Definition	28
Abstoßungsreaktion einer Transplantation	68	Bewusstlosigkeit	
Adhäsionolyse		- im Zusammenhang mit einer Verletzung ..	143
relevanter Aufwand	113	- ohne Zusammenhang mit einer Verletzung ..	143
Adhäsionen (peritoneale)	113	Bilaterale	
Aggregatwechsel	106	- Diagnosen	35
AIDS	74	- Operationen	65
Akute Niereninsuffizienz	117	- Prozeduren	57, 65
Allgemeine Kodierrichtlinien		Blutung	
- für Krankheiten/Diagnosen D00-D16	33	- gastrointestinale	113
- für Prozeduren P00-P09	57	- postpartale	129
Angina pectoris	101	Brustimplantat	
Anhang	154	- Entfernung	115
- Akutes Nierenversagen	156	Chemotherapie	86
- Diagnosekriterien von Sepsis	157	CHOP	
- Entgleister Diabetes mellitus	154	- Abkürzungen	26
- Kodierung der Mangelernährung	159	- Allgemeines	22
- Mangelernährung	158	- alphabetisches Verzeichnis	22
- Sepsis	157	- Klassifikationsstruktur	23
- Stadien der Mangelernährung	158	- Resteklassen	24
Anogenitale Warzen	116	- Struktur	22
Anpassung		- systematisches Verzeichnis	23
- Hörgerät (implantiert)	99	- typographische Vereinbarungen	26
Appendizitis	113	Chronische Krankheiten mit akutem Schub	43
Arthroskopie	60	CPAP	
Asphyxie unter der Geburt	135	- bei Erwachsenen, Kindern, Jugendlichen ..	111
Aspirationssyndrom	134	- bei Neugeborenen und Säuglingen	111
Atemnotsyndrom		- Ersteinstellung	111
- bei hyaliner Membranenkrankheit	133	- Kontrolle/Optimierung	111
- bei massivem Aspirationssyndrom	134	Datensätze	13
- bei Surfactantmangel	133	Dauer der Schwangerschaft	126
- bei transitorischer Tachypnoe	134	Defibrillator	106
- bei Wet lung	134	- Aggregatwechsel	106
Atmungssystem	108	- Komplikationen	106
Auge und Augenanhangsgebilde	98	Definitionen	
Ausrufezeichenkodes	37	- Abort/Fehlgeburt	119
Äussere Ursachen	152	- Behandlungsfall	28
AV-Fistel		- Frühgeburt	119
- Anlage	118	- Geburtshilfe	119
- Verschluss	118	- Hauptbehandlung	32
AV-Shunt			
- Anlage	118		
- Entfernen	118		

- Hauptdiagnose	29	- laparoskopisch	60
- Lebendgeburt	119	- panendoskopisch	60
- Nachgeburtsperiode	119	- unvollständig durchgeführt	62
- Nebenbehandlung	32	Einleitung Version 2015	8
- Nebendiagnose	31	Endoskopie	60
- neonatale Periode	130	- Wechsel auf offen	62
- perinatale Periode	130	Entbindung vor der Aufnahme	127
- Postplazentarperiode	119	Entfernen	
- Schwangerschaftsdauer	119	- AV-Shunt	118
- Termingeburt	119	- Brustimplantat	115
- Totgeburt	119	Erkrankungen	
- Übertragung	119	- Herzklappen	105
- Wochenbett	119	- mehrerer Herzklappen	105
- Zusatz zur Hauptdiagnose	30	- nach medizinischen Massnahmen	45
Dehydratation		Extrauterin gravidität	
- bei Gastroenteritis	114	- Komplikationen nach	120
Diabetes mellitus		Fallzusammenführungen	28
- als Hauptdiagnose	88	Fehlen von	38
- als Nebendiagnose	90	Fieberkrämpfe	136
- in der Schwangerschaft	122	Folgeeingriffe, geplante	40
- Kategorien	87	Folgen von	39
- mit Augenerkrankungen	91	Folgezustände	39
- mit diabetischem Fussyndrom	93	Forcierungen	14
- mit Komplikationen	88	Fraktur	
- mit Neuropathie	92	- gleicher od. unterschiedlicher Lokalisation	139
- mit Nierenkomplikationen	91	- mit Weichteilschaden	138
- mit peripherer Angiopathie	92	- offen, mit abdomineller Verletzung	141
- mit peripherer vaskulärer Erkrankung	92	- offen, mit intra-kranieller Verletzung	141
- Regeln zur Kodierung	88	- offen, mit thorakaler Verletzung	141
- Typen	87	- Wirbelfraktur	147
Diagnosekriterien		Frühgeburt	128
- Sepsis	157	Frustrane Kontraktionen	128
Diagnosen		Gastritis	
- bilaterale	35	- mit Magenulkus	113
- Dokumentation	27	Gastrointestinale Blutung	113
- multiple Lokalisationen	35	Geburt	
- unilaterale	35	- abnorme Kindslagen und -einstellungen	124
Dialyse	116	- Definitionen	119
- AV-Fistel	118	- Einling durch Schnittentbindung	126
- AV-Shunt	118	- Einling durch Vakuumextraktion	126
- Entfernung Peritonealkatheter	118	- Einling durch Zange	126
- Peritonealkatheter	118	- Einling, spontane vaginale Entbindung	125
Dokumentation		- Entbindung vor der Aufnahme	127
- der Diagnosen	27	- Frühgeburt	128
- der Prozeduren	27	- frustrane Kontraktionen	128
Drohende Krankheit	41	- Komplikationen	124
Dysphagie	136	- Lebendgeburt	121
Eingriff		- Mehrlingsgeburt	127
- abgebrochen	62	- protrahierte	129
- arthroskopisch	60	- Resultat der Entbindung	126
- endoskopisch	60	- spezielle Kodierregeln	125
- komplexe	61		

- Totgeburt	121
- Uterusatonie und Hämorrhagien	129
- Uterusnarbe	124
- verminderte Kindsbewegungen	124
- vorzeitige Wehen	128
- Zuordnung der Hauptdiagnose	125
Geburtshilfe	119
Genitalmutilation	
- Rekonstruktion	117
Geplante Folgeeingriffe	40
Gewebeentnahme	
- Tabelle	69
- zur Transplantation	67
Gewebespende	
- postmortale	67
- Tabelle	69
- Untersuchung des Spenders	67
Grundlagen G00-G56	10
Hämodialyse	116
Hämorrhagien und Uterusatonie	129
Handhabung	
- Hörgerät (implantiert)	99
Hauptbehandlung	
- Definition	32
Hauptdiagnose	
- Definition	29
Haut und Unterhaut	115
Herzklappenerkrankungen	105
Herzkrankheit	
- hypertensive	100
- ischämische	101
Herzschrittmacher	106
- Aggregatwechsel	106
- Komplikationen	106
- permanent	106
Herzstillstand	107
Herztransplantation	
- Nachuntersuchung	106
HIV	
- akutes Infektionssyndrom	74
- asymptomatisch	74
- HIV-Krankheiten	75
- klinische Stadien (A, B und C)	75
- Laborhinweis	74
- Reihenfolge und Auswahl der Codes	76
- Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett	75
- Stadieneinteilung	75
Hörgerät	
- Anpassung/Handhabung	99
Hörverlust	99
Hyaline Membranenkrankheit	133

Hypertonie	
- u. hypertensive Herz- u. Nierenkrankheit	100
- und hypertensive Herzkrankheit	100
- und hypertensive Nierenkrankheit	100
Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie	134
ICD-10-GM	
- alphabetisches Verzeichnis	18
- Einführung	15
- Geschichte	15
- Struktur	15
- systematisches Verzeichnis	16
- typografische Vereinbarungen/Abkürzungen	19
Infektion Urogenitaltrakt	
- in der Schwangerschaft	122
Inkontinenz	136
Insuffizienz	
- respiratorische	112
Insulinüberdosierung	151
Intoxikation	
- akute akzidentelle	95
- akute nicht akzidentelle	95
- Rausch	95
Intubation	
- ohne maschinelle Beatmung	111
Ischämische Herzkrankheit	
- akuter Myokardinfarkt	101
- alter Myokardinfarkt	102
- Angina pectoris	101
- chirurgisch behandelt (Stent/Bypass)	102
- Koronarsyndrom	101
- Reinfarkt	102
- rezidivierender Myokardinfarkt	102
- sonstige Formen der chronischen ischämischen Herzkrankheit	102
Klassifikationen	
- CHOP	22
- ICD-10-GM	15
Knochenkontusion	139
Kodes	
- für äussere Ursachen	152
- Kreuz†-Stern*	36
- mit Ausrufezeichen	37
- Z-Kodes	153
Kodierung	
- Weg zur korrekten Kodierung	27
Kombinationseingriffe	61
Kombinationskodes	44
Komplexe Operationen	61

Komplikationen	
- abnorme Kindslagen und -einstellungen..	124
- der Schwangerschaft	124
- einer offenen Wunde	142
- Erkrankungen bzw. Störungen nach med. Massnahmen	45
- Uterusnarbe	124
- verminderte Kindsbewegungen	124
Kontusion	
- Knochen.....	139
Koronarsyndrom.....	101
Krankheit	
- chronisch mit akutem Schub.....	43
- der Haut und der Unterhaut.....	115
- des Atmungssystems	108
- des Auges und der Augenanhangsgebilde .	98
- des Kreislaufsystems.....	100
- des Nervensystems.....	96
- des Ohres und des Warzenfortsatzes.....	99
- des Urogenitalsystems	116
- des Verdauungssystems	113
- drohende	41
- endokrine, Ernährungs- und Stoffwechsel .	87
- in der Schwangerschaft	122
- infektiöse und parasitäre	70
- mit Ursprung in der Perinatalperiode	130
- sich anbahnende	41
Kreislaufsystem.....	100
Kreuzt-Stern*-Kodes	36
Krupp	
- echter Krupp	76
- Kruppsyndrom	76
- Pseudokrupp	76
Laparoskopie	60
- Wechsel auf offen	62
Lateralität	
- bei Diagnosen	35
- bei Prozeduren	57
Lebendgeburt.....	121
Lichttherapie	133
Lungenödem	
- akut	107
Luxation	
- gleicher oder unterschiedlicher Lokalisation	139
- mit Weichteilschaden	138
- Wirbelluxation.....	147
Luxationsfraktur	139
Lymphangiosis carcinomatosa	85
Lymphknotenmetastasen	
- mehrerer Lokalisationen	82
Lymphom.....	85
Magenulkus	
- mit Gastritis	113
Mangelernährung	158
- Kodierung.....	159
- Stadien	158
Maschinelle Beatmung	
- Beginn der Dauer.....	109
- Berechnung der Dauer	109
- Definition	108
- Ende der Dauer.....	110
- Entwöhnung.....	110
- Kodierung.....	108
- verlegte Patienten.....	111
Medizinische Statistik und medizinische Kodierung	
- Anonymisierung der Daten	12
- Datensatz, Definitionen und Variablen.....	13
- Geschichte	10
- Gesetzliche Grundlagen	11
- Organisation.....	11
- Patientenklassifikationssystem SwissDRG...	14
- Ziele	12
Medizinischer Datensatz	
- Minimaldatensatz	13
- Neugeborendatensatz.....	13
- Patientengruppendatensatz	13
- Psychiatriedatensatz	13
- Zusatzdatensätze	13
Mehrfach durchgeführte Prozeduren	63
Mehrfachverletzungen.....	148
Mehrlingsgeburt	127
Metabolisches Syndrom	94
Metastasen	79
Molenschwangerschaft	
- Komplikationen nach	120
Myokardinfarkt	
- akut.....	101
- alt.....	102
- Reinfarkt.....	102
- rezidivierend	102
Nachresektion im Tumorgebiet	80
Nachuntersuchung	
- Herztransplantation	106
- nach Tumor	81
Nebenbehandlung	
- Definition	32
- Reihenfolge	32
Nebendiagnose	
- Definition	31
- Reihenfolge	32
Nebenwirkungen von Arzneimitteln	
- bei Einnahme entgegen einer Verordnung	151
- bei Einnahme gemäss Verordnung.....	151

Neonatalperiode	
- Definition	130
Nervensystem	96
Neubildungen	77
- Auswahl und Reihenfolge der Diagnosen ..	79
- Behandlung ausschliesslich des Symptoms ..	80
- Behandlung des primären Tumors	79
- Behandlung Primärtumor und Metastasen ..	80
- Behandlung von Metastasen	79
- Chemo- und Radiotherapie	86
- des hämatopoetischen/lymphatischen Systems	78
- Diagnostik des primären Tumors	79
- Erkrankungen bzw Störungen nach med. Massnahmen	81
- Lymphangiosis carcinomatosa	85
- Lymphknotenmetastasen mehrerer Lokalisationen	82
- Lymphom	85
- mit endokriner Aktivität	82
- multiple Lokalisationen	82
- Nachresektion	80
- Nachuntersuchung	81
- Nachweis nur in der Biopsie	80
- Remission bei Leukämie	84
- Rezidive	82
- Suche im alphabetischen Verzeichnis	77
- systemische Therapie	79
- überlappende Lokalisation	83
- Verdacht auf Tumor/Metastasen	81
Neugeborene	
- Asphyxie unter der Geburt	135
- Definitionen	130
- gesund, Diabetis bei der Mutter	132
- hyaline Membranenkrankheit	133
- hypoxisch-ischämische Enzephalopathie ..	134
- Lichttherapie	133
- massives Aspirationssyndrom	134
- Medizinischer Datensatz	130
- parenterale Therapie	133
- perinatale und neonatale Periode	130
- Postexpositionsprophylaxe	132
- Surfactantmangel	133
- totgeboren	133
- transitorische Tachypnoe	134
- Wahl der Hauptdiagnose	130
- Wet lung	134
- Zustände mit Ursprung Perinatalperiode ..	132
Niereninsuffizienz	
- akut	117
- nach medizinischen Massnahmen	117
- Stadieneinteilung	156
Nierenkrankheit	
- hypertensive	100
Ohr und Warzenfortsatz	99
Operation	
- abgebrochen	62
- arthroskopisch	60
- bilateral	65
- endoskopisch	60
- komplexe	61
- laparoskopisch	60
- nach Gewichtsabnahme	115
- nicht durchgeführt	50
- panendoskopisch	60
- prophylaktisch, wegen Risikofaktoren	86
- unvollständig durchgeführt	62
Organentnahme	
- Tabelle	69
- zur Transplantation	67
Organkomplikationen	73
Organspende	
- postmortale	67
- Tabelle	69
- Untersuchung des Spenders	67
Panendoskopie	60
Pankreas	
- Störungen der inneren Sekretion	94
Paraplegie, nicht traumatisch	
- initiale (akute) Phase	97
- späte (chronische) Phase	97
Paraplegie, traumatisch	
- akute Phase, unmittelbar post Trauma	144
- akute Phase, Verlegung des Patienten	145
- chronische Phase	146
Parenterale Therapie	133
Patientenklassifikationssystem SwissDRG	14
Perinatalperiode	
- Definition	130
- Zustände mit Ursprung Perinatalperiode ..	132
Peritonealkatheter	
- Anlage	118
- Entfernung	118
Plastische Chirurgie	115
Postexpositionsprophylaxe beim Neugeborenen	132
Prophylaktische Operation	
- wegen Risikofaktoren	86
Protrahierte Geburt	129
Prozeduren	
- abgebrochen	62
- Behandlungsbeginn (Uhrzeit)	57
- Behandlungsdatum	57
- bilaterale	65
- die kodiert werden müssen	58
- die nicht kodiert werden	59

- Dokumentation	27
- Lateralität	57
- mehrfach durchgeführte	63
- nicht durchgeführt	50
- postmortale	59
- routinemässige	59
- Seitigkeit	57
- signifikante	58
- unvollständig durchgeführt	62
Psychische und Verhaltensstörungen	
- akute akzidentelle Intoxikation	95
- akute nicht akzidentelle Intoxikation	95
- durch Drogen, Medikamente, Alkohol, Nikotin	95
- durch psychotrope Substanzen	95
- Rausch	95
- schädlicher Gebrauch (Alkohol, Drogen) ...	95
Radiotherapie	86
Rehabilitation	51
Rehospitalisation	
- für Komplikationen innerhalb 18 Tagen	56
Rekonstruktionsoperation	
- bei weiblicher Genitalmutilation	117
Rekonvaleszenz	51
Remission	
- bei Leukämie	84
Reoperation	66
- an Herz und Perikard	107
Resultat der Entbindung	126
Revision	
- an Herz und Perikard	107
- einer Narbe	115
- eines Operationsgebietes	66
Rezidive (/NeubildungTumor)	82
Rückenmarkverletzung	144
Schlaganfall	
- akut	96
- alt	96
- Funktionsstörungen	96
Schmerzbehandlungsverfahren	137
Schmerzdiagnosen	
- akuter Schmerz	137
- chronischer Schmerz	137
- therapieresistenter Schmerz	137
- Tumorschmerz	137
Schnittentbindung	
- primäre oder sekundäre	126
Schrittmacher	
- Aggregatwechsel	106
- Komplikationen	106
- permanent	106

Schwangerschaft	
- abnorme Kindslagen und -einstellungen ..	124
- Abort	120
- Dauer	126
- Definitionen	119
- Diabetes mellitus	122
- Extrauterin gravidität	120
- Infektion Urogenitaltrakt	122
- Komplikationen	124
- Krankheiten	122
- Lebendgeburt	121
- Mehrlingsgeburt	127
- Molenschwangerschaft	120
- Totgeburt	121
- Übertragung	128
- Uterusnarbe	124
- verlängerte Dauer	128
- verminderte Kindsbewegungen	124
- vorzeitige Beendigung	120
Schwerhörigkeit	99
Sectio	
- primäre oder sekundäre	126
Seitigkeit	
- bei Diagnosen	35
- bei Prozeduren	57
Sepsis	71
- Auswahl des richtigen Codes	71
- Diagnosekriterien	157
- in Zusammenhang mit Kapitel XV (O)	71
- Reihenfolge der Codes	71
Sich anbahnende Krankheit	41
SIRS	73
Spende	
- nach Gehirntod	67
- postmortale	67
Spezielle Kodierrichtlinien S0100-S2100	70
Status nach	38
Störungen	
- der inneren Sekretion des Pankreas	94
- nach medizinischen Massnahmen	45
Surfactantmangel	133
SwissDRG Patientenklassifikationssystem	14
Symptome	
- als Hauptdiagnose	34
- als Nebendiagnose	34
- Dysphagie	136
- Fieberkrämpfe	136
- Inkontinenz	136
- und abnorme klinische und Laborbefunde ..	136
Syndrom	49
- angeboren	49
- diabetischer Fuss	93
- metabolisch	94

Tabelle Transplantation	69	Uebertragung (Schwangerschaft)	128
Taubheit	99	Unilaterale	
Tetraplegie, nicht traumatisch		- Diagnosen	35
- initiale (akute) Phase	97	- Prozeduren	57
- späte (chronische) Phase	97	Urogenitalsystem	116
Tetraplegie, traumatisch		Uterusatonie und Hämorrhagien	129
- akute Phase, unmittelbar post Trauma	144	Uterusnarbe	124
- akute Phase, Verlegung des Patienten	145		
- chronische Phase	146	Verätzungen	149
Thrombose		- Körperoberfläche	149
- von koronarem Stent resp. Bypass	103	Verbrennungen	149
Totgeburt	121	- Körperoberfläche	149
- Kodierung	133	Verdacht	
Transitorische Tachypnoe	134	- auf Tumor/Metastasen	81
Transplantation		Verdachtsdiagnose	
- Abstossungsreaktion	68	- ausgeschlossen	42
- Empfänger	68	- keine Diagnosestellung	42
- Evaluation	68	- wahrscheinlich	42
- Herz, Nachuntersuchung	106	Verdauungssystem	113
- Nachkontrolle	68	Vergiftungen	138
- postmortale Spende	67	- durch Arzneimittel kombiniert mit Alkohol	
- Tabelle	69		151
- Untersuchung des Spenders	67	- durch Arzneimittel, Drogen, biologisch aktive	
- Versagen	68	Substanzen	150
Tumor		- durch verordnete u. nicht verordnete	
- Auswahl und Reihenfolge der Diagnosen ..	79	Medikamente	151
- Behandlung ausschliesslich des Symptoms ..	80	- Insulinüberdosierung	151
- Behandlung des primären Tumors	79	Verlängerte Schwangerschaftsdauer	128
- Behandlung Primärtumor und Metastasen ..	80	Verlegungen	
- Behandlung von Metastasen	79	- gesundes Neugeborene	55
- Chemo- und Radiotherapie	86	- mit Rückverlegung ins Primärspital	54
- des hämatopoetischen/lymphatischen		- Mutter mit gesundem Neugeborenen	55
Systems	78	- zur Behandlung	53
- Diagnostik des primären Tumors	79	- zur Behandlung ins Zentrumsipital	54
- Erkrankungen bzw Störungen nach med.		- zur Rehabilitation	51
Massnahmen	81	- zur Rekonvaleszenz	51
- Lymphangiosis carcinomatosa	85	- zur Weiterbehandlung	51
- Lymphknotenmetastasen mehrerer		Verletzungen	138
Lokalisationen	82	- abdominelle	140
- Lymphom	85	- mehrfache	148
- mit endokriner Aktivität	82	- mit Bewusstlosigkeit	143
- multiple Lokalisationen	82	- oberflächliche	138
- Nachresektion	80	- offene	140
- Nachuntersuchung	81	- offene intra-kranielle	140
- Nachweis nur in der Biopsie	80	- offene mit Gefäss-, Nerven- und	
- Remission bei Leukämie	84	Sehnenbeteiligung	140
- Rezidive	82	- Rückenmark	144
- Suche im alphabetischen Verzeichnis	77	- thorakale	140
- systemische Therapie	79	Verminderte Kindsbewegungen	124
- überlappende Lokalisation	83	Versagen	
- Verdacht auf Tumor/Metastasen	81	- eines Kornea-Transplantates	98
		- nach Transplantation	68

Verschluss	
- AV-Fistel	118
- von koronarem Stent resp. Bypass.....	103
Vorhandensein von	38
Vorzeitige Wehen.....	128
Wahl der Hauptdiagnose.....	29
- bei Komplikationen innerhalb von 18 Tagen	
.....	56
Wartepatienten	28
Warzen	
- anogenitale	116
Wechsel	
- auf offen nach Laparoskopie	62
Weichteilschaden	138

Weiterbehandlung	
- Rehabilitation	51
- Rekonvaleszenz	51
Wet lung	134
Wirbelfrakturen	147
Wirbelluxationen	147
Wunde	
- offen	140
- offen mit Komplikationen	142
Z-Kodes	153
Zusatz zur Hauptdiagnose.....	30
Zustand nach	38
Zystische Fibrose.....	94

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

Individuelle Auskünfte

Das BFS im Internet

Medienmitteilungen zur raschen Information
der Öffentlichkeit über die neusten Ergebnisse

Publikationen zur vertieften Information

Online-Datenrecherche (Datenbanken)

Kontakt

058 463 60 11

info@bfs.admin.ch

www.statistik.admin.ch

www.news-stat.admin.ch

058 463 60 60

order@bfs.admin.ch

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

Gesundheitsstatistik 2012, Neuchâtel 2012, Bestellnummer: 1290-1200, 100 Seiten,
Preis Fr. 23.– (exkl. MWST)

Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2012 – Standardtabellen, Definitive Resultate,
Neuchâtel 2014, Bestellnummer: 532-1404-05, 60 Seiten, Gratis

Krankenhausstatistik 2012 – Standardtabellen, Definitive Resultate, Neuchâtel 2014,
Bestellnummer: 532-1403-05, 40 Seiten, Gratis

Krebsepidemiologie. Hautmelanom: Bestandesaufnahme und Prävention,
Neuchâtel 2012, Bestellnummer: 1267-0800, 4 Seiten, Gratis

Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2012 – Standardtabellen, Definitive
Resultate, Neuchâtel 2014, Bestellnummer: 532-1401-05, 60 Seiten, Gratis

Todesursachenstatistik 2009 – Sterbehilfe (assistierter Suizid) und Suizid in der Schweiz,
Neuchâtel 2012, Bestellnummer: 1257-0900, 4 Seiten, Gratis

**Totgeburten und Säuglingssterblichkeit 2003–2010 – Entwicklungen, Todesursachen
und Risikofaktoren**, Neuchâtel 2012, Bestellnummer: 262-1000-05, 4 Seiten, Gratis

Im Rahmen der Medizinischen Statistik werden sämtliche stationären Spitalaufenthalte erfasst.

Die Erhebung, die in allen Krankenhäusern und Kliniken durchgeführt wird, umfasst neben administrativen Daten und soziodemografischen Merkmalen der 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 Codes 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, die bis zu seiner Genehmigung veröffentlicht wurden. Das Kodierungshandbuch ist die Grundlage für die Kodierung.

Bestellnummer

543-1500

Bestellungen

Tel. 058 463 60 60

Fax 058 463 60 61

E-Mail: order@bfs.admin.ch

Preis

Fr. 22.– (exkl. MWST)

ISBN 978-3-303-14215-8